

UMPQUA HEALTH



Manual para miembros de 2024

Última actualización: 03 de abril de 2024

3031 NE Stephens St., Roseburg, OR 9470

Departamento de Atención al Cliente: 541-229-4UHA o 541-229-4842

Línea gratuita: 1-866-672-1551, TTY 541-440-6304

UHCustomerCare@umpquahealth.com

www.umpquahealth.com

OHP-UHA-23-080

Actualizaciones del manual:

Umpqua Health Alliance (UHA) envía por correo un manual para miembros a los miembros recientemente inscritos o que se volvieron a inscribir cuando la Autoridad de Salud de Oregón (Oregon Health Authority, OHA) nos notifica que están inscritos en el Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP), tal como lo exige la legislación federal. Aquí, encontrará el manual más actualizado: www.umpquahealth.com/benefits/. Si se actualizan sus beneficios de UHA, recibirá una carta por escrito a más tardar 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Primeros pasos:

Recibirá por correo una encuesta que ayudará a UHA a determinar cómo brindarle apoyo con sus necesidades de atención de la salud física, conductual y oral. A través de este enlace, accederá a un modelo de la encuesta: www.umpquahealth.com/case-management/. Para obtener más información sobre esta encuesta, visite la página 29.

Complete y envíe de vuelta la encuesta de cualquiera de estas maneras:

- Teléfono: 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711
- Fax: 541-229-8180
- Dirección de correo postal: Umpqua Health Alliance
3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470
- Correo electrónico: CaseManagement@umpquahealth.com
- Sitio web: www.umpquahealth.com/case-management/

Consejos útiles:

Algunos miembros de UHA pueden obtener beneficios adicionales, como FoodSmart, el servicio de planificación anticipada de la atención de Iris y transporte al supermercado y a mercados de productos agrícolas. Llame a UHA para obtener más información.

En la última sección del manual, encontrará definiciones de términos que pueden resultarles de gran utilidad.

Estos son temas que quizás desee consultar:

- **Derechos y responsabilidades:** Vaya a las páginas 21 a 25.
- **Proveedores de atención primaria:** Vaya a las páginas 26 y 27.
- **Coordinación de la atención:** Vaya a las páginas 29 a 34.
- **Beneficios:** Vaya a la página 34 y a las páginas 38 a 59.
- **Aprobaciones previas y derivaciones:** Vaya a las páginas 35 a 37.
- **Cuánto tiempo toma recibir atención:** Vaya a las páginas 64 a 66.
- **Transporte a centros de atención:** Vaya a las páginas 74 a 78.
- **Recetas:** Vaya a las páginas 80 y 81.
- **Atención de emergencia:** Vaya a las páginas 84 a 88.
- **Quejas formales, reclamos y apelaciones:** Vaya a las páginas 101 a 107.

Siempre lleve su tarjeta de identificación de miembro del OHP y de UHA.

- Nota: Las tarjetas de identificación le llegarán por separado: primero, recibirá la del OHP y después, la de UHA.

Encontrará la tarjeta de identificación de UHA en el paquete de bienvenida con este manual para miembros. La tarjeta de identificación contiene la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de identificación
- La información de su plan
- El nombre y la información de su proveedor de atención primaria
- El número de teléfono del Departamento de Atención al Cliente
- El número de teléfono del servicio de Acceso Lingüístico

Mi proveedor de atención primaria es _____

Su número de teléfono es _____

Mi dentista de atención primaria es _____

Su número de teléfono es _____

Otros proveedores a los que acudo son _____

Su número de teléfono es _____

Mi servicio de transporte a centros de atención médica que no es de emergencia (transporte gratuito al centro) es _____

Su número de teléfono es _____

Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos

Todas las personas tienen derecho a conocer los programas y servicios de UHA. Todos los miembros tienen derecho a saber cómo usar nuestros programas y servicios. Ofrecemos estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas
- Intérpretes calificados y certificados de lenguaje hablado en otros idiomas
- Materiales escritos en otros idiomas
- Braille
- Letra grande
- Audio y otros formatos

Encontrará este manual para miembros en nuestro sitio web en www.umpquahealth.com/benefits/. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Obtenga información en otros idiomas y formatos.

Usted o su representante pueden obtener los materiales para miembros, como este manual o los avisos de la organización de atención coordinada (*Coordinated Care Organization*, CCO), en otros idiomas, en letra grande, en braille o en cualquier formato que prefiera. Recibirá los materiales 5 días después de su solicitud. Esta ayuda es gratuita. Los materiales en los distintos formatos contienen la misma información. Estos son ejemplos de los materiales para miembros:

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

No se le denegará ni se limitará el uso de los beneficios, la presentación de reclamos y apelaciones ni la solicitud de audiencias debido a que necesita asistencia en otro idioma o formato.

Puede solicitar los materiales de forma electrónica. Complete el formulario de contacto seguro en nuestro sitio web en www.umpquahealth.com/contact-us/. Indique cuáles son los documentos que desea que le enviemos por correo electrónico. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Puede solicitar los servicios de un intérprete.

Usted o su representante, familiares y cuidadores pueden solicitar los servicios de un intérprete certificado y calificado que se especialice en atención de la salud. También puede solicitar los servicios de intérpretes de lenguaje de señas y de materiales escritos o servicios y ayuda auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Si necesita un intérprete durante una consulta con un proveedor, infórmelo en el consultorio del proveedor. Indique el idioma o formato que necesita. Obtenga más información sobre los intérpretes especializados en atención de la salud en Oregon.gov/OHA/OEI.

Si necesita ayuda con el idioma, llámenos a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711, o llame al Centro de Servicios para el Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711).

Si no recibe el servicio de interpretación que necesita, llame al coordinador del Programa de Servicios de Acceso Lingüístico del estado al 844-882-7889 o al TTY 711, o envíe un correo electrónico a LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov.

También puede presentar un reclamo (queja formal) ante UHA. Consulte las páginas 101 a 107 para conocer sus derechos a presentar reclamos y apelaciones, y a solicitar audiencias.

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. Call 541-229-4842, TTY 541-440-6304 or TTY 711. We accept 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 servicio de atención al cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

Puede obtener ayuda de un intérprete certificado y calificado en atención de la salud.

Ruso

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 541-229-4842, ТТУ 541-440-6304 или 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

-

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

Vietnamita

Quý vị có thể nhận cẩm nang này bằng một ngôn ngữ khác, ở 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. Xin gọi theo số 541-229-4842, TTY 541-440-6304 hoặc TTY 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

-

Quý vị có thể nhận hỗ trợ từ một thông dịch viên chuyên về chăm sóc sức khỏe có chứng nhận và đủ tiêu chuẩn.

يمكنكم الحصول على هذا الكتيب بلغات أخرى، أو بصيغة مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. يرجى الاتصال على 541-229-4842، أو TTY 541-440-6304 أو TTY 711. نستقبل المكالمات المحولة.

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

Somali

Waxaad heli kartaa buug gacmeedkan oo ku qoran luuqado kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa lacag la'aan. Wac 541-229-4842 TTY 541-440-6304 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

您可获取本手册的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。致电 541-229-4842、TTY 541-440-6304 或 TTY 711。我们会接听转接来电。

-

您可以从经过认证且合格的医疗保健口译员那里获得帮助。

Chino tradicional

您可獲得本手冊的其他語言版本、大字版、點字版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 541-229-4842、TTY 541-440-6304 或 TTY 711。我們接受傳譯電話。

-

您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

Coreano

이 핸드북은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 541-229-4842, TTY 541-440-6304, 또는 TTY 711 로 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-
공인 및 유자격의 의료서비스 전문 통역사의 도움을 받으실 수 있습니다.

Hmong

Koj tuaj yeem tau txais phau ntawv qhia no ua lwm yam lus, luam ua tus ntawv loj, Ntawv Xuas los sis ua lwm yam qauv ntaub ntawv uas koj nyiam. Tsis tas li xwb, koj kuj tseem thov tau ib tug kws txhais lus tib si thiab. Txoj kev pab no yog pub dawb xwb. Hu rau 541-229-4842 TTY 541-440-6304 los sis TTY 711. Peb txais tej kev hu xov tooj rau neeg lag ntseg.

-
Koj tuaj yeem tau txais kev pab los ntawm ib tug kws txhais lus rau fab kev kho mob uas muaj ntaub ntawv pov thawj thiab txawj txaus.

Marshalés

Kwomaroñ bōk peba in ilo kajin ko jet, ilo jeje ikkillep, Braille ak bar juon wāween eo emman̄lōk ippam̄. Kwomaroñ kajjitōk bwe juon ri-ukok en jipañ eok. Ejjēlōk wōñāñ jipañ in. Kūr tok 541-229-4842 TTY 541-440-6304 TTY 711. Kwomaroñ relay kōōl.

-
Kwomaroñ bōk jipañ jān juon ri-ukok in aujpitōl eo ewōr an peba im etijem̄lōk ilo jermal in ukok..

Chuukés

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ekkoch fosun fenu, mese watte mak, foun mak faniten ekkewe mei chuun rese kuna

mwer (Braille) ika pwan ew sakun nikinikin mesen mak ke mwochen. En mi pwan tongeni tingor emon chon chiaku. Ei aninis ese kamo. Kokori 541-229-4842, TTY 541-440-6304 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken aninis ngeni ekkewe mei ter rese tongeni pwisin keke won ar (relay calls).

-
En mi tongeni kopwe angei aninis seni emon chon chiaku mei angang ngeni pekin tumwunun safei.

Tagalo

Makukuha mo ang handbook na ito sa iba pang mga wika, malaking letra, Braille, o isang format na gusto mo. Maaari ka ring humingi ng tagapagsalin. Ang tulong na ito ay libre. Tawagan ang 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. Tumatanggap kami ng mga relay na tawag.

-
Makakakuha ka ng tulong mula sa isang sertipikado at kwalipikadong tagapagsalin para sa pangangalagang pangkalusugan.

Alemán

Sie können dieses Dokument in anderen Sprachen, in Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format anfordern. Sie können auch um Unterstützung eines Dolmetschers bitten. Diese Hilfe ist gratis. Wenden Sie sich an 541-229-4842, per Schreibtelefon an 541-440-6304 oder Schreibtelefon 711. Wir nehmen Relay-Anrufe an.

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

Portugués

Este documento está disponível em outros idiomas, letras grandes ou braile, se preferir. Você também pode solicitar serviços de interpretação. Essa ajuda é gratuita. Ligue para 541-

229-4842, use o serviço TTY 541-440-6304 ou TTY 711.
Aceitamos encaminhamentos de chamadas.

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

Japonés

このハンドブックは、他の言語に翻訳されたもの、拡大文字版、点字版、その他ご希望の様式で入手可能です。また、通訳を依頼することも可能です。本サービスは無料でご利用いただけます。
541-229-4842 または TTY 541-440-6304 または TTY 711 までお電話ください。電話リレーサービスでも構いません。

-
認定または有資格の医療通訳者から支援を受けられます。

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. Телефонуйте на номер 541-229-4842, телетайп (TTY) 541-440-6304 або 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-
Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Nuestra política antidiscriminación

Umpqua Health Alliance (UHA) y sus proveedores cumplen con las leyes estatales y federales de derechos civiles vigentes. No discriminamos, excluimos ni tratamos a las personas de manera injusta en ninguno de nuestros programas o actividades sobre la base de su edad, color, discapacidad, identidad de género, estado civil, origen nacional, raza, religión, sexo u orientación sexual. UHA no discrimina a las personas que pueden inscribirse sobre la base de su estado de salud o necesidad de servicios de atención de la salud.

Todas las personas (incluidos los miembros y quienes no son miembros) tienen derecho a ingresar, salir y usar las instalaciones y los servicios. También tienen derecho a obtener la información de una manera que puedan comprender. Realizaremos todos los cambios razonables en las políticas, las prácticas y los procedimientos en función de las necesidades que nos indique.

UHA brinda ayudas y servicios gratuitos como los siguientes a las personas con discapacidades o cuya lengua materna no es el inglés:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Si necesita estos servicios o si cree que UHA no le ha proporcionado estos servicios o que se lo ha discriminado, excluido o tratado injustamente por cualquiera de los motivos anteriores, puede hacer lo siguiente:

Comuníquese con el coordinador de Quejas Formales y Apelaciones de UHA (coordinador encargado de la antidiscriminación) o con el Departamento de Atención al Cliente por estos medios:

- Teléfono: 541-229-4842, número gratuito: 866-672-1551, TTY: 541-440-6304 o 711
- Horarios: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
- Fax: 541-677-5881
- Dirección de correo postal: Umpqua Health Alliance, 3031 NE Stephens St., Roseburg, OR 97470
- Sitio web y formulario de reclamos: www.umpquahealth.com/appeals-and-grievances/
- Correo electrónico: UHAGrievance@umpquahealth.com

También puede usar la información de contacto indicada anteriormente si necesita ayuda para presentar un reclamo (queja formal).

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en su idioma de preferencia ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a estos contactos:

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

- Sitio web: oregon.gov/OHA/OEI
- Teléfono: (844) 882-7889, TTY 711
- Correo electrónico: OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov
- Fax: 971-673-1330
- Dirección de correo postal: Office of Equity and Inclusion Division, 421 SW Oak St., Suite 750 Portland, OR 97204

División de Derechos Civiles de la Oficina de Trabajo e Industrias de Oregón

- Sitio web: www.oregon.gov/civil-rights/Pages/default.aspx

- Teléfono: 971-673-0764 (voz) o 711 (TTY)
- Correo electrónico: BOLI_help@boli.oregon.gov
- Dirección de 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 EE. UU.

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

Mantenemos la privacidad de su información

Solo compartimos sus registros con las personas que necesitan acceder a ellos. Esta necesidad podría deberse a motivos de tratamiento, pago y operaciones comerciales. Puede limitar quién puede acceder a sus registros. Si no desea que alguien vea sus registros o si desea que los compartamos con alguna persona, indíquenoslo por escrito. Envíenos un correo electrónico a UHCustomerCare@umpquahealth.com. Puede solicitarnos una lista (registro) de las personas con quienes hemos compartido sus registros.

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) dispone la protección de sus registros médicos y su tratamiento como información privada. A esto también se lo llama confidencialidad. Disponemos de un documento llamado *Aviso de prácticas de privacidad* en el que se explica cómo usamos la información personal de nuestros miembros. Se lo enviaremos si lo solicita. Para ello, llame al Departamento de Atención al Cliente y solicite el *Aviso de prácticas de privacidad*. También puede obtenerlo en www.umpquahealth.com/services.

Registros de salud

En su registro de salud, figuran sus afecciones de salud y los servicios que se le han prestado. También se mencionan las derivaciones realizadas en su beneficio.

¿Qué puede hacer con los registros de salud?

- Enviar su registro a otro proveedor o solicitarle a UHA que lo haga
- Solicitar la modificación o corrección de sus registros
- Obtener una copia de los registros, lo cual incluye, entre otros elementos, lo siguiente:
 - Registros médicos de su proveedor
 - Registros dentales de su proveedor de atención dental
 - Registros de UHA

En ocasiones, las leyes restringen su acceso. Es posible que se le cobre un importe razonable por entregarle una copia de los registros solicitados.

Algunos registros no pueden compartirse. Un proveedor no puede compartir los registros cuando, según su criterio profesional, esto provocaría un peligro “claro e inmediato” para usted, otras personas o la sociedad. Un proveedor tampoco puede compartir los registros elaborados para un caso judicial.

Contenido de este manual	
Actualizaciones del manual:	2
Primeros pasos:.....	2
Consejos útiles:	2
Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.....	3
<i>Obtenga información en otros idiomas y formatos.</i>	<i>4</i>
<i>Puede solicitar los servicios de un intérprete.</i>	<i>5</i>
Nuestra política antidiscriminación	11
Mantenemos la privacidad de su información.....	12
Registros de salud	12
Contenido de este manual.....	13
Le damos la bienvenida a Umpqua Health Alliance	17
<i>De qué manera el OHP y UHA trabajan en conjunto</i>	<i>17</i>
Comuníquese con nosotros.....	19
<i>Números de teléfono importantes</i>	<i>20</i>
<i>Comuníquese con el Plan de Salud de Oregón</i>	<i>21</i>
Sus derechos y responsabilidades	21
<i>Sus derechos como miembro del OHP</i>	<i>22</i>
<i>Sus responsabilidades como miembro del OHP</i>	<i>25</i>
Miembros indígenas americanos o nativos de Alaska.....	26
Miembros nuevos que necesitan servicios de inmediato.....	26
Proveedores de atención primaria (PCP)	27
<i>Proveedores dentro de la red.....</i>	<i>28</i>
<i>Directorio de proveedores.....</i>	<i>28</i>
<i>Programar una cita</i>	<i>29</i>
<i>Inasistencia a citas.....</i>	<i>29</i>
<i>Cambiar de PCP.....</i>	<i>29</i>
<i>Cambios en los proveedores de UHA</i>	<i>29</i>
Segundas opiniones	30
Encuesta sobre su salud	30
Recibir ayuda para la organización de su atención del equipo de Coordinación de la Atención	31
<i>Miembros con Medicare.....</i>	<i>33</i>
Miembros que cursan un embarazo	33
Administración de casos de maternidad	33
Programa New Day	34
Programa New Beginnings	35

Sus beneficios	36
<i>De qué manera Oregón decide cuál será la cobertura del OHP</i>	<i>36</i>
<i>Acceso directo</i>	<i>36</i>
<i>Obtención de la aprobación previa.....</i>	<i>37</i>
<i>Derivaciones de proveedores y autoderivaciones.....</i>	<i>39</i>
<i>Beneficios de salud física.....</i>	<i>40</i>
<i>Beneficios de atención de la salud conductual.....</i>	<i>57</i>
<i>Beneficios de atención dental</i>	<i>64</i>
<i>Miembros de los programas dentales para Veteranos y del Pacto de Libre Asociación (Compact of Free Association, COFA)</i>	<i>71</i>
<i>Consumo de tabaco.....</i>	<i>72</i>
<i>Servicios que el OHP paga.....</i>	<i>73</i>
<i>Objeciones morales o religiosas</i>	<i>74</i>
<i>Acceso a la atención que necesita.....</i>	<i>74</i>
<i>Cuánto tiempo toma recibir atención.....</i>	<i>77</i>
Beneficios integrales y preventivos para miembros hasta los 21 años.....	79
<i>El beneficio de EPSDT cubre lo siguiente:.....</i>	<i>79</i>
<i>Ayuda para obtener los servicios de EPSDT</i>	<i>80</i>
<i>Exámenes de detección.....</i>	<i>80</i>
<i>EPSDT: derivación, diagnóstico y tratamiento</i>	<i>82</i>
Trabajadores de salud tradicionales (THW)	82
Servicios adicionales	83
<i>Servicios de sustitución (ILOS)</i>	<i>83</i>
<i>Servicios relacionados con la salud</i>	<i>84</i>
Necesidades sociales relacionadas con la salud.....	86
Transporte gratuito a centros de atención	87
<i>Programar el servicio de transporte</i>	<i>87</i>
<i>Qué esperar cuando llama.....</i>	<i>87</i>
<i>Recogida y llegada a la cita</i>	<i>88</i>
<i>Reembolso por millaje</i>	<i>89</i>
<i>Como pasajero, tiene derechos y responsabilidades:</i>	<i>89</i>
<i>Cancelar o cambiar un viaje.....</i>	<i>90</i>
<i>Qué ocurre cuando usted no se presenta</i>	<i>90</i>
<i>Guía para el pasajero</i>	<i>91</i>
Recibir atención por videollamada o teléfono	91
<i>Cómo buscar proveedores de telesalud.....</i>	<i>91</i>
<i>Cuándo usar los servicios de telesalud.....</i>	<i>92</i>
<i>Las visitas de telesalud son privadas.....</i>	<i>92</i>
<i>Tiene derecho a lo siguiente:</i>	<i>92</i>
Medicamentos recetados.....	93
<i>Medicamentos recetados cubiertos.....</i>	<i>93</i>
<i>Solicitar a UHA que cubra los medicamentos recetados.....</i>	<i>93</i>
<i>Farmacias con entrega por correo</i>	<i>93</i>

<i>El OHP paga los medicamentos de salud conductual</i>	94
<i>Cobertura de medicamentos recetados para miembros con Medicare</i>	94
<i>Obtener recetas y vacunas antes de viajar</i>	94
<i>Administración de Terapia de Medicamentos</i>	95
Hospitales.....	95
Atención de urgencia.....	95
<i>Atención física de urgencia</i>	96
<i>Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa en la zona de servicio de UHA:</i>	96
<i>Atención dental de urgencia</i>	97
Atención de emergencia.....	97
<i>Emergencias físicas</i>	97
<i>Emergencias dentales</i>	98
<i>Emergencias y crisis relacionadas con la salud conductual</i>	98
<i>Prevención del suicidio</i>	100
<i>Atención de seguimiento después de una emergencia</i>	101
Atención lejos de su casa.....	102
<i>Atención planificada fuera del estado</i>	102
<i>Atención de emergencia fuera de su casa</i>	102
Facturas de servicios.....	103
<i>Los miembros del OHP no tienen que pagar las facturas de los servicios cubiertos</i>	103
<i>Si su proveedor le envía una factura, no la pague.</i>	103
<i>Es posible que deba pagar por algunos servicios</i>	103
<i>Es posible que se le solicite que firme un formulario de acuerdo de pago</i>	105
<i>Facturas de atención de emergencia lejos de su casa o fuera del estado</i>	105
<i>Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas</i>	106
Miembros con el OHP y Medicare	107
Cambio de CCO y traslado de la atención.....	107
<i>Tiene derecho a cambiar de CCO o a cancelar su inscripción en ella.</i>	107
<i>Solicitudes de cambio del miembro</i>	108
<i>Miembros con Medicare y el OHP (Medicaid)</i>	108
<i>Indígenas americanos o nativos de Alaska que tengan pruebas de su ascendencia indígena</i>	109
<i>Cómo cambiar de CCO o cancelar su inscripción en ella</i>	109
<i>UHA puede solicitarle que cancele su inscripción por algunos motivos:</i>	109
Atención mientras cambia de CCO o cancela su inscripción en ella	110
<i>Cuándo necesita la misma atención durante el cambio de plan</i>	110
Decisiones para el final de la vida	112
<i>Directivas anticipadas</i>	112
<i>¿Cuál es la diferencia entre una POLST y una directiva anticipada?</i>	113

Iris Healthcare (planificación anticipada de la atención)	114
<i>Declaración de tratamiento de salud mental</i>	115
Denunciar casos de fraude, despilfarro y abuso	115
<i>Cómo denunciar un caso de fraude, despilfarro y abuso</i>	116
Reclamos (quejas formales), apelaciones y audiencias justas	117
<i>Puede presentar un reclamo</i>	117
<i>Puede solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos sobre un servicio</i>	119
<i>Obtenga más información sobre los pasos para solicitar una apelación o una audiencia.</i>	120
<i>Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias</i>	123
Términos que debe conocer	124



Llámenos:

541-229-4842 | Línea gratuita: 866-672-1551 | TTY 541-440-6304
Servicio de retransmisión de Oregón: 711



Envíenos un correo electrónico:

UHCustomerCare@umpquahealth.com



Envíenos un fax:

541-677-6038



Visítenos o escribanos:

3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470



Visite nuestro sitio web:

www.umpquahealth.com

Le damos la bienvenida a Umpqua Health Alliance

Nos complace que forme parte de Umpqua Health Alliance (UHA). UHA se complace en brindarle asistencia con su atención de la salud. Queremos ofrecerle la mejor atención posible. Es importante que sepa cómo usar su plan. En este manual, encontrará información sobre la empresa, cómo recibir atención y cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

UHA está compuesta por dos grupos: Douglas County Individual Practice Associates, Inc. (DCIPA) y Mercy Medical Center, Inc. (MMC). Ambos grupos son socios igualitarios (50/50) de UHA. Brindamos servicios a todas las personas del condado de Douglas. A solicitud, le proporcionaremos información sobre la estructura y las operaciones de las organizaciones de UHA. Se la enviaremos por correo sin cargo dentro de los 5 días hábiles.

UHA ayuda a los miembros a recibir atención de la salud médica, dental y conductual (salud mental) de alta calidad, además de tratamiento para el consumo de sustancias. Esto se lleva a cabo a través de asociaciones locales e innovaciones. Para coordinar su atención, les solicitamos a nuestros proveedores que cuenten con el reconocimiento de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) como centros de atención primaria centrados en el paciente (*Patient Centered Primary Care Home*, PCPCH) u otro equipo de atención primaria. Eso significa que pueden recibir fondos adicionales para hacer un seguimiento estrecho de sus pacientes. Estos fondos adicionales no repercutirán en su acceso a los beneficios o a la atención. Estos proveedores se aseguran de satisfacer todas sus necesidades de salud médica, dental y mental. Puede preguntar en la clínica o en el consultorio de su proveedor si son un PCPCH.

UHA trabaja con otras organizaciones para gestionar determinadas partes de sus beneficios, tales como la atención dental y el transporte. Para obtener información sobre estas organizaciones y los servicios que ofrecen, consulte las páginas 55 a 61 respecto de la atención dental y las páginas 74 a 78 respecto del transporte.

Pagamos bonificaciones o recompensamos a nuestros proveedores por mantener saludables a nuestros miembros. No les pagamos ni recompensamos a nuestros proveedores por limitar los servicios y las derivaciones. Le enviaremos más información sobre los pagos a proveedores bajo solicitud. Se la enviaremos por correo sin cargo dentro de los 5 días hábiles.

UHA es una corporación de responsabilidad limitada (*Limited Liability Corporation*, LLC) conforme a la legislación de Oregón. Encontrará información sobre las autoridades y la Junta Directiva de UHA en nuestro sitio web, www.umpquahealth.com/leadership/. Allí, también se publican la agenda y las actas de las reuniones de la Junta.

De qué manera el OHP y UHA trabajan en conjunto

El Plan de Salud de Oregón (OHP) brinda cobertura gratuita de atención de la salud a los oregonianos. El OHP es el programa de Medicaid de Oregón. Cubre servicios de atención de la salud física, dental y conductual (tratamiento de salud mental y del trastorno por consumo de sustancias). El OHP también brinda asistencia con las recetas de medicamentos y el transporte a centros de atención.

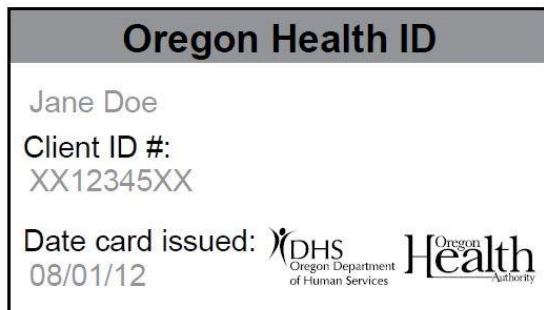
El OHP tiene planes locales de salud que lo ayudarán a usar sus beneficios. Los planes se llaman organizaciones de atención coordinada (CCO). UHA es una CCO. Las CCO organizan y pagan su atención de la salud. UHA presta servicio a gran parte del condado de Douglas, a excepción de algunas áreas en Reedsport, Gardiner, Winchester Bay y Scottsburg:



Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios del OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales, como artículos para bebés recién nacidos y membresías de gimnasios. Obtenga más información sobre los beneficios de UHA en la página 34 y en las páginas 38 a 49.

Cuando se inscribe en el OHP, recibirá una tarjeta de identificación de Salud de Oregon, que se le enviará por correo junto con la carta de cobertura. Todos los integrantes de su familia que sean miembros del OHP recibirán una tarjeta de identificación.

La tarjeta de identificación de Salud de Oregon tiene este aspecto:



Cuando se inscriba en una CCO, también recibirá una tarjeta de identificación de la CCO. Esta tarjeta es muy importante. Indica que es miembro de UHA y contiene otra información, como números de teléfono importantes. Además, también indica el nombre de su proveedor de atención primaria (*primary care provider, PCP*).

La tarjeta de identificación de UHA tiene este aspecto:

Emergency In case of a true emergency, call 911 or go to your nearest emergency <u>room</u> Nurse Advice Line: 1-888-516-6166 Dental Emergency: 1-866-268-9631 24-hour Mental Health Crisis Line 1-800-866-9780	Umpqua Health Alliance - CCOA Member Name: «first_name» «last_name» Member ID: «member_number» Customer Care: 541-229-4842 Toll Free: 1-866-672-1551 TTY Users: 541-440-6304 711 Website: www.UmpquaHealth.com
Primary - Dental - Mental Health «provider_office_name» «provider_ph_hdr» «dental_name» «dental_phone» You have Mental Health coverage Routine Vision coverage for ages 20 and younger.	Non-Emergent Medical Transportation: BCB: 877-324-8109 Pharmacy Billing Retail, Specialty & Mail Order Bin: 003585 Retail & Specialty GRP/PCN: 38920 Mail Order GRP/PCN: 116027 If you need language assistance, call Linguava at 503-265-8515, 711, or UHA Customer Care at 541-229-4842

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de UHA cada vez que acude a una cita o a la farmacia.

En la carta de cobertura y en la tarjeta de identificación de UHA, figurará la CCO en la que está inscrito. También se le indicará el nivel de atención que cubre su plan:

- CCOA: Salud médica, dental y conductual
- CCOB: Salud médica y conductual
- CCOE: Salud conductual únicamente
- CCOG: Salud dental y conductual
- CCOF: Salud dental únicamente

Comuníquese con nosotros

El horario de atención de la oficina de UHA es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

No se brinda atención en los siguientes días festivos:

- Año Nuevo (01/01/24)
- Día de los Caídos (27/05/24)
- Día de la Independencia (04/07/24)
- Día del Trabajador (02/09/24)
- Día de los Veteranos (11/11/24)
- Día de Acción de Gracias (28/11/24)
- Viernes después del Día de Acción de Gracias (29/11/24)
- Navidad (25/12/24)

Número de teléfono: 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711; línea gratuita: 866-672-1551.

Podemos brindarle asistencia con el acceso lingüístico.

Correo electrónico: UHCustomerCare@umpquahealth.com

Sitio web: www.umpquahealth.com

La dirección de nuestra oficina y de correo postal es la siguiente:

Umpqua Health Alliance

3031 NE Stephens St.

Roseburg, OR 97470

Si desea reunirse personalmente con uno de nuestros representantes del Departamento de Atención al Cliente, programe una reunión por Zoom. Puede consultarnos por su cobertura o hacernos cualquier pregunta que tenga sobre su plan de salud. Si desea programar una reunión, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. También puede visitar nuestro sitio web www.umpquahealth.com/uha-customer-care/ y hacer clic en el botón “Schedule a Zoom with Customer Care” (Programar una reunión por Zoom con el Departamento de Atención al Cliente).

Números de teléfono importantes

Beneficios de atención médica y de farmacia:

- Llame al Departamento de Atención al Cliente: 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.
Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Obtenga información sobre los beneficios y la atención médicos en la página 34 y en las páginas 38 a 49.

Atención y beneficios de salud dental

Llame a Advantage Dental Services: 866-268-9631. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horarios: De lunes a jueves de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., y viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Obtenga más información sobre los beneficios dentales en las páginas 55 a 61.

El centro de llamadas de Advantage Dental no brinda atención en los siguientes días festivos:

- Año Nuevo (01/01/24)
- Día de los Presidentes (19/02/2024)
- Día de los Caídos (27/05/24)
- Día de la Independencia (04/07/24)
- Día del Trabajador (02/09/24)
- Día de Acción de Gracias (28/11/24)
- Viernes después del Día de Acción de Gracias (29/11/24)
- Día de Navidad (25/12/24)

Transporte gratuito a los centros de atención de la salud física, dental o conductual

Puede recibir servicios de transporte gratuito a las visitas de atención de la salud física, dental y conductual. Llame a Bay Cities Brokerage (BCB) al 877-324-8109 para programar un traslado. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte la sección de transporte a centros de atención en las páginas 74 a 78.

El centro de llamadas de BCB no brinda atención en los siguientes días festivos:

- Año Nuevo (01/01/24)
- Día de los Caídos (27/05/24)
- Día de la Independencia (04/07/24)

¿Necesita ayuda? Llame a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

O visite www.umpquahealth.com.

- Día del Trabajador (02/09/24)
- Día de los Veteranos (11/11/24)
- Día de Acción de Gracias (28/11/24)
- Día de Navidad (25/12/24)

Atención y beneficios de salud conductual, dependencia a las drogas o al alcohol, o tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias:

Llame a Adapt Integrated Health Care: Línea de crisis las 24 horas: 1-800-866-9780. Jóvenes y familias: 541-229-8934. Adultos: 541-440-3532.

Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Obtenga información sobre los beneficios y la atención de salud conductual en las páginas 49 a 54.

Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 (también llamada FoneMed)

Este servicio es exclusivo para los miembros actuales de Umpqua Health Alliance. Puede hablar con profesionales de enfermería capacitados en cualquier momento sobre cualquier síntoma que podría estar teniendo. Le brindarán asistencia con los siguientes pasos en la atención. Este servicio no es para emergencias. Si tiene una emergencia, llame al 911.

Teléfono: 888-516-6166

Horarios: 24 horas al día, 7 días a la semana.

Comuníquese con el Plan de Salud de Oregón

El Servicio de Atención al Cliente del OHP puede brindarle asistencia con lo siguiente:

- Cambiar la dirección, e número de teléfono, el estado familiar y otra información
- Reemplazar su tarjeta de identificación de Salud de Oregón extraviada
- Solicitar o renovar beneficios
- Obtener ayuda local de un socio comunitario

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del OHP

- Teléfono: Línea gratuita: 800-699-9075 (TTY 711)
- Sitio web: www.OHP.Oregon.gov
- Correo electrónico: Use el sitio de correo electrónico seguro secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt para enviar un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
 - Indíquenos su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Salud de Oregón, dirección y número de teléfono.

Sus derechos y responsabilidades

{OAR 410-141-3590, OAR 410-141-3585 y 42 CFR 438.100}

Como miembro de UHA, tiene derechos. También tiene responsabilidades u obligaciones que debe cumplir cuando obtiene un OHP. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos y responsabilidades o necesita recibirlos en un formato alternativo, como video o audio, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. Puede leer nuestra política de Derechos de los miembros en www.umpquahealth.com/services/#notices-policies. También puede solicitar que se le envíe por correo una copia escrita sin costo alguno.

Tiene derecho a ejercer sus derechos de miembro sin que se lo discrimine ni se le proporcione una respuesta negativa. Puede presentar un reclamo si cree que no se han respetado sus derechos. Obtenga más información sobre cómo presentar reclamos en las páginas 101 y 102. También puede llamar al defensor de la Autoridad de Salud de Oregón al 877-642-0450 (TTY 711). Puede enviarle un correo electrónico seguro en www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx.

En ocasiones, hay personas menores de 18 años (menores de edad) que quieren o necesitan obtener servicios de atención de la salud por cuenta propia. Para obtener más información, lea “Derechos de los menores de edad: acceso y consentimiento para la atención de la salud”. En este manual, se indican los tipos de servicios que los menores de edad pueden recibir por cuenta propia y de qué maneras es posible que se compartan sus registros de salud. Para leer esta información, visite www.OHP.Oregon.gov y haga clic en “Minor rights and access to care” (Derechos de los menores de edad y su acceso a la atención). De forma alternativa, visite: sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf.

Sus derechos como miembro del OHP

Acceso

- Acceder a los servicios cubiertos durante el mismo horario de atención que cualquier otra persona.
- Obtener atención de urgencia y de emergencia cuando la necesita sin tener que solicitar autorización previa. En cualquier momento del día o de la noche, incluidos los fines de semana y los días festivos.
- Obtener los servicios necesarios y razonables para el diagnóstico del problema actual.
- Elegir diferentes proveedores si están disponibles dentro de la red en cualquier entorno, que sean de fácil acceso para las familias.
- Recibir, por parte de los proveedores dentro de la red, el mismo trato digno y respetuoso que reciben otras personas a las que se brinda atención y no están inscritas en el OHP.
- Obtener información sobre todas sus opciones de atención cubiertas y no cubiertas, de modo que pueda tomar decisiones informadas sobre su atención.
- Obtener atención en la comunidad lo más cerca posible de donde vive. Esto incluye los servicios de monitoreo, coordinación de la atención, transición y planificación del alta por parte de UHA. El objetivo es mantenerlo fuera del hospital.
- Recibir ayuda con la adicción al cigarrillo y servicios de salud mental cubiertos, de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, de planificación familiar o servicios relacionados sin una derivación.
- Recibir la derivación a especialistas para los servicios cubiertos.
- Obtener una derivación o una segunda opinión sin costo alguno para usted, en cumplimiento de las políticas de UHA.
- Recibir atención en los sitios que ofrecen acceso igualitario para mujeres y hombres menores de 18 años. Esto incluye los servicios y la atención disponibles a través de los programas de servicios humanos y de correccionales juveniles que proporciona o financia el estado de Oregón (ORS 417.270).
- Obtener acceso directo a especialistas en salud de las mujeres en el caso de las mujeres.

Atención

- Elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar de proveedor de acuerdo con lo permitido por las políticas de UHA.

- Recibir un aviso de la cancelación de citas de manera oportuna.
- Recibir ayuda para tomar decisiones sobre su atención de la salud. Esto incluye rechazar la atención, excepto cuando la ordene un tribunal.
- Contar con una fuente de atención y servicios centrados en la persona que le proporcione opciones, independencia y dignidad, cumpla con los estándares de atención médica y responda a sus necesidades médicas.
- Tener un contacto regular con el equipo de atención. Ellos son responsables de administrar su atención.
- Recibir ayuda para obtener atención de la salud, servicios de asistencia locales y sociales, y servicios estatales. Su equipo de atención puede incluir a intérpretes de atención de la salud certificados o calificados y trabajadores de la salud tradicionales certificados. Entre estos, se incluyen trabajadores de salud comunitaria, especialistas en bienestar de pares, especialistas en asistencia de pares, doulas y coordinadores personales de salud. Estas personas lo ayudarán a recibir ayuda cultural y lingüística para que tome decisiones sobre su atención y servicios.
- Ayudar activamente a elaborar un plan de tratamiento. Involucrar a su familia. Hablar abiertamente con su proveedor sobre las opciones de tratamiento que son necesarias para sus afecciones desde el punto de vista médico, independientemente de su costo o cobertura de beneficios.
- Contar con una historia clínica en la que figuren las afecciones, los servicios que obtuvo y las derivaciones realizadas.
- Elaborar una declaración sobre los tratamientos que desea obtener, como una directiva avanzada. Esto incluye el derecho a aceptar o rechazar tratamientos médicos, quirúrgicos o de salud conductual y el derecho a ejecutar directivas y poderes para la atención de la salud conforme a ORS 127.
- Ejecutar una declaración de tratamiento de salud mental de conformidad con ORS 127.703 y presentar un reclamo si no se cumple con lo dispuesto en la declaración de tratamiento de salud mental.
- Recibir servicios de prevención cubiertos.
- Recibir los servicios cubiertos necesarios.
 - Si la red de proveedores de UHA no puede proporcionar estos servicios, UHA cubrirá, de manera oportuna, los servicios con un proveedor fuera de la red hasta que nuestra red pueda proporcionarlos.

Asistencia

- Recibir los servicios y la asistencia que respondan a sus necesidades culturales y del lenguaje, y que se presten en su comunidad. Esto significa que los servicios y la asistencia deben proveerse en una forma que sea respetuosa de su cultura, e incluye el uso de ayudas auxiliares. Su finalidad es ayudar a las personas con discapacidades a acceder a la información de salud tal como lo exige la ley (sección 1557 de la PPACA).
- Contar con proveedores que se aseguren de que contará con acceso físico, adaptaciones razonables y equipos accesibles.
 - Para recibir estos servicios, indique a su proveedor cuáles son sus necesidades.
- Recibir materiales escritos sobre lo siguiente:
 - Derechos y responsabilidades
 - Beneficios disponibles
 - Cómo acceder a los servicios

- Qué hacer en una emergencia.
- Solicitarle a un amigo o ayudante que asista a sus citas y en otros momentos, siempre que lo permitan las reglas clínicas.
- Recibir materiales escritos explicados de una manera que le resulte comprensible. Esto incluye la explicación de cómo funciona la coordinación de la atención y cómo recibir servicios en el sistema de atención coordinada de la salud.
- Recibir los servicios de intérpretes certificados y calificados especializados en atención de salud de forma gratuita, además de obtener la información en un formato que le resulte funcional. Por ejemplo, puede obtener la información en otros idiomas, en braille, en letra grande o en otros formatos, como electrónico, audio o video.
- Solicitar la coordinación de la atención y la planificación de la transición a UHA en un idioma que comprenda y de una forma que respete su cultura.
- Obtener información conforme a la legislación (42 CFR 438.10) en un plazo de 30 días después de su inscripción y dentro del plazo que Medicare exige para miembros FBDE. Tiene derecho a obtener esta información al menos una vez por año.
- UHA se asegurará que el personal que esté en contacto con los miembros potenciales esté completamente capacitado en las políticas del plan. En la capacitación, se abordarán las políticas sobre inscripción, cancelación de la inscripción, fraude, despilfarro y abuso, quejas formales y apelaciones, y directivas avanzadas. Esto también incluye a los servicios de intérpretes certificados y calificados especializados en atención de la salud y a los consultorios y centros médicos dentro de la red que tienen proveedores o personal bilingües.

No discriminación

- Recibir un trato digno y respetuoso.
- No ser objeto de ninguna forma de limitación o exclusión.
- Ejercer libremente sus derechos. El ejercicio de sus derechos no cambiará el trato que reciba de parte de UHA, nuestros proveedores de la red o la agencia estatal de Medicaid.
- Saber cómo presentar reclamos y recibir una respuesta sin una reacción negativa del plan o del proveedor.
- Presentar reclamos sobre haber recibido un trato diferente y haber sido objeto de discriminación.
- Poder presentar una denuncia si cree que se la han denegado sus derechos o que su información de salud no está protegida, o si considera que ha sido objeto de discriminación. Puede tomar una o más de las siguientes medidas:
 - Presentar un reclamo ante UHA
 - Presentar un reclamo ante la Unidad de Servicios para el Cliente del Plan de Salud de Oregón
 - Obtener un aviso por escrito del proceso y la política antidiscriminación de UHA
 - Solicitar y obtener información sobre la estructura y las operaciones de UHA o sobre cualquier plan de incentivos de médicos
- Solicitar una audiencia.
- Obtener información y ayuda para apelar las denegaciones y solicitar una audiencia.
- Obtener la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD) si se le deniega un servicio o si se produce un cambio en el nivel de servicio.
- Saber que sus registros médicos son confidenciales, con las excepciones que dispone la ley. Recibir un aviso que le indique cómo se puede usar y compartir su información de salud.

Tiene derecho a decidir si desea otorgar su permiso antes de que se use o comparta su información de salud para determinados propósitos.

- Enviar, o solicitarle a UHA que envíe, una copia de su historia clínica a otro proveedor.
- Acceder a su propia historia clínica, a menos que la ley lo restrinja. Obtener una copia de sus registros de salud y solicitar que se hagan correcciones.
- Ejercer todos sus derechos, incluso si el miembro es un niño, tal como se define en las OAR. En ocasiones, hay personas menores de 18 años que quieren o necesitan obtener servicios de atención de la salud por cuenta propia. Para obtener más información sobre los derechos de los menores de edad, visite este sitio web:

sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf.

Sus responsabilidades como miembro del OHP

Obtener atención

- Buscar a un médico o a otro proveedor que le pueda brindar atención. Contarles todo sobre su salud.
- Ayudar al proveedor o a la clínica a obtener su historia clínica de otros proveedores. Esto puede incluir firmar un documento de divulgación de información.
- Proporcionarle información precisa a su proveedor en relación con sus registros médicos.
- Ayudar con la elaboración de un plan de tratamiento con su proveedor y, luego, seguir el plan acordado. Comprometerse activamente en el cuidado de su salud.
- Usar la información proporcionada por los proveedores o los equipos de atención de UHA para tomar decisiones informadas sobre su atención antes de recibirla.
- Seguir las indicaciones de sus proveedores y farmacéuticos. Hacer preguntas sobre las afecciones, los tratamientos y otros temas relacionados con la atención que no comprenda.
- Llamar a su proveedor por lo menos un día antes si no puede asistir a una cita.

Importes que quizás deba pagar

- Pagar por los servicios que el OHP no cubre, que se detallan en las OAR 410-120-1200 (Servicios excluidos y limitaciones) y 410-120-1280 (Facturación).
- Pagar su prima mensual del OHP a tiempo si tiene una.
- Ayudar a UHA a buscar otra cobertura de terceros que tenga. Pagarle a UHA por los beneficios que pagamos por una lesión o el tratamiento de recuperación que recibió a causa de esa lesión.

Qué puede hacer ahora como miembro del OHP

- Someterse a controles anuales, acudir a las visitas de bienestar y obtener otros servicios para prevenir enfermedades y mantenerse saludable.
- Acudir a las citas de forma puntual. Llamar con anticipación para cancelar una cita si no puede asistir o si cree que llegará tarde.
- Llevar sus tarjetas de identificación médica a las citas. Indicarle al recepcionista o al proveedor que tiene UHA/OHP o cualquier otro seguro de salud antes de recibir servicios. Informarles si sufrió alguna lesión en un accidente.
- Tratar a los proveedores, el personal y UHA con el mismo respeto que usted desea recibir.
- Obtener una derivación a un especialista del PCP o de la clínica antes de acudir a un especialista (a menos que se permita la autoderivación a un especialista).
- Usar adecuadamente los servicios de urgencia y de emergencia. Informar a su PCP o a la clínica dentro de las 72 horas tras haber obtenido servicios de emergencia.

- Asistir a citas con su PCP o clínica para recibir atención médica que no es de emergencia. Acudir a la sala de emergencias solo durante una emergencia.
- Llamar al Centro de Servicios al Cliente del OHP al 1-800-699-9075 (TTY 711) si está embarazada o si ya no lo está. También debe informar cuando nazca su bebé.
- Llamar al Centro de Servicios al Cliente del OHP al 1-800-699-9075 (TTY 711) o informar al empleado de la Autoridad de Salud de Oregón de cualquier cambio de dirección o número de teléfono. Además, debe informar si un miembro de la familia se muda a su casa o fuera de su casa.
- Plantear sus inquietudes y presentar reclamos o quejas formales ante UHA.
- Informarle al empleado del Departamento de Servicios Humanos o de la Autoridad de Salud de Oregón si tiene otra cobertura de seguro.

Miembros indígenas americanos o nativos de Alaska

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a elegir dónde desean recibir atención. Pueden recurrir a proveedores de atención primaria y a otros proveedores que no forman parte de nuestra CCO, como los siguientes:

- Centros de bienestar tribales.
- Clínicas del Servicio de salud indígena (IHS). Busque una clínica en www.ihs.gov/findhealthcare/.
- Native American Rehabilitation Association of the Northwest (NARA). Obtenga más información o busque una clínica en www.naranorthwest.org.

Puede asistir a otras clínicas que no estén en nuestra red. Obtenga más información sobre las derivaciones y las aprobaciones previas en las páginas 35 a 37.

UHA tiene contrato con Cow Creek Health and Wellness, cuyos centros son los siguientes:

Roseburg:

- Dirección: 2859 NW Edenbower Blvd.
Roseburg, OR 97471
- Teléfono: 541-672-8533, línea gratuita:
1-800-929-8229
- Sitio web: www.cowcreek-nsn.gov
- Correo electrónico: info-wellness@cowcreek-nsn.gov

Canyonville:

- Dirección: 480 Wartahoo Lane
Canyonville, OR 97417
- Teléfono: 541-672-8533, línea gratuita:
1-800-929-8229
- Sitio web: www.cowcreek-nsn.gov
- Correo electrónico: info-wellness@cowcreek-nsn.gov

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska no necesitan una derivación ni permiso para recibir atención de estos proveedores. Estos proveedores facturarán los servicios a UHA. Solo pagaremos por los beneficios cubiertos. Si se necesita la aprobación para un servicio, el proveedor deberá solicitarla primero.

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a cancelar su inscripción a UHA en cualquier momento y a que el programa de pago por servicio (*Fee-For-Service*, FFS) del OHP que pague su atención. Obtenga más información sobre cómo abandonar o cambiar de CCO en las páginas 92 a 96.

Miembros nuevos que necesitan servicios de inmediato

Puede ocurrir que los miembros que son nuevos en el OHP o UHA necesiten recetas, suministros y otros artículos o servicios lo antes posible. Si no puede consultar a su proveedor de atención

primaria (*primary care provider*, PCP) o a su dentista de atención primaria (*primary care dentist*, PCD) dentro de los primeros 30 días siguientes a su inscripción a UHA, haga lo siguiente:

- Llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 y solicite hablar con el equipo de Coordinación de la Atención. El equipo lo ayudará a recibir la atención que necesita. El equipo de Coordinación de la Atención también puede ayudar a los miembros del OHP con Medicare. Consulte las páginas 29 a 34 para obtener información sobre la coordinación de la atención.
- Programe una cita con su PCP tan pronto como pueda. Encontrará su nombre y número en su tarjeta de identificación de UHA.
- Si tiene alguna pregunta y desea obtener información sobre sus beneficios, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. El equipo lo ayudará con lo que necesite.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es a quien visitará para consultas regulares, obtener recetas y recibir atención. Puede elegir uno o podemos ayudarlo a hacerlo.

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser médicos, profesionales de enfermería, entre otros. Tiene derecho a elegir a un PCP dentro de la red de UHA. Si no elige a un proveedor en el término de 90 días tras convertirse en miembro, UHA lo asignará a una clínica o elegirá a un PCP por usted. UHA le informará a su PCP sobre la asignación y le enviará una carta con la información de su proveedor.

Si, en algún momento, desea cambiar de PCP, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. El cambio entra en vigencia el mismo día.

Si desea obtener una copia de nuestra Política de asignación de PCP, incluida la información sobre cómo cambiar de PCP, llame al Departamento de Atención al Cliente. Le enviaremos por correo una copia sin cargo dentro de los 5 días hábiles.

Hay un límite en las opciones de PCP dentro de la red que puede elegir. Algunos PCP no aceptan pacientes nuevos. UHA tampoco puede asignar PCP que no se encuentren en nuestra área de cobertura.

Su PCP trabajará con usted para ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. Realizará un seguimiento de todas sus necesidades de atención básicas y de especialidad. Su PCP hará lo siguiente:

- Se familiarizará con usted y su historial médico.
- Le proporcionará atención médica.
- Mantendrá sus registros médicos actualizados y en un solo lugar.

Lo derivará a un especialista o lo admitirá en un hospital de ser necesario.

Cada miembro de su familia en el OHP debe elegir a un PCP. Cada uno puede tener un PCP diferente.

No olvide consultar a UHA sobre los dentistas, los proveedores de salud mental y las farmacias.

Los servicios de salud mental están cubiertos para todos los miembros del OHP. UHA no le asigna un proveedor de salud mental. No necesita una derivación para recibir los servicios de salud mental de un proveedor dentro de la red. Para obtener más información sobre los servicios de salud mental, consulte las páginas 49 a 54.

Cada miembro de su familia debe elegir a un dentista para que sea su dentista de atención primaria (PCD). Acudirá a su PCD para recibir la mayoría de los servicios de atención dental. Si es necesario, su PCD lo derivará a un especialista. Advantage Dental Services le asignará un PCD o usted podrá elegir uno.

Su PCD es importante por los siguientes motivos:

- Es su primer contacto cuando necesita atención dental.
- Gestiona sus servicios y tratamientos de salud dental.
- Coordina su atención de especialidad.

Si desea cambiar de PCD, llame a Advantage Dental Services al 866-268-9631 (TTY 711) de lunes a jueves de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., y los viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Puede surtir sus medicamentos en cualquiera de las farmacias con las que tenemos contrato. Para obtener una lista de las farmacias minoristas y de pedido con entrega por correo dentro de la red, consulte el directorio de proveedores en www.portal.umpquahealth.com/ClientApp/pharmacies.

Proveedores dentro de la red

UHA trabaja con algunos proveedores, pero no con todos ellos. Los proveedores con quienes trabajamos se llaman proveedores dentro de la red o participantes. Los proveedores con quienes no trabajamos se llaman proveedores fuera de la red. Si es necesario, puede consultar a proveedores fuera de la red, pero estos deben trabajar con el Plan de Salud de Oregón.

Puede consultar a proveedores fuera de la red para recibir atención primaria en los siguientes casos:

- Si está cambiando de CCO o pasando del programa de pago por servicio del OHP a una CCO (consulte las páginas 92 a 96).
- Si es indígena americano o nativo de Alaska (consulte las páginas 25, 26, 93 y 94).

Directorio de proveedores

Puede elegir a su PCP, PCD o a otros proveedores del directorio de proveedores que se encuentra en www.portal.umpquahealth.com/ClientApp/facilities. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente a fin de solicitar ayuda para encontrar a un proveedor.

En el directorio de proveedores, encontrará la siguiente información:

- Si un proveedor admite pacientes nuevos
- El tipo de proveedor (médico, dental, de salud conductual, farmacias, etc.)
- Cómo comunicarse con el proveedor
- Opciones de atención por videollamada y por teléfono (telesalud)
- Ayuda con el idioma (incluidos los servicios de traducción e interpretación)
- Adaptaciones para las personas con discapacidades físicas

Puede obtener una copia impresa del directorio de proveedores en el formato que necesite (por ejemplo, en otros idiomas, en letra grande o en braille). Llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 para solicitar una copia de forma gratuita. Se la enviaremos dentro de los 5 días hábiles.

Programar una cita

Puede programar una cita con su proveedor tan pronto como elija a uno.

Su PCP es a la primera persona a la que debe llamar cuando necesita atención. Programará una cita o lo ayudará a tomar una decisión sobre el tipo de atención que necesita. Su PCP también puede derivarlo a otros recursos o servicios cubiertos. Llámelo directamente para programar una cita.

Si tiene un nuevo PCP, programe una cita para realizarse un control. De esta manera, su PCP podrá conocerlo a usted y a sus antecedentes médicos antes de que tenga un problema o una inquietud. Esto lo ayudará a evitar demoras la primera vez que necesite usar sus beneficios.

Antes de la cita, escriba lo siguiente:

- Las preguntas que tenga para su PCP o para otros proveedores.
- Los antecedentes de problemas de salud familiares.
- Los medicamentos recetados y de venta libre, las vitaminas o los suplementos que toma.

Llame para programar una cita durante el horario de atención e informe lo siguiente:

- Que es miembro de UHA.
- Su nombre y su número de identificación de UHA.
- El tipo de cita que necesita.
- Si necesita los servicios de un intérprete y, de ser así, el idioma.

Informe si está enfermo y necesita consultar a alguien ese mismo día.

Puede obtener transporte gratuito a su cita. Obtenga más información sobre el transporte gratuito a las citas en las páginas 74 a 78.

Inasistencia a citas

Intente no faltar a las citas. Si debe faltar, llame a su PCP y cancele la cita de inmediato. Programará otra visita. Si no avisa al consultorio del proveedor con tiempo, es posible que no deseen atenderlo de nuevo.

Cada proveedor tiene sus propias reglas respecto de las inasistencias a citas. Pregúnteles sobre sus reglas.

Cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si, en algún momento, desea cambiar de PCP, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. El cambio entra en vigencia el mismo día. También puede solicitarnos el cambio enviándonos un correo electrónico a UHCustomerCare@umpquahealth.com.

Cambios en los proveedores de UHA

Le informaremos cuando uno de sus proveedores habituales deje de trabajar con UHA. Recibirá una carta 30 días antes de que se produzca el cambio. Si ya se efectuó el cambio, le enviaremos una carta dentro de los 15 días posteriores.

Segundas opiniones

Tiene derecho a recibir una segunda opinión sobre su afección o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si desea recibir una segunda opinión, llame al médico que lo derivó e indíquelo que desea consultar a otro proveedor. Para obtener más información sobre los servicios para los que se necesita una derivación, consulte las páginas 35 a 37.

Si no hay un proveedor que califique dentro de nuestra red y desea consultar a un proveedor fuera de nuestra red para obtener una segunda opinión, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de UHA y solicite hablar con el equipo de Coordinación de la Atención. Coordinaremos una cita para una segunda opinión de forma gratuita.

Encuesta sobre su salud

Poco después de haberse inscrito en UHA, le enviaremos por correo una encuesta sobre su salud. Puede completarla y enviarla por correo o bien puede responderla por teléfono. También puede verla en línea:

- Teléfono: 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711
- Sitio web: www.umpquahealth.com/case-management/
- Dirección de correo postal: UHA Customer Care
3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470

En la encuesta sobre salud, se formulan preguntas relacionadas con su salud en general que tienen por objetivo ayudarlo a reducir los riesgos para la salud, preservar la salud y evitar enfermedades. Si desea hablar con un coordinador de la atención o completar la evaluación de salud por teléfono, llame a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., y solicite hablar con el equipo de Coordinación de la Atención.

En la encuesta, se le pregunta sobre lo siguiente:

- Su acceso a la comida y la vivienda.
- Sus hábitos (por ejemplo, si hace ejercicio, cuáles son sus hábitos de alimentación y si fuma o bebe alcohol).
- Cómo se siente (para saber si tiene depresión o si necesita consultar a un proveedor de servicios de salud mental).
- Su bienestar en general, su salud oral y su historia clínica.
- Su lengua materna.
- Cualquier necesidad especial de atención de la salud, como por ejemplo, un embarazo de alto riesgo, afecciones crónicas, trastornos de salud conductual, discapacidades, etc.
- Si desea recibir la ayuda del equipo de Coordinación de la Atención.

Sus respuestas nos ayudarán a determinar lo siguiente:

- Si necesita exámenes de salud, como exámenes de la vista o dentales.
- Si tiene necesidades de atención de la salud de rutina o especiales.
- Cuáles son sus afecciones crónicas.
- Si necesita apoyos y servicios de atención a largo plazo.
- Si existen inquietudes en cuanto a la seguridad.
- Si tiene dificultades para recibir atención.

- Si necesita ayuda adicional con la coordinación de la atención. Consulte las páginas 29 a 34 para obtener información sobre la coordinación de la atención.

Un miembro del equipo de Coordinación de la Atención evaluará su encuesta y se comunicará con usted para hablar sobre sus necesidades y ayudarlo a comprender sus beneficios.

Si no recibimos su encuesta, un coordinador de la atención intentará comunicarse con usted por teléfono o por mensaje de texto. UHA hará tres intentos para que complete esta encuesta dentro de los 90 días posteriores su inscripción (o antes, en el caso de los miembros que tengan necesidades especiales de atención de la salud). Recibirá otra encuesta una vez por año o si se produce un cambio en su estado de salud. Si desea que le enviemos una encuesta, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711, y se la enviaremos.

Es posible que se comparta la encuesta con su médico o con otros proveedores. UHA le pedirá permiso antes de compartir su encuesta con los proveedores. Al compartir sus respuestas, podemos trabajar más estrechamente con su equipo de atención de la salud para brindarle un mejor servicio y atención de forma integral.

Recibir ayuda para la organización de su atención del equipo de Coordinación de la Atención

La coordinación de la atención es la coordinación organizada de los servicios de atención de la salud, las actividades de apoyo y los recursos de un miembro. Se lleva a cabo entre dos o más participantes considerados responsables de los resultados de salud del miembro. Recibe servicios de coordinación de la atención de centros de atención primaria centrados en el paciente (PCPCH), proveedores de atención primaria, UHA u otros equipos de atención primaria. Visite www.umpquahealth.com/case-management/ para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

UHA cuenta con personal que forma parte de su equipo de coordinación de la atención. El personal de UHA tiene el compromiso de asistir a los miembros con sus necesidades de atención y puede ayudarlo a encontrar proveedores de atención de la salud física, del desarrollo, dental, conductual y social en el lugar y momento en que los necesite. El objetivo de la coordinación de la atención es ayudarlo a recibir la mejor atención en función de sus necesidades. El personal trabajará en conjunto para conocer sus necesidades de atención de la salud y ayudarlo a hacerse cargo de su salud y bienestar. Lo conectarán con los recursos comunitarios y de apoyo social que pueden ayudarlo.

Su equipo de coordinación de la atención hará lo siguiente:

- Lo ayudará a comprender sus beneficios y cómo funcionan.
- Lo ayudará a elegir a un proveedor de atención primaria.
- Le brindará atención y asesoramiento fáciles de seguir.
- Lo ayudará a programar citas médicas y exámenes.
- Lo ayudará a coordinar el transporte a sus citas médicas.
- Lo ayudará a recibir atención de proveedores de especialidades.
- Lo ayudará a asegurarse de que sus proveedores hablen entre ellos sobre sus necesidades de atención de la salud.
- Lo ayudará a cambiar de proveedores de atención cuando sea necesario.
- Le dará acceso a recursos para asegurarse de que se sienta cómodo, seguro y bien atendido.
- Lo ayudará a gestionar afecciones de salud crónicas.
- Lo ayudará con problemas médicos, tales como diabetes, enfermedades cardíacas y asma.

- Lo ayudará con problemas de salud conductual, incluida la depresión y el trastorno por consumo de sustancias.
- Creará, con su ayuda, un plan de atención que aborde sus necesidades de salud.

Su equipo de coordinación de la atención lo ayudará a buscar y acceder a otros recursos en su comunidad, como ayuda para necesidades que no son médicas. Estos son algunos ejemplos:

- Ayuda para encontrar vivienda.
- Ayuda con el alquiler y los servicios públicos.
- Servicios de nutrición.
- Transporte.
- Capacitaciones y clases.
- Ayuda familiar.
- Servicios sociales.
- Dispositivos para condiciones climáticas extremas.

Su equipo de coordinación de la atención trabajará estrechamente con usted y con su proveedor para gestionar y organizar sus servicios. Su equipo de atención estará conformado por diferentes personas que trabajarán en conjunto para abordar sus necesidades, tales como proveedores, especialistas y programas comunitarios con los que usted trabaja. Queremos asegurarnos de que todas las personas que le brinden atención puedan centrarse en ayudarlo a mantenerse saludable y mejorar su salud. El equipo de Coordinación de la Atención lo ayudará a crear un plan de atención para asegurarse de que reciba el mejor tratamiento posible. También se comunicarán con usted después de que reciba atención para conocer su opinión.

En su plan de atención, figurarán los apoyos y servicios necesarios para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. En este plan, se abordan las necesidades médicas, dentales, culturales, del desarrollo, conductuales y sociales para que logre resultados positivos de salud y bienestar. Se revisará y actualizará el plan por lo menos una vez por año, a medida que sus necesidades cambien o si lo solicita. Recibirá una copia de su plan de atención sin costo alguno.

El personal de enfermería y los administradores de casos del equipo de Coordinación de la Atención cuentan con capacitación especial en muchas afecciones de salud. Pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca
- Asma
- Depresión
- Hipertensión arterial
- Otras afecciones

Disponibilidad de los servicios de coordinación de la atención

Los servicios de coordinación de la atención se encuentran disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si no puede obtener servicios de coordinación de la atención durante el horario de atención normal, UHA le ofrecerá otras opciones.

- Llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

- Cuando esté inscrito en servicios de coordinación de la atención, UHA le dará a usted o a su representante el nombre y el número de teléfono del miembro del equipo de coordinación de la atención que es el principal responsable de coordinar su atención.
 - Si cambia el coordinador de la atención, UHA le enviará una carta con la información de contacto del nuevo coordinador. Es posible que esta persona se comunique con usted por teléfono.

Miembros con Medicare

También puede recibir ayuda con sus beneficios del OHP y de Medicare. Un miembro del equipo de coordinación de la atención de UHA trabajará con usted, sus proveedores, el plan Medicare Advantage o su cuidador. Colaboramos con estas personas para brindarle servicios sociales y de apoyo, como servicios comunitarios culturalmente específicos.

Miembros que cursan un embarazo

Si está embarazada, el OHP le brinda servicios adicionales para ayudar a preservar su salud y la de su bebé. UHA puede ayudarla a recibir la atención que necesita. Además, puede cubrir el parto y la atención por hasta un año después del embarazo.

Esto es lo que debe hacer antes del parto:

- **Informe al OHP que está embarazada tan pronto como lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).
- **Informe al OHP la fecha de parto prevista.** No es necesario que indique la fecha exacta en este momento. Si está lista para dar a luz, llámenos de inmediato.
- **Pregúntenos sobre sus beneficios por embarazo.** UHA ofrece el servicio de administración de casos para personas embarazadas. Hay dos programas disponibles: la administración de casos de maternidad y New Day. Luego del nacimiento del bebé, UHA también tiene un programa llamado New Beginnings, que se extiende desde el nacimiento del bebé hasta los cinco años. Para obtener más información sobre estos programas, consulte las páginas 32 a 34.

Después de dar a luz:

- **Llame al OHP o pídale al hospital que envíe un aviso de bebé recién nacido al OHP.** El OHP brindará cobertura para su bebé desde el nacimiento. Su bebé también estará inscrito en UHA.
- **Reciba una visita domiciliaria gratuita de un profesional de enfermería a través del programa Healthy Families de United Community Action Network (UCAN).** Se trata de un programa de visitas domiciliarias de profesionales de enfermería que es gratuito para las embarazadas afiliadas o para quienes recién han dado a luz.
 - Para obtener más información, llame a UCAN al 800-301-8226 o complete el formulario de derivación del programa en línea aquí: www.ucancap.org/referral/.

Administración de casos de maternidad

La administración de casos de maternidad es un servicio de Umpqua Health Alliance para las madres del condado de Douglas que están afiliadas al Plan de Salud de Oregón. Sus representantes trabajan en conjunto con usted, su obstetra y otros proveedores y agencias de la comunidad para brindarle apoyo y recursos.

La administración de casos de maternidad puede brindarle asistencia con lo siguiente:

- Evaluación de sus necesidades
- Contacto con profesionales de obstetricia o ginecología
- Coordinación y mantenimiento de citas
- Transporte
- Contacto con recursos
- Apoyo adicional

¿Está embarazada y no está segura de qué hacer? Lo más importante es consultar a un médico. Puede hacer lo siguiente:

- Llamar a su PCP para obtener una derivación.
- Llamar a su obstetra o ginecólogo para programar una cita.
- Llamar al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 y solicitar ayuda.
- Pedirle ayuda a su asesor, administrador de casos u otro colaborador de la comunidad.
- Llamar para hacer una autoderivación.

Las derivaciones para la administración de casos de maternidad pueden presentarse a la administración de casos de UHA por teléfono, correo electrónico o fax.

- Oficina: 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711
- Correo electrónico: CaseManagement@umpquahealth.com
- Fax: 541-229-8180

Programa New Day

New Day es un servicio de Umpqua Health Alliance para las madres del condado de Douglas que están afiliadas al Plan de Salud de Oregón. Ayuda a las personas embarazadas que tienen problemas de consumo de sustancias o de otro tipo. Trabajan en conjunto con usted, su obstetra y otros proveedores y agencias de la comunidad para brindarle apoyo y recursos.

El personal de New Day puede ayudarla con lo siguiente:

- Evaluación de sus necesidades
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Tratamiento asistido con medicamentos (*medication assisted therapy*, MAT) con buprenorfina
- Plan con metadona o Suboxone
- Opciones de tratamiento con fármacos
- Ayuda para dejar de fumar
- Coordinación y mantenimiento de citas
- Búsqueda de recursos

Consumo de sustancias durante el embarazo: Hay muchos factores que pueden causar problemas a los bebés antes y después de su nacimiento. A veces, esos problemas perduran durante toda su vida. El tabaquismo, el consumo de alcohol, el abuso de sustancias, el consumo de marihuana, una vivienda insegura, una mala alimentación, la violencia doméstica y el estrés son perjudiciales para las personas embarazadas y sus hijos. El programa New Day puede ayudarla a lidiar con estos problemas. Incluso pequeños cambios harán una GRAN diferencia.

Si actualmente consume opioides, como heroína o analgésicos, o está en un programa de tratamiento con metadona o Suboxone, es posible trabajar con un médico que se especialice en el MAT para ayudarla a transitar el embarazo de manera segura. Usted quiere que su bebé goce de buena salud y nosotros queremos ayudarla a que lo logre.

Nuestro personal: El programa New Day está a cargo de Mandy Rigsby, BA, CCM, NCAC II, CADC II, CGAC I, IMH-E.

Las derivaciones para el programa New Day pueden enviarse al equipo de Coordinación de la Atención de UHA por teléfono, correo electrónico o fax. También se puede coordinar un lugar de encuentro en la comunidad.

- Oficina: 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711
- Correo electrónico: CaseManagement@umpquahealth.com
- Fax para la derivación: 541-229-8180

Programa New Beginnings

New Beginnings es un programa que Umpqua Health Alliance ofrece a los miembros del Plan de Salud de Oregón en el condado de Douglas. Nos centramos en los niños desde el nacimiento hasta los cinco años. Trabajamos con los niños, la familia, los proveedores de atención y los colaboradores de la comunidad para brindar apoyo y recursos. El personal de este programa crea y fortalece las asociaciones para que usted pueda usar los recursos de la comunidad. Estos recursos incluyen:

- Asesoramiento
- Proveedores de atención primaria
- Centros de desarrollo familiar
- Defensores de niños
- Servicios de prevención del abuso
- Especialistas en intervención temprana
- Escuelas y servicios de cuidado infantil
- Hospitales
- Programas de asistencia alimentaria y para la vivienda
- Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)
- Dentistas
- Necesidades de transporte

Los primeros años: los primeros años de la vida de un niño son importantes para su desarrollo físico y social. Los niños que viven en la pobreza o que carecen de vivienda estable y alimentos saludables pueden tener graves dificultades para enfrentar la vida.

Los padres quieren lo mejor para sus hijos, y New Beginnings puede ayudarlos con esto. Juntos, a través de la coordinación de la atención, identificaremos y nos ocuparemos de las necesidades únicas de cada niño. Este programa también ayuda a los padres a crear bases sólidas para que los niños del condado de Douglas crezcan y prosperen.

¿Tiene niños pequeños? Lo más importante es asistir a las visitas de niño sano. También puede hacer lo siguiente:

- Llamar al médico de su hijo para programar una cita.

- Llamar al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842 (TTY 711) o TTY 541-440-6304.
- Pedirle ayuda a su asesor, administrador de casos u otro colaborador de la comunidad.
- Llamar a New Beginnings.

Las derivaciones para el programa New Beginnings pueden enviarse al equipo de Coordinación de la Atención de UHA por teléfono, correo electrónico o fax.

- Oficina: 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711
- Correo electrónico: CaseManagement@umpquahealth.com
- Fax: (541) 229-8180

Sus beneficios

De qué manera Oregón decide cuál será la cobertura del OHP

Como miembro del OHP, tiene muchos servicios a su disposición. Oregón determina cuáles son los servicios que pagará en función de la **Lista priorizada de servicios de salud**. Esta lista se compone de diferentes afecciones médicas (llamadas diagnósticos) y los tipos de procedimientos para su tratamiento. La elaboración de la lista está a cargo de un grupo de expertos médicos y ciudadanos de a pie. Este grupo se llama Comisión de Revisión de Evidencias sobre la Salud (Health Evidence Review Commission, HERC) de Oregón, y sus integrantes son designados por el gobernador.

En la lista, se detallan las combinaciones de todas las afecciones y los tratamientos correspondientes. Estas combinaciones se denominan pares de afecciones y tratamiento, y se las clasifica en la lista en función de la gravedad de cada afección y la eficacia de cada tratamiento.

Para los miembros a partir de los 21 años:

El OHP no cubre todos los pares de afecciones y tratamientos. Hay un tope en la lista que se llama “la línea” o el “nivel de financiamiento”. Los pares que están por encima de la línea están cubiertos, mientras que los que están debajo, no. En el caso de algunas afecciones y tratamientos que están por encima de la línea, se aplican ciertas reglas, por lo que es posible que no estén cubiertas.

Para las personas desde su nacimiento hasta los 21 años:

Deben cubrirse todos los servicios necesarios y adecuados desde el punto de vista médico, dependiendo de las necesidades individuales y los antecedentes médicos del miembro. Esto incluye los servicios “por debajo de la línea” en la lista priorizada, además de los servicios que no figuran en esta lista, como el equipo médico duradero. Consulte las páginas 68 a 70 para obtener más información sobre la cobertura para los miembros desde el nacimiento hasta los 21 años.

Obtenga más información sobre la lista priorizada aquí:
www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx.

Acceso directo

Tiene “acceso directo” a los proveedores cuando no necesita una derivación o aprobación previa para un servicio. Siempre tendrá acceso directo a los servicios de urgencia y de emergencia.



Servicios para los que no se necesita una derivación o aprobación previa

- Servicios de emergencia
 - Para atención de la salud física, dental o conductual
- Servicios de atención de urgencia
 - Para atención de la salud física, dental o conductual
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de salud para mujeres
 - Para atención de rutina y preventiva, además de los servicios que reciba de su PCP
- Exámenes de abuso sexual
- Servicios de coordinación de la atención
 - Disponibles para todos los miembros
- Servicios ofrecidos por pares
- Especialistas de salud física o conductual para los miembros que tienen necesidades especiales de atención de la salud (*special health care needs*, SHCN) y que reciben servicios de apoyo a largo plazo (*long term support services*, LTSS)

Obtención de la aprobación previa

Para algunos servicios, es necesario obtener aprobación previa. A esto se lo conoce como “autorización previa” (*prior authorization*, PA) o “aprobación previa”. Su proveedor trabaja con UHA a fin de solicitar la aprobación previa para obtener un servicio. A veces, su proveedor nos enviará información para ayudarlo a obtener el servicio. Incluso si el proveedor no tiene la obligación de enviarnos información, es posible que UHA aún deba revisar su caso para asegurarse de que debe recibir el servicio.

Estas decisiones se basan exclusivamente en la determinación de si la atención o el servicio son adecuados para usted y si cuenta con cobertura de UHA. UHA no recompensa a ningún proveedor ni a otras personas por presentar denegaciones de cobertura o de atención. Nunca se proporciona dinero adicional a nadie que tome la decisión de denegar una solicitud de atención. Llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 en los siguientes casos:

- Si tiene alguna pregunta.
- Si necesita comunicarse con nuestro Departamento de Administración del Uso.
- Si necesita una copia de los lineamientos clínicos.

Es posible que no reciba el servicio si no se lo aprueba. Revisamos las solicitudes de aprobación previa tan pronto como lo requiera su afección de salud. La mayoría de las decisiones de servicios se toman dentro de los 14 días. A veces, algunas decisiones pueden demorar hasta 28 días. Esto solo sucede cuando estamos esperando a recibir más información. Si usted o su proveedor creen que seguir los plazos estándares pone en riesgo su vida, su salud o su capacidad de funcionamiento, podemos tomar una decisión de “autorización acelerada de servicio”. Por lo general, este tipo de decisiones se toman dentro de las 72 horas, pero puede aplicarse una extensión de 14 días. Tiene derecho a presentar un reclamo si no está de acuerdo con la decisión de extensión. Consulte las páginas 101 y 102 sobre cómo presentar un reclamo.

¿Cómo obtengo una autorización previa (PA)?

Su proveedor nos enviará una PA. Los proveedores dentro de la red deben enviarnos una PA a través de nuestro portal para proveedores. Si el proveedor se encuentra fuera de la red, puede enviar la solicitud por fax usando nuestro formulario de PA, junto con las notas médicas que justifiquen la necesidad del servicio. Este formulario se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.umpquahealth.com/prior_authorizations/. El proveedor puede llamarnos si necesita ayuda para obtenerlo. Las políticas de derivaciones o de PA de UHA se encuentran disponibles en nuestro sitio web en www.umpquahealth.com/provider-trainings/. También puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842, y podemos enviarle una copia de las políticas sin cargo dentro de los cinco días hábiles.

La aprobación de una solicitud de PA no es garantía de pago. El pago se basa en los beneficios vigentes en el momento de la prestación del servicio, en la elegibilidad del miembro y en la necesidad médica.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una PA?

UHA cumple con todas las leyes estatales en lo que respecta a las decisiones sobre las solicitudes de servicios. Algunos servicios deben revisarse más rápidamente que otros conforme a la legislación estatal. A continuación, se indica el tiempo que puede tomar la autorización de algunos servicios.

- Medicamentos recetados: 24 horas
- Servicios de desintoxicación para el trastorno por consumo de sustancias (*substance use disorder*, SUD), tratamiento residencial y centros de enfermería especializada: 2 días hábiles
- Servicios residenciales y para pacientes internados de salud conductual y solicitudes rápidas (aceleradas) si se considera que esperar el proceso de apelación regular podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de funcionamiento: 72 horas
- Solicitudes estándares para todos los demás servicios: 14 días

No necesita aprobación para los servicios de emergencia, de urgencia o de atención después de una emergencia. Consulte las páginas 84 a 88 para obtener información sobre los servicios de emergencia.



Servicios para los que no se necesita aprobación previa

- Servicios de evaluación de la salud conductual
- Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios y prestados por pares
 - De proveedores dentro de la red
- Los primeros 30 días del tratamiento asistido con medicamentos para el trastorno por consumo de sustancias
 - Se necesita una derivación
- Servicios de tratamiento comunitario asertivo (*assertive community treatment*, ACT) y de apoyo integral
 - Se debe completar una evaluación



Servicios para los que se necesita aprobación previa

- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios para pacientes ambulatorios en un centro de cirugía ambulatoria o en un hospital
- Servicios para pacientes internados, residenciales y de desintoxicación para el trastorno por consumo de sustancias
- Algunos equipos médicos duraderos (*durable medical equipment*, DME)
- Servicios para pacientes ambulatorios de proveedores fuera de la red
- Tratamientos (acupuntura, quiropraxia y terapia física, del habla y ocupacional)
- Tratamiento asistido con medicamentos para el trastorno por consumo de sustancias después de los primeros 30 días
- Servicios para el trastorno por consumo de sustancias fuera de la red
- Dentaduras postizas parciales o completas
- Coronas
- Tratamiento de conducto en los molares

Es posible que UHA exija aprobación previa para servicios que no se indican aquí. Consulte la tabla de PA en nuestro sitio web aquí: www.umpquahealth.com/prior_authorizations.

Derivaciones de proveedores y autoderivaciones

Para recibir la atención del proveedor correcto, es posible que se necesite una derivación. Una **derivación** es un pedido escrito de su proveedor en el que indica la necesidad de un servicio.

Si su PCP no puede proporcionarle los servicios que necesita, puede derivarlo a un especialista. Si se necesita aprobación previa para el servicio, su proveedor solicitará la aprobación a UHA. Si no hay un especialista cerca de donde vive o que trabaje con UHA (lo que también se conoce como dentro de la red), es posible que el PCP deba trabajar con el equipo de coordinación de la atención para buscar atención fuera de la red. Si esto sucede, no implicará un costo adicional para usted.

Muchas veces su PCP puede brindarle los servicios que necesita. Si considera que probablemente necesite una derivación a un especialista en atención de la salud, consulte a su PCP. Si tiene necesidades especiales de atención de la salud, su equipo de atención de la salud puede trabajar en conjunto para brindarle acceso a especialistas sin una derivación. No necesita una derivación si tiene una emergencia.

Para algunos servicios, no se requiere derivación de su proveedor. A esto se lo llama autoderivación.

Una **autoderivación** significa que puede buscar en el directorio de proveedores el tipo de proveedor al que desea acudir. Puede llamar a ese proveedor para programar una visita sin una derivación de su proveedor. Obtenga más información sobre el directorio de proveedores en la página 27. **Cuando usa la autoderivación para un servicio, es posible que, de todas maneras, se necesite aprobación previa. Hable con su PCP o llame al Departamento de Atención al Cliente si tiene dudas sobre si necesita aprobación previa para obtener un servicio.**

Servicios disponibles con autoderivación:

- Consultas a su PCP
- Atención cuando tiene una emergencia

- Servicios de rutina o preventivos de su obstetra o ginecólogo en la red
- Atención de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Vacunas
- Servicios de Trabajadores de salud tradicionales (Traditional Health Worker, THW)
- Proveedores de atención oftalmológica dentro de la red
- Proveedores de atención dental dentro de la red
- Servicios cubiertos de planificación familiar de proveedores fuera de la red
- Servicios de salud conductual de proveedores dentro de la red
 - Se incluyen los servicios residenciales o para pacientes internados
- Servicios de salud mental por problemas de alcoholismo o consumo de otras drogas
- Tratamiento comunitario asertivo (ACT)

Significado de los íconos de las tablas de beneficios

 Servicios para los que se necesita aprobación previa Para algunos servicios, es necesario obtener aprobación previa. Su proveedor debe solicitar la aprobación a la CCO. A esto se lo conoce como aprobación previa.	 Servicios para los que se necesita una derivación Una derivación es un pedido escrito de su proveedor en el que indica la necesidad de un servicio. Debe solicitar una derivación a su proveedor.	 Servicios para los que no se necesita una derivación o aprobación previa Para algunos servicios, no necesita una derivación ni aprobación previa. Esto se denomina acceso directo.
---	--	---

Beneficios de salud física

Consulte a continuación la lista de los beneficios médicos disponibles para usted sin costo alguno. En la columna “Servicio”, se detalla cuántas veces puede recibir cada servicio de forma gratuita. En las columnas “Servicios dentro de la red” y “Servicios fuera de la red”, se indica si necesita una derivación o aprobación previa para recibir el servicio. Si necesita ayuda, UHA coordinará los servicios de forma gratuita. Si ve un asterisco (*) en las tablas de beneficios, esto significa que es posible que el servicio esté cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años, si se lo considera necesario y adecuado desde el punto de vista médico. Consulte las páginas 68 a 70 para obtener información.

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de coordinación de la atención El equipo de coordinación de la atención es un grupo de personas que lo ayudan a usar el sistema de atención de la salud. Algunas de las tareas que realizan son programar citas, comunicarse con sus proveedores y planificar la atención. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Consulte las páginas 29 a 34 para obtener más información.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros
Servicios de hospicio y cuidados paliativos* Servicios para las personas con enfermedades terminales. Algunos ejemplos son la gestión del dolor, la atención de enfermería 24/7 y el apoyo emocional y espiritual. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. La aprobación de estos servicios se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de diagnóstico Estos servicios se usan para diagnosticar una afección y orientar el tratamiento. Algunos ejemplos son las pruebas de diagnóstico por imágenes (radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computadas), análisis de sangre, servicios de laboratorio, etc. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Se permite la autoderivación.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Equipo médico duradero (DME)* Artículos que quizás necesite tener en su hogar para tratar una afección médica o ayudar con su recuperación. Estos son algunos ejemplos: Suministros médicos (incluidos suministros para la diabetes), dispositivos médicos, prótesis y órtesis. El alquiler de tubos de oxígeno está limitado a 36 meses.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Servicios de atención de niño sano; servicios de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early & Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT)* Los servicios de EPSDT se prestan específicamente para evaluar y detectar problemas en el desarrollo de la salud física y mental. Algunos ejemplos de estos servicios son la administración de vacunas, los exámenes de la visión y de la	 No se necesita derivación. Es posible que se necesite aprobación previa.	 No se necesita derivación. Es posible que se necesite aprobación previa.	Miembros de 0 a 20 años

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
audición, y las pruebas de detección de plomo. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Consulte las páginas 68 a 70 para obtener más información.			
Procedimientos y cirugías optativas* Estos son tratamientos que usted y su proveedor deciden llevar a cabo y que no se deben a una situación potencialmente mortal. Algunos ejemplos son el reemplazo de rodillas o las cirugías estéticas. La aprobación de estos servicios se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 Se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y dental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOG y CCOF)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Transporte médico de emergencia* Transporte para personas que tienen una emergencia médica. El transporte en ambulancia está cubierto solo para emergencias. Cubrimos el transporte en ambulancia dentro de Estados Unidos. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros
Servicios de emergencia Estos son servicios que se prestan para casos que requieren de atención inmediata, como por ejemplo, lesiones o enfermedades repentinas. Para obtener más información sobre estos servicios, consulte las páginas 84 a 88. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación. UHA cubre la atención de emergencia dentro de Estados Unidos.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de planificación familiar Este servicio ayuda a las personas a tomar decisiones sobre sus objetivos de reproducción y promueve la salud de las personas embarazadas y los niños. Algunos ejemplos son el control de la natalidad y los exámenes anuales. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Atención de afirmación de género Estos servicios contribuyen con el apoyo y la afirmación de la identidad de género de una persona. Algunos ejemplos son la terapia hormonal, la cirugía o el apoyo de salud mental. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de audición* Estos servicios brindan apoyo, herramientas y soluciones para ayudarlo con su capacidad para escuchar y comunicarse. Algunos ejemplos son la audiología y los audífonos. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información. • Los adultos que cumplen con los criterios tienen un límite de un audífono cada cinco años (es posible que se autoricen dos si se cumplen ciertos criterios). • A los niños que cumplen los criterios se les asignan dos audífonos cada tres años.	 Se necesita aprobación previa para todos los audífonos.	 Se necesita aprobación previa para todos los audífonos.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de atención domiciliaria* Con estos servicios, se brinda atención médica en la comodidad de su propio hogar. Algunos ejemplos son los servicios de un auxiliar de salud domiciliario, terapia ocupacional, terapia física, enfermería especializada y terapia del habla. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Vacunación y vacunas para viajes Antes de viajar a ciertas regiones o países, se recomienda o exige la aplicación de vacunas para viajes. UHA cubre algunas de las vacunas necesarias para viajar. Este beneficio médico no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación. Para los servicios que forman parte del beneficio de farmacia, consulte la siguiente sección de servicios: Servicios farmacéuticos (medicamentos recetados) (página 45). Consulte las páginas 80 y 81 para obtener más información.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios hospitalarios para pacientes internados* Esto podría incluir estadías de una noche en el hospital. Algunos ejemplos son los servicios en centros de enfermería especializada o los de rehabilitación física aguda. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 No se necesita aprobación previa para lo siguiente: • Hospital de atención de casos agudos • Atención de casos agudos a largo plazo  Se necesita aprobación previa para lo siguiente: • Rehabilitación física aguda • Servicios en centros de enfermería especializada	 Se necesita aprobación previa	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Servicios de interpretación Estos servicios están destinados a los miembros o potenciales miembros que necesitan ayuda para comunicarse en su propio idioma. Pueden prestarse por teléfono o tableta, o en persona. Para obtener más información, consulte las páginas 3 a 5. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de maternidad Estos servicios permiten garantizar que usted y su bebé se mantendrán saludables y seguros durante el embarazo, el nacimiento y después del nacimiento. Algunos ejemplos son los controles, las vacunas o los exámenes anuales. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance.	 No se necesita aprobación previa.	 No se necesita aprobación previa.	Embarazadas afiliadas con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Transporte a centros de atención; también se llaman servicios de transporte médico para casos que no constituyen emergencias (Non-Emergent Medical Transportation, NEMT)* Se trata de transporte gratuito a las visitas para recibir servicios médicos cubiertos. También puede obtener un reembolso si usted u otra persona efectúan el traslado. Limitados para los miembros de VA y COFA. Consulte la página 61 para obtener más información.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	Todos los miembros
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* Destinados a las personas que reciben atención o servicios hospitalarios y regresan a su hogar ese mismo día. Algunos ejemplos son la quimioterapia, la radiación y el manejo del dolor. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios farmacéuticos (medicamentos recetados)* Los medicamentos son lo que su proveedor le receta para ayudar a que se sienta mejor cuando está enfermo o si tiene una afección médica. La mayoría de los medicamentos tienen la opción de suministro de 90 días en una farmacia de la red participante, a excepción de los medicamentos de especialidad. Consulte las páginas 80 y 81 para obtener más información.  Se necesita una receta.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla* Estas terapias ayudan con problemas físicos o de comunicación. Los servicios se limitan a 30 visitas combinadas en total cada 12 meses. Es posible que se autoricen visitas adicionales si esto se considera adecuado desde el punto de vista médico. Se necesita aprobación previa para estas visitas. Comuníquese con UHA para obtener más información. Es posible que se autoricen visitas adicionales para los pacientes menores de 21 años si esto se considera adecuado desde el punto de vista médico. Se necesita aprobación previa para estas visitas.*	 No se necesita aprobación previa para lo siguiente: • Evaluaciones • Afecciones combinadas y financiadas  Se necesita aprobación previa para lo siguiente: • Afecciones no cubiertas • Más de 30 visitas	 No se necesita aprobación previa para lo siguiente: • Evaluaciones  Se necesita aprobación previa para lo siguiente: • Todas las visitas de las terapias	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Servicios preventivos Estos servicios lo ayudan a prevenir enfermedades. Algunos ejemplos son: exámenes físicos, atención de niño sano, vacunas, salud de la mujer (mamografías, exámenes ginecológicos, etc.), exámenes de detección (cáncer, etc.), prevención de la diabetes, asesoramiento nutricional, servicios de cesación tabáquica, etc. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Visitas al proveedor de atención primaria Estos son controles médicos que le realiza su proveedor habitual. Puede consultar a su proveedor para que le realice controles anuales, obtener asesoramiento sobre prevención y recibir derivaciones a especialistas. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Consulte las páginas 26 a 28 para obtener más información.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Exámenes de abuso sexual Estos exámenes médicos permiten ayudar a las personas que posiblemente hayan sido objeto de abusos o agresiones sexuales. Durante estos exámenes, se realiza una revisión física, se recolectan pruebas y se ofrecen los servicios de asesoramiento y apoyo. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de especialistas* Estos servicios ayudan a las personas que tienen afecciones complejas o poco frecuentes. Algunos de los especialistas son cardiólogos, dermatólogos o ginecólogos. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros. Las personas con necesidades especiales de atención de la salud que reciben LTSS no necesitan una derivación.
Procedimientos quirúrgicos* Cuando un proveedor usa herramientas especiales para solucionar un problema, extraer algo que está causando daños o reemplazar una parte del cuerpo dañada. Algunos ejemplos son los reemplazos de cadera o de rodilla. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Servicios de telesalud* Atención mediante videollamada o por teléfono en vez de en el consultorio del proveedor. Algunos ejemplos son el correo electrónico seguro, los portales de pacientes, las videollamadas en línea y las visitas por medios electrónicos. Consulte las páginas 78 y 79 para obtener más información. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Comuníquese con UHA para obtener más información.			
Servicios de Trabajadores de salud tradicionales (THW) Los THW son personas que trabajan con su equipo de atención para ayudarlo a recibir la atención que necesita. Algunos ejemplos son las doulas para los nacimientos, los trabajadores de salud comunitaria (<i>community health workers</i>, CHW) y los especialistas en apoyo de pares (<i>peer support specialists</i>, PSS). Consulte las páginas 70 y 71 para obtener más información. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de atención de urgencia Recibirá atención de urgencia cuando no puede comunicarse con su PCP por un problema urgente o el PCP no puede verlo lo suficientemente pronto. Algunos problemas que requieren atención de urgencia son infecciones graves, esguinces y dolores fuertes. Consulte las páginas 82 y 83 para obtener más información. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de salud para mujeres (además de los servicios del PCP) para la atención de rutina y preventiva Estos servicios proporcionan atención médica y apoyo para las necesidades y la atención de las mujeres. Algunos ejemplos son las mamografías y los exámenes de Papanicolaou. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Servicios oftalmológicos* Estos servicios brindan apoyo, herramientas y soluciones para ayudarlo con su capacidad para ver. Algunos ejemplos son los exámenes de la vista y los anteojos. Las personas adultas no embarazadas (a partir de los 21 años) tienen la siguiente cobertura: - Exámenes de la vista de rutina cada 24 meses - Exámenes de la vista cuando sean necesarios - Accesorios y lentes correctivos solo para determinadas afecciones médicas del ojo	 Es posible que se necesite aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros de 0 a 20 años y personas embarazadas afiliadas con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB) Según las recomendaciones para todos los demás.

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Los miembros desde el nacimiento hasta los 21 años, las personas adultas embarazadas y las personas adultas hasta 12 meses después del parto tienen la siguiente cobertura: - Exámenes de la vista de rutina cada 24 meses y cuando sean necesarios* - Exámenes de la vista cuando sean necesarios* - Accesorios y lentes correctivos cuando sean necesarios* Algunas de las afecciones médicas del ojo son la afaquia, el queratocono o el posoperatorio de una cirugía de cataratas.			

La tabla anterior no constituye una lista exhaustiva de los servicios para los que se necesita aprobación previa o una derivación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Beneficios de atención de la salud conductual

La salud conductual hace referencia a los tratamientos de salud mental y para el consumo de sustancias. En la columna “Servicio”, se detalla cuántas veces puede recibir cada servicio de forma gratuita. Consulte a continuación una lista de los beneficios de salud conductual disponibles para usted sin costo alguno. En las columnas “Servicios dentro de la red” y “Servicios fuera de la red”, se indica si necesita una derivación o aprobación previa para recibir el servicio. Tiene derecho a acceder a los servicios de salud conductual cuando los necesite. Infórmenos si necesita apoyo: en UHA, estamos a disposición para ayudarlo a acceder a los servicios. Todos los servicios de coordinación de UHA son gratuitos. Si ve un asterisco (*) en las tablas de beneficios, esto significa que es posible que el servicio esté cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años, si se lo considera necesario y adecuado desde el punto de vista médico. Consulte las páginas 68 a 70 para obtener información.

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de coordinación de la atención El equipo de coordinación de la atención es un grupo de personas que lo ayudan a usar el sistema de atención de la salud. Algunas de las tareas que realizan son programar citas, comunicarse con sus proveedores y planificar la atención. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Consulte las páginas 29 a 34 para obtener más información.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros
Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios Incluyen la atención de la salud mental y por consumo de sustancias. Estos servicios de salud conductual se proporcionan en un consultorio o en el hospital, pero no es necesario que el paciente quede internado hasta el día siguiente. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.  Se necesita un examen.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de salud conductual proporcionados por pares Incluye la atención de la salud mental y el por consumo de sustancias. Estos servicios ofrecen apoyo y asesoramiento de personas que experimentaron problemas de salud conductual similares. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.  Se necesita un examen.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)
Servicios para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados (residenciales y de desintoxicación)* Estos servicios brindan tratamiento y apoyo para las personas que tienen problemas con el alcoholismo o la drogadicción. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Comuníquese con UHA.  Se necesita un examen.	 No se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Tratamiento asistido por medicamentos para el trastorno por consumo de sustancias* Estos servicios combinan medicamentos, asesoramiento y apoyo para las personas que tienen problemas con el alcoholismo o la drogadicción. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. No se necesita aprobación previa para los primeros treinta (30) días. Comuníquese con UHA.  Se necesita un examen.	 No se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa después de los primeros treinta (30) días.	Miembros con cobertura médica a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA y CCOB)
Tratamiento comunitario asertivo Este tratamiento es proporcionado por un equipo de expertos que ofrecen apoyo y atención a personas con problemas de salud mental graves. Trabajan para ayudar a las personas a mantener su independencia. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.  Se necesita un examen.	 No se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)
Tratamiento intensivo domiciliario de salud conductual (Intensive In-Home Behavioral Health Treatment, IIBHT) El IIBHT está pensado para los niños y las familias que necesitan más apoyo y servicios que los que ofrecen los servicios tradicionales para pacientes ambulatorios.	 No se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.  Se necesita un examen.			
Evaluaciones neuropsicológicas Estas evaluaciones permiten comprender cómo funciona el cerebro de una persona. Esta información se puede usar para desarrollar planes de tratamiento para diferentes afecciones relacionadas con el cerebro. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.  Se necesita un examen.	 Se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Evaluaciones psicológicas Este tipo de evaluaciones pueden ayudar a los profesionales de salud mental a determinar si presenta un problema de salud mental. También los ayudan a evaluar su afección de salud mental. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación. Algunos proveedores posiblemente prefieran una derivación. Comuníquese con UHA.  Se recomienda un examen.	 No se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)
Servicios integrales Estos servicios proporcionan apoyo a los individuos y las familias que enfrenten problemas relacionados con la salud mental o necesidades especiales. Para los servicios integrales, se crea un equipo de personas que trabajarán en conjunto para elaborar un plan que dé apoyo a sus objetivos. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.	 No se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Niños y jóvenes que cumplen con determinados criterios médicos.

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
 Se necesita un examen.			
Análisis conductual aplicado Este es un tipo de terapia que ayuda a las personas a aprender nuevas conductas y a mejorar sus habilidades sociales y de comunicación. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.	 Se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)
 Se necesita un examen.			
Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT) En este tratamiento, se envía una corriente eléctrica al cerebro de una persona para tratar síntomas graves de algunos problemas de salud mental. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.	 Se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)
 Se necesita un examen.			
Estimulación magnética transcraneal (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) En este tratamiento, se usan pulsos magnéticos para estimular determinadas áreas del cerebro. Se puede usar para tratar la	 Se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental a través de UHA (tipos de beneficios: CCOA, CCOB, CCOE y CCOG)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
depresión y otras afecciones de salud mental. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite la autoderivación.  Se necesita un examen.			

La tabla anterior no constituye una lista exhaustiva de los servicios para los que se necesita aprobación previa o una derivación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Beneficios de atención dental

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

Tener dientes saludables es importante a cualquier edad. Estos son algunos hechos importantes sobre la atención dental:

- Una boca saludable puede ayudar a evitar que sienta dolor.
- Tener dientes saludables también puede ayudar a mantener un corazón y un cuerpo saludables.
- Debe consultar a su dentista una vez por año.
- Si está embarazada, mantener los dientes y las encías en un buen estado de salud puede proteger la salud de su bebé.
- Las limpiezas dentales de rutina pueden servirle de ayuda para controlar su azúcar en sangre.
- Los niños deben tener su primer control dental al año de edad.
- Una infección en la boca puede propagarse a su corazón, cerebro y cuerpo.

Su dentista de atención primaria (PCD) puede derivarlo a un especialista para ciertos tipos de atención. Estos son algunos tipos de especialistas dentales:

- Endodoncistas (para los tratamientos de conducto)
- Dentistas pediátricos (para personas adultas con necesidades especiales y niños)
- Periodoncistas (para el cuidado de las encías)
- Ortodoncistas (en casos extremos, para el uso de aparatos dentales)
- Cirujanos orales (para las extracciones que requieren sedación o anestesia general)

Los siguientes son servicios dentales habituales para los que se debe derivar al paciente a un especialista:

- Cirugía oral
- Atención dental en el hospital
- Tratamientos de conducto
- Problemas de encías
- Sedación en el consultorio

Si visita a un proveedor de atención dental que no es su dentista de atención primaria, es posible que necesite una derivación para estos servicios:

- Exámenes orales
- Dentaduras postizas parciales o completas
- Extracciones
- Tratamiento de conducto

Consulte los servicios dentales cubiertos en la tabla a continuación.

Todos los servicios cubiertos son gratuitos y tendrán cobertura siempre y cuando su proveedor indique que los necesita. Consulte la columna “Servicio” para conocer cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Consulte las columnas “Servicios dentro de la red” y “Servicios fuera de la red” para ver si necesita una derivación o una aprobación previa para el servicio. Si ve un asterisco (*) en las tablas de beneficios, esto significa que es posible que el servicio esté cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años, si se lo considera necesario y adecuado desde el punto de vista médico. Consulte las páginas 68 a 70 para obtener información.

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Servicios de coordinación de la atención El equipo de coordinación de la atención es un grupo de personas que lo ayudan a usar el sistema de atención de la salud. Algunas de las tareas que realizan son programar citas, comunicarse con sus proveedores y planificar la atención. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Consulte las páginas 29 a 34 para obtener más información.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Atención dental de emergencia y de urgencia Una emergencia dental es cuando necesita atención dental ese mismo día. Algunos ejemplos son dolor intenso o infección, sangrado o inflamación, lesiones en los dientes o en las encías. Este beneficio no tiene límites en cuanto a la cantidad, la duración y el ámbito de alcance. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)
Exámenes orales* Estos son controles de rutina de sus dientes y boca realizados por su dentista de atención primaria. Miembros menores de 19 años: dos veces por año* Todos los demás miembros: una vez por año*	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Limpiezas orales* Durante una limpieza, el dentista o higienista dental realizará una limpieza profunda de los dientes y la boca. En la misma visita, puede brindarle otros servicios preventivos. Miembros menores de 19 años: dos veces por año* o siempre que sea necesario desde el punto de vista médico Todos los demás miembros: una vez por año*	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)
Aplicación de flúor* Este tratamiento se aplica en los dientes para prevenir las caries. Miembros hasta los 18 años: dos veces por año* Miembros hasta los 18 años con riesgo alto: cuatro veces por año* Miembros a partir de los 19 años: una vez por año* Miembros a partir de los 19 años con riesgo alto: hasta cuatro veces por año*	 No se necesita derivación ni aprobación previa, a menos que sea necesario desde el punto de vista médico.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Radiografías orales* Estas son imágenes de sus dientes y mandíbula que los dentistas usan para evaluar su salud oral. Este servicio tiene cobertura una vez por año para todos los miembros (o según sea necesario desde el punto de vista médico para los miembros desde el nacimiento hasta los 21 años).*	 No se necesita derivación ni aprobación previa, a menos que sea necesario desde el punto de vista médico.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)
Selladores* Estas son capas delgadas que se colocan en los dientes para evitar las caries. Miembros hasta los 16 años*: en los dientes posteriores permanentes, una vez cada 5 años	 No se necesita derivación ni aprobación previa, a menos que sea necesario desde el punto de vista médico.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros menores de 16 años con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Empastes Se usan para arreglar dientes desgastados, con caries o dañados. Es un servicio cubierto según sea necesario para todos los miembros.	 No se necesita derivación ni aprobación previa, a menos que sea necesario desde el punto de vista médico.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)
Dentaduras postizas parciales o completas* Las dentaduras postizas son reemplazos extraíbles para dientes y tejidos faltantes en la boca. Lo ayudan a comer, hablar y sonreír con plena comodidad. Miembros a partir de los 16 años*: Parcial: una vez cada 5 años Completa: una vez cada 10 años El ajuste de la dentadura postiza está cubierto cada tres años para los miembros menores de 20 años y una vez cada cinco años para los miembros a partir de los 21 años.*	 Se necesita aprobación previa.  Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	 Se necesita aprobación previa.  Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Coronas* Las coronas son tapas para dientes dañados Afiliadas embarazadas o miembros hasta los 21 años*: los beneficios varían en función del tipo de corona, el diente específico que requiere atención, la edad y si la persona está embarazada. Comuníquese con Advantage Dental para obtener más información.	 Se necesita aprobación previa.  Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	 Se necesita aprobación previa.  Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)
Extracciones Su dentista le aflojará y extraerá un diente. La extracción de un diente puede deberse a una infección, una enfermedad en las encías u otros problemas. Es un servicio cubierto según sea necesario para todos los miembros.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)
Tratamiento de conducto Mediante este procedimiento, se quita la parte dañada o infectada de un diente. De esta manera, se evita la necesidad de extraer el diente. Miembros menores de 12 años: sin cobertura para los terceros molares (muelas de juicio). Embarazadas afiliadas: con cobertura para los primeros molares.	 Se necesita aprobación previa para los molares.	 Se necesita aprobación previa para los molares.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)

Servicio	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	Quién puede recibirlo
Todos los demás miembros: con cobertura para los dientes delanteros y los premolares.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	 Se necesita derivación si no consulta a su dentista de atención primaria.	
Ortodoncia* La ortodoncia es un tipo de especialidad de atención dental. Permite diagnosticar y tratar problemas en los dientes y en la mandíbula, como la alineación incorrecta. Algunos tipos de tratamientos son los aparatos dentales y los retenedores. Para miembros desde su nacimiento hasta los 21 años*: en los casos de paladar hendido, labio leporino o maloclusión incapacitante, o cuando se ven afectadas funciones como el habla, la masticación u otras. Es necesario contar con la aprobación de su dentista y no debe tener caries ni enfermedades de las encías.	 Se necesita aprobación previa.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros con cobertura dental a través de UHA (tipos de planes de beneficios: CCOA, CCOG y CCOF)

La tabla anterior no constituye una lista exhaustiva de los servicios para los que se necesita aprobación previa o una derivación. Si tiene alguna pregunta, llame a Dental Services al 866-268-9631 (TTY 711).

Miembros de los programas dentales para Veteranos y del Pacto de Libre Asociación (Compact of Free Association, COFA)

Si es miembro del Programa Dental para Veteranos o del Programa Dental del COFA ("cobertura dental del OHP"), UHA **solo** proporciona beneficios de cobertura dental y transporte gratuito a las citas de atención dental.

El OHP y UHA no brindan acceso a los servicios de salud conductual o física ni transporte gratuito para estos servicios, que son servicios que no tienen cobertura sin coordinación de la atención. Si tiene preguntas sobre la cobertura y los beneficios disponibles, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

La prevención es importante

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que se produzcan. Puede hacer que esto sea una parte importante de su atención. Realícese controles habituales de salud y dentales para conocer su estado de salud.

Los siguientes son algunos de los servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Controles y limpiezas dentales
- Mamografías (radiografías de los senos)
- Examen de Papanicolaou
- Atención durante el embarazo y del recién nacido
- Exámenes de bienestar
- Exámenes de detección de la próstata para hombres
- Controles anuales
- Exámenes de niño sano

Tener una boca saludable también ayuda a mantener saludables a su cuerpo y su corazón.

Si tiene alguna pregunta, llámenos a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Consumo de tabaco

UHA brinda cobertura para **productos para dejar de consumir tabaco**. Lo mejor que puede hacer por su salud y la salud de su familia es dejar de consumir tabaco. Si desea dejar de fumar o de masticar tabaco, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA. Tenemos recursos para ayudarlo a dejar este hábito.

¿Sabía que...?

- Dentro de las 12 horas después de dejar de consumir tabaco, los niveles de monóxido de carbono en la sangre vuelven a los valores normales.
- 1 año después de dejar de consumir tabaco, el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas se reduce a la mitad.
- 5 años después de dejar de consumir tabaco, el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular es el mismo que el de un no fumador.

Adapt tiene un enfoque de atención centrado en el paciente que está pensado para ayudar a las personas con el consumo de la nicotina. Ofrece lo siguiente:

- Evaluación sobre el consumo de tabaco
- Asesoramiento individualizado
- Planes de tratamiento personalizados
- Servicios para jóvenes y adultos
- Información sobre medicamentos para dejar de fumar

¿Necesita ayuda? Llame a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.
O visite www.umpquahealth.com.

- La guía de Mayo Clinic: “My Path to a Smoke Free Future”
- Educación y prevención de recaídas
- Derivaciones a servicios de apoyo adicionales cuando sea necesario

Comuníquese con Adapt hoy mismo para empezar su trayecto hacia una vida sin tabaco.

- Teléfono: 541-492-0152
- En línea: www.adaptoregon.org
- Dirección: 621 W Madrone St, 2nd Floor
Roseburg, OR 97470

Programas para dejar de fumar

- Línea para dejar el tabaco de Oregón:
 - Inglés: 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)
 - Español: 1-855-DEJELO-YA
 - TTY: 1-877-777-6534
 - En línea: www.quitnow.net/oregon

Otras fuentes que pueden brindarle asistencia para dejar de fumar:

- Smoke Free: smokefree.gov/
- Adolescentes: teen.smokefree.gov/
- Veteranos: smokefree.gov/tools-tips-vet/smokefreevet

Freedom from Smoking:

- En línea: www.freedomfromsmoking.org/
- Línea gratuita: 800-586-4872

Nicotine Anonymous:

- En línea: nicotine-anonymous.org/

Servicios que el OHP paga

UHA paga por su atención, pero hay algunos servicios que no pagamos. De todas maneras, estos servicios tienen cobertura y los pagará el programa de pago por servicio del Plan de Salud de Oregón. Las CCO a veces llaman a estos servicios beneficios “no cubiertos”. Hay dos tipos de servicios que el OHP paga directamente:

1. Servicios para los que UHA le ofrece coordinación de la atención.
2. Servicios para los que OHP le ofrece coordinación de la atención.

Servicios con coordinación de la atención de UHA

UHA coordina la atención para algunos servicios. Si necesita asistencia, puede recibir el servicio de transporte gratuito de Bay Cities Brokerage (BCB) para los servicios cubiertos, además de actividades de apoyo y otros recursos que necesite para los servicios no cubiertos.

UHA coordinará su atención para los siguientes servicios:

- Los servicios de nacimiento comunitario planificado (*planned community birth*, PCB) incluyen la atención prenatal y posparto para las personas con embarazos de bajo riesgo, en función

de lo que determine la División de Sistemas de Salud de OHA. La OHA es responsable de proporcionar y pagar los servicios primarios de PCB, lo que incluye, como mínimo, los destinados a los miembros que cuentan con la aprobación para el PCB, el primer examen del recién nacido, la prueba de sangre del recién nacido (incluido el kit de prueba), la atención durante el trabajo de parto y el parto, las visitas prenatales y la atención posparto.

- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) no pagados por UHA.
- Ayuda para que los miembros accedan a servicios de salud conductual. Estos son ejemplos de los servicios:
 - Determinados medicamentos para algunas afecciones de salud conductual.
 - Pago de hogares grupales terapéuticos para los miembros desde su nacimiento hasta los 21 años
 - Atención psiquiátrica (salud conductual) a largo plazo para los miembros a partir de los 18 años
 - Atención personal en hogares de acogida de adultos para los miembros a partir de los 18 años
- Y otros servicios.

Para obtener más información o una lista completa de estos servicios, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Servicios que el OHP paga y para los cuales brinda coordinación de la atención

El OHP coordinará su atención para los siguientes servicios:

- Servicios de cuidados paliativos (hospicio) para los miembros que viven en centros de enfermería especializada.
- Servicios en la escuela que se proporcionan conforme a la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) para los niños que reciben servicios médicos en la escuela, como por ejemplo, terapia del habla.
- Exámenes médicos para determinar si el miembro reúne los requisitos para un programa de apoyo o la planificación de casos.
- Abortos y otros procedimientos para terminar un embarazo.
- Suicidio asistido por médicos conforme a la Ley de Muerte Digna de Oregón y otros servicios.

Comuníquese con el equipo de Coordinación de la Atención de Acentra del OHP (formalmente conocido como KEPRO) al 800-562-4620 para obtener más información y ayuda con estos servicios.

Puede recibir transporte adecuado, seguro y oportuno de BCB para cualquiera de estos servicios, sin costo alguno. Consulte las páginas 74 y 78 para obtener más información. Llame a BCB al 877-324-8109 para programar el transporte o hacer consultas.

Objeciones morales o religiosas

UHA no limita los servicios en función de objeciones morales o religiosas.

Acceso a la atención que necesita

Acceso significa poder recibir la atención que necesita. Puede acceder a la atención de una forma que cumpla sus necesidades culturales y lingüísticas. Si UHA no trabaja con un proveedor que cumpla con sus necesidades de acceso, puede recibir estos servicios fuera de la red. UHA se asegura de que los servicios estén cerca de su lugar de residencia o de donde desea recibir la

atención. Esto significa que hay proveedores suficientes en el área y diferentes tipos de proveedores entre los cuales puede elegir.

Hacemos un seguimiento de nuestra red de proveedores para asegurarnos de poder ofrecerle la atención primaria y de especialidad que necesita. También nos aseguramos de que pueda acceder a todos los servicios cubiertos en su zona. Para ello, revisamos lo siguiente:

- Las quejas formales (reclamos) y las apelaciones de los miembros
- Los tipos de quejas formales presentadas por los miembros
- Cómo se usan los servicios
- Solicitudes de servicios fuera de la red
- Solicitudes de adaptaciones especiales
- Solicitudes de segundas opiniones
- Evaluaciones de salud comunitaria
- Resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros

UHA cumple con la legislación estatal respecto de la distancia que tiene que viajar para consultar a un proveedor. Las normas varían en función del proveedor que necesite consultar y el área donde viva. Los proveedores de atención primaria están en el “nivel 1”, lo que significa que estarán más cerca de usted que los especialistas, como los dermatólogos, que están en el “nivel 3”. Si vive en un área remota, le tomará más tiempo llegar a un proveedor que si vive en una zona urbana.

En el siguiente cuadro, se detallan los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) que puede tener que recorrer dependiendo de dónde vive usted.

	Gran zona urbana	Zona urbana	Zona rural	Condado con factores de acceso extremos
Nivel 1	10 min o 5 millas	25 min o 15 millas	30 min o 20 millas	40 min o 30 millas
Nivel 2	20 min o 10 millas	30 min o 20 millas	75 min o 60 millas	95 min u 85 millas
Nivel 3	30 min o 15 millas	45 min o 30 millas	110 min o 90 millas	140 min o 125 millas

Para obtener más información sobre qué proveedores se clasifican en los diferentes niveles, visite el sitio web de Adecuación de la red de la OHA en www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/network.aspx.

Nivel	Tipo de proveedor
Nivel 1	Atención primaria, dentista de atención primaria, diagnóstico por imágenes, salud mental, farmacia, tratamiento del SUD
Nivel 2	Cardiología, quiropraxia, equipos médicos duraderos, ginecología, hospital, clínica de metadona, neurología, obstetricia, terapia ocupacional, oncología médica, oftalmología, optometría, medicina para el dolor, terapia física, podiatría, psiquiatría, psicología, patología del habla y del lenguaje

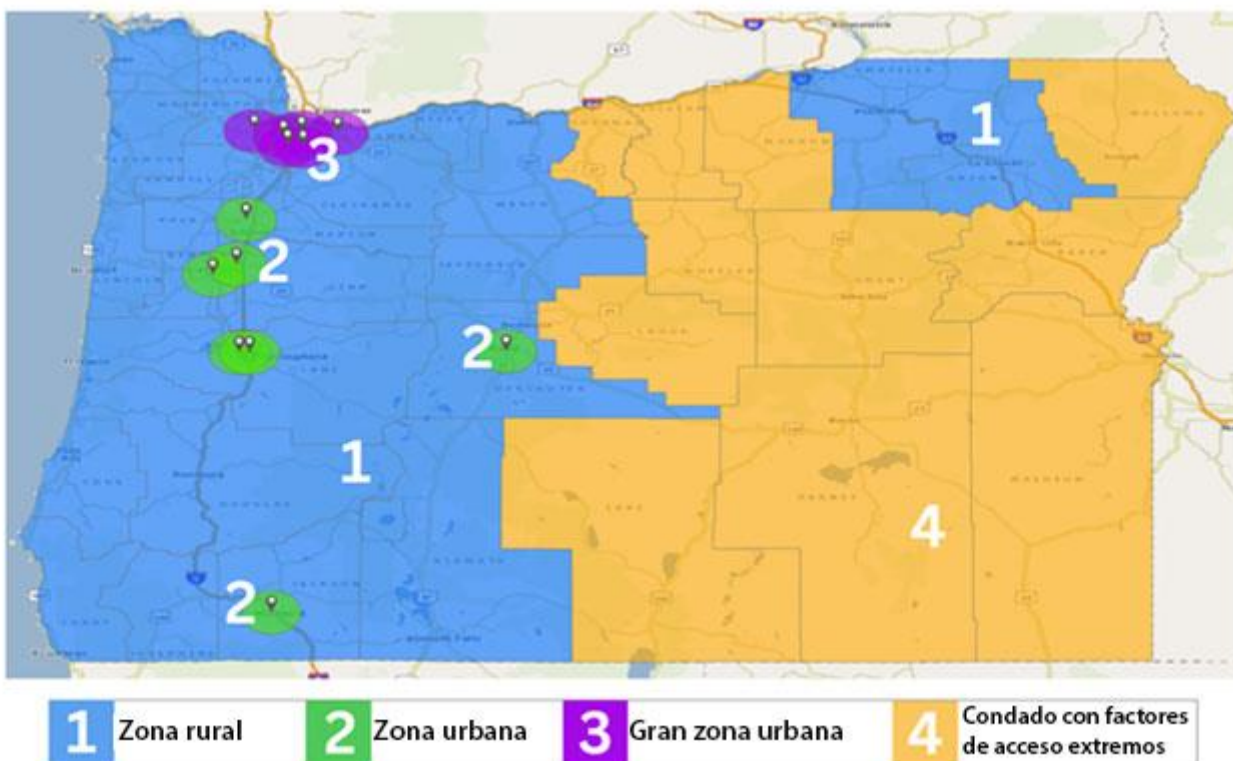
¿Necesita ayuda? Llame a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.
O visite www.umpquahealth.com.

Nivel 3	Acupuntura, alergia e inmunología, audiología, dermatología, endocrinología, ENT/otorrinolaringología, gastroenterología, hematología, nefrología, pulmonología, reumatología, centro de enfermería especializada, urología
---------	---

¿No sabe con certeza en qué tipo de zona donde vive? Vea el mapa en la página siguiente.

Tipos de zonas:

- **Gran zona urbana (3):** Áreas urbanas conectadas, como se definen anteriormente, que tienen una población combinada mayor o igual que 1 000 000 de personas y una densidad de población mayor o igual que 1000 personas por milla cuadrada.
- **Zona urbana (2):** Tienen una población de 40 000 personas o más en un radio de 10 millas.
- **Zona rural (1):** Se encuentran a una distancia de más de 10 millas desde el centro de un área de 40 000 personas o más y la densidad de población del condado es de más de 10 personas por milla cuadrada.
- **Condado con factores de acceso extremos (4):** Condados con 10 personas o menos por milla cuadrada.



El condado de Douglas es una zona rural. Nuestros proveedores también se asegurarán de que tenga acceso físico, adaptaciones razonables y equipos accesibles si tiene discapacidades físicas o

mentales. Para recibir estos servicios, indique a su proveedor cuáles son sus necesidades. Los proveedores también se aseguran de que el horario de atención sea el mismo para los miembros del OHP y cualquier otra persona.

Cuánto tiempo toma recibir atención

Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de vean a los miembros en consulta, les brinden tratamiento o los deriven dentro de los siguientes plazos:

Tipo de atención		Plazo
Salud física		
Citas habituales		Dentro de las 4 semanas.
Atención de urgencia		Dentro de las 72 horas o según se indique en el examen inicial.
Atención de emergencia		Se brinda atención de inmediato o se deriva al paciente a un departamento de emergencias en función de su afección.
Atención oral y dental para niños y miembros que no cursan un embarazo		
Citas habituales de salud oral		Dentro de las 8 semanas, a menos que haya un motivo clínico para esperar más tiempo.
Atención oral de urgencia		Dentro de las 2 semanas.
Servicios dentales de emergencia		Consulta o tratamiento dentro de las 24 horas.
Atención oral y dental para personas embarazadas		
Atención oral de rutina		Dentro de las 4 semanas, a menos que haya un motivo clínico para esperar más tiempo.
Atención dental de urgencia		Dentro de 1 semana.
Servicios dentales de emergencia		Consulta o tratamiento dentro de las 24 horas.
Salud conductual		
Atención de salud conductual de rutina		Todos los miembros tienen derecho a acceder a lo siguiente: • Evaluaciones dentro de los 7 días desde la solicitud de cita. • Segundas citas programadas según corresponda desde el punto de vista clínico.
Atención de la salud conductual de urgencia para todas las poblaciones		Todos los miembros tienen derecho a acceder dentro de las 24 horas.
Atención de salud conductual de especialidad para poblaciones prioritarias*		
Algunos de los miembros de las poblaciones prioritarias son: • Personas embarazadas • Veteranos y sus familias		Todos los miembros de una población prioritaria tienen derecho a lo siguiente: • Ingreso y evaluación inmediatos.

Tipo de atención	Plazo
• Personas con hijos • Cuidadores voluntarios • Familias • Niños de 0 a 5 años • Personas con VIH/SIDA • Personas con tuberculosis • Personas en riesgo de presentar un primer episodio psicótico • Personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo	Si los servicios no están inmediatamente disponibles: • Los proveedores deben ofrecerle servicios provisorios hasta que estén disponibles los servicios que necesita. Los servicios provisorios deben ser similares a los que necesita. Si lo ingresan en una lista de espera: • Nunca debe esperar más de 120 días para recibir los servicios. Se le deben prestar los servicios que necesita después de que lo ingresan en una lista de espera. Comuníquese con UHA si no recibe los servicios dentro de estos plazos.
• Usuarios de drogas por vía intravenosa, incluida la heroína	Los miembros que usan agujas para el consumo de sustancias tienen derecho a acceder a lo siguiente: • Evaluaciones inmediatas. • Ingreso inmediato a los servicios. • Tratamiento residencial dentro de los 14 días después de la derivación. Si se lo ha ingresado en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles, se lo asignará para recibir servicios dentro de los 120 días. Comuníquese con UHA si no recibe los servicios dentro de estos plazos.
• Personas con trastorno por consumo de opioides	Los miembros que padecen de trastorno por consumo de opioides tienen derecho a acceder a lo siguiente: • Evaluaciones inmediatas dentro de las 72 horas. • Ingreso inmediato a los servicios dentro de las 72 horas. • Tratamiento residencial dentro de los 14 días después de la derivación. Si lo ingresan en una lista de espera: • Nunca debe esperar más de 120 días para recibir los servicios. Se le deben prestar los servicios que necesita después de que lo ingresan en una lista de espera. Comuníquese con UHA si no recibe los servicios dentro de estos plazos.

Tipo de atención	Plazo
Personas que reciben tratamiento asistido con medicamentos	Los miembros tienen derecho a recibir los servicios tan pronto como sea posible: - Evaluaciones dentro de las 72 horas. - Ingreso a los servicios dentro de las 72 horas. Comuníquese con UHA si no recibe los servicios dentro de las 72 horas.

* En el caso de los servicios de atención de la salud conductual de especialidad, si no hay lugares disponibles:

- Se lo ingresará en una lista de espera.
- Se le prestarán otros servicios dentro de las 72 horas.
- Estos servicios serán temporales hasta que haya un lugar disponible.

Si tiene alguna pregunta sobre el acceso a la atención, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Beneficios integrales y preventivos para miembros hasta los 21 años

El beneficio de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) proporciona servicios integrales y preventivos de atención de la salud para los miembros del OHP desde el nacimiento hasta los 21 años. Este beneficio le brinda la atención que necesita para su salud y desarrollo. Mediante estos servicios, se pueden detectar y abordar los problemas a tiempo, tratar las enfermedades y brindar apoyo a los niños con discapacidades.

No es necesario que se inscriba por separado en los servicios de EPSDT; los miembros desde el nacimiento hasta los 21 años que están inscritos en el OHP recibirán estos beneficios sin costo alguno.

El beneficio de EPSDT cubre lo siguiente:

- Todos los servicios necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión u otros cambios en la salud.
- Las visitas y los exámenes médicos de “niño sano” o de “adolescente sano”, las pruebas y los servicios de diagnóstico para determinar si hay alguna afección física, oral/dental, del desarrollo y de salud mental para los miembros desde su nacimiento hasta los 21 años.
- Derivaciones, tratamientos, terapias y otras medidas para ayudar con cualquiera de las afecciones descubiertas.

Para los miembros desde su nacimiento hasta los 21 años, UHA debe proporcionar lo siguiente:

- Exámenes y evaluaciones programados con regularidad de salud física, salud mental, del desarrollo, oral o dental, del crecimiento y del estado nutricional.
 - Si UHA no cubre los servicios de salud oral o dental, puede recibirlos de todas maneras a través del OHP llamando al 1-800-273-0557.
 - Desde el 1 de enero de 2023, todos los servicios que se consideran necesarios y adecuados desde el punto de vista médico deben estar cubiertos para los miembros desde su nacimiento hasta los 21 años, independientemente de si tenían cobertura anteriormente (esto incluye servicios que se encuentran “por debajo de la línea” en la

lista priorizada). Para obtener más información sobre la lista priorizada, consulte la página 34.

En virtud del beneficio de EPSDT, UHA no denegará ningún servicio sin antes averiguar si es necesario y adecuado desde el punto de vista médico para usted.

- Por lo general, el concepto de *necesario desde el punto de vista médico* se refiere a un tratamiento que se requiere para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, o para respaldar el crecimiento, el desarrollo, la independencia y la participación en la escuela.
- Por lo general, el concepto de *adecuado desde el punto de vista médico* se refiere a un tratamiento que es seguro y eficaz, y que lo ayuda a participar en la atención y en las actividades. UHA puede optar por cubrir la opción menos costosa que resulte adecuada para sus necesidades.

Siempre que se le deniegue un servicio, debe recibir un aviso por escrito, y tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener más información, consulte las páginas 102 a 107.

Esto incluye *todos* los servicios:

- Salud física
- Salud conductual
- Salud oral/dental
- Necesidades de atención de la salud social

Si usted o algún miembro de su familia necesita los servicios de EPSDT, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o con un coordinador de la atención llamando a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. Lo ayudarán a recibir la atención que necesita. Si se necesita la aprobación para cualquiera de los servicios, ellos se encargarán. Trabaje con su dentista de atención primaria para recibir cualquier servicio dental necesario. Todos los servicios de EPSDT son gratuitos.

Ayuda para obtener los servicios de EPSDT

- Llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.
- Llame a Advantage Dental Services al 866-268-9631 para programar los servicios dentales u obtener más información.
- Puede recibir transporte gratuito hacia y desde las visitas a los proveedores de EPSDT cubiertas. Llame a BCB al 877-324-8109 para programar el transporte u obtener más información.
- También puede comunicarse con su PCP o visitar nuestro sitio web (www.umpquahealth.com/services/) para obtener una copia del cronograma de periodicidad. En este cronograma, se indica cuándo sus hijos deben consultar a su PCP.

Exámenes de detección

Las visitas para la realización de exámenes de detección cubiertos se ofrecen en intervalos apropiados para la edad (esto incluye las visitas de niño sano o las visitas de adolescente sano). UHA y su PCP cumplen con los lineamientos de la Academia Estadounidense de Pediatría y de Bright Futures para todos los exámenes de detección de atención preventiva y las visitas de niño sano. Puede ver información sobre Bright Futures en el sitio web

brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx. Su PCP lo ayudará a obtener estos servicios y tratamientos cuando así lo determinen estos lineamientos.

Entre las visitas para la realización de exámenes, se incluyen las siguientes:

- Un examen de salud y de desarrollo, que incluye:
 - Desarrollo mental
 - Desarrollo físico
- Pruebas de plomo:
 - Los niños deben someterse a una prueba de detección de plomo en la sangre a los 12 y los 24 meses. Se debe administrar una prueba de detección de plomo a los niños de entre 24 y 72 meses de edad que no tengan una prueba previa en sus registros.
 - Completar el cuestionario de la evaluación de riesgos no satisface el requisito del examen de plomo en el caso de los niños inscritos en el OHP. Todos los niños que presentan envenenamiento por plomo pueden obtener servicios de administración de casos de seguimiento.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como pruebas de anemia, prueba de anemia falciforme y otras) dependiendo de la edad y el riesgo.
- Evaluación del estado nutricional.
- Examen físico general sin ropa, que incluye una revisión de dientes y encías.
- Antecedentes completos de salud y desarrollo (incluida la revisión del desarrollo de la salud física y mental).
- Aplicación de vacunas para cumplir con estándares médicos:
 - Cronograma de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años):
 - www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html
 - Cronograma de vacunación de adultos (a partir de los 19 años):
<https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>
- Orientación y educación sobre salud para padres e hijos.
- Derivaciones para tratamientos de salud física y mental que son necesarios desde el punto de vista médico.
- Pruebas de la audición y de la visión necesarias.
- Y otras.

Las visitas cubiertas también incluyen controles o exámenes no programados que pueden llevarse a cabo en cualquier momento debido a una enfermedad o un cambio en la salud o el desarrollo.

Los servicios de exámenes del beneficio de EPSDT pueden ser prestados por los siguientes profesionales:

- Médico (*Medical Doctor*, MD)
- Médico de medicina osteopática (*Doctor of Osteopathic*, DO)
- Asistente del médico (*Physician Assistant*, PA)
- Profesional de enfermería (*Nurse Practitioner*, NP)
- Cualquier proveedor de atención de la salud con licencia

Cualquiera de los proveedores anteriores puede derivarlo a un dentista para que le proporcione servicios de EPSDT.

EPSDT: derivación, diagnóstico y tratamiento

Su proveedor de atención primaria puede derivarlo si descubre una afección física, de salud mental, dental o de abuso de sustancias. Otro proveedor lo ayudará mediante la realización de un diagnóstico adicional o la provisión de tratamiento.

El proveedor que realiza el examen explicará la necesidad de hacer una derivación al niño y a sus padres o tutores. Si está de acuerdo con la derivación, el proveedor se encargará del trámite. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 si necesita ayuda para encontrar un proveedor o programar una cita. UHA o el OHP también ayudarán con la coordinación de la atención según sea necesario.

En los exámenes, es posible que se descubra la necesidad de brindar otros servicios, como los siguientes:

- Diagnóstico y tratamiento de problemas de visión y de audición, lo que incluye anteojos y audífonos.
- Atención dental, a la edad más temprana que haga falta, necesaria para el alivio del dolor y el tratamiento de infecciones, la restauración de dientes y el mantenimiento de la salud dental.
- Vacunas (si, al realizar el examen, se determina que es necesario y adecuado aplicar una vacuna, esta se administrará en ese momento).

Estos servicios deben proporcionarse a los miembros elegibles desde el nacimiento hasta los 21 años que los necesiten. Los tratamientos que están “por debajo de la línea” en la lista priorizada de servicios de salud están cubiertos para los miembros desde el nacimiento hasta los 21 años si son necesarios y adecuados desde el punto de vista médico (consulte más información al respecto en partes anteriores de este documento).

- Si le decimos que el servicio no tiene cobertura del OHP, tiene derecho a cuestionar esa decisión mediante la presentación de una apelación y la solicitud de una audiencia. Consulte las páginas 102 a 107.

UHA proporcionará ayuda a los miembros o sus representantes con las derivaciones para servicios sociales, programas educativos, programas de asistencia nutricional y otros servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura del beneficio de EPSDT, visite el sitio web www.Oregon.gov/EPSDT y consulte la hoja de datos para miembros. UHA también ofrece información en www.umpquahealth.com/services.

Trabajadores de salud tradicionales (THW)

Los THW le brindan asistencia si tiene preguntas sobre sus necesidades de atención de la salud y sociales. Ayudan con la comunicación entre sus proveedores de atención de la salud y otras personas involucradas en su atención. También lo conectan con personas y servicios comunitarios que pueden prestarle asistencia. No se necesita una derivación para los servicios de THW.

Hay diferentes tipos de trabajadores de salud tradicionales:

- **Doulas de parto:** Personas que ayudan a otras personas y a sus familias brindándoles apoyo personal y de índole no médica. Proporcionan ayuda durante el embarazo y el nacimiento del bebé, y después del nacimiento.
- **Trabajadores de salud comunitaria:** Trabajadores de la salud pública que comprenden a las personas y la comunidad donde usted vive. Lo ayudan a acceder a los servicios de salud y

comunitarios. Los trabajadores de salud comunitaria lo ayudan a dar inicio a conductas saludable. Por lo general, pertenecen al mismo grupo étnico que usted, hablan su mismo idioma o tienen experiencias de vida en común con usted.

- **Guías de salud personales:** Personas que le proporcionan información, herramientas y apoyo para ayudarlo a tomar las mejores decisiones en relación con su salud y bienestar en función de su situación.
- **Especialistas en apoyo de pares:** Personas que tienen experiencias de vida relacionadas con la salud mental, las adicciones y la recuperación. También pueden ser personas que tienen un hijo que ha recibido tratamientos de salud mental o de adicciones. Brindan apoyo, ánimo y ayuda a las personas que tienen problemas de adicciones y de salud mental, y pueden ayudarlo a lidiar con los mismos asuntos.
- **Especialistas en bienestar de pares:** Personas que forman parte del equipo de un centro de salud y que hablan en representación de usted en función de sus necesidades. Se ocupan de la salud en general de las personas de la comunidad y pueden ayudarlo a recuperarse de una adicción, de problemas de salud mental o de afecciones físicas.
- **Trabajadores de salud tradicionales tribales:** Personas que ayudan a las comunidades indígenas tribales o urbanas a mejorar su estado de salud general. Ofrecen educación, asesoramiento y apoyo que pueden ser específicos en función de las prácticas tribales.

Un THW puede brindarle asistencia en muchos aspectos, como los siguientes:

- Buscar a un proveedor nuevo.
- Recibir la atención que necesita.
- Comprender sus beneficios.
- Proporcionarle información sobre servicios y apoyos de salud conductual.
- Ofrecerle asesoramiento sobre los recursos comunitarios que podría usar.
- Estar a disposición si necesita hablar con una persona de la comunidad.

Todos los miembros de UHA son elegibles para recibir servicios de THW. Nuestro guía líder de coordinación de la atención es también nuestro enlace de THW. Comuníquese con ellos al 541-673-8982 o envíe un correo electrónico a CaseManagement@umpquahealth.com para obtener más información sobre el personal de THW de UHA y cómo usar sus servicios.

Si cambiamos la información de contacto del enlace de THW, encontrará la nueva en nuestro sitio web, www.umpquahealth.com/case-management/.

Servicios adicionales

Servicios de sustitución (ILOS)

UHA ofrece servicios o centros que son alternativas adecuadas desde el punto de vista médico a los servicios cubiertos por el OHP. Se los llama “servicios de sustitución” (*in lieu of services*, ILOS). Se ofrecen como opciones útiles para los miembros. UHA tiene contrato con Oregon Wellness Network (OWN) para ofrecer los siguientes ILOS:

- **Apoyo y educación para la autogestión de la diabetes (*Diabetes Self-Management Education & Support*, DSMES)**
 - Estos servicios están pensados para los miembros con diabetes. Este programa está compuesto por dos partes:
 - Capacitación, apoyo y ayuda en línea a cargo de un docente capacitado en diabetes o un instructor de estilo de vida.

- Sesiones individuales o grupales que tienen lugar cada semana durante seis semanas. Estos servicios tienen como finalidad ayudarlo a gestionar la diabetes y promover hábitos saludables.
- **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (DPP nacional)**
 - Se trata de un programa en línea con reconocimiento de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) ofrecido por el Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (DPP nacional). Es un programa de un año de duración que ayuda a los miembros con lo siguiente:
 - Perder peso
 - Adoptar hábitos saludables
 - Reducir el riesgo de tener diabetes de tipo 2
- **Trabajadores de salud comunitaria (CHW) en centros alternativos**
 - Puede reunirse con un CHW en entornos comunitarios, como una agencia de servicios sociales o de vivienda. Lo ayudarán a obtener los servicios que necesita sin que deba acudir a un consultorio o a otras visitas para pacientes ambulatorios.

Para decidir si un ILOS es adecuado para usted, debe hacerse un esfuerzo en equipo. Trabajamos con su equipo de atención para tomar la mejor decisión. Sin embargo, a la decisión es suya. No tiene la obligación de participar en ninguno de estos programas. Si tiene alguna pregunta sobre alguno de los beneficios o servicios mencionados anteriormente, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Si deja de ofrecerse un ILOS, UHA se lo informará por correo postal al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Los miembros tienen derecho a presentar una apelación o una queja formal por los servicios cubiertos que se deniegan en su totalidad o en parte. Para obtener más información sobre las apelaciones y las quejas formales, consulte las páginas 100 a 107.

Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (*Health-Related Services*, HRS) son servicios adicionales que ofrece UHA. Los HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar generales de los miembros y de la comunidad. Los HRS son servicios flexibles para los miembros e iniciativas de beneficios comunitarios para los miembros y la comunidad más amplia.

El programa de HRS de UHA ayuda a usar mejor los fondos para abordar las necesidades individuales de salud y los factores sociales de riesgo, como el lugar donde vive, para mejorar el bienestar de la comunidad. Obtenga más información sobre los servicios relacionados con la salud en sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Ile4329.pdf.

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son ayuda para la obtención de artículos o servicios cuya finalidad es ayudar a que los miembros recuperen su salud o se mantengan saludables. UHA ofrece estos servicios flexibles:

- Ayuda con alimentos, como entrega de mercadería, vales de alimentos o comidas adaptadas según indicaciones médicas.
- Ayuda con la vivienda a corto plazo, como depósitos de alquiler para ayudar con los costos de mudanza, ayuda con el costo del alquiler durante un período corto plazo o con tarifas de contratación de servicios públicos.
- Vivienda o refugio temporales mientras se recupera de una internación.
- Artículos que sirven de apoyo para conductas saludables, como zapatillas o ropa deportiva.
- Teléfonos móviles o dispositivos para comunicarse con su proveedor.
- Otros artículos que mantienen su buen estado de salud, como aires acondicionados o filtros de aire.

Cómo obtener servicios flexibles para usted o los miembros de su familia

Puede trabajar con su proveedor para solicitar servicios flexibles o llamar al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 y pedir que se le envíe un formulario de solicitud en el idioma o formato que satisfaga sus necesidades. También puede obtener el formulario de solicitud de servicios flexibles en nuestro sitio web en www.umpquahealth.com/hrsflex. En esta página, encontrará las normas que cumplimos cuando revisamos las solicitudes. Además, se le indicará cuál es la documentación que UHA debe revisar.

Los servicios flexibles no son un beneficio cubierto para los miembros, por lo que las CCO no tienen la obligación de brindarlos. Las decisiones de aprobación o denegación de las solicitudes de servicios flexibles se toman caso por caso. Si se rechaza su solicitud de servicios flexibles, recibirá una carta en la que se le explicarán sus opciones. No puede apelar la denegación de un servicio flexible, pero sí tiene derecho a presentar un reclamo. Obtenga más información sobre las apelaciones y los reclamos en las páginas 100 a 107.

Si tiene cobertura del OHP y tiene problemas para recibir atención, comuníquese con el Programa de Defensores de la OHA. Los defensores son individuos que se encargan de la defensa de los miembros del OHP y harán su mejor esfuerzo para ayudarlo. Envíe un correo electrónico a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o llame al 877-642-0450 y deje un mensaje.

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

Iniciativas de beneficios para la comunidad

Las iniciativas de beneficios para la comunidad son servicios y apoyos destinados a los miembros y la comunidad en general para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

Cada año, UHA respalda proyectos y programas que promueven nuestro Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (Community Health Improvement Plan, CHP). Estos son ejemplos de las iniciativas de beneficios para la comunidad:

- Programas basados en la comunidad que ayudan a las familias a acceder a frutas y verduras frescas en los mercados de agricultores.
- Capacitación sobre prácticas fundamentadas en torno al trauma.
- Oportunidades de jardinería para viviendas de bajos ingresos.
- Clases de estilo de vida, nutrición y educación.
- ¡Y mucho más!

Estos son ejemplos de otras iniciativas de beneficios para la comunidad:

- Clases de educación para padres y apoyo familiar.
- Mejoras en el transporte activo, como aceras y carriles para bicicletas seguros.
- Programas basados en la escuela que promueven un entorno de cuidado dirigido a mejorar el aprendizaje académico y la salud socioemocional de los estudiantes.
- Capacitación para docentes y organizaciones basadas en la comunidad dedicadas a los niños sobre prácticas fundamentadas en torno al trauma.

Para obtener más información sobre las iniciativas de beneficios para la comunidad de UHA y otros proyectos comunitarios, visite nuestro sitio web en www.umpquahealth.com/communityimpact/.

Atención comunitaria de salud oral

Nos enorgullecemos de brindar asistencia para que los miembros reciban servicios de salud oral en entornos comunitarios. Advantage Dental Services envía a higienistas dentales con permisos especiales para realizar evaluaciones en escuelas, instalaciones del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y del programa Head Start, consultorios médicos, centros de atención a largo plazo y otros establecimientos comunitarios. Estos profesionales también ofrecen algunos servicios preventivos mientras se encuentran allí, como aplicaciones de flúor o fluoruro de plata, y ayudan a las personas a comprender cómo cuidar de sus dientes.

En los sitios donde no disponemos de higienistas para estas tareas, trabajamos con otras organizaciones. Si su plan cubre los servicios que recibe en la comunidad, estos deberían ser gratuitos para usted. Si no lo sabe con seguridad, puede preguntarle a la persona que está prestando el servicio o comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente.

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (*health-related social needs*, HRSN) se refieren a las barreras para la salud, como la vivienda o el acceso a alimentos. Comuníquese con UHA para obtener información sobre los servicios de HRSN gratuitos disponibles. Entre los servicios de HRSN, se incluyen los siguientes:

- Servicios de vivienda. Ayuda con el pago del alquiler y los servicios públicos, la obtención de vivienda o su sostenimiento, los costos de mudanza y las remodelaciones del hogar. La prestación de estos servicios comenzará no antes del 1 de noviembre de 2024, y estarán dirigidos a los miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar. Para los demás miembros, la prestación comenzará en una fecha posterior.
- Servicios de climatización: Ayuda para obtener acondicionadores de aire, calentadores, filtros de aire, suministros eléctricos portátiles y minirefrigeradores relacionados con la salud. La prestación de estos servicios comenzará en marzo de 2024.
- Servicios de nutrición: Incluyen educación sobre nutrición, comidas adaptadas según indicaciones médicas, abastecimiento de comidas y productos de despensa, y prescripción de frutas y verduras. La prestación de estos servicios comenzará el 1 de enero de 2025.

Es posible que sea elegible para recibir algunos o todos los servicios de HRSN si es miembro del OHP y se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Está en riesgo de quedarse sin hogar o no tiene hogar.
- Le dieron de alta de una institución de salud mental.
- Lo liberaron de la cárcel.
- Es un joven en transición hacia fuera del sistema de bienestar infantil.
- Es un joven con necesidades especiales de atención de la salud (no podrá recibir servicios hasta 2025).
- Es una persona en transición hacia un estado de cobertura doble del OHP y de Medicare.

Asimismo, debe reunir determinados criterios. Para que se evalúe su elegibilidad para los servicios de HRSN, comuníquese con UHA. Podemos ayudarlo a programar citas para los servicios de HRSN, incluidas las evaluaciones.

Puede solicitar que se evalúe su elegibilidad o rechazar la evaluación de elegibilidad. Si se aprueba su elegibilidad, puede optar por recibir o no recibir los servicios de HRSN. Si se aprueba su elegibilidad, los servicios de HRSN no tendrán costo para usted y puede optar por dejar de participar

en cualquier momento. Si recibe servicios de HRSN, su equipo de coordinación de la atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención incluya los servicios que recibe. Consulte las páginas 29 a 34 para obtener información sobre la coordinación de la atención y los planes de atención.

Tenga en cuenta que a fin de evaluar su elegibilidad para los servicios de HRSN y prestarle esos servicios, es posible que se recopilen sus datos personales y se los use durante las derivaciones. Tiene derecho a limitar la manera en que se comparte su información.

Si necesita ayuda con la programación de citas para los servicios de HRSN, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Transporte gratuito a centros de atención

Transporte gratuito a las citas para todos los miembros de UHA

Si necesita ayuda para acudir a una cita, llame a Bay Cities Brokerage (BCB) para solicitar transporte gratuito. Puede obtener transporte gratuito a las farmacias o las visitas de atención de la salud física, dental y conductual con cobertura de UHA.

Usted o su representante pueden solicitar el servicio de transporte. Es posible que BCB le entregue un pasaje de autobús o dinero para un taxi, o que asigne a un conductor para que lo recoja. Como alternativa, BCB puede entregarle dinero para la gasolina a usted o dárselo a un miembro de su familia o un amigo para que lo lleve. Este servicio no tiene costo alguno para usted. UHA nunca le cobrará el transporte hacia o desde los servicios cubiertos.

Programar el servicio de transporte

Llame a BCB al 877-324-8109 (TTY 711).

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si llama fuera del horario de atención, hay una línea directa disponible las 24 horas. El centro de llamadas de BCB no brinda atención en los siguientes días festivos:

- Año Nuevo (01/01/24)
- Día de los Caídos (27/05/24)
- Día de la Independencia (04/07/24)
- Día del Trabajador (02/09/24)
- Día de Acción de Gracias (28/11/24)
- Día de Navidad (25/12/24)

También puede visitar el sitio web de BCB para programar un viaje: bca-ride.com.

Llame por lo menos 2 días hábiles antes de la cita para programar un viaje. De esta manera, BCB puede asegurarse de satisfacer sus necesidades de transporte. También puede solicitar el servicio de transporte para el mismo día o para el día siguiente. Usted o alguien que conozca pueden programar más de un viaje a la vez si tiene varias citas. Puede programar viajes para citas futuras con 90 días de anticipación.

Qué esperar cuando llama

BCB cuenta con un centro de llamadas para viajes con personal que lo ayudará en el idioma que desee y de una forma que pueda comprender. Esta ayuda es gratuita.

La primera vez que llame a BCB, le darán información sobre el programa y conversarán sobre sus necesidades de transporte. BCB le preguntará sobre sus capacidades físicas y si necesita a alguien que lo acompañe en el viaje.

Cuando llame para programar un viaje, BCB le pedirá lo siguiente:

- Su nombre completo
- Su dirección y número de teléfono
- Su fecha de nacimiento
- Nombre del médico o de la clínica a la que debe asistir
- Fecha de la cita
- Hora de la cita
- Hora de recogida de la cita
- Si necesita a un asistente que lo ayude
- Cualquier otra necesidad especial (p. ej., una silla de ruedas o un animal de servicio).

BCB comprobará si es miembro de UHA y si su cita es para un servicio cubierto. Recibirá más información sobre el viaje dentro de las 24 horas. Recibirá información sobre su solicitud de viaje por un medio de su elección (llamada telefónica, correo electrónico o fax).

Si solicita un viaje menos de dos (2) días antes de la hora de recogida programada, BCB le dará el número de teléfono de la empresa que se encargará de recogerlo. BCB puede informarle el nombre y el número de teléfono del conductor que lo pasará a buscar, pero no tiene la obligación de hacerlo.

Recogida y llegada a la cita

Recibirá el nombre y el número de la empresa de transporte o del conductor antes de la cita. El conductor se pondrá en contacto con usted al menos 2 días antes del viaje para confirmar los detalles. Lo recogerá a la hora programada. Procure ser puntual. Si se retrasa, lo esperará hasta 15 minutos después de la hora programada. Eso significa que si tiene un viaje programado para las 10 a. m., lo esperará hasta las 10:15 a. m.

Lo dejará en la cita por lo menos 15 minutos antes de la hora de inicio programada.

- **Primera cita del día:** BCB lo dejará, a más tardar, 15 minutos antes de que abra el consultorio, a menos que usted, su tutor, sus padres o su representante soliciten otro plazo.
- **Última cita del día:** BCB lo recogerá, a más tardar, 15 minutos después de que cierre el consultorio, a menos que no se espere que la cita finalice dentro de los 15 minutos después del cierre o que usted, su tutor, sus padres o su representante soliciten otro plazo.
- **Solicitar más tiempo:** Puede pedir que lo recojan antes o que lo dejen más tarde de estos horarios. Su representante, padres o tutor también pueden hacer esta solicitud a BCB.
- **Llame si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora en que debía pasar a buscarlo.** Si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida programada, llame a la empresa de transporte. El personal le dirá si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachante antes de salir del lugar de recogida. **Llame si no tiene una hora de recogida:** Si no programó una hora de recogida para el viaje de regreso, llame a BCB cuando esté listo. El conductor llegará dentro de la hora siguiente a su llamada.

BCB es un programa de viajes compartidos. Es posible que se recoja o se deje a otros pasajeros en

el camino. Si tiene varias citas, se le puede pedir que las programe a todas para el mismo día. De esta manera, BCB hará menos viajes.

Reembolso por millaje

Comuníquese con BCB para solicitar los formularios de reembolso. A fin de ser elegible para recibir reembolsos por gastos en comida y alojamiento en relación con el transporte a servicios de salud cubiertos, es posible que necesite aprobación previa o la confirmación de la visita por parte del proveedor. Comuníquese con BCB para saber si se necesita una aprobación previa. Antes de recibir el reembolso, debe presentar todos los documentos requeridos a UHA o a BCB. Es posible que BCB retenga los fondos si el importe es inferior a \$10,00 hasta que el reembolso del miembro alcance los \$10,00.

Puede solicitar que un amigo o familiar lo lleve a la cita. En ese caso, esta persona recibirá un reembolso (pago) por las millas recorridas.

Los importes de reembolso son los siguientes:

- Millaje: \$0,44/milla.
- Reembolsos de gastos en comidas: el viaje debe tener una duración mínima de cuatro (4) horas fuera de su área local. No es necesario que los miembros presenten los recibos de las comidas.
 - Desayuno: \$8,00: el viaje debe comenzar antes de las 6:00 a. m.
 - Almuerzo: \$8,50: debe estar fuera todo el tiempo desde las 11:30 a. m hasta la 1:30 p. m.
 - Cena: \$10,50: el viaje debe terminar después de las 6:30 p. m.
- Se ofrece el reembolso de gastos en alojamiento si el viaje comienza antes de las 5:00 a. m para llegar a la cita programada o si el viaje desde una cita programada terminará después de las 9:00 p. m. No se reembolsarán los gastos de alojamiento si el viaje se puede realizar en un solo día o si es posible programar varias citas en días diferentes para un mismo día.
 - Importe de alojamiento: \$98,00 por noche.

Puede enviar los formularios de reembolso a BCB o entregarlos en su dirección local:

Dirección de correo:
Bay Cities Brokerage
3505 Ocean Blvd SE
Coos Bay, OR 97420

Dirección local:
Umpqua Valley Ambulance
1290 NE Cedar St
Roseburg, OR 97470

Como pasajero, tiene derechos y responsabilidades:

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener un servicio de traslado seguro y cómodo que se ajuste a sus necesidades.
- Recibir un trato respetuoso.
- Solicitar servicios de interpretación cuando se comunica con el Departamento de Atención al Cliente o con BCB.
- Recibir los materiales en el idioma o formato que se ajuste a sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando se rechace un viaje.
- Presentar un reclamo sobre su experiencia de viaje.
- Solicitar una apelación, una audiencia o ambas si cree que le han denegado el servicio de transporte de manera injusta.

Tiene las siguientes responsabilidades:

- Tratar a los conductores y a los demás pasajeros con respeto.
- Llamar a BCB tan pronto sea posible para programar, cambiar o cancelar un viaje.
- Usar el cinturón de seguridad y otros dispositivos de seguridad conforme a las disposiciones de la ley (por ejemplo, asiento para niños).
- Solicitar paradas adicionales, como para ir a la farmacia, con anticipación.

Cancelar o cambiar un viaje

Llame a BCB por lo menos 2 horas antes de la hora de recogida cuando sepa que debe cancelar o reprogramar un viaje.

Puede llamar a BCB de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si llama fuera del horario de atención, hay una línea directa disponible las 24 horas. También puede visitar su sitio web para cancelar o reprogramar un viaje: bca-ride.com. Llame a BCB al 877-324-8109 si tiene alguna pregunta o desea hacer cambios en un viaje.

Qué ocurre cuando usted no se presenta

Esto sucede cuando no está listo a tiempo para que lo recojan. El conductor esperará al menos 15 minutos después de la hora de recogida programada y, luego, se irá. Si esto sucede en repetidas oportunidades, es posible que BCB restrinja sus viajes futuros.

Una restricción significa que BCB podría limitar la cantidad de viajes que puede hacer, limitar sus viajes a un conductor o solicitar llamadas antes de cada viaje.

Si se le deniega un viaje

Lo llamarán para avisarle que se le denegó un viaje. Dos miembros del personal revisan todas las denegaciones antes de notificarlas al miembro. Si se le deniega un viaje, BCB le enviará una carta de denegación dentro de las 72 horas posteriores a la decisión. En el aviso, se indica la norma y el motivo que justifican la denegación.

Puede solicitar una apelación ante UHA si no está de acuerdo con la denegación. Tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de denegación para solicitar una apelación. Después de la apelación, si se mantiene la denegación, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.

BCB también le enviará una carta a su proveedor si este forma parte de nuestra red de proveedores y solicitó el servicio de transporte en su nombre.

Tiene derecho a presentar un reclamo o una queja formal en cualquier momento, incluso si ha presentado un reclamo antes. Estos son algunos ejemplos de motivos para la presentación de reclamos o quejas formales:

- Inquietudes sobre la seguridad en el vehículo.
- Calidad de los servicios.
- Interacciones con los conductores y proveedores (como descortesía).
- El servicio de transporte no se proporcionó según se había programado.
- Derechos del consumidor.

Obtenga más información sobre los reclamos, las quejas formales, las apelaciones y las audiencias en las páginas 100 a 107.

Guía para el pasajero

Consulte la Guía para el pasajero de BCB en www.umpquahealth.com/get-a-ride/. Usted o su representante también pueden llamar al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 para solicitar una copia impresa gratuita. Se le enviará dentro de los 5 días hábiles. Puede solicitar la copia impresa en el idioma y el formato de su preferencia.

En la guía, encontrará más información, como por ejemplo:

- Sillas de ruedas y ayuda para movilidad.
- Seguridad en el vehículo.
- Normas y obligaciones del conductor.
- Qué hacer en una emergencia o en situaciones climáticas adversas.
- Citas a una distancia larga.
- Reembolsos de gastos en comida y alojamiento.

Recibir atención por videollamada o teléfono

La telesalud (también conocida como telemedicina y teleodontología) es una forma de recibir atención sin tener que ir a una clínica o un consultorio. Con el servicio de telesalud, podrá tener una cita por videollamada o por teléfono. UHA cubre las visitas de telesalud. Para recibir estos servicios, necesita un teléfono, una tableta u otro dispositivo compatible con funcionalidades de videollamada y llamada telefónica. UHA no proporciona ni da soporte a estas tecnologías. Nuestros proveedores contratados prestan este servicio. Si no tiene un dispositivo para una visita de telesalud, pero tiene una cita de telesalud, comuníquese con UHA para solicitar ayuda. Le ofreceremos otras soluciones posibles. Si no tiene acceso a Internet o a la funcionalidad de video, hable con el proveedor para determinar cuál es la opción más conveniente para usted. Los servicios de telesalud son gratuitos.

Cómo buscar proveedores de telesalud

No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud. Debe preguntarles sobre la atención por telesalud cuando llame para programar una cita. Para buscar un proveedor que brinde estos servicios, visite el sitio web del directorio de proveedores en portal.umpquahealth.com/ClientApp/providers.

Si tiene problemas con el audio o el video en la visita de telesalud, comuníquese a su proveedor.

A continuación, encontrará una lista de los centros de salud comunitarios que brindan servicios de telesalud para satisfacer sus necesidades:

- **Evergreen Family Medicine** ofrece servicios de telesalud por videollamada y por teléfono.
- **Aviva Health** ofrece servicios de telesalud por videollamada y por teléfono.
- **Cow Creek** ofrece servicios de telesalud por teléfono.
- **Umpqua Health Newton Creek** ofrece servicios de telesalud por videollamada y por teléfono.
- **Adapt Primary Care** tiene un sitio web llamado doxy.me para los servicios de telesalud.
 - Para acceder a este servicio gratuito, visite doxy.me/sign-in. Es posible que no funcione en todos los navegadores.

Cuándo usar los servicios de telesalud

Los miembros de UHA que usen las opciones de telesalud tienen derecho a recibir los servicios de salud física, dental y conductual que necesitan. Estos son algunos ejemplos de cuándo puede usar los servicios de telesalud:

- Cuando su proveedor desea realizar una consulta antes de recetarle un medicamento.
- servicios asesoramiento.
- Seguimiento después de una visita en persona.
- Cuando tiene preguntas sobre atención médica de rutina.
- Si está en cuarentena o aplicando el distanciamiento social porque está enfermo.
- Si no está seguro de si debe acudir a la clínica o al consultorio.

No se recomienda la telesalud para emergencias. Si cree que su vida está en peligro, llame al 911 o visite la sala de emergencias más cercana. Consulte la página 82 para ver una lista de los hospitales que tienen sala de emergencias.

Las visitas de telesalud son privadas

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

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) en la página 12.

Para su cita con el proveedor, asegúrese de tomar la llamada en un lugar privado o donde nadie más pueda escuchar.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener servicios de telesalud para los beneficios cubiertos de salud física, conductual u oral que se adecuen a sus necesidades.
- Recibir los servicios de telesalud en el idioma que necesite.
- Consultar a proveedores que respeten sus necesidades culturales y lingüísticas.
- Recibir servicios de interpretación de personal calificado y certificado para usted y su familia. Obtenga más información en las páginas 3 a 5.
- Poder acceder a visitas en persona, no solo de telesalud.
 - UHA se asegurará de que tenga la opción de elegir el tipo de visita que desee. El proveedor no puede obligarlo a usar el servicio de telesalud, a menos que haya un estado declarado de emergencia o un centro esté aplicando su plan ante desastres.
- Recibir el soporte y las herramientas necesarias para acceder al servicio de telesalud.
 - Es posible que necesite una tableta, una computadora portátil, un teléfono inteligente o un explorador para acceder a los servicios de telesalud.
 - UHA trabaja con proveedores contratados para asegurarse de que usted pueda acceder a los servicios en función de su capacidad para usar las herramientas necesarias para la telesalud.
 - UHA lo ayudará a identificar qué herramienta de telesalud es mejor para usted .

Hable con su proveedor sobre los servicios de telesalud. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Medicamentos recetados

Para surtir una receta, puede dirigirse a cualquiera de las farmacias de la red de UHA. En el directorio de proveedores, encontrará una lista de las farmacias con las que trabajamos. Consúltelo en portal.umpquahealth.com/ClientApp/pharmacies.

En el caso de todos los medicamentos recetados cubiertos por UHA, lleve lo siguiente a la farmacia:

- La receta.
- Su tarjeta de identificación de UHA, la tarjeta de identificación de Salud de Oregón u otra evidencia de cobertura, como la tarjeta de identificación de la parte D de Medicare o la tarjeta de su seguro privado. Sin estos elementos, es posible que no le surtan la receta.

Medicamentos recetados cubiertos

Encontrará la lista de medicamentos cubiertos de UHA en www.umpquahealth.com/pharmacy-services.

- Si no sabe con seguridad si su medicamento está en la lista, llámenos, y lo comprobaremos por usted.

Si el medicamento no está en la lista, informe a su proveedor. Su proveedor puede solicitarnos que lo cubramos.

- UHA debe aprobar algunos medicamentos de la lista antes de que su farmacia pueda surtirlos. En el caso de esos medicamentos, su proveedor nos solicitará que los cubramos.

UHA también cubre algunos medicamentos de venta libre (*over the counter*, OTC) cuando su proveedor o farmacia se los receta. Los medicamentos OTC son aquellos que normalmente podría comprar en una tienda o en una farmacia sin una receta, como la aspirina.

Solicitar a UHA que cubra los medicamentos recetados

Cuando su proveedor le solicita a UHA que apruebe o cubra un medicamento, ocurre lo siguiente:

- Los médicos y farmacéuticos de UHA revisarán la solicitud de su proveedor.
- Tomaremos una decisión dentro de las 24 horas.
- Si necesitamos más información para tomar una decisión, podemos demorar hasta 72 horas.

Si UHA decide no cubrir el medicamento recetado, recibirá una carta de UHA en la que se le explicará lo siguiente:

- Su derecho a apelar la decisión.
- Cómo solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión. En la carta, también se incluirá un formulario que puede usar para presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Farmacias con entrega por correo

UHA tiene a disposición de todos nuestros miembros tres farmacias dentro de la red que ofrecen el servicio de envío por correo de algunos medicamentos a su domicilio. A este tipo de farmacias se las llama farmacias con entrega por correo. Si no puede buscar sus medicamentos recetados a la farmacia,

el servicio de entrega por correo es una buena opción. Llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 para los siguientes fines:

- Obtener más información sobre las farmacias con entrega por correo.
- Organizar la prestación del servicio de farmacias con entrega por correo.

También puede comunicarse con las farmacias que ofrecen entrega por correo mediante la información a continuación:

- **BirdiRX (preferida)**
 - Visite su sitio web en www.birdirx.com/.
 - Llame al 1-855-247-3479 o (855)-BirdiRx.
- **Servicios postales de medicamentos recetados (*Postal Prescription Services, PPS*) (preferidos)**
 - Visite su sitio web en www.ppsrx.com.
 - Llame al 1-800-552-6694.
- **Farmacia SortPak**
 - Visite su sitio web en www.sortpak.com.
 - Llame al 1-877-570-7787.

El OHP paga los medicamentos de salud conductual

UHA no paga la mayoría de los medicamentos empleados para el tratamiento de afecciones de salud conductual. El OHP se encarga de pagarlos. Si necesita medicamentos para tratamientos de salud conductual:

- UHA y su proveedor lo ayudarán a recibir los medicamentos que necesita.
- La farmacia envía la factura del medicamento recetado directamente al OHP. UHA y su proveedor lo ayudarán a recibir los medicamentos de salud conductual que necesita. Si tiene alguna pregunta, hable con su proveedor. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Cobertura de medicamentos recetados para miembros con Medicare

UHA y el OHP no cubren medicamentos que tienen cobertura de la Parte D de Medicare.

- Si reúne los requisitos para la Parte D de Medicare, pero opta por no inscribirse, deberá pagar estos medicamentos.
- Si tiene cobertura de la Parte D, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y su tarjeta de identificación de UHA en la farmacia.
- Si la Parte D de Medicare no cubre el medicamento, su farmacia puede facturarle a UHA. Si UHA cubre el medicamento, lo pagaremos.

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en las páginas 31 y 92.

Obtener recetas y vacunas antes de viajar

Si tiene pensado viajar fuera del estado, asegúrese de contar con la cantidad de medicamento suficiente para el viaje. Para ello, solicite un surtido anticipado de la receta. A esto se lo llama

excepción por vacaciones. Llame a UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 para consultar si esta es una opción adecuada para usted.

UHA cubre algunas de las vacunas necesarias para viajar. Para obtener más información, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. También puede consultarlo en el formulario en línea: www.umpquahealth.com/pharmacy-services.

Administración de Terapia de Medicamentos

Si necesita ayuda para surtir sus medicamentos o tiene preguntas al respecto, nuestro programa de Administración de Terapia de Medicamentos puede brindarle asistencia. El equipo de Servicios de Farmacia de UHA quiere asegurarse de que sus medicamentos estén dando resultado. Si el equipo de Farmacia o su proveedor consideran que este programa puede ayudarlo, nos comunicaremos con usted por teléfono o por correo. Si tiene alguna preocupación en relación con sus medicamentos, también puede solicitar ayuda. Para registrarse, visite www.umpquahealth.com/pharmacy-services/ o llame al 541-229-7007.

Hospitales

Trabajamos con los hospitales que se indican a continuación para brindar atención hospitalaria habitual. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital.

Mercy Medical Center es su hospital primario:

- Dirección: 2700 Stewart Parkway
Roseburg, OR 97471
- Número de teléfono: 541-673-0611, TTY 541-677-2143
- Sitio web: chimercyhealth.com/

Si necesita un servicio que no pueden brindarle en este hospital, se lo derivará a otro. UHA también tiene contrato con el siguiente hospital fuera del condado de Douglas:

Sacred Heart Riverbend

- Dirección: 3333 Riverbend Dr.
Springfield, OR 97477
- Número de teléfono: 541-667-9351
- Sitio web: www.peacehealth.org/hospitals/sacred-heart-medical-center-riverbend

Atención de urgencia

Un problema de urgencia es lo suficientemente grave como para tener que tratarse de inmediato, pero no lo suficientemente grave como para el tratamiento inmediato en la sala de emergencias. Estos problemas urgentes pueden relacionarse con su salud física, conductual o dental.

Puede recibir servicios de atención de urgencia las 24 horas al día, los 7 días de la semana, sin necesidad de contar con aprobación previa.

No necesita una derivación para la atención de emergencia o de urgencia. Vea a continuación una lista de los centros de atención de urgencia y las clínicas sin cita previa.

Atención física de urgencia

Algunos ejemplos de atención física de urgencia son los siguientes:

- Cortes que no sangraron mucho, pero que probablemente necesiten sutura.
- Fracturas leves de huesos y de los dedos de las manos y los pies.
- Esguinces y torceduras.

Si tiene un problema urgente, llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Para obtener una lista de los proveedores de atención primaria y sus números de teléfono, visite el directorio de proveedores aquí: www.portal.umpquahealth.com/ClientApp/providers. Para obtener más información sobre el directorio de proveedores, consulte la página 27.

Puede llamar en cualquier momento del día o de la noche, incluidos los fines de semana y los días festivos. Informe al consultorio del PCP que es miembro de UHA. Recibirá asesoramiento o una derivación. Si no puede comunicarse con su PCP por un problema urgente o si su PCP no puede atenderlo lo suficientemente pronto, acuda a un centro de atención de urgencia o a una clínica sin cita previa. No necesita una cita. Consulte a continuación una lista de los centros de atención de urgencia y las clínicas sin cita previa. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Si no sabe si su problema es urgente, llame de todos modos al consultorio de su proveedor aunque esté cerrado. Es posible que reciba respuesta de un servicio de contestador automático. Deje un mensaje en el que indique que es miembro de UHA. Es posible que le brinden asesoramiento o lo deriven a otro lugar al que puede llamar.

También puede llamar a la línea directa de enfermería las 24 horas de UHA en cualquier momento del día o de la noche. El número de teléfono es 888-516-6166, y atenderán las llamadas después del horario de atención que sean de urgencia o emergencia. Si realizó una llamada de urgencia o de emergencia, lo llamarán de vuelta dentro de los 30 minutos. Si no se puede determinar el carácter de urgencia con la información proporcionada, se le devolverá la llamada dentro de los 60 minutos para solicitar más información. Usted o su representante recibirán una llamada tan pronto como sea posible en respuesta a los llamados de urgencia o de emergencia. Si no tiene una emergencia y necesita comunicarse con UHA fuera del horario de atención, llame al número de teléfono habitual y deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa en la zona de servicio de UHA:

Evergreen Urgent Care Edenbower

- Horarios: De lunes a viernes, de 7:00 a. m a 7:00 p. m, y los sábados y domingos, de 9:00 a. m a 5:00 p. m.
- Número de teléfono: 541-677-7200
- Dirección: 2570 NW Edenbower Blvd
Roseburg OR 97471

Evergreen Urgent Care North

- Horarios: Todos los días, de 9:00 a. m a 5:00 p. m.

¿Necesita ayuda? Llame a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.
O visite www.umpquahealth.com.

- Número de teléfono: 541-529-4711
- Dirección: 249 Dakota Street
Sutherlin, OR 97479

Umpqua Health Newton Creek

- Horarios: De lunes a sábados, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
- Número de teléfono: 541-229-7038
- Dirección: 3031 NE Stephens St,
Roseburg OR 97470

Atención dental de urgencia

Algunos ejemplos de atención dental de urgencia son los siguientes:

- Dolor de dientes que lo despierta por las noches y que le dificulta masticar.
- Un diente roto o astillado.
- Pérdida de una corona o de un empaste.
- Absceso (cavidad de pus en un diente a causa de una infección).

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

Si no se puede comunicar con su PCD o no tiene uno, llame a Advantage Dental Services al 866-268-9631. El personal lo ayudará a recibir la atención dental de urgencia que necesita en función de su afección. Debería poder hacer una cita dentro de las 2 semanas, o 1 semana si está embarazada, por una afección dental de urgencia.

Atención de emergencia

Llame al 911 si necesita una ambulancia o diríjase a una sala de emergencias si cree que está en peligro. Una afección médica de emergencia requiere de atención inmediata y pone su vida en peligro. Puede ser una lesión o enfermedad repentinas. Una situación de emergencia también puede causar daño a su cuerpo. Si está embarazada, una situación de emergencia también puede dañar a su bebé. Estos problemas de emergencia pueden relacionarse con su salud física, conductual o dental. Todos estos son servicios están cubiertos sin costo alguno para usted.

Puede recibir servicios de atención de urgencia y de emergencia las 24 horas al día, los 7 días de la semana, sin necesidad de contar con aprobación previa. No necesita una derivación.

Emergencias físicas

La atención física de emergencia se brinda cuando necesita atención inmediata y su vida corre peligro. Estos son algunos ejemplos de emergencias médicas:

- Fracturas de huesos
- Hemorragia que no se detiene
- Posible ataque cardíaco
- Pérdida del conocimiento
- Convulsiones
- Dolor grave
- Dificultad para respirar
- Reacciones alérgicas

Más información sobre la atención de emergencia:

- Llame a su PCP o al Departamento de Atención al Cliente de UHA dentro de los 3 días tras haber recibido atención de emergencia.
- Tiene derecho a visitar cualquier hospital u otro centro dentro de Estados Unidos.
- Las emergencias están cubiertas dentro de Estados Unidos. No están cubiertas en México ni en Canadá.
- En la atención de emergencia, se proporcionan servicios posteriores a la estabilización (atención posterior). Los servicios de atención posterior son servicios cubiertos relacionados con una afección de emergencia. Se le brindan después de estabilizar su estado y sirven de ayuda para mantenerlo estabilizado. También ayudan a mejorar o a resolver la afección. Para obtener más información, consulte las páginas 87 y 88.

Consulte la lista de los hospitales que tienen salas de emergencia en la página 82.

Emergencias dentales

Una emergencia dental se produce cuando necesita atención dental ese mismo día. Esta atención se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Una emergencia dental puede requerir tratamiento inmediato. Estos son algunos ejemplos:

- Un diente que se salió (que no es un diente de leche “flojo” de un niño).
- Tiene el rostro hinchado o una infección bucal.
- Sangrado de las encías que no se detiene.

La atención de emergencia se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No se necesita aprobación previa para una emergencia dental. Llame a su PCD y, si no puede comunicarse, llame a Advantage Dental Services al 866-268-9631. El equipo lo ayudará a buscar un dentista que pueda brindarle asistencia. Si no puede comunicarse con su PCD o DCG, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias. Informe al personal de la sala de emergencias el nombre de su PCD. Consulte la lista de los hospitales que tienen salas de emergencia en la página 82.

Emergencias y crisis relacionadas con la salud conductual

Una emergencia de salud conductual ocurre cuando necesita ayuda de inmediato para sentirse o estar a salvo. Ocurre cuando usted u otras personas están en peligro. Un ejemplo es sentirse fuera de control. Puede sentir que su seguridad está en riesgo o tiene pensamientos de lastimarse a sí mismo o a otras personas.

Llame al 911 o diríjase a una sala de emergencias si está en peligro.

- No se necesita una derivación ni aprobación previa para los servicios de salud conductual de emergencia. UHA ofrece a los miembros ayuda y servicios de crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud conductual puede ayudarlo a obtener los servicios que necesita para mejorar y estabilizar su salud mental. Intentaremos ayudarlo y brindarle apoyo después de una crisis.

Puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al número 988. El 988 es una línea de ayuda de crisis y suicidio mediante la cual puede recibir ayuda empática y compasiva de asesores de crisis capacitados las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para recibir servicios cultural y lingüísticamente específicos del 988:

1. Presione “1” para comunicarse con la línea de crisis para veteranos.
2. Presione “2” para comunicarse con la línea de idiomas (más de 240 idiomas).
3. Presione “3” para comunicarse con un asesor capacitado de LGBTQIA+.



Números de líneas locales y de crisis las 24 horas, y centros de crisis sin cita previa y de recepción de pacientes:

Adapt Integrated Health Care:

Línea de crisis las 24 horas: Línea gratuita: 1-800-866-9780

Proporciona acceso sin cita previa el mismo día a servicios de crisis de salud conductual, de 8:00 a. m a 5:00 p. m.

Condado de Douglas

Línea de crisis las 24 horas: 800-866-9780

Jóvenes y familias:

(541) 229-8934

548 SE Jackson St.

Roseburg, OR 97470

Adultos:

(541) 440-3532

621 W. Madrone St.

Roseburg, OR 97470

Condado de Coos

Línea de crisis las 24 horas: (888) 543-5763

Dirección: 281 LaClair Street

Coos Bay, OR 97420

Línea de crisis local: (541) 266-6800

Servicios móviles para crisis de Adapt: Los asesores móviles para crisis pueden responder con el 911 y ayudar a evitar un arresto. Si llama al 911 porque tiene una crisis de salud mental, solicite la ayuda del equipo móvil de crisis. Un asesor de salud mental y un administrador de casos lo ayudarán a desintensificar la situación. También le proporcionarán apoyo y otros recursos.

Línea de prevención del suicidio

- 1-800-273-TALK (8255)
- 1-888-628-9454 (en español)

Apoyo al adolescente

- oregonyouthline.org/
- Envíe el mensaje de texto teen2teen al 839863

Una crisis de salud conductual ocurre cuando la conducta de una persona se vuelve un riesgo para ella misma o los demás. Es posible que necesite ayuda rápidamente. Si no recibe tratamiento, la afección puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas locales de crisis

disponible las 24 horas indicadas anteriormente o llame al 988 si está atravesando alguna de las siguientes situaciones o no sabe con seguridad si se trata de una crisis. Queremos ayudarlo y brindarle apoyo para evitar que se produzca una emergencia.

Señales de alarma: ejemplos de signos a los que debe prestar atención si usted o un miembro de su familia está teniendo una crisis o una emergencia de salud conductual:

- Habla de querer morirse o de matarse.
- Menciona que se siente desesperanzado o que no tiene motivos para vivir.
- Aumenta el consumo de alcohol o drogas.
- Escucha voces que le dicen que se lastime a sí mismo o a otra persona.
- Lastima a otras personas, animales o bienes.
- Tiene conductas peligrosas o muy disruptivas en la escuela o el trabajo, o con sus amigos o familiares.
- Demuestra rabia o habla de buscar venganza.

Estas son algunas opciones disponibles a través de UHA destinadas a apoyar la estabilización en la comunidad:

- Una línea directa de crisis a la que los miembros pueden llamar cuando necesitan ayuda.
- Un equipo móvil de crisis que asistirá a un miembro que lo necesite en donde se encuentre.
- Centros de crisis sin cita previa y de recepción de pacientes (ver a continuación).
- Atención de crisis (a corto plazo).
- Centros para estabilización a corto plazo.
- Servicios posteriores a la estabilización y servicios de atención de urgencia. Esta atención se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Los servicios de atención posteriores a la estabilización están cubiertos, siempre y cuando se relacionen con una emergencia de salud médica o conductual y se presten después de estabilizar la situación de emergencia a fin de mantener la estabilización o resolver el problema.
- Servicios de respuesta ante crisis, disponibles las 24 horas del día, para los miembros que reciben tratamiento de salud conductual domiciliario intensivo.

Obtenga más información sobre los servicios de salud conductual en las páginas 49 a 54.

Prevención del suicidio

Puede ayudar a prevenir el suicidio. Solicite ayuda si usted o alguien que conoce presenta cualquiera de las señales de advertencia que se detallan a continuación. Hay ayuda disponible; hable con alguien hoy. Si necesita recursos de prevención, comuníquese con UHA.

Señales comunes de advertencia de suicidio

Solicite ayuda si se presenta cualquier señal que indique que usted o alguien que conoce está pensando en suicidarse. Por lo menos el 80 % de las personas que piensan en el suicidio quieren ayuda. Debe tomarse las señales de advertencia con mucha seriedad.

Estas son algunas de las señales de advertencia de suicidio:

- Hablar de querer morirse o matarse.
- Planificar una manera en la que matarse, como comprar un arma.
- Sentir desesperanza o que no tiene motivos para vivir.

- Sentir que está atrapado o que enfrenta un dolor insoportable.
- Hablar de ser una carga para los demás.
- Regalar pertenencias muy preciadas.
- Pensar y hablar mucho sobre la muerte.
- Consumir más alcohol o drogas.
- Comportarse de manera ansiosa o inquieta.
- Comportarse de manera imprudente.
- Retraerse o sentirse aislado.
- Tener cambios de humor extremos.

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

También puede recibir ayuda por los siguientes medios:

- **Llame al 988:** Cuando llame al 988, un asesor de crisis capacitado responde el teléfono, escucha a la persona que llama, comprende cómo el problema la está afectando, brinda apoyo y comparte recursos si es necesario. Si es posible, se lo redirigirá al centro de crisis local.
- **Busque el número de la línea de crisis de salud mental de su condado en línea.** En ese servicio, le ofrecerán la posibilidad de someterse a evaluaciones y lo ayudarán a recibir los servicios que necesita. Para ver una lista de otras líneas directas de crisis, consulte las páginas 85 y 86 o visite adaptoregon.org/services/mental-health-care/crisis-services/.
- **Servicios de salud mental para adultos:** Choice Model Services coordina la atención para adultos con enfermedades mentales graves cuando se les da de alta del Hospital estatal de Oregón. Este programa ayuda a los miembros que fueron dados de alta a obtener los servicios comunitarios que necesitan para vivir. Algunos de estos servicios son recibir tratamiento residencial o para pacientes ambulatorios, atención en un sitio de acogida para adultos o vivir en un apartamento con apoyo. El objetivo es evitar que regrese al Hospital estatal.
- **Servicios de salud mental para niños:** Los niños que tienen necesidades conductuales reciben atención mediante servicios integrales o de coordinación de la atención intensiva. Los servicios de coordinación de la atención intensiva satisfacen las necesidades del niño y su familia. El sistema de atención y la planificación integral incluyen a todas las entidades que forman parte de la vida del niño. Esto incluye escuelas, programas locales, médicos, el sistema de justicia penal, entre otros. Así, se forma un equipo en torno al niño y su familia para planificar los servicios de apoyo.

Atención de seguimiento después de una emergencia

La atención de seguimiento después de una emergencia y hasta la estabilización de la afección se conoce como servicios posteriores a la estabilización. Incluyen todo lo que necesita después de ser dado de alta en la sala de emergencias. La atención de seguimiento no es una emergencia. El OHP no cubre la atención de seguimiento cuando no se encuentra en el estado. Llame al consultorio de su proveedor de atención primaria o dentista de atención primaria para programar la atención de seguimiento.

- Su proveedor de salud o su dentista habituales deben brindarle la atención de seguimiento. Puede solicitarle al médico de emergencias que llame a su proveedor para coordinar la atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor o dentista tan pronto como sea posible tras haber recibido atención de urgencia o de emergencia. Dígame a su proveedor o dentista dónde recibió tratamiento y por qué.
- Su proveedor o dentista gestionará la atención de seguimiento y programará una cita si usted lo necesita.

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención después de estabilizada su afección, debe hacer lo siguiente:

- Regresar a un proveedor dentro de la red para que se cubra la atención.
- Obtener aprobación previa para que se cubra la atención.

Atención lejos de su casa

Atención planificada fuera del estado

UHA lo ayudará a localizar a un proveedor fuera del estado y pagará los servicios cubiertos en estos casos:

- Necesita un servicio que no esté disponible en Oregon.
- El servicio fuera del estado es rentable.

Para obtener más información sobre cómo puede obtener un resurtido de una receta antes de viajar, consulte la página 81.

Atención de emergencia fuera de su casa

Es posible que necesite atención de urgencia o de emergencia mientras se encuentra fuera de su casa o del área de servicio de UHA. **Llame al 911 o diríjase a una sala de emergencias.** No se necesita aprobación previa para los servicios de emergencia. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos, incluida la atención de afecciones dentales y de salud conductual de emergencia. No cubrimos los servicios fuera de Estados Unidos, como en Canadá o México.

No pague por la atención de emergencia. Si paga la factura de la sala de emergencias, UHA no tiene permitido reembolsarle el importe. Consulte la página 89 para saber qué hacer si recibe una factura.

Si necesita atención de emergencia cuando está fuera de casa, siga estos pasos:

1. Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación de Salud de Oregon y de UHA cuando viaje fuera del estado.
2. Muestre la tarjeta de identificación de UHA y solicite que se le facture a UHA.
3. No firme ningún documento hasta que esté seguro de que el proveedor le facturará a UHA. En ocasiones, UHA no puede pagar su factura si se firmó un formulario de acuerdo de pago. Para obtener más información sobre este formulario, consulte las páginas 90 y 91.
4. De ser posible, solicite que el personal de la sala de emergencias o la oficina de facturación del proveedor llame a UHA si desea verificar su seguro o tiene alguna pregunta.
5. Si necesita asesoramiento sobre qué hacer cuando necesita atención que no es de emergencia lejos de su casa, llame a UHA para solicitar ayuda.

En épocas de emergencia, no siempre es posible seguir los pasos anteriores. Estar preparado y conocer los pasos que deben seguirse para recibir atención de emergencia fuera del estado puede resolver los problemas de facturación mientras está fuera. Seguir estos pasos puede evitar que se le facturen los servicios que UHA puede cubrir. UHA no puede pagar un servicio si el proveedor no nos envió una factura.

Facturas de servicios

Los miembros del OHP no tienen que pagar las facturas de los servicios cubiertos

Cuando coordine su primera visita con un proveedor, informe al consultorio que está inscrito en UHA. También infórmele si tiene otro seguro. De esta manera, el proveedor sabrá a quién facturarle. Lleve consigo su tarjeta de identificación a todas las visitas médicas.

Ningún proveedor dentro de la red de UHA (para obtener una lista de los proveedores dentro de la red, consulte la página 27) ni ningún miembro del personal que trabaje para él puede facturarle a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobro ni presentar una demanda civil contra un miembro para cobrar cualquier importe de dinero que UHA deba por los servicios del proveedor contratado por los que usted no es responsable.

UHA paga todos los servicios cubiertos en función de la Lista priorizada de servicios de salud. Para obtener más información sobre esta lista, consulte la página 34.

No se les puede cobrar a los miembros por los errores o las citas perdidas.

- Las citas perdidas no son un servicio del OHP (Medicaid) y no se le pueden facturar al miembro ni al OHP.
- Si su proveedor no envía la documentación correspondiente o no obtiene una aprobación, no se le puede cobrar por eso. A esto se lo llama error del proveedor.

Los miembros no pueden recibir facturaciones sorpresa o de saldos.

Cuando un proveedor factura el importe restante de la factura, se lo llama facturación del saldo. A esto también se lo llama facturación sorpresa. El importe es la diferencia entre el importe real facturado y el importe que paga UHA. Esto sucede con más frecuencia cuando consulta a un proveedor fuera de la red. Los miembros no son responsables de estos costos.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. Los miembros con cobertura de Medicare y Medicaid ya tienen estas protecciones y no corren el riesgo de recibir una facturación sorpresa.

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

Llame a UHA para solicitar ayuda de inmediato a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. También puede llamar a la oficina de facturación de su proveedor para informarle que está inscrito en el OHP. Si recibió una factura porque UHA denegó su reclamo, llame al Departamento de Atención al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, su derecho a presentar una apelación y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros en las páginas 102 a 107. También puede presentar una apelación enviando a UHA una carta para manifestar su desacuerdo con la factura debido a que estaba afiliado al OHP en el momento de la prestación del servicio.

Es posible que deba pagar por algunos servicios

Por lo general, con UHA, no tendrá que pagar ninguna factura médica. Sin embargo, en ocasiones sí deberá pagar. Cuando necesite atención, hable con su proveedor sobre las opciones disponibles. El consultorio del proveedor se comunicará con UHA para ver si un tratamiento o servicio no tiene cobertura. Si decide recibir un servicio no cubierto, es posible que deba pagar la factura.

Tiene que pagarle al proveedor en los siguientes casos:

- **Recibe atención de rutina fuera de Oregón.** Recibe servicios fuera de Oregón que no son de emergencia ni urgencia.
- **No le informa al proveedor que tiene cobertura del OHP.** No le informó al proveedor que tiene UHA u otro seguro, o proporcionó un nombre que no coincidía con el que figura en la identificación de UHA en el momento en que se prestó el servicio o después, por lo que el proveedor no le pudo facturar a UHA. Los proveedores deben verificar su elegibilidad para UHA en el momento de la prestación del servicio y antes de la facturación o el cobro. Deben intentar obtener la información de cobertura antes de facturarle.
- **Continúa recibiendo un servicio denegado.** Usted o su representante solicitaron la continuidad de los beneficios durante un proceso de apelación y audiencia de caso disputado, y la decisión final no fue a su favor. Deberá pagar todos los costos incurridos por los servicios denegados en la fecha de entrada en vigencia del aviso de acción o del aviso de resolución de la apelación, o después de esa fecha.
- **Recibe dinero para servicios por un accidente.** Si un pagador externo, como el seguro de un automóvil, le envió cheques por los servicios que recibió de su proveedor, y usted no los usó para pagarle al proveedor.
- **No trabajamos con ese proveedor.** Cuando elige a un proveedor que no está dentro de la red de UHA, es posible que deba pagar por sus servicios. Antes de consultar a un proveedor que no está dentro de la red de UHA, debe llamar al Departamento de Atención al Cliente o hablar con su PCP. Es posible que se necesite aprobación previa o posiblemente haya un proveedor dentro de la red que responda a sus necesidades. Para obtener una lista de los proveedores dentro de la red, consulte la página 27.
- **Eligió obtener servicios no cubiertos.** Si elige obtener servicios que el proveedor le dijo que no estaban cubiertos por UHA, debe pagar por ellos. En este caso:
 - Su plan no cubre el servicio.
 - Antes de recibir el servicio, firmará un formulario válido de acuerdo de pago. Obtenga más información sobre el formulario a continuación.
 - Siempre comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de UHA para consultar cuáles son los servicios cubiertos. Si recibe una factura, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de UHA de inmediato.

Ejemplos de algunos servicios no cubiertos:

- Algunos tratamientos, como medicamentos de venta libre, para afecciones que puede atender en su casa o que se resuelven solas (p. ej., resfriados, gripe leve, callos y callosidades, etc.).
- Cirugías estéticas o tratamientos solo para mejorar la apariencia.
- Servicios de ayuda para quedar embarazada.
- Tratamientos que por lo general no son eficaces.
- Ortodoncia, salvo que sea para tratar la maloclusión incapacitante y el paladar hendido en niños.

Si tiene alguna pregunta sobre servicios cubiertos o no cubiertos, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

Es posible que se le solicite que firme un formulario de acuerdo de pago

Se usa un formulario de acuerdo de pago (formularios del OHP 3165 y 3166) cuando desea obtener un servicio no cubierto por UHA o el OHP. Al formulario también se lo llama exención. Puede acceder a una copia del formulario en bit.ly/OHPwaiver.

Para que el formulario de acuerdo de pago sea válido, deben ocurrir las siguientes circunstancias:

- En el formulario, debe figurar el costo estimado del servicio. Este debe ser el mismo que aparece en la factura.
- El servicio debe estar programado para dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha en que firmó el formulario.
- En el formulario, debe indicarse que el OHP no cubre el servicio.
- En el formulario, se indica que usted acepta pagar la factura.
- Solicitó pagar de forma privada un servicio cubierto. Si elige esta opción, el proveedor puede facturarle si le informa lo siguiente con antelación:
 - El servicio está cubierto y UHA lo pagaría en su totalidad.
 - El costo estimado, incluidos todos los cargos relacionados, que UHA pagaría por el servicio. El proveedor no puede cobrarle un importe superior al que UHA pagaría.
 - Acepta a conciencia y voluntariamente pagar por el servicio cubierto.
- El proveedor deja asentado por escrito que le dio toda la información, y usted o su representante firman esta declaración. Además, se cumple con lo siguiente:
 - Se le otorga la oportunidad de hacer preguntas, obtener más información y consultar al administrador de casos o representante.
 - Acepta pagarlo de forma privada. Usted o su representante firman el acuerdo que contiene toda la información del pago privado.
 - El proveedor debe proporcionarle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar un reclamo ante UHA por el servicio cubierto que figura en el acuerdo.

Facturas de atención de emergencia lejos de su casa o fuera del estado

Debido a que algunos proveedores de atención de emergencia fuera de la red no están familiarizados con la normativa del OHP de Oregón (Medicaid), es posible que le emitan una factura por el servicio. Si recibe una factura, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de UHA. Es posible que contemos con recursos para ayudarlo si le enviaron una factura por error.

Llámenos de inmediato si recibe una factura de un proveedor fuera del estado. Algunos proveedores envían las facturas impagas a agencias de cobro e incluso pueden demandarlo ante un tribunal para recibir el pago. Una vez que eso sucede, es más difícil resolver el problema. En cuanto reciba una factura por los servicios que le proporcionaron mientras estaba afiliado al OHP, haga lo siguiente:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de UHA tan pronto como sea posible e indíquenos si un proveedor le envió una factura por un servicio cubierto por el OHP. Intentaremos ayudarlo a resolver el pago de la factura. No espere a recibir más facturas.
 - Haga un seguimiento con nosotros para asegurarse de que hemos pagado la factura.

- Si recibe documentación de un tribunal, llámenos de inmediato. También puede llamar a un abogado o a la línea directa de Beneficios Públicos al 800-520-5292 para solicitar asesoramiento legal gratuito. Existen leyes de defensa del consumidor que pueden ayudarlo cuando se le cobra indebidamente mientras está afiliado al OHP.
- Si recibió una factura porque UHA denegó su reclamo, llame al Departamento de Atención al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, su derecho a presentar una apelación y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros en las páginas 102 a 107.
 - También puede presentar una apelación enviando a UHA una carta para manifestar su desacuerdo con la factura debido a que estaba afiliado al OHP en el momento de la prestación del servicio.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas

- Le recomendamos enfáticamente que llame al Departamento de Atención al Cliente antes de aceptar pagarle a un proveedor.
- Si su proveedor le solicita que pague un copago, no lo haga. Solicite al personal del consultorio que llame a UHA.
- UHA paga todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Lista priorizada de servicios de salud (consulte la página 34).
- Para ver una lista abreviada de los beneficios y servicios cubiertos por los beneficios del OHP con UHA, que también cubre la administración de casos y la coordinación de la atención, consulte las páginas 62 y 63. Si tiene alguna pregunta sobre cuáles son los servicios cubiertos, pregunte a su PCP o llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA.
- Ningún proveedor dentro de la red de UHA ni ningún miembro del personal que trabaje para él puede facturarle a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobro ni presentar una demanda civil contra un miembro para cobrar cualquier importe de dinero que UHA deba por los servicios por los que usted no es responsable.
- A los miembros nunca se les cobra el transporte hacia las citas cubiertas. Consulte las páginas 74 a 78. Los miembros pueden solicitar el reembolso de los gastos realizados para ir en automóvil a las visitas cubiertas, o bien se les pueden entregar pases de autobús para acudir a las visitas cubiertas.
- Las protecciones contra la facturación generalmente solo se aplican si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía cobertura del OHP. Además, solo se aplican a los proveedores que trabajan con el OHP (aunque la mayoría lo hace).
- A veces, su proveedor no completa la documentación como corresponde. Cuando esto sucede, es posible que el proveedor no reciba el pago. Eso no significa que usted deba pagar por ello. Si ya recibió el servicio y nosotros nos negamos a pagarle a su proveedor, este aún no puede facturarle a usted.
- Es posible que reciba un aviso de nuestra parte, en el que se le indique que no pagaremos por el servicio. Ese aviso no significa que usted deba pagar por ello. El proveedor anulará los cargos.
- Si UHA o su proveedor le dicen que el servicio no está cubierto por el OHP, aún tiene derecho a impugnar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte las páginas 102 a 107.
- En caso de que UHA cierre, usted no será responsable de pagar por los servicios que cubrimos o brindamos.

Miembros con el OHP y Medicare

Algunas personas tienen el OHP (Medicaid) y Medicare al mismo tiempo. El OHP cubre algunos servicios que Medicare no cubre. Si tiene ambas coberturas, Medicare es su cobertura de salud principal. El OHP puede pagar por servicios que Medicare no cubre, como algunos medicamentos.

Si tiene ambas coberturas, no es responsable por lo siguiente:

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

Es posible que deba pagar un copago por los costos de algunos medicamentos recetados.

A veces, es posible que deba pagar deducibles, coseguros o copagos si decide consultar a un proveedor fuera de la red. Comuníquese con la oficina local de Personas Mayores y Personas con Discapacidades (Aging and People with Disabilities, APD) o de la Agencia de Área para Personas Mayores (Area Agency on Aging, AAA). Le brindarán más información sobre cómo usar sus beneficios. Llame a la Conexión con Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (Aging and Disability Resource Connection, ADRC) al 855-673-2372 para solicitar los números de teléfono de las oficinas locales de APD o AAA.

Llame al Departamento de Atención al Cliente para obtener más información sobre cuáles son los beneficios que pagan Medicare y el OHP (Medicaid), o para recibir ayuda para encontrar un proveedor y consultar cómo recibir los servicios.

Los proveedores le facturarán a Medicare y a UHA.

UHA trabaja con Medicare y tiene un acuerdo que establece que se presentarán todos los reclamos para que podamos pagarlos.

- Muestre al proveedor su tarjeta de identificación del OHP e indíquele que tiene cobertura de UHA. Si aun así el proveedor le dice que debe dinero, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. Podemos brindarle asistencia.
- Obtenga información sobre los pocos casos en los que un proveedor puede enviarle una factura en las páginas 89 y 90.

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

Cambio de CCO y traslado de la atención

Tiene derecho a cambiar de CCO o a cancelar su inscripción en ella.

Si no tiene una CCO, su OHP se denomina de pago por servicio o de tarjeta abierta. Se lo denomina “pago por servicio” porque el estado les paga a los proveedores un importe por cada servicio que brindan. Los miembros del programa de pago por servicio reciben los mismos tipos de beneficios de atención de la salud física, dental y conductual que los miembros de la CCO.

La CCO que tiene depende de dónde vive. Las reglas sobre cambiar o abandonar una CCO son diferentes cuando hay una sola CCO en la zona y cuando hay más CCO en la zona.

Solicitudes de cambio del miembro

Tiene muchas oportunidades de realizar cambios, entre los que se incluyen los siguientes motivos “sin causa”:

- Si no desea la CCO que se le ha asignado. Puede hacer el cambio durante los primeros 90 días después de la inscripción.
- Puede solicitar cambiar de CCO dentro de los 30 días a partir de producido un error de inscripción.
- Cuando renueva su cobertura del OHP (generalmente, una vez por año).
- Siempre que la OHA vuelve a determinar su cobertura.
- Después de que ha estado inscrito en una CCO durante seis meses.
- Una vez al año, por cualquier motivo.
- Si perdió la cobertura del OHP durante menos de 2 meses, se lo volvió a inscribir en una CCO y perdió la oportunidad de elegir una CCO cuando hubiera tenido que renovar el OHP.
- Cuando la OHA ha establecido sanciones a UHA, entre las que se incluye no permitir nuevos afiliados (42 CFR 438.702[a][4]).

Puede optar por cancelar su inscripción en UHA y pasarse al programa de pago por servicio del OHP en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “con causa”:

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas respecto del servicio que desea.
- Tiene un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor afirma que obtener los servicios por separado implicaría un riesgo innecesario. Por ejemplo, una cesárea y una ligadura de trompas a la misma vez.
- Otros motivos, como por ejemplo, una mala atención, falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de acceso a los proveedores de la red que tienen experiencia en sus necesidades específicas de atención de la salud.
- Los servicios no se proporcionan en el idioma de su preferencia.
- Los servicios no se proporcionan de una manera culturalmente apropiada.
- Corre el riesgo de que se produzca una falta de continuidad de la atención.
- Se muda a un lugar donde la CCO no brinda servicios. Para actualizar su dirección, informe al Centro de Servicios para el Cliente del OHP al 1-800-699-9075 (TTY 711) o a la Unidad de Servicios para el Cliente al 1-800-273-0557. Le confirmarán si es necesario que se lo asigne a otra CCO.

Si se muda a un lugar donde la CCO no brinda servicios, puede cambiar de plan tan pronto como le informe al OHP sobre la mudanza. Llame al OHP al 800-699-9075 o use su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).

Puede preguntar sobre estas opciones por teléfono o por escrito. Llame al Centro de Servicios para el Cliente del OHP al 800-273-0557 o envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov.

Miembros con Medicare y el OHP (Medicaid)

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

Indígenas americanos o nativos de Alaska que tengan pruebas de su ascendencia indígena

Es posible que estos miembros quieran recibir atención en otro lugar. Pueden recibir atención en un centro de servicios de salud indígena, de un programa o una clínica de salud tribal, o en una clínica urbana y con el programa de pago por servicio del OHP. Para obtener más información sobre estos servicios, consulte las páginas 25 y 26.

Cómo cambiar de CCO o cancelar su inscripción en ella

Aspectos para tener en cuenta: UHA quiere asegurarse de que reciba la mejor atención posible. UHA puede proporcionarle algunos servicios que el programa de pago por servicio o de tarjeta abierta no tienen disponibles. Cuando tenga un problema para recibir la atención adecuada, permítanos intentar ayudarlo antes de cancelar su inscripción a UHA.

Si de todas maneras desea cancelar su inscripción, debe haber otra CCO disponible en su área de servicio para que pueda cambiarse de plan.

Informe al OHP si desea cambiar su CCO o cancelar su inscripción en ella. Puede realizar esta solicitud de forma oral o por escrito. Usted o su representante pueden llamar al Departamento de Atención 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., hora del Pacífico. Use su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o envíe un correo electrónico al OHP a Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción será el primer día del mes siguiente a la aprobación de la cancelación de la inscripción por parte de la OHA.

Puede recibir atención mientras entra en vigencia el cambio de CCO. Consulte las páginas 95 y 96 para obtener más información.

UHA puede solicitarle que cancele su inscripción por algunos motivos:

UHA puede solicitarle a la OHA que lo elimine de nuestro plan en los siguientes casos:

- Usted presenta un comportamiento abusivo, no cooperativo o disruptivo hacia nuestro personal o proveedores, a menos que dicha conducta se deba a una discapacidad o una necesidad especial de atención de la salud.
- Comete fraude u otros actos ilegales, como permitirle a otra persona que use sus beneficios de atención de la salud, modificar una receta, robar o cometer otros actos delictivos.
- Es violento o amenaza con el uso de la violencia a un proveedor de atención de la salud, a los miembros de su personal, a otros pacientes o al personal de UHA. Cuando la conducta violenta o la amenaza de violencia afecta gravemente la capacidad de UHA de proporcionarles servicios a usted o a otros miembros.

Debemos solicitarle al estado (a la Autoridad de Salud de Oregon) que revise y apruebe su eliminación de nuestro plan. Recibirá una carta si se aprueba la solicitud de cancelación de su inscripción (eliminación) presentada por la CCO. Puede presentar un reclamo si no está conforme con el proceso o no está de acuerdo con la decisión. Consulte cómo presentar un reclamo o solicitar una apelación en las páginas 101 y 102.

UHA no puede solicitar la cancelación de su inscripción en nuestro plan debido a los siguientes motivos (la lista no es exhaustiva):

- Su estado de salud empeora.
- No usa los servicios.
- Usa demasiados servicios.
- Está por usar servicios o ser asignado a un centro de atención (como por ejemplo, un centro de atención a largo plazo o un centro de tratamiento residencial psiquiátrico).
- Tiene una conducta que puede ser disruptiva o poco cooperativa, que se debe a que tiene necesidades especiales.
- Su clase protegida, afección médica o antecedentes implican que es probable que necesite muchos servicios o servicios costosos a futuro.
- Su discapacidad física, intelectual, mental o del desarrollo.
- Está bajo la custodia del servicio de bienestar infantil del ODHS.
- Presenta un reclamo, está en desacuerdo con una decisión o solicita una apelación o una audiencia.
- Toma una decisión sobre su atención con la que UHA no está de acuerdo.

Para obtener más información o si tiene alguna pregunta sobre otros motivos por los cuales podría cancelarse su inscripción, excepciones de inscripción temporales o exenciones de inscripción, llame a UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711, o al Centro de Servicios para el Cliente del OHP al 800-273-0557.

Recibirá una carta con sus derechos de desafiliación por lo menos 60 días antes de que deba renovar su OHP.

Atención mientras cambia de CCO o cancela su inscripción en ella

Algunos miembros que cambian de plan pueden seguir recibiendo los mismos servicios y la misma cobertura de medicamentos recetados, y consultar a los mismos proveedores aunque no estén dentro de la red. Eso significa que se coordinará la atención cuando cambie de CCO o se pase del programa de pago por servicio del OHP a una CCO. A esto a veces se lo denomina “transición de la atención”.

Si tiene afecciones de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental para pacientes internados, sus planes anterior y nuevo deben trabajar en conjunto para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

Cuándo necesita la misma atención durante el cambio de plan

Esta ayuda es para cuando tiene problemas graves de salud, necesita atención en un hospital o necesita atención de salud mental para pacientes internados. Esta es una lista de algunos ejemplos de las situaciones en las puede recibir esta ayuda:

- Necesita atención para la enfermedad renal en etapa terminal.
- Es un niño frágil desde el punto de vista médico.
- Está recibiendo un programa de tratamiento de cáncer de mama o cervical.
- Está recibiendo la ayuda de Care Assist porque padece VIH/SIDA.
- Necesita atención luego de un trasplante.

- Está embarazada o acaba de dar a luz.
- Está recibiendo tratamiento para el cáncer.
- Cuando no recibir servicios continuos puede perjudicar gravemente su salud o corre el riesgo de que deban hospitalizarlo o derivarlo a una institución de atención.

El plazo de esta atención es el siguiente:

Tipo de membresía	Durante cuánto tiempo puede recibir la misma atención
OHP con Medicare (doblemente elegible para beneficio completo)	90 días
OHP únicamente	30 días para la atención de la salud física y oral* 60 días para la atención de la salud conductual*

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

Si va a cancelar su inscripción en UHA, trabajaremos con su nueva CCO o con el OHP para asegurarnos de que reciba los mismos servicios que figuran a continuación.

Si necesita atención durante el cambio de plan o tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

UHA se asegurará de que los miembros que necesitan la misma atención durante el cambio de plan reciban lo siguiente:

- Acceso continuo a la atención y transporte a los centros de atención.
- Servicios de su proveedor, aunque no esté dentro de la red de UHA, hasta que suceda una de estas situaciones:
 - Se complete el tratamiento indicado mínimo o aprobado.
 - Su proveedor decida que ya no necesita el tratamiento. Si un especialista es quien brinda la atención, el plan de tratamiento será revisado por un proveedor calificado.
- Algunos tipos de atención continuarán con el proveedor actual hasta que finalicen. Estos tipos de atención son los siguientes:
 - Atención antes y después del embarazo o del parto (atención prenatal y posparto).
 - Servicios de trasplante hasta el primer año luego del trasplante.
 - Radiación o quimioterapia (tratamiento del cáncer) durante el curso del tratamiento.
 - Medicamentos con un curso de tratamiento mínimo definido que supera el plazo de la transición de la atención mencionado anteriormente.

Si desea recibir una copia de la Política de transición de la atención de UHA, llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. También se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.umpquahealth.com/services/#notices-policies. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente.

Decisiones para el final de la vida

Directivas anticipadas

Todas las personas adultas tienen derecho a tomar decisiones sobre su atención. Esto incluye el derecho a aceptar y rechazar un tratamiento. Una enfermedad o lesión pueden impedirle informar a su médico, sus familiares o su representante sobre la atención que desea recibir. Las leyes de Oregón le permiten indicar sus deseos, creencias y objetivos con anticipación, antes de que necesite ese tipo de atención. El formulario para tal fin se llama **directiva anticipada**. Tiene derecho a crear una directiva anticipada.

Si necesita más información sobre las políticas y los procedimientos de UHA en relación con las directivas anticipadas, visite el sitio web www.umpquahealth.com/services/#notices-policies y lea nuestra política CE09: Directiva anticipada/declaración de tratamiento de salud mental.

Una directiva anticipada le permite hacer lo siguiente:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos en cuanto a la atención de la salud si no puede expresarse por sus propios medios.
- Nombrar a una persona para que tome sus decisiones de atención de la salud en caso de que no pudiera tomarlas usted mismo. A esta persona se la denomina su representante de atención de la salud, y debe estar de acuerdo con cumplir esta función.
- Compartir, rechazar o aceptar diferentes tipos de atención médica, y compartir sus decisiones sobre su atención médica futura.

Cómo obtener más información sobre las directivas anticipadas

Podemos proporcionarle un folleto gratuito sobre las directivas anticipadas. Tan solo llámenos para obtener más información u obtener una copia del folleto y el formulario de directivas anticipadas. Llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. UHA también se ha asociado con Iris Healthcare para proporcionar el servicio de planificación anticipada de la atención. Para obtener más información sobre Iris, consulte las páginas 98 y 99.

Se encuentra disponible una *Guía para el usuario sobre directivas anticipadas*. Allí, encontrará información sobre lo siguiente:

- Los motivos para contar con una directiva anticipada.
- Las secciones del formulario de directivas anticipadas.
- Cómo completar u obtener ayuda para completar una directiva anticipada.
- A quiénes se les debe proporcionar una copia de una directiva anticipada.
- Cómo hacer cambios en una directiva anticipada.

Para descargar una copia de la *Guía para el usuario sobre directivas anticipadas* o el *Formulario de directivas anticipadas*, visite www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx. También puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de UHA para solicitar que se le envíe una copia impresa sin costo alguno.

Otra información útil sobre las directivas anticipadas

- Completar una directiva anticipada es su elección. Si opta por no completar y firmar una directiva anticipada, su cobertura o acceso a la atención seguirán siendo los mismos.

- UHA no lo tratará de forma diferente si decide no completar y firmar una directiva anticipada.
- Si completa una directiva anticipada, informe a sus proveedores y a su familia al respecto, y proporciónelos copias.
- UHA respetará las decisiones que establezca en la directiva anticipada que completó y firmó.

Cómo presentar un reclamo si UHA no cumple con lo establecido en una directiva anticipada

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Licencias de Salud (Health Licensing Office) si su proveedor no hace lo que usted indicó en la directiva anticipada.

Oficina de Licencias de Salud

- Teléfono: 503-370-9216 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- Horarios: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico
- Envíe el reclamo por correo a:
1430 Tandem Ave NE, Suite 180
Salem, OR 97301
- Correo electrónico: hlo.info@odhsoha.oregon.gov

Llame al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 para obtener una copia en papel del formulario de reclamo.

Puede encontrar los formularios de reclamo y obtener más información en www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx.

UHA cumple con las leyes estatales y federales respecto de las directivas anticipadas. La ley de Oregón le permite a UHA o a cualquier proveedor a oponerse a seguirlas con motivo de una objeción de conciencia. Además, no tenemos la obligación de proporcionar ningún servicio de atención que entre en conflicto con la directiva anticipada. UHA no tiene ninguna objeción de conciencia. Si tiene una directiva anticipada, debe informárselo a su proveedor para asegurarse de que no tenga ninguna objeción de conciencia.

Cómo cancelar una directiva anticipada

Para cancelar una directiva anticipada, solicite la devolución de las copias de su directiva anticipada, de modo que su proveedor sepa que ya no es válida. Destruya las copias o escriba "CANCELADA" en letra grande, fírmelas e indique la fecha. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, comuníquese con el Departamento de Decisiones de Salud de Oregón a los números 800-422-4805 o 503-692-0894 (TTY 711).

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

Órdenes médicas de tratamiento para preservar la vida (*Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*, POLST)

Una POLST es un formulario médico que puede usar para asegurarse de que los proveedores de atención médica cumplan con sus deseos en relación con el tratamiento cerca del final de su vida. No tiene la obligación de completar una POLST, pero si tiene una enfermedad grave u otros motivos por los cuales no desea determinados tipos de tratamientos médicos, puede obtener más información sobre este formulario. La POLST es diferente de una directiva anticipada:

	Directiva anticipada	POLST
¿Qué es?	Documento legal	Orden médica
¿Quién debería obtenerla?	Para todos los adultos mayores de 18 años	Personas con una enfermedad grave o personas mayores y frágiles que posiblemente no deseen recibir todos los tratamientos
¿Mi proveedor debe aprobarla y firmarla?	No se necesita la aprobación del proveedor.	Debe contar con la aprobación y firma del proveedor de atención de la salud.
¿Cuándo se la usa?	Atención o afecciones futuras	Atención y afecciones actuales

Para más información, visite <https://oregonpolst.org/>, envíe un correo electrónico a polst@ohsu.edu o llame a POLST de Oregón al 503-494-3965.

Iris Healthcare (planificación anticipada de la atención)

¿Necesita ayuda para elaborar un plan anticipado de la atención? Iris es nuestro colaborador para la planificación anticipada de la atención. Brinda ayuda a los miembros que tienen enfermedades graves. Sus expertos en salud ayudan a los miembros a hablar con sus seres queridos o cuidadores para elaborar un plan para la atención del miembro.

Iris Empower es una herramienta de planificación anticipada de la atención para las personas del condado de Douglas. Empower es una forma de elaborar planes de atención en línea. Ayuda a los usuarios con lo siguiente:

- Tomar decisiones sobre la atención de su salud.
- Realizar directivas anticipadas.
- Compartir planes con sus familiares.
- Compartir planes con los equipos de atención.

Si desea elaborar un plan anticipado de la atención, haga lo siguiente:

- Siga el enlace en el sitio web de UHA: www.umpquahealth.com/advanced-care-planning/.
- Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de UHA.

Puede comunicarse con Iris Health Care por los siguientes medios:

- Teléfono: 512-895-9544
- Línea gratuita: 1-800-845-2081
- Correo electrónico: getinfo@irishealthcare.com
- Sitio web: www.irishealthcare.com

Declaración de tratamiento de salud mental

Oregón tiene un formulario para expresar sus deseos respecto de la atención de salud mental. Este formulario se llama Declaración de tratamiento de salud mental. El formulario sirve para cuando tiene una crisis de salud mental o no puede tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Puede completar este formulario cuando no esté atravesando una crisis y puede comprender y tomar decisiones sobre su atención.

¿Para qué sirve este formulario?

En el formulario, puede expresar el tipo de atención que desea recibir si alguna vez es incapaz de tomar decisiones por cuenta propia. Solo un tribunal y dos médicos pueden decidir si no puede tomar decisiones sobre su salud mental.

Este formulario le permite tomar decisiones sobre el tipo de atención que quiere y no quiere recibir. Se puede usar para nombrar a un adulto para que tome decisiones sobre su atención. La persona que designe debe aceptar representarlo y cumplir sus deseos. Si no expresa sus deseos por escrito, esta persona decidirá lo que hubiera querido.

El formulario de declaración solo es válido durante 3 años. Si pierde la capacidad de tomar decisiones por su cuenta durante este plazo, se cumplirá con lo indicado en el formulario. Este permanecerá vigente hasta que pueda volver a tomar decisiones. Puede cancelar su declaración cuando pueda tomar decisiones sobre su atención. Debe darle el formulario a su PCP y a la persona que designe para tomar decisiones por usted.

Para obtener más información sobre la Declaración de tratamiento de salud mental, visite el sitio web del estado de Oregón en https://aix-xweb1p.state.or.us/es_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf.

Si su proveedor no cumple con los deseos expresados en el formulario, puede presentar un reclamo. Encontrará un formulario para tal fin en www.healthoregon.org/hcrqi. Envíe el reclamo a la siguiente entidad:

Health Care Regulation and Quality Improvement

- Correo electrónico: Mailbox.HCLC@odhsoha.oregon.gov
- Teléfono: 971-673-0540 (TTY: 971-673-0372)
- Dirección de correo postal: 800 N.E. Oregon St., #465
Portland, OR 97232
- Fax: 971-673-0556

Denunciar casos de fraude, despilfarro y abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero de atención de la salud se destine a ayudar a nuestros miembros a mantener su salud y bienestar. Para ello, necesitamos su ayuda.

El fraude a Medicaid es ilegal, y UHA se lo toma en serio.

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

- El proveedor le cobra un servicio cubierto por UHA.
- El proveedor le factura servicios que no recibió.
- El proveedor le brinda un servicio que no necesita en función de su afección de salud.

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

- Acudir a varios médicos para que le receten medicamentos que ya se le recetaron.
- Darle la tarjeta de identificación a otra persona para que acceda a los beneficios.

UHA se compromete a evitar el fraude, el despilfarro y el abuso. Cumpliremos con todas las leyes relacionadas, incluidas la Ley Estatal de Reclamaciones Fraudulentas y la Ley Federal de Reclamaciones Fraudulentas.

Cómo denunciar un caso de fraude, despilfarro y abuso

Si cree que se ha cometido fraude, despilfarro o abuso, denúncielo lo antes posible. Puede hacerlo de forma anónima. Las leyes de denunciantes protegen a las personas que denuncian casos de fraude, despilfarro y abuso. Si presenta una denuncia, no perderá su cobertura. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a una persona que denuncie un caso de fraude, despilfarro o abuso. Puede presentar una denuncia de fraude, despilfarro y abuso de varias maneras:

Presente una denuncia por teléfono, por fax, en línea o escribiendo directamente a UHA.

Denunciamos todos los presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso cometidos por proveedores o miembros a las agencias estatales que se detallan a continuación.

- Llame a nuestra línea directa: línea gratuita: 844-348-4702 (TTY 711)
- Fax: 541-229-9982
- Presente una denuncia en línea: www.umpquahealth.ethicspoint.com
- Escriba a: Compliance Officer
Umpqua Health Alliance
3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470

Denuncie los casos de fraude, despilfarro y abuso por parte de un miembro por teléfono, por fax o escribiendo a:

DHS Fraud Investigation Unit

P.O. Box 14150

Salem, OR 97309

Línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax: 503-373-1525 Attn: Hotline

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

Denuncie los casos de fraude, despilfarro y abuso por parte de un proveedor por teléfono, por fax o escribiendo a:

OHA Office of Program Integrity (OPI)

3406 Cherry Avenue NE

Salem, OR 97303-4924

Línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax: 503-378-2577

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

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)

Oregon Department of Justice

100 SW Market Street

Portland, OR 97201

Teléfono: 971-673-1880

Fax: 971-673-1890

Denuncie casos de fraude en línea: www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx.

¿Necesita ayuda? Llame a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.

O visite www.umpquahealth.com.

Reclamos (quejas formales), apelaciones y audiencias justas

UHA se asegura de que todos los miembros tengan acceso al sistema de quejas formales (reclamos, quejas formales, apelaciones y audiencias). Intentamos facilitarles a los miembros la presentación de reclamos, quejas formales o apelaciones, y la obtención de información sobre cómo solicitar una audiencia ante la Autoridad de Salud de Oregón. En la tabla a continuación, encontrará nuestra información de contacto. Puede solicitar copias de los formularios en nuestras oficinas administrativas. También puede obtenerlas en nuestro sitio web o solicitar que se las envíen por correo electrónico, correo postal o por teléfono.

Infórmenos si necesita ayuda con alguna parte del proceso de reclamos (quejas formales), apelaciones o audiencias. También podemos proporcionarle más información sobre cómo gestionamos los reclamos (quejas formales) y las apelaciones. Se encuentran disponibles copias de nuestra plantilla de notificación. Si necesita ayuda o desea obtener más información además de la que se encuentra en el manual, comuníquese con nosotros:

Llame a nuestro equipo del Atención al Cliente	Escriba o envíe un correo electrónico
De lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m. Teléfono: 541-229-4842 Línea gratuita: 866-672-1551 TTY: 541-440-6304 o TTY 711 Sitio web: www.umpquahealth.com/appeals-and-grievances/	Umpqua Health Alliance Attn: Grievance and Appeals 3031 NE Stephens St. Roseburg, OR 97470 UHAGrievance@umpquahealth.com

Le brindaremos asistencia para completar formularios y con otros pasos necesarios para presentar una queja formal (reclamo) o solicitar una apelación o una audiencia. Esta asistencia puede proporcionarse de distintas formas:

- Ayuda de un trabajador calificado de salud comunitaria (p. ej., un especialista en apoyo de pares o un guía personal) o servicios de coordinación de la atención.
- Servicios de intérprete o apoyos y servicios auxiliares (ayuda o apoyo adicionales).
- Una carta en otro idioma o formato.
- Explicación del proceso de presentación de quejas formales (reclamos) y de solicitud de apelaciones o audiencias, o provisión de políticas y documentos.

Puede presentar un reclamo

- La finalidad de un **reclamo** es manifestar su disconformidad.
- Una **disputa** es cuando no está de acuerdo con UHA o un proveedor.
- Una **queja formal** es un reclamo que puede presentar si no está conforme con UHA, sus servicios de atención de la salud o su proveedor. Una disputa también puede ser una queja formal.

Para simplificar los procesos, el OHP usa la palabra **reclamo** tanto para las quejas formales como para las disputas.

Tiene derecho a presentar un reclamo si no está conforme con cualquier aspecto de su atención. Trataremos de mejorar. Simplemente llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711. También puede presentar un reclamo ante la OHA o el Programa de Defensores. Llame a la OHA al 1-800-273-0557 o a los defensores al 1-877-642-0450. También puede enviarnos su reclamo por correo postal:

Umpqua Health Alliance
Attn: Grievance and Appeals
3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470

Puede encontrar el formulario de reclamos en www.umpquahealth.com/appeals-and-grievances/. Puede presentar un reclamo sobre cualquier tema además de la denegación de un servicio o beneficios y en cualquier momento, de forma oral o por escrito. Si presenta un reclamo ante la OHA, se lo reenviará a UHA.

Estos son ejemplos de motivos por los que puede presentar un reclamo:

- Problemas para programar citas o recibir el servicio de transporte.
- Problemas para encontrar a un proveedor cerca de donde vive.
- No sentirse respetado ni comprendido por los proveedores, el personal de los proveedores, los conductores o UHA.
- Atención sobre la que no estaba seguro, pero que recibió de todos modos.
- Facturas de servicios que no aceptó pagar.
- Disputas sobre las propuestas de extensión de UHA para tomar decisiones de aprobación.
- Seguridad en el vehículo o en relación con el conductor.
- Calidad del servicio que recibió.

Un representante o su proveedor pueden presentar un reclamo en su nombre, para lo que deben contar con su permiso por escrito.

Analizaremos su reclamo y le informaremos lo que se puede hacer tan pronto como sea necesario en función de su salud. Esto se realizará dentro de los 5 días hábiles a partir del día en que recibimos su reclamo.

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles. Le informaremos por qué necesitamos más tiempo. Solo le pediremos más tiempo si consideramos que es para su beneficio. Todas las cartas estarán escritas en el idioma de su preferencia. Le enviaremos una carta dentro de los 30 días desde la recepción del reclamo para explicarle cómo lo gestionaremos.

Si no está conforme con cómo gestionamos su reclamo, puede compartir su disconformidad con la Unidad de Servicios para el Cliente del OHP al 1-800-273-0557 o comunicarse con el Programa de Defensores de la OHA. Los defensores son individuos que se encargan de la defensa de los miembros del OHP y harán su mejor esfuerzo para ayudarlo. Envíe un correo electrónico a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o llame al 877-642-0450 y deje un mensaje.

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

UHA, sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden hacer lo siguiente:

- Impedirle a un miembro que recurra a cualquier parte del proceso de reclamos y del sistema de apelaciones, ni tomar medidas punitivas contra un proveedor que solicite una respuesta rápida o que respalde la apelación de un miembro.

- Incentivar la retractación de un reclamo, una apelación o una audiencia que ya se solicitaron.
- Usar la presentación o el resultado de un reclamo, una apelación o una audiencia como motivo para reaccionar contra un miembro o solicitar que se cancele su inscripción.

Puede solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos sobre un servicio.

A esto se lo llama apelación.

Puede llamar, escribir una carta o completar un formulario para explicar por qué el plan debería cambiar su decisión.

Si rechazamos, suspendemos o reducimos un servicio médico, dental o de salud conductual, le enviaremos una carta de denegación para explicarle nuestra decisión. A esta carta de denegación también se la conoce como Aviso de determinación adversa de beneficios (*Notice of Adverse Benefit Determination*, NOABD). También le informaremos a su proveedor sobre nuestra decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a solicitarnos que la cambiemos.

Esto se llama apelación, porque está apelando nuestra decisión. Antes de poder presentar una apelación, debe haber recibido una carta de denegación. Si no recibió una carta, o su proveedor dice que no puede obtener un servicio o que deberá pagar por el servicio, puede solicitarle a UHA una carta de denegación (NOABD). Una vez recibida la carta de denegación, podrá presentar una apelación.

Para respaldar su apelación, tiene derecho a lo siguiente:

- Dar información y testimonio en persona o por escrito.
- Proporcionar argumentos legales y basados en hechos, en persona o por escrito.

Debe llevar a cabo estas acciones dentro de los plazos de apelación que se indican a continuación.

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

1	Solicitar una apelación Debe solicitarla dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de denegación. Llame o envíe un formulario.
2	Esperar nuestra respuesta Tenemos 16 días para responder. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.
3	Leer nuestra decisión ¿Aún no está de acuerdo? Puede solicitarle una revisión al estado. A esto se lo llama audiencia.
4	Solicitar una audiencia Debe solicitarla dentro de los 120 días de la fecha de la carta de decisión de la apelación.

Obtenga más información sobre los pasos para solicitar una apelación o una audiencia.

Paso 1	Solicitar una apelación. Debe solicitarla dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de denegación (NOABD). Llámenos a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711, o complete el formulario <i>Solicitud de revisión de una decisión de atención de la salud</i> . El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en bit.ly/request2review . Puede enviar el formulario o la solicitud escrita por correo a: Umpqua Health Alliance Attn: Grievance and Appeals 3031 NE Stephens St. Roseburg, OR 97470
---------------	--

	Como alternativa, puede enviar el formulario o la solicitud escrita por fax al 541-677-5881. Si tiene alguna pregunta, envíenos un correo electrónico a UHAGrievance@umpquahealth.com. ¿Quién puede solicitar una apelación? Usted o alguien con permiso por escrito para actuar en su representación. Puede ser un médico o un representante autorizado.
Paso 2	Esperar nuestra respuesta. Una vez que recibimos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un nuevo médico revisará sus registros médicos y la solicitud de servicio para determinar si cumplimos correctamente con la normativa. Puede proporcionarnos más información que cree que nos ayudaría a revisar la decisión. ¿Cuánto tiempo toma la revisión de mi apelación? Tenemos 16 días para revisar su solicitud y responderle. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta. Tenemos hasta 14 días más para responder. ¿Qué sucede si necesito una respuesta más rápida? Puede solicitar una apelación rápida. A esto también se lo llama apelación acelerada. Llámenos o envíe el formulario de solicitud por fax. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en bit.ly/request2review. Solicite una apelación rápida si cree que esperar una apelación regular podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de funcionamiento. Lo llamaremos y le enviaremos una carta dentro de 1 día hábil para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación rápida. ¿Cuánto tiempo toma una apelación rápida? Si solicita una apelación rápida, tomaremos una decisión tan rápido como sea necesario en función de su salud, a más tardar 72 horas desde cuando se recibió la solicitud de apelación rápida. Haremos nuestro mejor esfuerzo para comunicarnos con usted y su proveedor por teléfono para informarle nuestra decisión. También recibirá una carta. A solicitud, o si necesitamos más tiempo, el plazo puede extenderse por hasta 14 días. Si se rechaza la apelación rápida o se necesita más tiempo, lo llamaremos y recibirá un aviso por escrito dentro de los dos días. Una solicitud de apelación rápida denegada se convertirá en una apelación estándar y deberá resolverse en 16 días o, posiblemente, extenderse 14 días más. Si no está de acuerdo con una decisión de extender el plazo de la apelación o si se deniega una apelación rápida, tiene derecho a presentar un reclamo.

Paso 3	Leer nuestra decisión. Le enviaremos una carta con nuestra decisión en relación con la apelación. A esta carta de decisión de la apelación también se la conoce como Aviso de resolución de apelación (<i>Notice of Appeal Resolution</i>, NOAR). Si está de acuerdo con la decisión, no debe tomar ninguna medida.
Paso 4	¿Aún no está de acuerdo? Solicite una audiencia. Puede solicitarle al estado que revise la decisión de la apelación. A esto se lo llama solicitar una audiencia. Debe solicitarla dentro de los 120 días después de la fecha de la carta de decisión de la apelación (NOAR). ¿Qué sucede si necesito una audiencia más rápida? Puede solicitar una audiencia rápida. A esto también se lo llama audiencia acelerada. Use el formulario de audiencia disponible en línea en bit.ly/ohp-hearing-form para solicitar una audiencia normal o una audiencia más rápida. También puede llamar al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o usar el formulario de solicitud que se enviará con la carta. Obtenga el formulario en bit.ly/request2review. Puede enviar el formulario a: OHA Medical Hearings 500 Summer St NE E49 Salem, OR 97301 Fax: 503-945-6035 El estado decidirá si se le puede otorgar una audiencia rápida 2 días hábiles después de recibir su solicitud. ¿Quién puede solicitar una audiencia? Usted o alguien con permiso por escrito para actuar en su representación. Puede ser un médico o un representante autorizado. ¿Qué sucede en una audiencia? En la audiencia, puede indicarle al juez de derecho administrativo de Oregón por qué no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. El juez tomará la decisión final.

Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias

¿Qué sucede si no recibo una carta de denegación? ¿Todavía puedo solicitar una apelación?

Antes de poder solicitar una apelación, debe haber recibido una carta de denegación.

Si su proveedor dice que no puede obtener un servicio o que deberá pagar por el servicio, puede solicitarnos una carta de denegación (NOABD). Una vez recibida la carta de denegación, podrá presentar una apelación.

¿Qué sucede si UHA no cumple con el plazo de la apelación?

Si nos demoramos más de 30 días en responder, puede solicitarle una revisión al estado. A esto se lo llama audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o use el formulario de solicitud que se enviará con la carta de denegación (NOABD). Obtenga el formulario en bit.ly/request2review.

¿Puede otra persona representarme o ayudarme en una audiencia?

Tiene derecho a que otra persona que elija lo represente en la audiencia. Esta persona podría ser un amigo, un familiar, un abogado o su proveedor. También tiene derecho a representarse a sí mismo si lo desea. Si contrata a un abogado, debe pagar por sus honorarios.

Para recibir asesoramiento y una posible representación sin costo, llame a la línea directa de Beneficios Públicos al 1-800-520-5292 (TTY 711). La línea directa es una asociación entre la Legal Aid of Oregon y Oregon Law Center. Encontrará información sobre ayuda legal gratuita en OregonLawHelp.com.

¿Aún puedo obtener el beneficio o servicio mientras aguardo una decisión?

Si ha estado recibiendo el beneficio o el servicio que se denegó, y nosotros dejamos de proporcionárselo, puede solicitarnos que sigamos brindándoselo.

Debe hacer lo siguiente:

- Solicitar esto dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la carta de denegación (NOABD) o el NOAR, o en la fecha en que esta decisión entre en vigencia, lo que suceda más tarde.
 - Puede solicitar la continuidad de los beneficios por escrito u oralmente llamando al Departamento de Atención al Cliente de UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711.
- Use el formulario *Solicitud de revisión de una decisión de atención de la salud*. El formulario se enviará con la carta de denegación. **También puede obtenerlo en bit.ly/request2review.**
- Responda de manera afirmativa a la pregunta sobre la continuación de los servicios en la casilla 8 de la página 4 en el formulario *Solicitud de revisión de una decisión de atención de la salud*.

¿Debo pagar por la continuación del servicio?

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

Si cambiamos nuestra decisión y usted no estaba recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o proporcionaremos el servicio o beneficio tan rápido como sea necesario en función de su salud. No demoraremos más de 72 horas desde la fecha en que recibimos el aviso de que nuestra decisión se revirtió.

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

Si tiene UHA y Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los mencionados con anterioridad. Llame al Departamento de Atención al Cliente a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 para obtener más información. También puede llamar a Medicare al 800-633-4227 para conocer más sobre sus derechos de apelación.

¿Qué sucede si deseo ver los registros que se usaron para tomar la decisión sobre mi servicio?

Comuníquese con UHA a los números 541-229-4842, TTY 541-440-6304 o TTY 711 para solicitar copias gratuitas de toda la documentación empleada para tomar una decisión.

Términos que debe conocer

Apelación: Cuando solicita a su plan que cambie una decisión con la que está en desacuerdo sobre un servicio que su médico indicó. Puede llamar, escribir una carta o completar un formulario para explicar por qué el plan debería cambiar su decisión. A esto se lo llama presentar una apelación.

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

Evaluación: Revisión de la información sobre la atención, los problemas de atención de la salud y las necesidades de un paciente. Esto se usa para saber si la atención debe cambiar y para planificar la atención a futuro.

Facturación del saldo (facturación sorpresa): La facturación del saldo es cuando recibe una factura de su proveedor por un importe que quedó pendiente de pago. Esto sucede cuando un plan no cubre todo el costo de un servicio. A esto también se lo llama facturación sorpresa. Los proveedores del OHP no deben facturarles el saldo a los miembros.

Salud conductual: Hace referencia a la salud mental, a las enfermedades mentales, a las adicciones y a los trastornos por consumo de sustancias. Puede provocarle cambios de humor, de forma de pensar o de manera de comportarse.

Copago: Importe que una persona debe pagar por servicios como medicamentos recetados o visitas. Los miembros del OHP no abonan copagos. Los seguros de salud privados y Medicare a veces tienen copagos.

Coordinación de la atención: Un servicio que le proporciona educación, apoyo y recursos comunitarios. Lo ayuda a trabajar en su salud y encontrar su camino en el sistema de atención de la salud.

Acción civil: Presentación de una demanda para recibir un pago. No es una demanda por un delito. Algunos ejemplos son lesiones personales, cobro de facturas, mala praxis médica y fraude.

Coseguro: Importe que una persona debe pagar a un plan de salud para recibir atención. A menudo es un porcentaje del costo, como el 20 %. El seguro paga el resto.

Leyes del consumidor: Reglas y leyes diseñadas para proteger a las personas y detener las prácticas comerciales deshonestas.

Organización de atención coordinada (*Coordinated Care Organization, CCO*): Una CCO es un plan local del OHP que lo ayuda a usar sus beneficios. Las CCO están compuestas por todos los tipos de proveedores de atención de la salud en una comunidad. Trabajan en conjunto para prestar servicios a los miembros del OHP en una determinada zona o región del estado.

Crisis: Un momento de dificultad, problemas o peligro. Puede dar lugar a una situación de emergencia si no se aborda.

Declaración de tratamiento de salud mental: Un formulario que puede completar para cuando tiene una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones sobre su atención. Indica sus decisiones sobre el tipo de atención que quiere y no quiere recibir. También le permite nombrar a una persona adulta para que tome decisiones sobre su atención.

Deducible: El importe que paga por los servicios de atención de la salud cubiertos antes de que el seguro pague el resto. Esto aplica solo para Medicare y los seguros de salud privados.

Dispositivos para habilitación y rehabilitación: Artículos que lo ayudan con los servicios de terapias u otras tareas cotidianas. Estos son algunos ejemplos:

- Andadores
- Bastones
- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas de infusión
- Prótesis y órtesis
- Ayudas para visión disminuida
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Máquina de respiración asistida

Diagnóstico: Cuando un proveedor descubre el problema, la afección o la enfermedad.

Equipo médico duradero (*durable medical equipment, DME*): Artículos como sillas de ruedas, andadores y camas de hospitales que duran un largo tiempo. No se agotan como los suministros médicos.

Afección dental de emergencia: Un problema de salud dental basado en sus síntomas. Algunos ejemplos son dolor intenso de muelas o inflamación.

Afección médica de emergencia: Enfermedad o lesión para la que se necesita atención de inmediato. Puede ser un sangrado que no se detiene, dolor intenso o fractura de huesos. Puede ser un problema que provocará que una parte de su cuerpo deje de funcionar. Una afección de salud mental de emergencia es la sensación de sentirse fuera de control o tener la sensación de que podría lastimarse a sí mismo o a otra persona.

Transporte médico de emergencia: Usar una ambulancia o el servicio de Life Flight para recibir atención médica. Durante el viaje o vuelo, recibirá atención de técnicos médicos de emergencias.

ER o ED: Son las siglas en inglés para sala de emergencias o departamento de emergencias. Son las áreas de un hospital donde puede recibir atención para una emergencia médica o de salud mental.

Atención en la sala de emergencias: Atención que recibe cuando tiene una afección médica grave y no es seguro esperar. Esto puede suceder en una ER.

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

Servicios excluidos: Lo que el plan de salud no paga. Por ejemplo, el OHP no paga los servicios para mejorar su aspecto, como la cirugía estética, o afecciones que se resuelven solas, como un resfriado.

Legislación estatal y federal de reclamaciones fraudulentas: Leyes que determinan que es un delito que alguien, deliberadamente, presente un registro falso o un reclamo falso de atención de la salud.

Queja formal: Un reclamo formal que puede presentar si no está conforme con la CCO, sus servicios de atención de la salud o su proveedor. El OHP llama a esto un reclamo. La ley dispone que las CCO deben responder cada reclamo.

Dispositivos y servicios de habilitación: Servicios y dispositivos que enseñan habilidades de la vida cotidiana. Por ejemplo, terapia del habla para un niño que no ha comenzado a hablar.

Seguro de salud: Programa que paga por la atención de la salud. Después de registrarse, una empresa o agencia gubernamental paga por los servicios de salud cubiertos. Algunos programas de seguros requieren pagos mensuales, a lo que se llama *primas*.

Atención de salud domiciliaria: Servicios que recibe en su domicilio para ayudarlo a tener una vida mejor después de una cirugía, enfermedad o lesión. La ayuda con medicamentos, comidas y baños son algunos de estos servicios.

Servicios de hospicio: Servicios que tienen la finalidad de aliviar a una persona que está muriendo y ayudar a su familia. Este tipo de servicios son flexibles y pueden consistir en tratamiento para el dolor, asesoramiento y cuidados paliativos.

Atención en el hospital para pacientes internados y ambulatorios: Los pacientes internados son aquellos que son admitidos en el hospital y se quedan allí al menos tres (3) noches. Los pacientes ambulatorios son aquellos que se someten a una cirugía o un tratamiento en un hospital y luego se van.

Internación: Cuando un paciente es admitido en el hospital para recibir atención.

Medicaid: Un programa nacional que ayuda con los costos de atención de la salud a personas de bajos ingresos. En Oregón, se llama Plan de Salud de Oregón.

Necesario desde el punto de vista médico: Servicios y suministros que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. También pueden ser servicios que son tratamientos estándares.

Medicare: Programa de atención de la salud para personas a partir de los 65 años. También ayuda a las personas de cualquier edad con determinadas discapacidades.

Red: Los proveedores de atención médica, de salud mental y dental, de farmacia y de equipos que tienen contrato con una CCO.

Proveedor participante o dentro de la red: Cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Puede consultar a proveedores dentro de la red sin costo alguno. Para algunos especialistas de la red se necesita una derivación.

Proveedor fuera de la red: Proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no le paga por los miembros que lo consultan. El miembro debe obtener aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red.

Exención del acuerdo de pago del OHP (OHP 3165 o 3166): Un formulario que firma si está de acuerdo con pagar un servicio que el OHP no paga. Solo sirve para el servicio y las fechas exactas mencionadas en el formulario. Puede ver el formulario de exención en blanco en bit.ly/OHPwaiver. ¿No está seguro de si firmó un formulario de exención? Puede preguntar en el consultorio del proveedor. Para ver los formularios en otros idiomas, visite www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

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

Plan: Una organización de salud o CCO que paga por los servicios de atención de la salud de sus miembros.

POLST: Órdenes médicas de tratamiento para preservar la vida: Formulario que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos cumplan con sus deseos de atención cerca del final de su vida.

Servicios posteriores a la estabilización: Servicios que se le brindan después de una emergencia para mantenerlo estable o mejorar o resolver su afección.

Aprobación previa (autorización previa o PA): Documento que dice que su plan pagará por un servicio. Algunos planes y servicios requieren de una PA antes de que el miembro reciba el servicio. Por lo general, los médicos se encargan de esto.

Prima: El costo del seguro.

Cobertura de medicamentos recetados: Plan o seguro de salud que lo ayuda a pagar los medicamentos.

Medicamentos recetados: Medicamentos que su médico le indica tomar.

Atención preventiva o prevención: Atención de salud que lo ayuda a mantenerse saludable. Algunos ejemplos son recibir la vacuna antigripal o hacerse un control una vez al año.

Proveedor de atención primaria (PCP): Profesional médico que cuida de su salud. Por lo general, es la primera persona a la que llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, un profesional de enfermería, un asistente del médico, un osteópata o, a veces, un naturópata.

Dentista de atención primaria (PCD): El dentista al que generalmente acude para la atención de sus dientes y encías.

Proveedor: Cualquier persona o agencia que brinde un servicio de atención de la salud.

Derivación: Una derivación es un pedido escrito de su proveedor en el que indica la necesidad de un servicio. Debe solicitar una derivación a su proveedor.

Servicios de rehabilitación: Servicios cuya finalidad es ayudarlo a recuperar plenamente su estado de salud. Generalmente, se proporcionan después de una cirugía, de una lesión o del abuso de sustancias.

Representante: Una persona que elige para que actúe o hable en su nombre.

Examen: Una encuesta o un examen para detectar afecciones de salud y necesidades de atención.

Atención de enfermería especializada: Ayuda de profesionales de enfermería con la curación de heridas, las terapias o la toma de medicamentos. Puede recibir atención de enfermería especializada en un hospital, un centro de enfermería o en su propio domicilio con la atención de salud domiciliaria.

Especialista: Un proveedor médico que tiene capacitación especial para tratar ciertas partes del cuerpo o determinadas enfermedades.

Suicidio: El acto de quitarse su propia vida.

Telesalud: Atención mediante videollamada o por teléfono en vez de en el consultorio del proveedor.

Transición de la atención: Algunos miembros que cambian de plan del OHP pueden seguir recibiendo los mismos servicios y consultando a los mismos proveedores. Eso significa que la

atención no cambiará cuando cambie de plan de la CCO o se cambie desde o al programa de pago por servicio del OHP. A esto se lo denomina transición de la atención. Si tiene afecciones de salud graves, sus planes anterior y nuevo deben trabajar en conjunto para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

Trabajador de salud tradicional (THW): Trabajador de salud pública que trabaja con los proveedores de atención de la salud en la comunidad o en una clínica. Un THW se asegura de que se trate a los miembros de manera justa. No todos los THW cuentan con la certificación del estado de Oregón. Hay seis (6) tipos diferentes de THW:

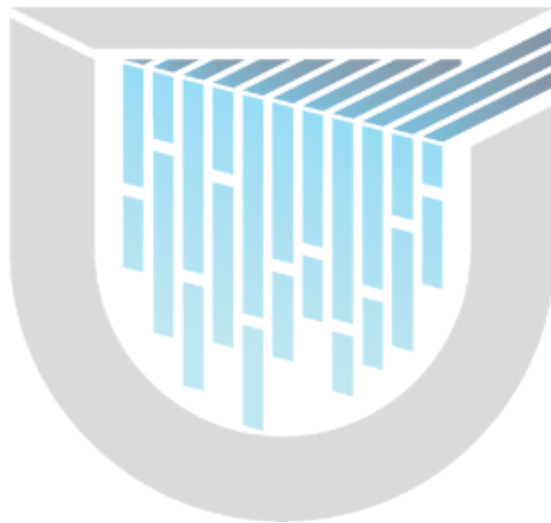
- Trabajadores de salud comunitaria
- Especialistas en bienestar de pares
- Guías de salud personales
- Especialistas en apoyo de pares
- Doulas de parto
- Trabajadores de salud tradicionales tribales

Atención de urgencia: Atención que necesita el mismo día por un dolor intenso. También incluye la atención para evitar que una lesión o una enfermedad empeoren mucho más, o para evitar la pérdida de la funcionalidad en una parte del cuerpo.

Denunciante: Persona que denuncia casos de despilfarro, fraude, abuso, corrupción o peligros para la salud y la seguridad públicas.

Está página se dejó en blanco intencionalmente.

Departamento de Atención al Cliente de UHA: 541-229-4UHA (541-229-4842) | Línea gratuita:
866-672-1551
TTY 711 o TTY 541-440-6304
UHCustomerCare@umpquahealth.com
www.umpquahealth.com
3031 NE Stephens St., Roseburg, OR 97470



La misión de UHA es lograr la equidad en la salud de todos los grupos poblacionales mediante la asignación de recursos destinados al diseño de políticas y programas con el fin de crear una mayor justicia social en el área de la salud.