

Umpqua Health Alliance



Manual para miembros

Actualizado el 1 de enero de 2026

English

You can get this handbook in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 541-229-4842 or TTY 711. We accept relay calls.

-

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

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 541-229-4842 o TTY 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

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

Russian

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

Вы можете получить помощь от аккредитованного или квалифицированного медицинского устного переводчика.

Vietnamese

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 541-229-4842 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

-

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

Arabic

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 541-229-4842 أو المبرقة الكات-711. نستقبل المكالمات المحولة.

-

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

Somali

Waxaad heli kartaa buug-gacmeedkani oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa mid lacag la'aan ah. Wac 541-229-4842 ama TTY 711. Waan aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

-

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

Simplified Chinese

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

-

您可以从经过认证或合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Traditional Chinese

您可獲得本手冊的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 541-229-4842 或聽障專線 711。我們接受所有傳譯電話。

-

您可透過經認證或合格的醫療保健口譯員取得協助。

Korean

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

-

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

Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 541-229-4842 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

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

Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 541-229-4842 або телетайпу 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого або кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبان‌های دیگر، درشت‌خط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با یا TTY 711 541-440-6304 تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.

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

Romanian

Puteți obține această broșură în alte limbi, cu font mărit, în Braille sau într-un format preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la 541-229-4842 sau TTY 711. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute.

-

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

Dari

شما می‌توانید این راهنما را به زبان‌های دیگر، با چاپ بزرگ، بریل یا فارمت دلخواه خود دریافت کنید. همچنین می‌توانید درخواست مترجم کنید. این کمک رایگان است. تماس بگیرید به 711 یا 541-440-6304 TTY. ما تماس‌های رله را می‌پذیریم.

-

شما می‌توانید از مترجم تائیده شده یا واجد شرایط صحتی کمک بگیرید.

Khmer/Cambodian

អ្នកអាចទទួលបានកូនសៀវភៅនេះជាភាសាផ្សេងទៀត ជាអក្សរធំៗ ជាអក្សរសំរាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដែលអ្នកចង់បាន ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំអ្នកបកប្រែផងដែរ។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 541-229-4842 ឬ TTY 711 ។ យើងទទួលយកការហៅបញ្ជូនបន្តទាំងអស់។

-

អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសាដែលមានសញ្ញាប័ត្រ ឬមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។

Amharic

ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርሶ በሚመርጡት መልኩ ማግኘት ይቻላል። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅም ይቻላል። ይህ ድጋፍ የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ 541-229-4842 ወይም TTY 711 ይደውሉ። የሪሌይ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

-

ፍቃድ ካለው እና ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ ድጋፍ ማግኘት ይቻላል።

Ayúdenos a mejorar este manual

¡OHP quiere escuchar su opinión! Queremos asegurarnos de que tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a Umpqua Health Alliance (UHA) y a OHP a mejorar los manuales para miembros.

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



ESCANEE PARA
RESPONDER LA
ENCUESTA

Actualizaciones del manual

Puede encontrar el manual más actualizado en <https://www.umpquahealth.com/members/helpful-resources/member-handbook/>. UHA puede enviarle el manual por correo electrónico. Si necesita una copia impresa, necesita ayuda o tiene preguntas sobre el manual, llame a Atención al Cliente (Customer Care) al 541-229-4842.

Cómo empezar

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

Complete y devuelva la encuesta de una de estas maneras:

- Teléfono: 541-229-4842
- Fax: 541-677-6038
- Correo postal: Umpqua Health Alliance
3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470
- Correo electrónico: CaseManagement@umpquahealth.com
- Web: www.umpquahealth.com/members/benefits-programs/care-coordination/

Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.

Todos tienen el derecho de conocer los programas y servicios de UHA. Todos los miembros tienen el derecho de saber cómo usar nuestros programas y servicios.

Para las personas que hablan o usan un idioma distinto del inglés, las personas con discapacidad o que necesitan otro tipo de apoyo, podemos ofrecer ayuda gratuita. Ejemplos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas e idiomas
- Material por escrito en otros idiomas
- Braille

- Subtítulos en tiempo real (CART)
- Letra grande
- Audio y en otros formatos

Puede obtener información en otro idioma o formato.

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

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

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

UHA puede enviarle el material por correo electrónico.

Puede pedirlo completando el formulario de contacto seguro de nuestra página web en www.umpquahealth.com/contact-us/. Puede encontrar este manual para miembros en nuestro sitio web en: <https://www.umpquahealth.com/members/helpful-resources/member-handbook/>. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Atención al Cliente al 541-229-4842 o TTY 711.

Puede pedir un intérprete.

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

Informe a UHA y al consultorio de su proveedor si necesita un intérprete. Dígales qué idioma o formato necesita. [También puede pedir a UHA una tarjeta “I speak” \(Yo hablo\) que puede usar en las visitas.](#)

Si necesita ayuda, llámenos al 541-229-4842 o llame a Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711).

Si no recibe la ayuda que necesita de UHA, puede presentar una queja o llamar a la Línea Directa de Derechos Civiles Públicos de la Autoridad de Salud de Oregón al 844-882-7889, TTY 711 o enviar un correo electrónico a: oha.publiccivilrights@odhsoha.oregon.gov.

Aviso de no discriminación de UHA

SUS DERECHOS

Hay leyes estatales y federales que lo protegen a usted y sus derechos civiles. UHA no puede tratarlo de manera diferente por motivos de:

- Edad
- Discapacidad
- País de origen
- Idioma que habla o su nivel de dominio del inglés
- Raza
- Religión
- Color
- Sexo, orientación sexual o identidad de género
- Embarazo o cualquier problema médico que tenga debido al embarazo
- Su estado de salud o si necesita servicios de salud

AYUDA DE UHA

Si cree que UHA no lo trató de manera justa, queremos saberlo. El coordinador de la Sección 1557 y los equipos de Atención al Cliente de UHA están aquí para ayudarlo. Aquí le indicamos cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja:

- Horario: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Teléfono: 541-229-4842; llamada sin costo: 866-672-1551; TTY: 711
- Fax: 541-677-5881
- Correo postal: Umpqua Health Alliance
3031 NE Stephens St
Roseburg, OR 97470
- Sitio web y formulario de quejas: www.umpquahealth.com/appeals-and-grievances/
- Correo electrónico: UHAGrievance@umpquahealth.com

Si quiere más información sobre cómo funciona el proceso de quejas de UHA, puede llamarnos o visitar nuestro sitio web: www.umpquahealth.com/appeals-and-grievances. También puede encontrar este aviso publicado en nuestro sitio web: <https://www.umpquahealth.com/nondiscrimination-policy/>

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda, avísenos. Use la información de contacto de arriba. La ayuda de UHA es gratuita. Algunas de las cosas que podemos hacer son:

- Darle copias en braille
- Darle copias en letra grande
- Darle copias en otro idioma
- Conseguirle ayuda de un intérprete de lenguaje de señas
- Conseguirle ayuda de un intérprete de idioma hablado

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Usted tiene derecho a presentar una queja ante cualquiera de estas organizaciones:

Oregon Health Authority (OHA) Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA))

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

División de Derechos Civiles de la Oficina de Trabajo e Industrias (Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division)

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

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights, OCR)

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

Mantenemos privada su información

Solo compartimos su expediente con las personas que necesitan verlo. Eso puede ser por motivo de tratamiento o de pago. Usted puede decidir quién ve su expediente. Díganos por escrito si no quiere que alguien vea su expediente o si quiere que compartamos su expediente con alguien. Puede pedirnos una lista de las personas o entidades con quienes hemos compartido su expediente.

Si quiere que compartamos su expediente e información con alguien, complete el formulario de “Revelación de información”. Puede encontrar el formulario en nuestro sitio web aquí:

<https://www.umpquahealth.com/members/helpful-resources/member-documents-forms/> o podemos enviarle una copia gratuita en el plazo de 5 días hábiles.

Si quiere evitar que alguien vea su expediente, llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711 y pida el formulario de “Solicitud de restricción de información médica”.

La ley llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) protege su expediente médico y lo mantiene privado. A eso también se le llama confidencialidad. Tenemos un documento llamado Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos la información personal de nuestros miembros. Se lo enviaremos si lo pide. Simplemente llame a Atención al Cliente y pida nuestro Aviso de Prácticas de privacidad. También puede verlo en <https://www.umpquahealth.com/members/rights/your-privacy/>

Expediente médico

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

¿Qué puede hacer con su expediente médico?

- Pedir que envíen su expediente a otro proveedor.
- Pedir que se modifique o corrija su expediente.
- Recibir una copia de su expediente incluyendo, entre otros:
 - Expediente médico de su proveedor
 - Expediente dental de su proveedor de atención dental
 - Expediente de UHA

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

Puede haber ocasiones en que la ley restrinja su acceso.

Las notas y el expediente de psicoterapia para casos judiciales no se pueden compartir.

Los proveedores tampoco pueden compartir el expediente cuando, según su criterio profesional, hacerlo pudiera causar un daño grave a usted o a otra persona.

Si un proveedor le deniega a usted o a su representante autorizado copias de su expediente médico, el proveedor debe entregarle un aviso por escrito. El aviso debe explicar por qué se denegó la solicitud y explicar sus derechos para que otro proveedor revise la denegación. El aviso también le indicará cómo presentar una queja al proveedor o al Secretario de Salud y Servicios Humanos.

CONSEJOS ÚTILES

Algunas preguntas ya tienen respuesta o se pueden hacer aquí

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

Algunos miembros de UHA pueden recibir beneficios adicionales como transporte al supermercado y a los mercados de agricultores.

Llame a UHA para obtener más información.

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

Si está buscando:

- Beneficios. Vaya a la página 39
- Proveedores de atención primaria. Vaya a la página 29
- Aprobaciones previas y remisiones. Vaya a la página 42
- Derechos y responsabilidades. Vaya a la página 23
- Transporte para recibir atención. Vaya a la página 76
- Coordinación de la atención. Vaya a la página 37
- Medicamentos con receta. Vaya a la página 82
- Atención de emergencia. Vaya a la página 86
- Cuánto tiempo hay que esperar para recibir atención. Vaya a la página 66
- Quejas formales, quejas y apelaciones. Vaya a la página 106

- Lleve siempre con usted sus tarjetas de identificación de miembro del OHP y UHA.
 - Nota: Estas le llegarán por separado y usted recibirá su tarjeta de identificación de OHP antes que su tarjeta de identificación de miembro de UHA.

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

- Su nombre
 - Su número de identificación
 - Información del Plan
 - Nombre e información de su proveedor de atención primaria
 - Teléfono de Atención al Cliente
 - Teléfono de acceso a idiomas
-
- Mi proveedor de atención primaria es _____
 - Su número es _____
 - Mi dentista de atención primaria es _____
 - Su número es _____
 - Otros proveedores que tengo son _____
 - Su número es _____
 - Mi transporte médico que no es de emergencia (transporte gratuito para recibir atención) es _____
 - Su número es _____

Qué incluye este manual

Actualizaciones del manual	8
Cómo empezar	8
Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.	8
<i>Puede obtener información en otro idioma o formato.</i>	<i>9</i>
<i>Puede pedir un intérprete.....</i>	<i>9</i>
Mantenemos privada su información	12
Expediente médico	13
CONSEJOS ÚTILES.....	13
Qué incluye este manual.....	15
¡Bienvenido a Umpqua Health Alliance!	18
Comuníquese con nosotros	21
<i>Teléfonos importantes</i>	<i>22</i>
<i>Comuníquese con el Plan de Salud de Oregón</i>	<i>23</i>
Sus derechos y responsabilidades	23
<i>Sus derechos como miembro del OHP.</i>	<i>24</i>
<i>Sus responsabilidades como miembro del OHP</i>	<i>26</i>
Miembros indios americanos y nativos de Alaska.....	27
Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato	28
Proveedores de atención primaria (PCP)	29
<i>Proveedores dentro de la red.....</i>	<i>30</i>
<i>Directorio de proveedores.....</i>	<i>30</i>
<i>Cómo programar una cita</i>	<i>31</i>
<i>Citas a las que no pueda ir</i>	<i>31</i>
<i>Cómo cambiar su PCP</i>	<i>31</i>
<i>Cambios en los proveedores de UHA</i>	<i>32</i>
Segundas opiniones	32
Encuesta sobre su salud	32
Embarazadas	33
Administración de casos de maternidad	34
Programa New Day.....	34
Programa New Beginnings	35
Es importante prevenir problemas médicos	36
Obtenga ayuda para organizar su atención con la Coordinación de la atención	37
<i>Sistema de atención para jóvenes con necesidades complejas</i>	<i>39</i>
Sus beneficios	39

<i>Cómo decide Oregón lo que cubrirá el OHP</i>	39
<i>Acceso directo</i>	40
<i>No se necesita remisión ni aprobación previa</i>	40
<i>Cómo obtener una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”) </i>	41
<i>No se necesita aprobación previa para estos servicios</i>	41
<i>Remisiones de los proveedores y remisiones propias</i>	42
<i>Servicios que necesitan una remisión</i>	42
<i>Servicios a los que puede ir sin remisión:</i>	43
<i>Clave de los íconos de los cuadros de beneficios</i>	43
<i>Beneficios para la salud física</i>	44
<i>Beneficios para la atención de la salud conductual</i>	52
<i>Beneficios dentales</i>	55
<i>Miembros del Programa Dental para Veteranos y del Pacto de Libre Asociación (COFA)</i>	59
<i>Programa OHP Bridge para adultos con ingresos más altos</i>	60
<i>Necesidades sociales relacionadas con la salud</i>	60
<i>Servicios en sustitución (ILOS)</i>	61
<i>Servicios que paga el OHP</i>	62
<i>Objeciones morales o religiosas</i>	63
<i>Acceso a la atención que necesita</i>	63
<i>Cuánto tiempo hay que esperar para recibir atención</i>	66
<i>Beneficios integrales y de prevención para miembros menores de 21 años</i>	67
<i>EPSDT cubre:</i>	67
<i>Ayuda para recibir servicios de EPSDT</i>	68
<i>Evaluaciones</i>	69
<i>Remisión, diagnóstico y tratamiento de EPSDT</i>	70
<i>Trabajadores médicos tradicionales (THW)</i>	71
<i>Información de contacto del enlace de THW:</i>	72
<i>Otros servicios</i>	72
<i>Servicios flexibles</i>	72
<i>Transporte gratuito para recibir atención</i>	75
<i>Programe un viaje</i>	76
<i>Qué puede esperar cuando llame</i>	76
<i>Recogida y regreso</i>	77
<i>Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero:</i>	77
<i>Cancelar o cambiar su viaje</i>	78
<i>Cuando usted no se presenta</i>	78
<i>Guía del pasajero</i>	79
<i>Cómo recibir atención por video o teléfono</i>	79
<i>Cómo buscar proveedores de telesalud</i>	80
<i>Cuándo usar telesalud</i>	80
<i>Las visitas de telesalud son privadas</i>	81
<i>Tiene derecho a:</i>	81

Medicamentos con receta	82
<i>Medicamentos con receta cubiertos.....</i>	<i>82</i>
<i>Cómo pedir a UHA que cubra medicamentos con receta.....</i>	<i>82</i>
<i>Farmacia de pedidos por correo.....</i>	<i>83</i>
<i>OHP paga los medicamentos para la salud conductual</i>	<i>83</i>
<i>Cobertura de recetas para miembros con Medicare</i>	<i>83</i>
<i>Cómo recibir medicamentos con receta antes de un viaje</i>	<i>83</i>
Hospitales	84
Atención de urgencia	84
<i>Atención física de urgencia</i>	<i>84</i>
<i>Centros de atención de urgencia y clínicas de atención sin cita en el área de UHA: Condado de Douglas</i>	<i>85</i>
<i>Atención dental urgente.....</i>	<i>85</i>
Atención de emergencia.....	86
<i>Emergencias físicas</i>	<i>86</i>
<i>Emergencias dentales.....</i>	<i>86</i>
<i>Crisis y emergencias de salud conductual.....</i>	<i>87</i>
<i>Prevención del suicidio.....</i>	<i>89</i>
<i>Atención de seguimiento después de una emergencia.....</i>	<i>90</i>
Atención lejos de casa	90
<i>Atención planificada fuera del estado.....</i>	<i>90</i>
<i>Atención de emergencia lejos de casa.....</i>	<i>90</i>
Facturas por servicios	91
<i>Los miembros del OHP no pagan facturas por los servicios cubiertos</i>	<i>91</i>
<i>Si su proveedor le envía una factura, no la pague.....</i>	<i>92</i>
<i>Puede haber servicios por los que tenga que pagar.....</i>	<i>92</i>
<i>Pueden pedirle que firme un formulario de Acuerdo de pago.....</i>	<i>93</i>
<i>Facturas por atención de emergencia lejos de casa o del estado.....</i>	<i>94</i>
<i>Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas</i>	<i>95</i>
Miembros con OHP y Medicare	95
Cambios de CCO y traslado de la atención	96
<i>Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO.....</i>	<i>96</i>
<i>Cómo cambiar o dejar su CCO.....</i>	<i>98</i>
<i>UHA puede pedirle que se dé de baja por algunos motivos.</i>	<i>98</i>
Atención mientras cambia o deja una CCO	99
<i>Cuando necesita recibir la misma atención mientras está cambiando de plan....</i>	<i>100</i>
Decisiones al final de la vida.....	101
<i>Directivas anticipadas.....</i>	<i>101</i>
Reportes de fraude, despilfarro y abuso	105
<i>Cómo reportar fraudes, despilfarro y abuso.....</i>	<i>105</i>

Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales	106
<i>Puede presentar una queja.....</i>	<i>107</i>
<i>Puede pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos.....</i>	<i>109</i>
<i>Esto se llama una apelación.....</i>	<i>110</i>
<i>Obtenga más información sobre los pasos necesarios para presentar una apelación o pedir una audiencia:.....</i>	<i>112</i>
<i>Preguntas y respuestas sobre las apelaciones y las audiencias.....</i>	<i>114</i>
Palabras que debe conocer	114

¡Bienvenido a Umpqua Health Alliance!

Nos complace que sea parte de UHA. Nos alegra poder ayudarlo con su salud. Queremos darle la mejor atención posible.

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

Cómo OHP y UHA trabajan juntos

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



OHP tiene planes médicos locales que lo ayudan a usar sus beneficios. Los planes se llaman organizaciones de atención coordinada, o CCO. UHA es una CCO. UHA sirve la mayor parte del condado de Douglas, con la excepción de algunas áreas en Reedsport, Gardiner, Winchester Bay y Scottsburg.

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

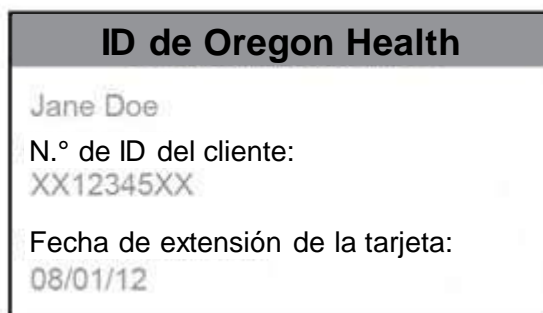
Las CCO organizan y pagan su atención médica. Pagamos a los médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar cómo recibe la atención. Esto ayuda a asegurarnos de que los proveedores se centren en mejorar su salud en general. Usted tiene derecho a preguntar cómo les pagamos a los proveedores. Los pagos o incentivos de los proveedores no cambiarán su atención ni la manera en que obtiene beneficios. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente al 541-229-4842 o TTY 711. Cuando usted pida esta información, la enviaremos en un plazo de cinco (5) días hábiles.

Umpqua Health Alliance tiene un Consejo consultivo de la comunidad (CAC) compuesto principalmente por miembros del Plan de Salud de Oregon y colaboradores de la comunidad local. El CAC ofrece sugerencias sobre cómo la UHA puede prestar un mejor servicio a sus miembros y mejorar la salud de la comunidad. Las reuniones están abiertas al público, y se anima a los miembros a asistir, compartir sus opiniones y aportar ideas. Si está interesado en acompañarnos o quiere obtener más información, llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o visite www.umpquahealth.com.

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios del OHP. Algunas ofrecen otros servicios como artículos para el nuevo bebé y membresías de gimnasios. Conozca más sobre los beneficios de UHA en las secciones “Sus beneficios” y “Otros servicios”.

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

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



Cuando se inscriba en una CCO, también recibirá una tarjeta de identificación de la CCO. Esta tarjeta es muy importante. Esto muestra que usted es miembro de UHA y en él se incluye otra información, como los teléfonos importantes. Nuestro proveedor de atención primaria también aparecerá en su tarjeta de identificación.


Su tarjeta de identificación de UHA se verá así


Umpqua Health Alliance CCOA
Bridge BBM


Nombre del miembro: «first_name» «last_name»
ID del miembro: «member_number»


Atención al Cliente Llamada sin costo
1-800-555-5555 1-800-555-5555

Usuarios de TTY Sitio web
1-800-555-5555 umpquahealth.com



 **Proveedor de atención primaria** «provider_office_name»
«provider_ph_hdr»


 **Proveedor de atención dental** «provider_office_name»
«provider_ph_hdr»


 **Salud mental** Su plan incluye cobertura de salud mental.


Emergencia
Si tiene una verdadera emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Línea de recomendaciones de enfermería: 1-800-555-5555
Emergencias dentales: 1-800-555-5555


Línea de crisis de salud mental las 24 horas: 1-800-555-5555



 **Transporte médico no urgente**
BCB: 877-324-8109

 **Facturación de farmacia**

BIN para farmacias, farmacias especializadas y pedidos por correo 003585	GRP/PCN para farmacias y farmacias especializadas 38920	GRP/PCN para pedidos por correo 116027
--	---	--

 **Asistencia lingüística**
Lingua: 503-265-8515 / 711
Atención al Cliente de UHA: 541-229-4842

Asegúrese de mostrar su ID de UHA cada vez que vaya a una cita o a la farmacia.

En la carta de la cobertura y en la ID de UHA está la CCO en la que está inscrito. También menciona el nivel de atención que cubre su plan de la CCO: Use su ID y la tabla de abajo para ver en qué tipo de atención tiene cobertura.

Tipo de cobertura	Salud física	Salud dental	Salud conductual
CCO-A	UHA	UHA	UHA
CCO-B	UHA	OHP	UHA
CCO-E	OHP	OHP	UHA
CCO-F*	No está cubierto	UHA	No está cubierto
CCO-G	OHP	UHA	UHA
Open Card**	OHP	OHP	OHP

*CCO-F solo cubre la atención médica dental, a menos que tenga CCO-F más Open Card para la salud física y conductual.

**La Open Card también se llama pago por servicio.

Conozca más sobre cómo organizar su atención en la sección “Coordinación de la atención” o revise qué tipo de beneficios están cubiertos en la sección “Sus beneficios”.

Comuníquese con nosotros

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

Nuestras oficinas cierran en los siguientes días festivos:

- Día de Año Nuevo
- Día de la Conmemoración de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de los Veteranos
- Día de Acción de Gracias
- Viernes después del Día de Acción de Gracias
- Navidad

Si UHA cierra sus oficinas por una emergencia, se lo informaremos mediante un mensaje en nuestras líneas de teléfono y en las respuestas por correo electrónico. También se publicará en las redes sociales. UHA también pondrá avisos en las puertas de nuestras oficinas administrativas para informar del cierre.

Nuestra oficina está situada en:

Umpqua Health Alliance
3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470

Haga una llamada sin costo: 541-229-4842 o TTY 711.

Podemos ayudarlo en diferentes idiomas.

Fax: 541-677-6038

En línea: www.umpquahealth.com

Dirección postal:

Umpqua Health Alliance
3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470

Si quiere reunirse en persona con uno de nuestros representantes de Atención al Cliente de UHA, puede programar una reunión virtual o por video con nosotros. Puede comunicarse con nosotros para preguntar sobre su cobertura o cualquier otra duda que tenga sobre su plan médico. Si quiere programar una reunión, comuníquese con Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711. O puede visitar nuestro sitio web: www.umpquahealth.com/uha-customer-care/ y hacer clic en el botón “Schedule a Zoom with UHA Customer Care” (Programar una reunión por Zoom con Atención al Cliente de UHA).

Teléfonos importantes

- Beneficios médicos, farmacia, beneficios para la vista y atención

Llame a Atención al Cliente de UHA: 541-229-4842 o TTY 711.

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

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

- Beneficios y atención para el tratamiento de trastornos de salud conductual, dependencia a las drogas o al alcohol, o trastornos 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

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

Obtenga más información en la sección “Beneficios para la atención de la salud conductual”.

- Atención y beneficios dentales

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

Horario: 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.

El call center de Advantage Dental está cerrado en los siguientes días festivos:

- Día de Año Nuevo
- Día del Presidente
- Día de la Conmemoración de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Viernes después del Día de Acción de Gracias
- Navidad

Obtenga más información en la sección “Beneficios dentales”.

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

Llame a Bay Cities Brokerage (BCB) al 877-324-8109 para programar un viaje. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

El call center de BCB está cerrado en los siguientes días festivos:

- Día de Año Nuevo
- Día de la Conmemoración de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Navidad

Obtenga más información en la sección “Transporte para recibir atención”.

Comuníquese con el Plan de Salud de Oregón

Servicio al Cliente de OHP pueden ayudarlo a:

- Cambiar la dirección, el teléfono, el estado del grupo familiar u otra información del caso
- Reemplazar una tarjeta de ID de Oregon Health que haya perdido
- Recibir ayuda para pedir o renovar beneficios
- Recibir ayuda local de un colaborador de la comunidad

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de OHP:

- Llame al: 800-699-9075 llamada sin costo (TTY 711)
- Web: www.OHP.Oregon.gov
- Correo electrónico: Utilice el sitio de correo electrónico seguro en <https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt> para enviar un correo electrónico a OHP.
 - Si tiene preguntas o necesita hacer cambios en su caso de OHP, envíe un correo electrónico Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
 - Si tiene preguntas sobre las CCO o cómo usar su cobertura médica, envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.
 - Informe a OHP su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Oregon Health, dirección y teléfono.

Las familias de adopción y tutela deben comunicarse con el coordinador de elegibilidad médica e inscripción para adopción y tutela en:

- Llame al: 503-509-7655
- Correo electrónico: Cw-aa-ga-medicalassist@odhsohs.oregon.gov
- En línea: <https://www.oregon.gov/odhs/adoption/Pages/assistance.aspx>

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de UHA, usted tiene derechos. También hay responsabilidades o cosas que debe hacer cuando obtiene OHP. Si tiene alguna pregunta sobre los derechos y responsabilidades listados aquí, llame a Atención al Cliente al 541-229-4842.

Tiene derecho a ejercer sus derechos de miembro sin recibir una mala respuesta ni sufrir discriminación. Puede presentar una queja si siente que no se han respetado sus derechos. Obtenga más información sobre cómo presentar quejas en la página 107. También puede llamar a un Defensor del Pueblo de la Autoridad de Salud de Oregón al 877-642-0450 (TTY 711). Puede enviarles un correo electrónico seguro a www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx.

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

Sus derechos como miembro del OHP.

Usted tiene derecho a que lo traten de esta manera

- Recibir atención con dignidad, respeto y consideración por su privacidad.
- Recibir de los proveedores el mismo trato que otras personas que solicitan atención médica.
- Tener una relación estable con el equipo de atención médica responsable de manejar su atención integral.
- Nadie puede sujetarlo ni mantenerlo alejado de otras personas porque sería más fácil:
 - prestarle atención,
 - castigarlo u
 - obligarlo a hacer algo que no quiere.

Usted tiene derecho a obtener esta información

- Material explicado de una manera y en un idioma que usted puede entender. (Vea la página 8).
- Material, como este manual, que lo informa sobre las CCO y cómo usar el sistema de atención médica.
- Material por escrito que lo informa sobre sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener servicios y qué hacer en caso de emergencia.
- Información sobre su condición, los tratamientos y las alternativas, qué está cubierto y qué no está cubierto. Esta información lo ayudará a tomar buenas decisiones sobre su atención médica. Obtenga esta información en el idioma y formato que más le convenga.
- Un expediente médico que registre sus condiciones médicas, los servicios que recibe y las remisiones. (Vea la página 13). Usted puede:
 - Acceder a su expediente médico.
 - Compartir su expediente médico con un proveedor.
- Aviso por escrito enviado a usted sobre la denegación o cambio en un beneficio antes de que ocurra. Es posible que no reciba un aviso si no lo exigen las normas federales o estatales.
- Aviso por escrito enviado a usted sobre los proveedores que ya no están dentro de la red. Dentro de la red significa proveedores o especialistas que trabajan con UHA. (Vea la página 30).
- Información oportuna de la cancelación de una cita.

Usted tiene derecho a obtener esta atención

- Atención y servicios centrados en usted. Recibir una atención que le ofrezca opciones, independencia y dignidad. Esta atención estará basada en sus necesidades médicas y cumplirá los estándares de la práctica médica.
- Servicios que tengan en cuenta sus necesidades culturales y lingüísticas y que estén cerca de donde vive. Si están disponibles, puede recibir servicios en entornos no tradicionales como en línea. (Vea la página 66).
- Coordinación de la atención, atención basada en la comunidad y ayuda con las transiciones de atención de una manera que se adapte a su cultura e idioma. Esto lo ayudará a evitar que ingrese en un hospital o centro médico.
- Servicios necesarios para conocer su condición médica.
- Ayuda para usar el sistema de atención médica. Obtenga el apoyo cultural y lingüístico que necesita. (Vea las páginas 8-10). Esto podría ser:
 - Intérpretes de atención médica certificados o calificados.
 - Traducciones por escrito de material de farmacia y recetas.
 - Trabajadores médicos tradicionales certificados.
 - Trabajadores médicos de la comunidad.
 - Especialistas en bienestar entre personas con experiencias similares.
 - Especialistas en apoyo a personas con experiencias similares.
 - Comadronas.
 - Asistentes de salud personales.
- Ayuda del personal de CCO que esté completamente capacitado en las políticas y procedimientos de CCO.
- Servicios de prevención cubiertos. (Vea las páginas 55-61).
- Servicios de urgencias y emergencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin autorización o permiso. (Vea las páginas 86-90).
- Remisiones a proveedores especializados para servicios coordinados cubiertos que sean necesarios según su estado médico. (Vea la página 42).
- Más apoyo de un defensor de los derechos del paciente de OHP (vea la página 23).

Usted tiene derecho a hacer estas cosas

- Elegir sus proveedores y cambiar esas opciones. (Vea las páginas 29-30)
- Pedir una segunda opinión. (Vea la página 34)
- Pedir a un amigo, familiar o asistente que lo acompañe a sus citas.
- Participar activamente en la elaboración de su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar los servicios. Saber lo que puede suceder basándose en su decisión. (No se puede rechazar un servicio ordenado por un tribunal).
- Acudir a servicios de salud conductual o planificación familiar sin el permiso de un proveedor.

- Hacer una declaración de sus deseos respecto al tratamiento. Esto significa su deseo de aceptar o rechazar tratamientos médicos, quirúrgicos o de salud conductual. También significa el derecho a preparar directivas anticipadas y un poder para atención médica, como se establece en ORS 127. (Vea las páginas 105-106)
- Presentar una queja o una apelación. Recibir una respuesta de UHA cuando haga esto. (Vea la página 115)
 - Si no está de acuerdo con la decisión de UHA, pedir al estado que la revise. A esto se le llama audiencia. (Vea las páginas 107-114)
- Obtenga intérpretes de atención médica certificados o calificados gratuitos para todos los idiomas distintos del inglés y para el lenguaje de señas. (Vea las páginas 9-10).

Sus responsabilidades como miembro del OHP

Debe tratar a los demás de esta manera

- Tratar al personal, los proveedores y otras personas de UHA con respeto.
- Ser sincero con sus proveedores para que puedan prestarle la mejor atención.

Debe reportar esta información al OHP

Si tiene OHP, debe reportar ciertos cambios sobre usted y su grupo familiar. Su carta de aprobación de OHP le indica qué debe reportar y cuándo.

Puede reportar los cambios en una de estas maneras:

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

Hay otros derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de OHP. OHP compartió esta información cuando usted presentó la solicitud. Puede encontrar una copia en <https://www.oregon.gov/odhs/benefits/pages/default.aspx>, en el enlace "Derechos y responsabilidades".

Debe colaborar con su atención de esta manera

- Elija o ayude a elegir su proveedor de atención primaria o clínica.
- Hágase chequeos y visitas anuales de bienestar y atención preventiva para mantenerse sano.
- Llegue puntualmente a las citas. Si va a llegar tarde, llame con antelación o cancele su cita si no puede acudir.
- Lleve sus tarjetas de identificación médica a las citas. Informe en la oficina que tiene OHP y cualquier otro seguro médico. Avíseles si se lesionó en un accidente.
- Ayude a su proveedor a hacer su plan de tratamiento. Siga el plan de tratamiento y participe activamente en su atención.
- Siga las instrucciones de sus proveedores o pida otra opción.
- Si no entiende algo, haga preguntas sobre las condiciones, los tratamientos y otros temas relacionados con la atención médica.
- Use la información que obtenga de los proveedores y los equipos de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Acuda a su proveedor de atención primaria para hacerse pruebas y otras necesidades médicas, salvo en caso de emergencia.
- Recorra a especialistas dentro de la red o solicite la aprobación de su proveedor si quiere o necesita consultar a alguien que no trabaje con UHA.
- Use los servicios de urgencia o de emergencia de manera adecuada. Si usa estos servicios, avísele a su proveedor de atención primaria en un plazo de 72 horas.
- Ayude a los proveedores a obtener su expediente médico. Es posible que tenga que firmar un formulario llamado Formulario de revelación de información (ROI).
- Avise a UHA si tiene algún problema, queja o necesita ayuda.
- Si necesita servicios que OHP no cubre, complete un formulario de Acuerdo de pago.
- Si recibe dinero por una lesión, ayude a UHA a cobrar por los servicios que le prestamos a causa de esa lesión.

Miembros indios americanos y nativos de Alaska

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

- Centros de bienestar tribal.
- Clínicas de Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services, IHS). Busque una clínica en <https://ihs.gov/findhealthcare/>
- Asociación de Rehabilitación de Nativos Americanos del Noroeste (Native American Rehabilitation Association of the Northwest, NARA). Obtenga más información o busque una clínica en <https://www.naranorthwest.org>

Puede usar otras clínicas que no están en nuestra red. Obtenga más información sobre las remisiones y las aprobaciones previas en las páginas 42-43.

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

Los indios americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a darse de baja de UHA en cualquier momento y hacer que el Pago por servicio (FFS) del OHP pague por su atención. Obtenga más información sobre cómo darse de baja o cambiar su CCO en las páginas 97-98.

Si quiere que UHA sepa que usted es indio americano o nativo de Alaska, comuníquese con el Servicio al Cliente del OHP al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov) para reportar esto.

Se le puede asignar un estatus tribal calificado si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones. Estas preguntas también se piden en la solicitud de OHP:

- Usted está inscrito como miembro de una tribu reconocida a nivel federal o es accionista de una corporación regional nativa de Alaska.
- Recibe servicios de Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services), clínicas médicas tribales o clínicas urbanas para indígenas.
- Su padre/madre o abuelo/abuela está inscrito como miembro de una tribu reconocida a nivel federal o es accionista de una corporación regional o aldea nativa de Alaska.

Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato

Es posible que los miembros nuevos de OHP o UHA necesiten recetas, suministros u otros artículos o servicios lo antes posible. Si no puede ir a su proveedor de atención primaria (PCP) o a su dentista de atención primaria (PCD) en los primeros 30 días con UHA:

- Mientras espera una cita, puede llamar a Coordinación de la atención al 541-229-4842. Ellos pueden ayudarlo a recibir la atención que necesita. Coordinación de la atención también puede ayudar a los miembros de OHP con Medicare. (Vea la sección de Coordinación de la atención para obtener más información).
 - Si se va a inscribir por primera vez en Medicare, lea la sección de Miembros con OHP y Medicare para obtener más información.
- Haga una cita con su PCP tan pronto como pueda. Puede encontrar el nombre y número en su tarjeta de identificación de UHA.
- Llame a Atención al Cliente al 541-229-4842 si tiene preguntas y quiere conocer sus beneficios. Ellos pueden ayudarlo con lo que necesite.

Proveedores de atención primaria (PCP)

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

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

Si en algún momento quiere cambiar su PCP, llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711. El cambio es efectivo el mismo día.

Si quiere recibir una copia de nuestra Política de Asignación de PCP, incluyendo información de cómo cambiar de PCP, llame a Atención al Cliente de UHA. Le enviaremos una copia, sin costo, en un plazo de cinco (5) días hábiles.

Existe un límite en su libertad para elegir los PCP dentro de nuestra red. Algunos PCP no están aceptando nuevos pacientes. UHA tampoco puede asignar a un PCP que no esté en nuestra área de cobertura.

Su PCP trabajará con usted para ayudarlo a mantenerse lo más sano posible. Lleva un registro de todas sus necesidades de atención básica y especializada. Su PCP:

- Se familiarizará con usted y su historia médica.
- Le dará atención médica.
- Mantendrá su expediente médico actualizado y en un solo lugar.
- Lo ayudará a obtener gratuitamente intérpretes, traducciones por escrito, ayudas auxiliares y modificaciones razonables.

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

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

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

Dentista de atención primaria: cada miembro debe tener un dentista de atención primaria. Advantage Dental Services le asignará un PCD, o usted puede elegir uno. Su PCD administra su atención dental y lo remite a especialistas si es necesario. Para cambiar su PCD, llame a Advantage Dental Services al 866-268-9631 (TTY 711). El cambio es efectivo el mismo día.

Su PCD es importante porque:

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

Farmacia: puede elegir cualquier farmacia de venta al público o de pedidos por correo dentro de la red. Una lista está disponible en el Directorio de proveedores en <https://providerdirectory.uhaweab.com/ClientApp/pharmacies>. Puede cambiar de farmacia en cualquier momento.

Proveedor de salud mental: UHA no asigna miembros a un proveedor de salud mental. No necesita una remisión para recibir servicios de un proveedor de salud conductual dentro de la red. Para buscar uno, vea el Directorio de proveedores de UHA en <https://providerdirectory.uhaweab.com/ClientApp/providers>. Llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842.

Llame a Atención al Cliente al 541-229-4842 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711) si quisiera cambiar su PCP, PCD u otros proveedores. Puede empezar a ir con sus nuevos proveedores el día en que se haga este cambio.

Proveedores dentro de la red

UHA trabaja con algunos proveedores, pero no con todos. Los proveedores con los que trabajamos se llaman proveedores dentro de la red o participantes.

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

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

- Está cambiando de CCO o de pago por servicio de OHP a una CCO (vea las páginas 97-98)
- Es indio americano o nativo de Alaska (vea la página 28)

Directorio de proveedores

Puede elegir a su PCP, PCD o a otros proveedores del Directorio de proveedores en: <https://providerdirectory.uhaweab.com/ClientApp/providers>. También puede llamar a Atención al Cliente de UHA para obtener ayuda en la búsqueda de un proveedor.

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

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

Puede recibir una copia impresa del directorio. Puede recibirla gratis en otro formato (como otros idiomas, letra grande o Braille). Llame a Atención al Cliente al 541-229-4842.

Cómo programar una cita

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

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

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

Antes de su cita, escriba:

- Preguntas que tenga para su PCP u otros proveedores.
- Historia de problemas médicos en su familia.
- Medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas o suplementos que toma.

Pida una cita en el horario de atención y dígalos:

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

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

Puede recibir transporte gratuito para su cita. Obtenga más información sobre el transporte gratuito para recibir atención en la página 76.

Citas a las que no pueda ir

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

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

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si en algún momento quiere cambiar su PCP, llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711. El cambio es efectivo el mismo día.

También puede enviarnos un correo electrónico pidiendo un cambio a

UHCustomerCare@umpquahealth.com.

La elección de su PCP se rige por la **Política de asignación de PCP** de UHA, que se basa en las normas estatales y los procedimientos de UHA. La política se asegura de que siempre disponga de un proveedor para su atención médica habitual, recetas y remisiones. UHA le asignará un PCP si no elige uno en un plazo de 90 días, pero puede pedir un PCP diferente cuando quiera. Es posible que algunos PCP no estén aceptando nuevos pacientes.

Cambios en los proveedores de UHA

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

Segundas opiniones

Usted tiene derecho a recibir una segunda opinión sobre su condición o tratamiento. Organizaremos su segunda opinión sin costo alguno para usted.

- **Si el proveedor está en nuestra red:** No necesita una remisión ni aprobación previa.
- **Si el proveedor está fuera de nuestra red:** Se necesita la aprobación previa de UHA, y es posible que su proveedor de atención primaria (PCP) deba enviar una remisión.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor para una segunda opinión, comuníquese con Atención al Cliente de UHA.

Encuesta sobre su salud

Poco después de inscribirse, y si tiene algún cambio relacionado con su salud, UHA puede enviarle una encuesta sobre su salud. La encuesta tiene preguntas sobre su salud general con el objetivo de ayudar a disminuir los riesgos médicos, mantenerlo sano y prevenir enfermedades.

Puede completar la encuesta enviándola por correo o completándola por teléfono. También puede ver la encuesta en línea https://www.umpquahealth.com/?swp_form%5Bform_id%5D=1&s=HRA. Llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711 y pida que un miembro del equipo de Coordinación de la atención lo ayude a completarla.

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

La encuesta pregunta sobre:

- Su acceso a comida y vivienda.
- Sus hábitos (como ejercicio, hábitos de alimentación y si fuma o bebe alcohol).
- Cómo se siente (para ver si tiene depresión o necesita un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, salud dental e historia médica.
- Su idioma principal.
- Cualquier necesidad especial de atención médica, como embarazo de alto riesgo, condiciones crónicas, trastornos de salud conductual, discapacidades y modificaciones necesarias, etc.
- Si quiere apoyo de un equipo de coordinación de la atención.

Sus respuestas nos ayudan a saber:

- Si necesita algún examen médico, incluyendo exámenes de la vista o dentales.
- Si tiene necesidades de atención médica de rutina o especiales.
- Sus condiciones crónicas.
- Si necesita servicios y apoyos de atención médica de largo plazo.

- Si hay preocupaciones de seguridad.
- Dificultades que pueda tener para recibir atención.
- Si necesita más ayuda con Coordinación de la atención. Lea la página 37 para obtener información sobre la Coordinación de la atención.

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

Si no recibimos su encuesta, nos comunicaremos con usted para asegurarnos de que la haya completado en un plazo de 90 días a partir de la inscripción, o antes si fuera necesario. Si quiere que le enviemos una encuesta, puede llamar a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 y le enviaremos una.

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

Embarazadas

Si está embarazada, OHP presta otros servicios para ayudarla a usted y a su bebé a estar sanos. Si esté embarazada, UHA puede ayudarla a recibir la atención que necesita. También puede cubrir su parto y su atención por un año después del embarazo. Cubriremos los beneficios después del embarazo durante un año completo, sin importar cómo termine el embarazo.

Esto es lo que debe hacer al enterarse que está embarazada:

- ☐ **Informe a OHP que está embarazada en cuanto lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).
- ☐ **Informe a OHP su fecha de parto.** No es necesario que sepa la fecha exacta en este momento. Si está lista para dar a luz, llámenos de inmediato.
- ☐ **Pregúntenos sobre sus beneficios por embarazo.** UHA ofrece administración de casos para embarazadas. Existen dos programas para ayudarla, la administración de casos de maternidad y New Day. Después de que el bebé nazca, UHA también tiene un programa llamado New Beginnings para niños, desde el nacimiento hasta los cinco años. Para obtener más información sobre estos programas, lea las páginas 34-35.
- ☐ **Opciones de atención durante el embarazo** Para ver una lista de comadronas o parteras THW dentro de la red en nuestra área, visite portal.umpquahealth.com/ClientApp/providers. Puede buscar por los idiomas que hablan. Para comunicarse con nuestro agente de comadronas (Doula Innovator Agent), puede llamar a Atención al Cliente de UHA. También puede enviarnos un correo electrónico a UHNProviderServices@umpquahealth.com.

Después de que finalice su embarazo:

- ☐ **Llame a OHP para avisarles que su embarazo ha terminado.**
También puede pedir al hospital que avise al OHP sobre el recién nacido. OHP dará cobertura a su bebé desde el nacimiento. Su bebé también tendrá la cobertura de UHA.
- ☐ **Obtenga una visita gratuita de una enfermera a domicilio con Family Connects Oregon.**
Es un programa de visitas de enfermería a domicilio gratuito para todas las familias con recién nacidos. Una enfermera acudirá a su domicilio para hacer un chequeo, ofrecerle consejos sobre el recién nacido y recursos.

Administración de casos de maternidad

La administración de casos de maternidad es un servicio de Umpqua Health Alliance para madres en el condado de Douglas que están en el Plan de Salud de Oregón. Trabajan junto con usted, su médico obstetra y otros proveedores y agencias de la comunidad para ofrecerle apoyo y recursos.

La administración de casos de maternidad puede ayudar a:

- Evaluar sus necesidades.
- Ponerla en contacto con un ginecólogo obstetra.
- Agendar y mantener sus citas.
- Transportarla a sus citas.
- Ayudarla a acceder otros recursos.
- Más apoyo.

¿Está embarazada y no sabe qué hacer a continuación? Lo más importante es ir con un médico. Usted puede:

- Llamar a su PCP y obtener una remisión.
- Llamar a su obstetra/ginecólogo para hacer una cita.
- Llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711 y pida ayuda.
- Pedir ayuda a su consejero, administrador de casos o cualquier colaborador de la comunidad.
- Llamar para hacer una remisión propia.

Las remisiones para la administración de casos de maternidad se pueden enviar a Administración de casos (Case Management) de UHA por teléfono, correo electrónico o fax.

- Oficina: 541-229-4842 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 madres que viven en el condado de Douglas y están inscritas en el Plan de Salud de Oregón. Ayudan a mujeres embarazadas con problemas de consumo de sustancias u otras dificultades. Trabajan junto con usted, su médico obstetra y otros proveedores y agencias de la comunidad para ofrecer apoyo y recursos.

El personal de New Day puede ayudar a:

- Evaluar sus necesidades, como sus necesidades sociales, culturales o médicas.
- Apoyo emocional.
- Orientación.
- Terapia asistida con medicamentos (MAT) con Buprenorphine.
- Ofrecer el plan de Methadone/Suboxone.
- Dar opciones de tratamiento por el consumo de drogas.
- Dejar de fumar.
- Agendar y mantener sus citas.
- Buscar otros recursos.

Consumo de sustancias durante el embarazo: Muchas cosas pueden afectar a los bebés antes y después de nacer. A veces, esos problemas duran toda la vida. El consumo de tabaco, alcohol, sustancias, drogas, marihuana, la vivienda insegura, la mala alimentación, la violencia doméstica y el estrés afectan negativamente a las mujeres embarazadas y a sus hijos. El programa New Day puede ayudarla a tratar con estas cosas. Incluso los cambios pequeños pueden hacer una GRAN diferencia.

Si actualmente consume opioides como heroína o píldoras para el dolor, o participa en un programa de Methadone o Suboxone, puede coordinar una cita con un médico especializado en tratamiento con ayuda de medicamentos (MAT) para ayudarla a llevar su embarazo de manera segura. Usted quiere un bebé sano y nosotros queremos ayudarla a lograrlo.

Nuestro personal: El programa New Day lo dirige Mandy Rigsby, BA, CCM, NCAC II, CADC II, CGAC I, IMH-E.

Las remisiones a New Day pueden enviarse a Coordinación de la atención de UHA por teléfono, correo electrónico o fax. También se pueden coordinar reuniones en un lugar de la comunidad.

- Oficina: 541-229-4842 o TTY 711
- Correo electrónico: CaseManagement@umpquahealth.com
- Fax de remisiones: 541-229-8180

Programa New Beginnings

New Beginnings es un programa que ofrece Umpqua Health Alliance para 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 el niño, la familia, los proveedores de atención médica y los colaboradores de la comunidad para ofrecer apoyo y recursos. El personal de New Beginnings crea y fortalece alianzas para que usted pueda acceder a los recursos de la comunidad. Esto incluye:

- Orientación
- Médicos de atención primaria
- Centros de desarrollo familiar
- Defensores de menores
- Servicios de prevención del abuso
- Especialistas en intervención temprana
- Escuelas y servicios de cuidado infantil
- Hospitales
- Programas de ayuda para comida y vivienda

- Programa Especial de Nutrición Suplementaria 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 pobreza o que no tienen una vivienda estable ni comida saludable pueden tener dificultades para afrontarlo.

Cada padre quiere lo mejor para su hijo, y ahí es donde New Beginnings puede ayudar. Juntos, con atención coordinada, reconocerán y tratarán las necesidades específicas de cada niño. New Beginnings también ayudará a los padres a crear una base sólida para que los niños del condado de Douglas crezcan y prosperen.

¿Tiene usted un hijo pequeño? Lo más importante es asistir a las visitas de control de niño sano. También puede:

- Llamar al médico de su hijo para hacer una cita
- Llamar a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 (TTY 711)
- Pedir ayuda a su consejero, administrador de casos o cualquier colaborador de la comunidad
- Llamar a New Beginnings

Las remisiones a New Beginnings pueden enviarse a Coordinación de la atención de UHA por teléfono, correo electrónico o fax.

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

Es importante prevenir problemas médicos

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

Algunos ejemplos de servicios de prevención:

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

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

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 541-229-4842 o 711 (TTY).

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

UHA puede ayudar a organizar su atención. UHA tiene personal que es parte de su equipo de Coordinación de la atención. El personal de UHA tiene el compromiso de ayudar a los miembros con sus necesidades de atención y puede apoyarlo para buscar atención médica para la salud física, dental, conductual, de desarrollo y social en el lugar y momento en que los necesite.

- La **atención médica del desarrollo** incluye servicios que ayudan al crecimiento y el desarrollo, como la intervención temprana, terapia del habla, terapia ocupacional y servicios para niños con retrasos en el desarrollo.
- La **atención de salud social** incluye servicios que favorecen su bienestar fuera de la clínica, como ayuda con la vivienda, la comida, el transporte, los servicios públicos, el apoyo a la crianza de los hijos o la conexión con los recursos de la comunidad.

Puede recibir Coordinación de la atención de su centro de atención primaria orientado a pacientes (PCPCH), de su proveedor de atención primaria, UHA o de otro equipo de atención primaria. Usted, sus proveedores o alguien que hable en su nombre puede preguntar sobre la Coordinación de la atención por cualquier motivo, especialmente si tiene una nueva necesidad de atención o si no están atendiendo sus necesidades. Puede llamar al número de abajo o visitar <https://www.umpquahealth.com/members/benefits-programs/care-coordination/> para obtener más información sobre la Coordinación de la atención.

El objetivo de la Coordinación de la atención es que su salud general mejore.

UHA debe tener procesos que nos ayuden a identificar sus necesidades de atención médica. Lo ayudaremos a hacerse cargo de su salud y bienestar.

Su equipo de Coordinación de la atención:

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

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

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

Juntos por su atención

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

Es posible que necesite un plan de atención

Usted y su equipo de atención decidirán si se necesita un plan de atención. Este plan ayudará a cubrir sus necesidades y se hace con usted, su equipo de atención y sus proveedores. Su plan de atención tendrá una lista de los apoyos y servicios que necesita para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Este plan trata las necesidades médicas, dentales, culturales, sociales, de desarrollo y salud conductual para que obtenga resultados positivos de salud y bienestar.

El plan se revisará y se actualizará al menos una vez al año y a medida que cambien sus necesidades o si usted solicita que se revise y actualice. Usted, su representante y sus proveedores recibirán una copia de su plan de atención.

Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden pedir una copia de su plan de atención o pedir el desarrollo de un plan de atención llamando a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711 y pidiendo que lo comuniquen con Coordinación de la atención.

Horario de la Coordinación de la atención e información de contacto

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

- Llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711 para obtener más información sobre Coordinación de la atención.
- Informe a UHA si hay un cambio en su salud, necesidades o con quien trabaja para que UHA pueda ayudar a coordinar su atención.
- Cuando esté inscrito en Coordinación de la atención, UHA le dará a usted o a su representante el nombre y el teléfono de la persona de su equipo de Coordinación de la atención que será principalmente responsable de coordinar su atención.
- Si su coordinador de la atención cambia, UHA le enviará una carta con información sobre cómo comunicarse con su nuevo coordinador de atención. También es posible que lo llamen.

Miembros con Medicare

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

Sistema de atención para jóvenes con necesidades complejas

La UHA cuenta con un grupo llamado Sistema de Atención cuyo objetivo es eliminar las barreras a las que pueden enfrentarse los jóvenes (de 0 a 25 años) con necesidades complejas. El grupo reúne a jóvenes y familias, proveedores y colaboradores del sistema de salud conductual, servicios para discapacidades intelectuales y del desarrollo, educación, bienestar infantil y justicia juvenil.

Si usted es padre/madre/tutor de un joven con necesidades complejas, o un adulto joven atendido por múltiples sistemas, el Sistema de Atención de la UHA puede ayudarlo a obtener atención y eliminar barreras. Para obtener más información o comunicarse con el Sistema de Atención de UHA, llame al **Servicio de Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711**, o envíe un correo electrónico a **UHCustomerCare@umpquahealth.com**.

También puede obtener más información por medio del Consejo Asesor del Sistema de Atención en <https://www.oregon.gov/oha/hsd/bh-child-family/pages/socac.aspx>.

Sus beneficios

Cómo decide Oregón lo que cubrirá el OHP

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

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

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

Para miembros mayores de 21 años:

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

Para miembros menores de 21 años:

Todos los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados deben estar cubiertos, basados en sus necesidades individuales y su historia médica. Esto incluye lo que está “abajo de la línea” en la Lista priorizada y los servicios que no están en la Lista priorizada, como el equipo médico duradero. Vea la página 67 para obtener más información de la cobertura para miembros menores de 21 años.

Obtenga más información sobre la Lista priorizada en:

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

Acceso directo

No necesita tener una remisión ni la aprobación previa para algunos servicios. Esto se llama acceso directo. Vea en los siguientes cuadros los servicios con acceso directo y que no necesitan remisión ni aprobación previa.



No se necesita remisión ni aprobación previa

- **Servicios de emergencias** (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para atención física, dental o de salud conductual
- **Servicios de atención de urgencias** (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para atención física, dental o de salud conductual
- **Servicios médicos para mujeres**
Para atención de rutina y preventiva
- **Exámenes por abuso sexual**
- **Servicios de evaluación de salud conductual**
- **Servicios de salud conductual ambulatorios y prestados por colegas**
De un proveedor dentro de la red
- **Especialistas para miembros que tienen necesidades especiales de atención médica o necesitan servicios y apoyos de largo plazo**

Vea los cuadros de beneficios en las páginas 44-59 para obtener más información.

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

Algunos servicios, como las operaciones y los servicios de paciente hospitalizado, necesitan aprobación antes de recibirlos. Esto es para estar seguros de que la atención es médicamente necesaria y adecuada para usted. Su proveedor se encargará de esto y puede enviarnos información que lo ayude a obtener el servicio. Aunque el proveedor no está obligado a enviarnos la información, es posible que UHA necesite revisar su caso por razones médicas.

Es importante que sepa que esas decisiones se basan únicamente en si la atención o el servicio es adecuado para usted y si usted tiene la cobertura de UHA. UHA no recompensa a los proveedores ni a ninguna persona por denegar la cobertura o la atención. Nunca se da más dinero a nadie que toma una decisión de decir no a una solicitud de atención. Comuníquese con Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 si usted:

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

Es posible que no reciba el servicio si no se aprueba. Revisamos las solicitudes de aprobación previa tan rápido como sea necesario por su condición médica. La mayoría de las decisiones de servicios se toman en un plazo de 7 días. A veces una decisión puede tomar hasta 21 días. Esto solo sucede cuando estamos esperando más información. Si usted o su proveedor consideran que seguir el plazo de tiempo estándar pone en peligro su vida, su salud o su capacidad funcional, podemos tomar una decisión más rápida llamada "autorización de servicio urgente". Las decisiones de servicio urgente suelen tomarse en un plazo de 72 horas, pero puede haber una extensión de 14 días. Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión de la decisión. Lea la página 107 para saber cómo presentar una queja.

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

Lea la página 82 para obtener información sobre recetas.

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



No se necesita aprobación previa para estos servicios

- Servicios de salud conductual ambulatorios o servicios prestados por personas con experiencias similares (dentro de la red)
- Servicios de evaluación de salud conductual

- **Tratamiento con ayuda de medicamentos para trastornos por consumo de sustancias** (primeros 30 días)
- **Tratamiento asertivo en la comunidad (ACT) y servicios integrales** (se necesita una evaluación).

Vea los cuadros de beneficios en las páginas 44-59 para obtener más información.

Remisiones de los proveedores y remisiones propias

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

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

Si no hay un especialista cerca de donde usted vive o un especialista que trabaje con UHA (también llamado dentro de la red), es posible que tenga que trabajar con el equipo de Coordinación de la atención para buscar que lo atiendan fuera de la red. Para ir con un proveedor fuera de la red, debe trabajar con el Plan de Salud de Oregón. No hay ningún costo adicional si esto sucede.

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



Servicios que necesitan una remisión

- **Tratamiento con ayuda de medicamentos para trastornos por consumo de sustancias**
- **Servicios de especialistas**
Si tiene necesidades especiales de atención médica, su equipo de atención médica puede trabajar para que tenga acceso a especialistas sin una remisión.
- **Servicios integrales**
- **Si usa un proveedor de atención dental que no sea su dentista de atención primaria, puede ser que necesite una remisión para estos servicios:**
 - Exámenes bucales
 - Dentaduras postizas parciales o completas
 - Extracciones
 - Tratamiento de canal

Vea los cuadros de beneficios en las páginas 44-59 para obtener más información.

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

Remisión propia significa que puede buscar en el directorio de proveedores el tipo de proveedor con el que quiere ir. Puede llamar a ese proveedor para programar una visita sin una remisión. Obtenga más información sobre el Directorio de proveedores en la página 30.

Servicios a los que puede ir sin remisión:

- Visitas a su PCP
- Atención por infecciones de transmisión sexual (STI)
- Vacunas (inyecciones)
- Servicios tradicionales de trabajadores médicos
- Proveedores de servicios de la vista de rutina dentro de la red
- Proveedores dentales dentro de la red
- Servicios de planificación familiar (incluyendo fuera de la red)
- Servicios de salud mental por problemas con alcohol u otras drogas
- Tratamiento asertivo en la comunidad
- Servicios de salud conductual, incluyendo servicios para pacientes hospitalizados y en casa (dentro de la red)

Vea los cuadros de beneficios en las páginas 44-59 para obtener más información.

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

Clave de los íconos de los cuadros de beneficios



Servicios que necesitan aprobación previa

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



Servicios que necesitan una remisión

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



No se necesita remisión ni aprobación previa




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




Beneficios para la salud física





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




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






Si ve un * en el cuadro de beneficios, esto quiere decir que un servicio puede cubrir más de los límites que se mencionan para los miembros menores de 21 años, si fuera médicamente necesario y adecuado.





Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
Servicios de coordinación de la atención Los servicios de Coordinación de la atención pueden organizar las actividades de atención, ayudarlo con las condiciones crónicas y reunir a su equipo de atención. Ejemplo: Administración de casos No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Consulte la página 37 para obtener más información.	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Servicios de cuidados paliativos y hospicio Servicios para los pacientes en estado terminal. Algunos ejemplos son: manejo del dolor, enfermería 24/7 y apoyo emocional y espiritual. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. La aprobación de estos servicios se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 Es posible que se necesite una aprobación previa	Miembros con cobertura médica por medio de UHA
Servicios de diagnóstico Pruebas, exámenes o procedimientos para identificar una condición o lesión. Ejemplos: Análisis de sangre o biopsia La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Miembros de 0-20 años





Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Equipo médico duradero Artículos que podría necesitar en casa para ayudar con una condición médica o su recuperación. Ejemplos: suministros médicos (incluyendo suministros para diabetes), aparatos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos.</p> <p>El alquiler de oxígeno está limitado a 36 meses.</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 <p>Es posible que se necesite una aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Servicios de evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) Los servicios de EPSDT son para evaluar y controlar el desarrollo de la salud física y mental. Ejemplos: vacunas, exámenes de la vista y audición y exámenes de detección de plomo. Esto incluye la cobertura de todos los servicios médicamente necesarios y apropiados para los miembros menores de 21 años.</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Vea la página 67 para obtener más información.</p>	 <p>No se necesita remisión ni aprobación previa para el control de niño sano, exámenes de detección y algunas evaluaciones. Es posible que necesite remisiones o aprobación previa para otros servicios.</p>	<p>Miembros de 0-20 años</p>
<p>Operaciones electivas/Procedimientos Estos son tratamientos que usted y su proveedor eligen, no es algo que tenga que hacer por una situación que pone en peligro su vida. Ejemplos: reemplazos de rodilla o cirugías estéticas.</p> <p>La aprobación de estos servicios se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica y cobertura dental por medio de UHA</p>





Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Transporte médico de emergencia Transporte para personas que tienen una emergencia médica. Los traslados en ambulancia están cubiertos solo para emergencias. Cubrimos los traslados en ambulancia en los Estados Unidos.</p> <p>Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de emergencia Estos son servicios que necesitan atención inmediata, como una lesión o enfermedad repentina. Para obtener más información sobre estos servicios, vea la página 86.</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite remisión propia. UHA cubre la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de planificación familiar Este servicio ayuda a las personas a tomar decisiones sobre sus objetivos reproductivos y promueve la salud de las personas embarazadas y los niños. Ejemplos: métodos anticonceptivos y exámenes anuales.</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Atención de afirmación de género Estos servicios apoyan y afirman la identidad de género de una persona. Ejemplos: terapia hormonal, cirugía o apoyo de salud mental.</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>



Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de audición*</p> <p>Estos servicios prestan apoyo, recursos y soluciones para ayudarlo con su capacidad para oír y comunicarse. Ejemplos: Audiología y aparatos auditivos.</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los adultos que cumplen los criterios tienen derecho a un aparato auditivo cada cinco años (se pueden autorizar dos si se cumplen ciertos criterios). • Los niños que cumplen los criterios tienen derecho a dos aparatos auditivos cada tres años. 	 <p>Se necesita la aprobación previa para todos los aparatos auditivos</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Servicios médicos en casa</p> <p>Atención en su casa, a menudo durante una enfermedad o después de una lesión. Ejemplo: Fisioterapia</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Inmunizaciones y vacunas de viaje</p> <p>Inyecciones y vacunas para ayudarlo a mantenerse sano. Ejemplo: Vacuna contra la gripe</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio médico. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite remisión propia.</p> <p>Para obtener más información sobre los servicios cubiertos por los beneficios de farmacia, lea la página 82.</p>		<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Servicios del hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>Atención cuando debe permanecer en el hospital durante la noche. Ejemplo: Cirugía</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 <p>No se necesita aprobación previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de atención de casos agudos • Atención de casos agudos de largo plazo 	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	
<p>Servicios de acceso a idiomas Alguien que lo ayude con la interpretación y la traducción en el idioma que necesite. Esto se puede hacer por teléfono, tablet o en persona. Para obtener más información, vea las páginas 8-10</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de laboratorio, radiografías y otros procedimientos Estas son pruebas que su proveedor podría usar para evaluar su salud. Ejemplos: Análisis de orina o radiografías</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio.</p>	 <p>Es posible que se necesite una aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Servicios de maternidad La atención que recibe antes, durante y después del embarazo. Ejemplo: Visita prenatal</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio.</p>	 <p>No se necesita aprobación previa</p>	<p>Embarazadas con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Servicios ambulatorios de hospital Atención en el hospital que puede recibir sin pasar la noche. Ejemplos: Quimioterapia, radioterapia o tratamiento del dolor</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 <p>Es posible que se necesite una aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Cuidados paliativos La atención para miembros con enfermedades graves, que puede incluir servicios como coordinación de la atención, servicios de salud mental, trabajo social, apoyo espiritual, manejo del dolor y de los síntomas, y apoyo clínico por teléfono las 24 horas.</p> <p>La aprobación de estos servicios se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 Se necesita remisión	<p>Miembros que tienen una enfermedad grave y un pronóstico de vida limitado.</p>
<p>Servicios farmacéuticos (medicamentos con receta) Medicamentos que debe tomar para mantenerse sano o recuperar la salud. Ejemplo: medicamentos para la presión</p> <p>La mayoría de los medicamentos tienen una opción de suministro de 90 días en una farmacia participante dentro de la red, excepto para los medicamentos especializados. Vea la página 82 para obtener más información.</p>	 Se necesita receta	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla Terapias centradas en mejorar o mantener su capacidad para mover el cuerpo o hacer actividades cotidianas. Ejemplo: Ejercicios para mejorar el equilibrio después de una caída.</p> <p>Los servicios se limitan a un total combinado de 30 visitas cada 12 meses. Se pueden autorizar más visitas si es médicamente apropiado. Estas visitas necesitan aprobación previa. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 No se necesita aprobación previa para: • Evaluaciones • Condiciones financiadas y relacionadas	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de prevención Atención y evaluaciones periódicas para mantenerlo sano a usted y a su familia. Ejemplos: exámenes físicos, vacunas, evaluaciones (cáncer, prevención de la diabetes, orientación nutricional, servicios para dejar de fumar).</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Visitas al proveedor de atención primaria Visitas al médico para chequeos, exámenes y atención no urgente. Ejemplo: Examen anual</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Vea las páginas 29-34 para obtener más información.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Miembros con cobertura médica por medio de UHA
<p>Transporte para recibir atención. También llamados servicios de transporte médico no urgente (NEMT) Transporte gratuito a centros de atención u otra ayuda para el transporte, como pases de autobús y pago por millaje.</p> <p>Se aplican límites. Algunos viajes necesitan autorización, ciertos viajes se sustituyen por un pase mensual de autobús, los viajes para hacer la compra se limitan a dos al mes y solo cubre un viaje a la farmacia al mes.</p>	 Es posible que se necesite una aprobación previa	Todos los miembros
<p>Exámenes por abuso sexual El examen después de un abuso sexual puede incluir recopilación de pruebas y análisis de laboratorio.</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Miembros con cobertura médica por medio de UHA
<p>Servicios de especialistas Atención de un proveedor médico con preparación especial para atender cierta parte del cuerpo o un tipo de enfermedad. Ejemplo: Cardiólogo (especialista en el corazón)</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 Se necesita aprobación previa	<p>Todos los miembros.</p> <p>Para aquellos con necesidades especiales de atención médica o LTSS, hable con Coordinación de la atención para acceder directamente a los especialistas.</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Procedimientos quirúrgicos Atención física para tratar, extirpar o modificar su cuerpo con el fin de mantenerlo saludable o recuperar la salud Ejemplo: Extirpación de un apéndice inflamado</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 <p>Es posible que se necesite una aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Servicios de telesalud Recibir atención por teléfono, video o en línea. Ejemplo: visitas virtuales</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de trabajadores de la salud tradicionales (THW) Recibir atención o servicios de alguien con experiencias de vida similares. Pueden ayudarlo a recibir atención para mejorar su bienestar. Ejemplo: Especialista en apoyo entre personas con experiencias similares</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información. Se permite remisión propia.</p>	 <p>No se necesita remisión</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de atención de urgencia La atención que recibe cuando su necesidad médica es más urgente que una cita habitual. Ejemplos: Esguinces y distensiones musculares</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite remisión propia.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>




Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios médicos para mujeres (además del PCP) para atención de rutina y preventiva Atención a las necesidades médicas específicas de las mujeres. Ejemplos: Prueba de Papanicolaou, examen de mama o visita anual de bienestar</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite remisión propia.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Miembros con cobertura médica por medio de UHA
<p>Servicios para la vista</p> <p>Mujeres adultas no embarazadas (mayores de 21 años) están cubiertas por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen de la vista completo y la determinación del estado refractivo se limitan a una vez cada 24 meses para las miembros que no están embarazadas. Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario <ul style="list-style-type: none"> Lentes/accesorios correctivos solo para ciertas condiciones médicas de la vista <p>Las miembros menores de 21 años*, mujeres adultas embarazadas, hasta 12 meses después del parto están cubiertas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista de rutina cuando sea necesario Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario Lentes correctivos/accesorios cuando sea necesario <p>Ejemplos: condiciones médicas de la vista son afaquia, queratocono o después de una operación de cataratas.</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información. Se permite remisión propia.</p>	 Es posible que se necesite una aprobación previa	Miembros menores de 21 años y embarazadas Como se recomienda para todos los demás







El cuadro de arriba no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión. Si tiene preguntas, llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842.


Beneficios para la atención de la salud conductual

Abajo hay una lista de beneficios de salud conductual que están disponibles para usted sin ningún costo. Salud conductual significa tratamiento por salud mental y por consumo de sustancias. Vea la columna "Servicio" para saber cuántas veces puede recibir cada servicio gratuitamente. Revise la columna "Cómo acceder" para ver si necesita una remisión o una aprobación previa para el servicio.

Si mira un * en el cuadro de beneficios, esto quiere decir que un servicio puede cubrir más de los límites que se mencionan para los miembros menores de 21 años, si fuera médicamente necesario y adecuado. UHA coordinará los servicios gratuitamente si necesita ayuda.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Tratamiento asertivo en la comunidad Una estrategia basada en el trabajo en equipo para ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a vivir en la comunidad. Ejemplo: Intervención en situaciones de crisis</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite remisión propia.</p> <p>Se necesita evaluación</p>	<p>Se necesita evaluación</p>	<p>Miembros con cobertura médica y de salud mental por medio de UHA</p>
<p>Servicios integrales Atención integral que ayuda a los jóvenes y sus familias a alcanzar sus objetivos, situándolos en el centro de la atención. Ejemplo: Grupos de apoyo</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite remisión propia.</p> 	 <p>Se necesita remisión</p>	<p>Niños y jóvenes que cumplen los criterios</p>
<p>Servicios de evaluación de salud conductual Pruebas y exámenes para ayudar a identificar posibles condiciones de salud conductual. Ejemplo: Prueba de diagnóstico psiquiátrico</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. Se permite remisión propia.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica y de salud mental por medio de UHA.</p>
<p>Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial para la salud conductual (PRTS) Estancia de corto o largo plazo para que los miembros reciban tratamiento de salud conductual. Ejemplo: Programa residencial</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>		<p>Jóvenes menores de 21 años</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios residenciales y de desintoxicación para pacientes hospitalizados con trastornos por consumo de sustancias</p> <p>Estancia de corta o larga duración para que los miembros reciban tratamiento. Ejemplo: Tratamiento por consumo de alcohol</p> <p> La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información</p>	<p></p> <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Tratamiento con ayuda de medicamentos (MAT) para trastornos por consumo de sustancias (SUD)</p> <p>Atención mediante medicamentos, consejería y otras terapias para ayudar a tratar el consumo de sustancias. Ejemplo: Methadone</p> <p>Aprobación basada en directrices de OHP. No se necesita aprobación previa por los primeros treinta (30) días. Comuníquese con UHA.</p> <p></p>	<p></p> <p>Se necesita remisión</p>	<p>Miembros con cobertura médica por medio de UHA</p>
<p>Servicios de salud conductual ambulatorios y prestados entre personas con experiencias similares por un proveedor dentro de la red</p> <p>Atención de salud conductual que puede recibir sin necesidad de pasar la noche en el hospital. Ejemplo: Servicios de apoyo entre personas con experiencias similares</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.</p>	<p></p> <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica y de salud mental por medio de UHA</p>
<p>Servicios de especialistas en salud conductual</p> <p>Atención de un proveedor que tiene formación especial en ciertas condiciones de salud conductual. Ejemplo: Psiquiatra</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio.</p>	<p></p> <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura médica y de salud mental por medio de UHA</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
Servicios para el trastorno por consumo de sustancias (SUD) Estos servicios dan tratamiento y apoyo para las personas con adicción a drogas o alcohol. Aprobación basada en directrices de OHP. No se necesita aprobación previa por los primeros treinta (30) días. Comuníquese con UHA. Se necesita evaluación	 No se necesita una remisión ni aprobación previa.	Miembros con cobertura médica y de salud mental por medio de UHA

El cuadro de arriba no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión. Si tiene preguntas, llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842.

Beneficios dentales

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

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

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





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



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





Vea el siguiente cuadro para saber cuáles son los servicios dentales que están cubiertos.




Todos los servicios cubiertos son gratis. Estos están cubiertos siempre que su proveedor diga que necesita los servicios. Vea la columna "Servicio" para saber cuántas veces puede recibir cada servicio gratuitamente. Revise la columna "Cómo acceder" para ver si necesita una remisión o una aprobación previa para el servicio. Si mira un * en el cuadro de beneficios, esto quiere decir que un

servicio puede cubrir más de los límites que se mencionan para los miembros menores de 21 años, si fuera médicamente necesario y adecuado.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Atención dental de emergencia y urgente Atención de problemas dentales que necesitan atención inmediata. Ejemplos: Algunos ejemplos son: dolor extremo o infección, sangrado o hinchazón, lesiones en dientes o encías.</p> <p>No hay límites en la cantidad, la duración y el alcance de este beneficio. Los miembros tienen acceso directo a estos servicios.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>
<p>Exámenes bucales Un examen bucal es cuando el dentista hace un chequeo para detectar cualquier área que pueda necesitar más atención. Esto incluye buscar caries o enfermedades de las encías.</p> <p>Miembros menores de 21 años: Dos veces al año* Todos los demás miembros: Una vez al año</p>	 <p>Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria</p>	<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>
<p>Limpiezas bucales Las limpiezas dentales contribuyen a la salud bucal de largo plazo. Cuando acude a su limpieza de rutina, se eliminan la placa, el sarro y las bacterias nocivas. Esto ayuda a prevenir las caries.</p> <p>Miembros menores de 21 años: Dos veces al año* Todos los demás miembros: Una vez al año</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>
<p>Tratamiento con flúor Un tratamiento para ayudar a fortalecer y proteger los dientes.</p> <p>Miembros menores de 21 años: Dos veces al año* Jóvenes y adultos con un riesgo alto: Hasta cuatro veces por año* Todos los demás adultos: Una vez al año.*</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Radiografías orales Estas son unas imágenes de sus dientes y mandíbula que los dentistas usan para evaluar su salud bucal.</p> <p>Miembros menores de 21 años: Dos veces al año.*</p> <p>Jóvenes y adultos con un riesgo alto: Hasta cuatro veces por año*</p>		<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>
<p>Selladores Recubrimientos finos que se aplican en los dientes posteriores (molares) y que pueden prevenir las caries durante muchos años.</p> <p>* Menores de 16 años en molares permanentes: una vez cada 5 años</p>		<p>Miembros menores de 16 años* con cobertura dental por medio de UHA</p>
<p>Empastes Un empaste se usa para tratar un pequeño agujero, o caries, en un diente.</p> <p>Está cubierto para todos los miembros según se necesite.</p> <p>El cambio de un empaste del color del diente en una pieza que no se ve al sonreír está limitado a una vez cada 5 años.*</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>
<p>Dentaduras postizas parciales o completas Las dentaduras postizas se usan para reemplazar los dientes perdidos. Hay dos tipos de dentaduras postizas: completas y parciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las dentaduras parciales reemplazan uno o más dientes perdidos. Se pueden sacar y volver a poner. Cubiertas una vez cada 5 años. Las dentaduras postizas completas se usan cuando faltan todos los dientes. Cubiertas una vez cada 10 años. 	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Las dentaduras postizas también pueden rebasarse, lo cual significa que se ajustan para que queden mejor. Esto está cubierto cada 3 años para los miembros menores de 20 años y cada 5 años para los miembros de 21 años o más.*</p>	 Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	
<p>Coronas Una corona dental es una funda con forma de diente que se coloca sobre un diente dañado para protegerlo.</p> <p>Las coronas solo están cubiertas para algunos dientes frontales de arriba y abajo. Puede obtener hasta 4 coronas cada 7 años.</p> <p>Las normas sobre las coronas pueden variar según el tipo de corona, los dientes que necesitan tratamiento, la edad del paciente y si está embarazada. Llame a Advantage Dental para obtener más información.</p>	 Se necesita aprobación previa  Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	<p>Miembros embarazadas o menores de 21 años*</p> <p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>
<p>Extracciones Una extracción es sacar uno o varios dientes de la boca.</p> <p>Está cubierto para todos los miembros según se necesite.</p> <p>La aprobación se basa en las directrices de OHP. Comuníquese con UHA para obtener más información.</p>	 Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Tratamiento de canal La terapia de tratamiento de canal es un procedimiento dental que consiste en extraer la pulpa inflamada o infectada del interior del diente, limpiarla y desinfectarla cuidadosamente, y luego rellenarla y sellarla.</p> <p>No cubre las terceras muelas (muelas del juicio).</p> <p>Todos los miembros: cobertura para dientes frontales, dientes anteriores y premolares. Embarazadas: cobertura para dientes anteriores, premolares y primeros molares. Miembros menores de 21 años: cobertura para dientes anteriores, premolares y primeros y segundos molares.</p>	 Se necesita aprobación previa para los molares  Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	<p>Miembros con cobertura dental por medio de UHA</p>
<p>Ortodoncia Atención para diagnosticar y tratar dientes o mandíbulas que no están alineados. Ejemplos: En casos como labio leporino y paladar hendido, o cuando se ven afectadas las funciones del habla, la masticación y otras.</p> <p>Para miembros desde el nacimiento hasta menores de 21 años*: En casos como labio leporino y paladar hendido, maloclusión discapacitante, o cuando el habla, la masticación y otras funciones se ven afectadas. Se necesita la aprobación de su dentista y no tener caries ni enfermedades de las encías.</p>	 Se necesita aprobación previa	<p>Miembros menores de 21 años* con cobertura dental por medio de UHA</p>

El cuadro de arriba no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión. Si tiene preguntas, llame a Atención al Cliente al 541-229-4842.

Miembros del Programa Dental para Veteranos y del Pacto de Libre Asociación (COFA)

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

OHP y UHA no ofrecen acceso a servicios de atención médica física o de salud conductual ni transporte gratuito para estos servicios.

Si tiene preguntas sobre la cobertura y qué beneficios están disponibles, comuníquese con Atención al Cliente al 541-229-4842.

Programa OHP Bridge para adultos con ingresos más altos

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

- tener entre 19 y 64 años;
- tener ingresos entre el 138 por ciento y el 200 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL);
- tener una ciudadanía o estatus migratorio elegible para calificar y,
- no tener acceso a otros seguros médicos asequibles.

Si al renovar su OHP reporta un ingreso más alto, es posible que lo trasladen a OHP Bridge. Obtenga más información sobre OHP Bridge en

<https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/bridge.aspx>

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

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

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) son necesidades sociales y económicas que afectan su capacidad de estar sano y sentirse bien. Estos servicios ayudan a los miembros que enfrentan cambios importantes en su vida. Obtenga más información en

<https://www.oregon.gov/OHA/HSD/Medicaid-Policy/Pages/HRSN.aspx>

Consulte con UHA qué beneficios HRSN gratuitos están disponibles. Los beneficios de HRSN incluyen:

- Servicios de vivienda:
 - Ayuda con el alquiler y los servicios públicos para mantener su vivienda
 - Ayuda con otros servicios para apoyarlo como inquilino
 - Cambios en la casa para mejorar la salud, como aires acondicionados, calefactores, dispositivos de filtración de aire, fuentes de energía portátiles y minirrefrigeradores
- Servicios de nutrición:
- Ayuda con la educación nutricional y comidas adaptadas médicamente. Se planificó que el abastecimiento de despensas y los beneficios con frutas y vegetales comiencen en el verano de 2026.
- Servicios de difusión y participación:
 - Obtener ayuda para conectarse con otros recursos y apoyos.

Es posible que pueda obtener algunos o todos los beneficios de HRSN si es miembro del OHP y:

- Salió recientemente o está a punto de salir de encarcelamiento (cárcel, centro de detención, etc.).
- Salió recientemente o está saliendo de un centro de recuperación de salud mental o de consumo de sustancias.
- Ha estado o está actualmente en el sistema de bienestar infantil de Oregón (crianza temporal).
- Está pasando de recibir solo beneficios de Medicaid a calificar para recibir Medicaid y Medicare.
- Tiene ingresos familiares iguales o inferiores al 30 % de los ingresos promedio anuales del lugar en el que vive y no tiene recursos o apoyo para evitar quedarse sin hogar.
- Es un adulto joven con necesidades especiales de atención médica.

También debe cumplir otros criterios. Si tiene preguntas o quiere recibir una evaluación, comuníquese con UHA. UHA puede ayudarlo a determinar si reúne los requisitos para recibir alguno de estos beneficios.

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

Los beneficios de HRSN son gratuitos y puede optar por no recibirlos en cualquier momento. Si recibe beneficios de HRSN, su equipo de Coordinación de la atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención esté actualizado. Lea la página 37 para obtener información sobre Coordinación de la atención y los planes de atención.

Si le deniegan los beneficios de HRSN, tiene derecho a apelar esa decisión. Lea las páginas 107-114 para obtener más información sobre denegaciones y apelaciones.

Notas importantes:

- El transporte para recibir atención no se puede usar para los servicios de HRSN.
- OHP Bridge no cubre los servicios de HRSN.
- Los servicios de HRSN pueden tardar hasta seis semanas en aprobarse y prestarse.

Servicios en sustitución (ILOS)

UHA ofrece servicios o entornos que son alternativas médicamente apropiadas a los servicios cubiertos por OHP. Estos se llaman "servicios en sustitución" (ILOS). Se ofrecen como opciones útiles para los miembros. UHA contrató a Oregon Wellness Network (OWN) para ofrecer los siguientes ILOS:

- **Educación y Apoyo para el Manejo de su Propia Diabetes (Diabetes Self-Management Education & Support, DSMES)**
 - Estos servicios están diseñados para miembros con diabetes. Hay dos partes en este programa:
 - Un educador en diabetes o un entrenador de estilo de vida trabaja con cada persona para crear un plan que incluye capacitación, apoyo y orientación en línea para manejar la diabetes.
 - Sesiones semanales individuales o grupales durante seis semanas. Estos servicios tienen como objetivo ayudarlo a manejar su diabetes y promover hábitos saludables.

- **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (National Diabetes Prevention Program, National DPP)**

- Programa en línea que ofrece el Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (DPP), reconocido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Este es un programa de un año que ayuda a los miembros a:
 - Bajar de peso.
 - Adoptar hábitos más saludables.
 - Ayudar a reducir su riesgo de diabetes tipo 2.

Decidir si un ILOS es adecuado para usted es un esfuerzo en equipo. Trabajamos con su equipo de atención para hacer la mejor elección. Sin embargo, la elección es suya. No tiene que participar en ninguno de estos programas. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los beneficios o servicios mencionados arriba, llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711. Si un ILOS deja de estar disponible, UHA le avisará por correo al menos 30 días antes de que se produzca el cambio. Los miembros tienen el derecho de presentar una apelación, o una queja formal, por servicios cubiertos que sean total o parcialmente denegados. Para obtener más información de apelaciones y quejas formales, vea las páginas 107-114.

Servicios que paga el OHP

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

1. Servicios en los que recibe coordinación de la atención de UHA.
2. Servicios en los que recibe coordinación de la atención de OHP.

Servicios con coordinación de la atención de UHA

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

Comuníquese con UHA para los siguientes servicios:

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

Si quiere obtener más información o una lista completa sobre estos servicios, llame a Administración de la Atención al 541-229-4842 o a Atención al Cliente al 541-229-4842.

Servicios que paga el OHP y ofrecen Coordinación de la atención

Comuníquese con OHP para los siguientes servicios:

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

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

Aún puede obtener un viaje gratuito de BCB para cualquiera de estos servicios. Lea la página 76 para obtener más información. Llame a BCB al 877-324-8109 para programar un viaje o para hacer preguntas.

Objeciones morales o religiosas

UHA no limita los servicios basándose en objeciones morales o religiosas. Puede haber algunos proveedores dentro de nuestra red que puedan tener objeciones morales o religiosas. Comuníquese con nosotros al 541-229-4842 o TTY 711 si tiene preguntas al respecto. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que pueda prestar el servicio.

Acceso a la atención que necesita

Acceso significa que puede recibir la atención que necesita. Puede acceder a la atención de una manera que cubra sus necesidades culturales y de idioma. UHA se asegurará de que su atención esté coordinada para cubrir sus necesidades de acceso. Lea las páginas 38-40 para obtener más información sobre Coordinación de la atención. Si UHA no trabaja con un proveedor que cubra sus necesidades de acceso, puede recibir esos servicios fuera de la red. UHA se asegura de que los servicios estén cerca de donde vive o cerca de donde quiere recibir atención. Esto significa que hay suficientes proveedores en el área y diferentes tipos de proveedores entre los que puede elegir.

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

UHA sigue las normas del estado sobre qué tan lejos debe viajar para ver a un proveedor. Las normas son diferentes según el proveedor que necesite ver y el área donde viva. Los

proveedores de atención primaria son de “nivel 1”, lo que significa que estarán más cerca de usted que un especialista como un dermatólogo, que es de “nivel 3”. Si vive en un área remota, tardará más en llegar a un proveedor que si vive en un área urbana. Si necesita ayuda con el transporte de ida y vuelta a las citas, lea la página 76.

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

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

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

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

Tipos de área:

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

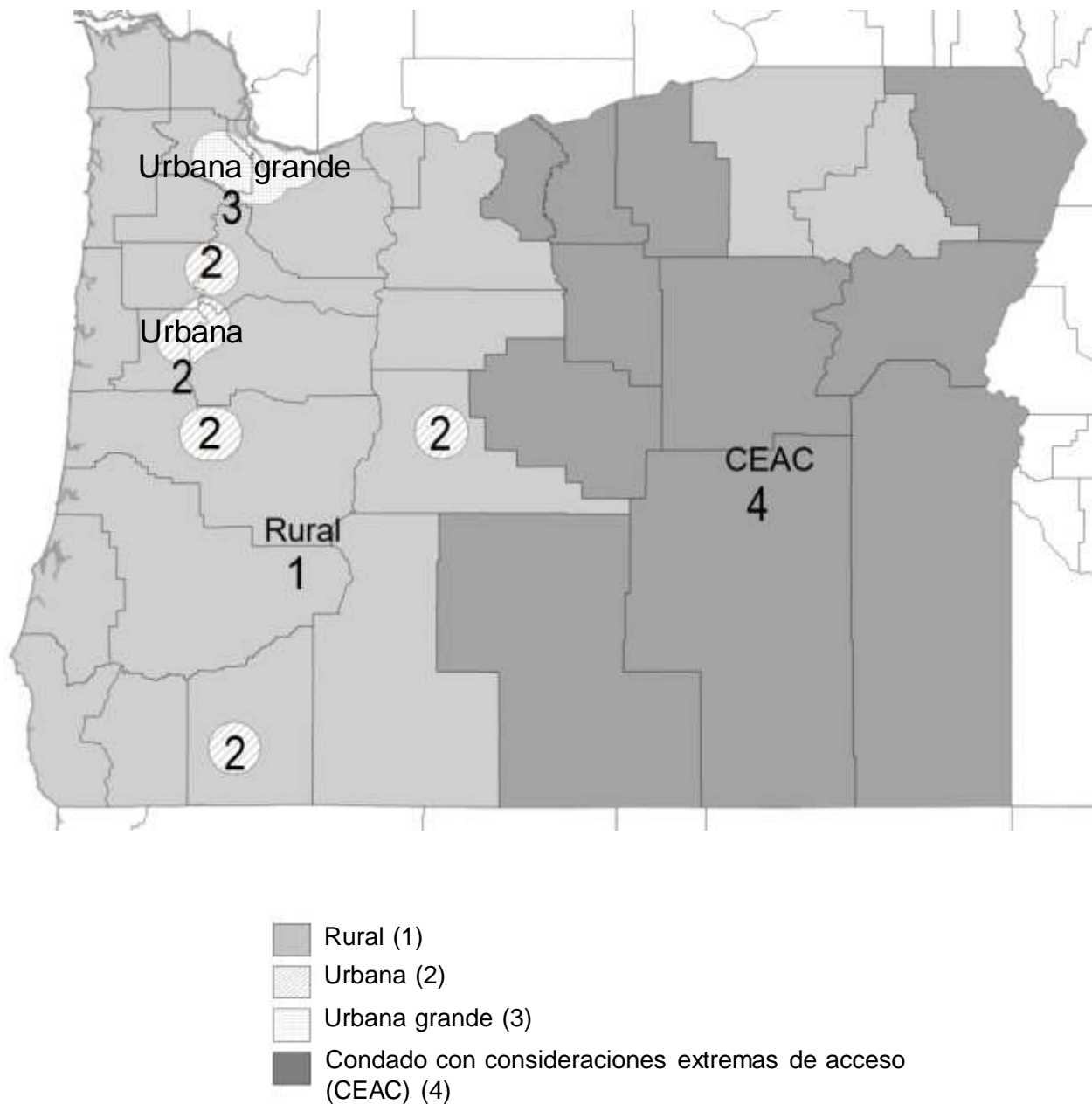


Figura 1: Mapa de las regiones geográficas de Oregón según se definen para la cobertura adecuada de la red. Las diferentes áreas incluyen: urbana grande, urbana, rural y condado con consideraciones extremas de acceso (CEAC).

Nuestros proveedores también se asegurarán de que tenga acceso físico, adaptaciones razonables y equipo accesible si tiene discapacidades físicas o mentales. Comuníquese con UHA llamando al 541-229-4842 para pedir adaptaciones. Los proveedores también se aseguran de que el horario de atención sea el mismo para los miembros de OHP y para todas las personas.

Cuánto tiempo hay que esperar para recibir atención

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

Tipo de atención	Plazos
Salud física	
Citas periódicas	En un plazo de 4 semanas
Atención de urgencia	En un plazo de 72 horas o según se indique en la evaluación inicial.
Atención de emergencia	Inmediatamente o remitido a un departamento de emergencias (Emergency department) dependiendo de su condición.
Atención bucal y dental para niños y mujeres no embarazadas	
Citas periódicas de salud bucal	En un plazo de 8 semanas, a menos que haya un motivo clínico para esperar más tiempo
Atención bucal urgente	En un plazo de 2 semanas
Servicios dentales de emergencia	Atención o tratamiento en un plazo de 24 horas
Atención bucal y dental para embarazadas	
Atención bucal de rutina	En un plazo de 4 semanas, a menos que haya un motivo clínico para esperar más tiempo.
Atención dental urgente	En un plazo de 1 semana
Servicios dentales de emergencia	Atención o tratamiento en un plazo de 24 horas
Salud conductual	
Atención médica conductual periódica para poblaciones no prioritarias	Evaluación en un plazo de 7 días a partir de que se hizo la solicitud, con una segunda cita programada según corresponda por motivos médicos
Atención médica conductual urgente para todas las poblaciones	En un plazo de 24 horas
Atención médica de salud conductual especializada para poblaciones prioritarias*	
Embarazadas, veteranos y sus familias, personas con hijos, cuidadores no remunerados, familias y niños de 0 a 5 años, miembros con VIH/SIDA o tuberculosis, miembros con riesgo de sufrir un primer episodio de psicosis y la	Evaluación y atención inmediata. Si se necesitan servicios provisionales porque no hay proveedores que hagan visitas, el tratamiento con el nivel de atención adecuado debe hacerse en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que el paciente se inscriba en la lista de espera.

Tipo de atención	Plazos
población con discapacidad intelectual y del desarrollo (I/DD)	
Quienes se inyectan drogas por vía intravenosa, incluyendo la heroína	Evaluación y atención inmediata. El ingreso para recibir servicios en un nivel de atención residencial debe hacerse en un plazo de 14 días a partir de la solicitud; o, si se incluye en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles, en un plazo de 120 días.
Trastorno por consumo de opioides	Evaluación y admisión en un plazo de 72 horas
Tratamiento con ayuda de medicamentos	Lo antes posible, pero en un plazo máximo de 72 horas para la evaluación y la inscripción.

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre el acceso a la atención, llame a Atención al Cliente al 541-229-4842 o TTY 711.

Beneficios integrales y de prevención para miembros menores de 21 años

El beneficio del programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (The Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program, EPSDT) proporciona atención médica integral y preventiva para miembros de OHP desde su nacimiento hasta los 21 años. Este programa le proporciona la atención que necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar y ayudar pronto con las preocupaciones, tratar las enfermedades y apoyar a los menores con discapacidades.

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

EPSDT cubre:

- Cualquier servicio que se necesite para descubrir o tratar una enfermedad, lesión u otros cambios en la salud.

- Exámenes médicos de “control de niño sano” o “visita de control de adolescente sano”, evaluaciones y servicios de diagnóstico para determinar si hay alguna condición física, oral/dental, mental o de desarrollo para miembros menores de 21 años.
- Remisiones, tratamiento, terapia y otras medidas para ayudar con cualquier condición que se descubra.

Para los miembros menores de 21 años, UHA tiene que proporcionar:

- Exámenes y evaluaciones de salud física, mental, conductual, de desarrollo y salud oral/dental, crecimiento y estado nutricional programados con regularidad.
 - Si UHA no cubre la salud bucal/dental, aún puede recibir estos servicios por medio del OHP llamando al 1-800-273-0557.
- Todos los servicios médicamente necesarios y apropiados deben estar cubiertos para los miembros menores de 21 años, independientemente de si estaban cubiertos en el pasado (esto incluye cosas como “abajo de la línea” en la Lista priorizada). Para obtener más información sobre la Lista priorizada vaya a la página 44.

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

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

Usted siempre debe recibir un aviso por escrito cuando se le deniega algo, y tiene el derecho de apelar si no está de acuerdo con la decisión. Lea las páginas 107-114 para obtener más información.

Esto incluye *todos* los servicios:

- Salud física
- Salud conductual
- Salud dental
- Vista
- Necesidades sociales relacionadas con la atención médica

Si usted o un familiar necesita servicios de EPSDT, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o con un coordinador de la atención llamando al 541-229-4842, o TTY 711. Lo ayudarán a obtener la atención que necesita. Si algún servicio necesita aprobación, ellos se encargarán de eso. Hable con su dentista de atención primaria por cualquier servicio dental que necesite. Todos los servicios EPSDT son gratuitos.

Ayuda para recibir servicios de EPSDT

Llame a Atención al Cliente al 541-229-4842 o TTY 711.

- Llame a Advantage Dental Services al 866-268-9631 para programar servicios dentales o para obtener más información.

- Puede recibir transporte gratuito de ida y vuelta a las visitas del proveedor de EPSDT con cobertura. Llame a BCB al 877-324-8109 para programar el transporte o para obtener más información.
- También puede pedirlo a su PCP o visitar nuestro sitio web en: <https://www.umpquahealth.com/services/#well-child-resources> para recibir una copia del programa de periodicidad. Este programa dice cuándo necesitan los niños ir con el PCP.

Evaluaciones

Las visitas de evaluación cubiertas se ofrecen en intervalos adecuados a la edad (estas incluyen visitas de control de niño sano o de control de adolescente sano). UHA y su PCP siguen las directrices de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) y de Bright Futures para todas las evaluaciones de atención preventiva y las visitas de control de niño sano. Puede encontrar Bright Futures en: <https://www.aap.org/brightfutures>. Puede usar el Planificador de visitas de bienestar (Well Visit Planner) en <https://www.wellvisitplanner.org> para prepararse para estos chequeos.

Su PCP lo ayudará a recibir esos servicios y tratamiento cuando sean necesarios según las directrices.

Las visitas de evaluación incluyen:

- Evaluación del desarrollo
- Examen de detección de plomo:
 - Los niños deben hacerse exámenes de detección de plomo en la sangre a los 12 y a los 24 meses. Cualquier niño que tenga entre 24 y 72 meses y no le hayan hecho antes un examen de detección de plomo en la sangre debe hacérselo.
 - Completar un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple el requisito de detección de plomo para niños en OHP. Todos los niños con envenenamiento por plomo pueden recibir servicios de seguimiento de administración de casos.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como prueba de anemia, prueba de células falciformes y otras) según la edad y el riesgo
- Evaluación del estado nutricional
- En cada visita, es esencial hacer un examen físico adecuado a la edad, con el bebé completamente desnudo y los niños mayores desvestidos y cubiertos adecuadamente.
- Historia completa médica y de desarrollo (incluyendo una revisión del desarrollo de la salud física y mental)
- Vacunas (inyecciones) que cumplen los estándares médicos:
 - Programa de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años): <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>
 - Programa de vacunación para adultos (mayores de 19 años): <https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/adult-easyread.html>
- Orientación y educación médica para padres e hijos
- Remisiones para tratamientos de salud física y mental médicamente necesarios
- Pruebas necesarias de audición y de la vista
- Y otros

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

Remisión, diagnóstico y tratamiento de EPSDT

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

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

UHA u OHP también ayudarán con la coordinación de la atención, según sea necesario.

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

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

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

- Si le decimos que OHP no cubre el servicio, aún tiene derecho a impugnar esa decisión presentando una apelación y pidiendo una audiencia. Vea las páginas 107-114.

UHA proporcionará ayuda para hacer remisiones a los miembros o a sus representantes a servicios sociales, programas de educación, programas de asistencia nutricional y otros servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura de EPSDT, puede visitar www.Oregon.gov/EPSDT y ver una hoja informativa para miembros. UHA también tiene información en www.umpquahealth.com/services.

Adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica

El Programa para Adultos Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica (YSHCN) es un nuevo programa que ofrece más beneficios del OHP a personas entre 19 y 21 años que tienen ciertas condiciones médicas. Las condiciones médicas deben haber comenzado antes de los 19 años. Algunos ejemplos de estas condiciones médicas son:

- Discapacidades físicas, intelectuales y del desarrollo
- Condiciones médicas crónicas como asma, diabetes o espina bífida
- Condiciones de la conducta o salud mental como la depresión o el consumo de sustancias.

Los miembros de OHP que califiquen para el programa obtendrán automáticamente los beneficios de YSHCN. Los beneficios de YSHCN incluyen:

- Más servicios de la vista y dentales

- Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT) hasta que cumplan 26 años
- Posible acceso a servicios para necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

Después de 2026, el límite de edad aumentará cada año hasta 2030, cuando las personas hasta de 25 años podrán obtener los beneficios de YSHCN.

Trabajadores médicos tradicionales (THW)

Los trabajadores médicos tradicionales (THW) ofrecen apoyo y ayudan a responder las preguntas que tenga sobre su atención médica y sus necesidades sociales. Ayudan con la comunicación entre sus proveedores de atención médica y otras personas que participan en su atención. También pueden ponerlo en contacto con personas y servicios en la comunidad que lo apoyen.

Hay diferentes tipos de trabajadores médicos tradicionales:

- **Comadrona:** una persona que ayuda a las personas y a sus familias con apoyo personal no médico. Ayudan durante el embarazo, el parto y después de que nazca el bebé.
- **Trabajador médico de la comunidad (CHW):** un trabajador médico de la comunidad que entiende a las personas y a la comunidad donde usted vive. Lo ayuda a acceder a los servicios médicos y de la comunidad. Un trabajador médico de la comunidad lo ayuda a empezar los comportamientos saludables. Generalmente comparten su origen étnico, idioma o experiencias de vida.
- **Asistente de salud personal (PHN):** una persona que le da información, recursos y apoyo para ayudarlo a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar, según su situación.
- **Especialista en apoyo entre personas con experiencias similares (PSS):** alguien que tiene experiencias de vida con la salud mental o la adicción y la recuperación. Un PSS también pudo haber apoyado a un familiar con problemas de salud mental o que recibe tratamiento por adicciones. Dan apoyo, ánimo y ayuda a los que se enfrentan a problemas de adicciones y de salud mental.
- **Especialista en bienestar entre personas con experiencias similares (PWS):** una persona que trabaja como parte de un equipo de atención médica en casa y defiende sus intereses y necesidades. Apoya la salud general de las personas de su comunidad y puede ayudarlo a recuperarse de adicciones, salud mental o condiciones físicas.

THW puede ayudarlo con muchas cosas, como:

- Trabajar con usted y su coordinador de atención para encontrar un nuevo proveedor.
- Obtener la atención que busca y necesita.
- Ponerlo en contacto con otras personas para que le expliquen sus beneficios.
- Proporcionar información de servicios y apoyo relacionados con la salud mental o las adicciones.
- Información y remisiones a recursos de la comunidad que podría utilizar.
- Tener a alguien de su comunidad con quien hablar.
- Acompañarlo a las citas con el proveedor.

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

Información de contacto del enlace de THW:

UHNProviderServices@umpquahealth.com 541-229-4842 o TTY 711

Si cambiamos la información de contacto del enlace de THW, puede encontrar información actualizada en nuestro sitio web: www.umpquahealth.com/traditional-health-workers/

Otros servicios

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son otros servicios que ofrece UHA y que no forman parte de los beneficios habituales del OHP. Los servicios flexibles ayudan a mejorar la salud y el bienestar de los miembros y la comunidad. Los servicios flexibles incluyen servicios para los miembros e iniciativas de beneficio para la comunidad en general. Dado que los servicios flexibles no son beneficios habituales del OHP y son opcionales para las CCO, los miembros no tienen derecho a apelación en caso de servicios flexibles, al contrario que en el caso de los servicios cubiertos.

Puede leer nuestra política de servicios flexibles en <https://www.umpquahealth.com/members/benefits-programs/health-related-services-flex-spending/>.

Los servicios flexibles son artículos o servicios que ayudan a los miembros a mantenerse sanos o mejorar su salud. UHA ofrece estos servicios flexibles:

- Coordinación de la atención
- Educación en salud para miembros y la comunidad
- Servicios y apoyos de comida
- Servicios y apoyos de vivienda
- Artículos para el hogar que no estén cubiertos de otra manera
- Servicios y apoyos de transporte no cubiertos de otra manera
- Servicios y apoyos informados sobre el trauma
- Servicios no cubiertos

Ejemplos de otros servicios flexibles:

- Apoyos para comidas, como entrega de comestibles, vales de comida o comidas médicamente personalizadas.
- Apoyos a la vivienda de corto plazo, como depósitos de alquiler para ayudar a cubrir gastos de mudanza, apoyo con el alquiler durante un breve período de tiempo o cargos de instalación de servicios públicos.
- Vivienda o refugio temporal mientras se recupera de una hospitalización.
- Artículos que apoyan los comportamientos saludables, como zapatos o ropa deportiva.
- Celulares o dispositivos para acceder a aplicaciones de telesalud o salud.
- Otros artículos que lo mantengan sano, como un aire acondicionado o un filtro de aire.

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

Cómo obtener servicios flexibles para usted o un familiar

Puede trabajar con su proveedor para pedir servicios flexibles, o puede llamar a Atención al Cliente al 541-229-4842 para recibir ayuda al solicitar un servicio flexible.

También puede encontrar el formulario en nuestro sitio web: www.umpquahealth.com/hrsflex/. Tanto el personal clínico como el no clínico pueden solicitar servicios flexibles en nombre de un miembro en cualquier momento. Esto incluye:

- Proveedores
- Equipos de atención primaria
- Especialistas
- Proveedores de atención médica
- Coordinadores de atención
- Trabajadores médicos tradicionales (como asistentes de salud de los pacientes, trabajadores médicos de la comunidad, especialistas en apoyo entre colegas y comadronas)
- Colaboradores de la comunidad
- Miembros
- Familiares o representantes

Los servicios flexibles no son un beneficio cubierto para los miembros y las CCO no están obligadas a prestarlos. Las decisiones para aprobar o denegar las solicitudes de servicios flexibles se hacen caso por caso.

Las solicitudes de servicios flexibles deben cumplir todas estas reglas:

- Tener probabilidad de mejorar su salud.
- No tener códigos de facturación ni de registro de visitas.
- Estar relacionado con la salud.
- Ser coherente con un plan de atención/tratamiento.
- Con probabilidad de ser una opción rentable.
- No hay otros recursos de la comunidad disponibles.

Para recibir servicios flexibles, debe entregar documentación con su solicitud. Algunos ejemplos de lo que se puede necesitar de usted son:

- Un W9 reciente de la persona que recibirá el pago.
- Una factura o recibo que muestre lo que debe.
- Prueba de cuánto dinero percibe (de los últimos 60 días de todos los que viven con usted).
- Tres (3) cotizaciones o cálculos para reparaciones, si fuera necesario.
- Prueba de que alquila o es dueño su vivienda (como un contrato de arrendamiento).
- Expediente médico o notas para respaldar su condición médica calificada.
- Un plan de atención o tratamiento de su proveedor o administrador de casos.
- Criterios basados en evidencia, justificación médica o cualquier documentación que demuestre que el servicio o artículo mejorará los resultados de su salud.

- Evaluación de riesgos médicos.
- Podríamos necesitar más documentos para decidir si debe recibir la ayuda.

Para que podamos compartir su información médica o pagar por servicios o artículos, usted o su representante debe firmar un documento que lo autorice.

Si se deniega su solicitud de servicios flexibles, recibirá una carta explicando sus opciones. No puede apelar una denegación de servicio flexible, pero tiene derecho a presentar una queja. Más información sobre apelaciones y quejas en la página 107.

Si tiene OHP y tiene problemas para recibir atención, comuníquese con el Programa Ombuds de la OHA. Los Defensores del Pueblo (Ombuds) son representantes de los miembros de OHP y harán todo lo posible por ayudarlo. Envíe un correo electrónico a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o deje un mensaje en 877-642-0450.

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

Iniciativas para el beneficio de la comunidad

Las iniciativas para el beneficio de la comunidad son fondos destinados a programas y a la comunidad en general, incluyendo a los miembros de la CCO, para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

Cada año, UHA apoya proyectos y programas que promueven nuestro Plan de Mejora de la Salud de la Comunidad (Community Health Improvement Plan, CHP). Ejemplos de estas iniciativas en beneficio de la comunidad son:

- Programas basados en la comunidad que ayuden a las familias a acceder a frutas y vegetales frescos de los mercados de agricultores.
- Capacitaciones de prácticas informadas sobre traumas.
- Oportunidades de jardinería para unidades de vivienda de bajos ingresos.
- Clases de nutrición y educación sobre estilo de vida.
- ¡Y más!

Ejemplos de otras iniciativas en beneficio de la comunidad son:

- Clases para la educación de padres y apoyo familiar.
- Programas basados en la comunidad que ayuden a las familias a acceder a frutas y vegetales frescos de los mercados de agricultores.
- Programas de la comunidad que ayudan a las personas a acceder a o mantener una vivienda segura y estable.
- Mejoras en el transporte activo, como carriles seguros para bicicletas y aceras.
- Programas basados en la escuela que apoyen un entorno enriquecedor para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los estudiantes.
- Capacitación para maestros y organizaciones basadas en la comunidad específicas para niños en cuanto a prácticas informadas sobre traumas.

Atención de salud bucal en la comunidad

Apoyamos con orgullo a los miembros que reciben servicios de salud bucal en la comunidad. Advantage Dental Services envía higienistas dentales con un permiso especial a escuelas, al Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women Infants Children, WIC), a Head Start, a consultorios médicos, centros de atención de largo plazo y a otros lugares de la comunidad, para hacer evaluaciones. También prestan algunos servicios de prevención mientras están allí, como la aplicación de flúor o flúor de plata, y enseñan a las personas cómo cuidar sus dientes.

En lugares donde no tenemos un higienista para hacer esto, trabajamos con otras organizaciones. Los servicios que recibe en la comunidad deberían ser gratuitos si están cubiertos en su plan. Si no está seguro, puede preguntar a la persona que lo está atendiendo o puede llamar a Servicios para Miembros.

Puntos de acceso abierto

En la mayoría de las regiones en Oregón, tenemos acuerdos especiales con centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), centros de salud comunitarios rurales (RCHC). Estos acuerdos especiales permiten que a nuestros miembros los vean en este tipo de centros sin que los asignen a ese centro y sin una remisión.

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

Transporte gratuito para recibir atención

Transporte gratuito a las citas para todos los miembros de la UHA.

Si necesita ayuda para llegar a una cita, llame a Bay Cities Brokerage (BCB) para coordinar el servicio de transporte gratuito.

Usted o su representante pueden pedir el transporte. Podemos darle un boleto de autobús, dinero para un taxi o que un conductor pase por usted. Podemos pagarle la gasolina a usted, a un familiar o a un amigo para que lo lleve. No hay ningún costo para usted por este servicio. UHA nunca le facturará por el transporte de ida y vuelta a los servicios cubiertos.

Puede solicitar a Bay Cities Brokerage que le reembolse los gastos de viaje. Para ello, llame a BCB y comuníqueles que quiere solicitar un reembolso. Le enviarán un formulario de reembolso por correo postal, fax o correo electrónico. Complete el formulario con la información de su viaje, las fechas y el motivo del mismo. Asegúrese de adjuntar los recibos de los gastos que quiere que cubran, como gasolina, comidas o alojamiento, si está permitido.

Cuando esté listo, envíe el formulario y los recibos a BCB por correo postal, fax o correo electrónico, usando los datos que aparecen en el formulario. Guarde una copia de todo lo que envíe para su propio expediente.

- Bay Cities Brokerage revisará su solicitud.
- Si se aprueba, le enviarán el pago.

Programe un viaje

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

Horario: 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 call center de BCB está cerrado en los siguientes días festivos:

- Día de Año Nuevo
- Día de la Conmemoración de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de los Veteranos
- Día de Acción de Gracias
- Navidad

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

Puede conseguir transporte para el mismo día o el día siguiente. Llame a BCB.

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

Qué puede esperar cuando llame

UHA tiene personal en su call center que puede ayudarlo con el transporte en el idioma que prefiera y de una manera que pueda entender. Esta ayuda es gratuita.

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

Cuando llame para programar el transporte, le preguntaremos:

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

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

Si pide transporte con menos de dos (2) días de antelación a la hora programada de recogida, le daremos el teléfono de la compañía que coordinará su transporte. También podemos darle el nombre y teléfono del conductor que lo recogerá.

Recogida y regreso

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

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

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

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

Puede pedir que un amigo o familiar lo lleve a la cita. Se les puede reembolsar (pagar) las millas que recorran. Más información en la Guía del pasajero de UHA. Obtenga la Guía del pasajero de UHA en: <https://www.umpquahealth.com/members/benefits-programs/get-a-ride/>. Puede también llamar a Atención al Cliente al 541-229-4842 y pedir una copia impresa gratuita.

Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero:

Usted tiene derecho a:

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

Sus responsabilidades son:

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

Cancelar o cambiar su viaje

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

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, puede dejar un mensaje. Comuníquese con BCB si tiene alguna pregunta o necesita hacer cambios en su viaje.

Cuando usted no se presenta

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

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

Si se deniega el transporte

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

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

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

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

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

Obtenga más información sobre quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias en la página 107.

Guía del pasajero

Obtenga la Guía del pasajero de BCB en: <https://www.umpquahealth.com/members/benefits-programs/get-a-ride/>. Usted o su representante también pueden llamar a Atención al Cliente al 541-229-4842 para pedir una copia impresa gratuita. Se la enviaremos en 5 días hábiles. La copia impresa puede estar en el idioma y formato que prefiera.

La guía tiene más información, como:

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

Cómo recibir atención por video o teléfono

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

- Un teléfono (audio)
- Un teléfono inteligente (audio/video)
- Una tablet (audio/video)
- Una computadora (audio/video)

La telesalud significa que puede tener su cita por llamada telefónica o una videollamada. UHA cubrirá las visitas de telesalud. Para recibir telesalud, necesita un teléfono, tablet u otro dispositivo que permita videollamadas y llamadas telefónicas. UHA no proporciona ni ofrece asistencia con estas tecnologías. Este servicio lo proporcionan nuestros proveedores contratados. Si no cuenta con un dispositivo para una cita por telesalud, pero necesita que lo atiendan de esa manera, comuníquese con UHA para recibir ayuda. Podemos ofrecer otras soluciones posibles. Si no tiene acceso a Internet o video, también puede hablar con su proveedor sobre la mejor opción para usted. Los servicios de telesalud son gratuitos.

Si no tiene acceso a Internet o video, también puede hablar con su proveedor sobre la mejor opción para usted.

Cómo buscar proveedores de telesalud

No todos los proveedores tienen opciones de telesalud. Debe preguntar por telesalud cuando llame para programar su cita. Para buscar un proveedor que preste estos servicios, puede llamar a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 7113. También puede acceder en línea al Directorio de Proveedores en portal.umpquahealth.com/ClientApp/providers. Haga clic en “yes” (“sí”) en “Telehealth” (“Telesalud”):

The image shows a web form for searching providers. At the top, there are three tabs: 'Centros', 'Proveedores' (which is selected), and 'Farmacias'. Below the tabs, there are several input fields for search criteria: 'Nombre del proveedor', 'Sexo', 'Tipo de proveedor', 'Idioma', 'Ciudad', 'Código postal', 'Acepta nuevos pacientes', 'Rango de edad', 'Accesible según la ADA', and 'Telehealth'. The 'Telehealth' dropdown menu is currently set to 'Sí'. A large black arrow points from the text above to the 'Telehealth' dropdown.

Si tiene algún problema de audio o video con su visita de telesalud, asegúrese de solucionarlo con su proveedor.

Cuándo usar telesalud

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

Algunos ejemplos de cuándo puede usar telesalud son:

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

La telesalud no se recomienda para emergencias. Si siente que su vida está en peligro, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. En la página 86 encontrará la lista de hospitales con salas de emergencias.

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

Las visitas de telesalud son privadas

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

Abajo se presenta una lista de los centros médicos de la comunidad que pueden prestarle servicios de telesalud según sus necesidades:

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

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) en la página 15.

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

Tiene derecho a:

- Recibir servicios de telesalud en el idioma que necesite.
- Tener proveedores que respeten su cultura y sus necesidades de idioma.
- Recibir servicios de interpretación calificados y certificados para usted y su familia. Obtenga más información en las páginas 9-10.
- Acceder a consultas en persona, no solo a visitas por telesalud.
 - UHA se asegurará de que tenga la opción de cómo tener sus visitas. Un proveedor no puede obligarlo a usar telesalud, a menos que haya un estado de emergencia declarado o que el centro esté usando su plan en caso de desastre.
- Recibir apoyo y tener las herramientas necesarias para la telesalud.
 - UHA ayudará a identificar cuál es la herramienta de telesalud más adecuada para usted.
 - La CCO se asegurará de que su proveedor haga una evaluación para determinar si la telesalud es adecuada para usted. Esto incluye, pero no se limita a:
 - Necesidad de un formato alternativo
 - Acceso a los dispositivos necesarios
 - Acceso a un lugar privado y seguro
 - Acceso a servicio de internet
 - Información de los dispositivos digitales
 - Aspectos culturales

Hable con su proveedor sobre la telesalud. Si necesita o prefiere visitas en persona, y su proveedor es únicamente un proveedor de telesalud, avísenos. Pueden remitirlo a otro proveedor y avisar a UHA. Usted puede elegir cómo recibir su atención, y UHA puede ayudar a coordinar la atención con otro proveedor. También puede llamar a Atención al Cliente al 541-229-4842 (TTY 711). Atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Medicamentos con receta

Para surtir una receta, puede ir a cualquier farmacia de la red de UHA. Puede buscar una lista de las farmacias con las que trabajamos en nuestro directorio de proveedores:

<https://www.umpquahealth.com/members/benefits-programs/pharmacy/>.

- También tiene derecho a recibir servicios de interpretación y ayudas auxiliares en la farmacia.
- También tiene derecho a que le traduzcan las etiquetas de las recetas.

Para todas las recetas cubiertas por UHA, lleve a la farmacia:

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

Medicamentos con receta cubiertos

La lista de medicamentos cubiertos de UHA está en:

<https://www.umpquahealth.com/members/benefits-programs/pharmacy/>.

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

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

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

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

Cómo pedir a UHA que cubra medicamentos con receta

Cuando su proveedor pida a UHA que apruebe o cubra una receta:

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

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

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

Llame a Atención al Cliente de Farmacias de UHA al 541-229-4842 (TTY 711) si tiene preguntas.

Farmacia de pedidos por correo

UHA tiene tres farmacias dentro de la red, disponibles para todos nuestros miembros, que envían ciertos medicamentos a su domicilio. Esto se conoce como farmacia de pedidos por correo. Si recoger su receta en una farmacia es difícil para usted, la farmacia de pedidos por correo puede ser una buena opción. Llame a Atención al Cliente de Farmacias de UHA al 541-229-4842 (TTY 711) para:

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

OHP paga los medicamentos para la salud conductual

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

- UHA y su proveedor lo ayudarán a recibir los medicamentos que necesite.
- La farmacia envía la factura de su receta directamente a OHP. UHA y su proveedor lo ayudarán a recibir los medicamentos de salud conductual que necesite. Hable con su proveedor si tiene preguntas. También puede llamar a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 (TTY 711).

Cobertura de recetas para miembros con Medicare

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

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

Si tiene la Parte D, muestre su tarjeta de ID de Medicare y su tarjeta de ID de UHA en la farmacia.

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

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en la página 96.

Cómo recibir medicamentos con receta antes de un viaje

Si tiene planificado viajar fuera del estado, asegúrese de tener suficientes medicamentos para el viaje. Para esto, pida que le resurtan la receta antes de tiempo. A esto se le llama una excepción por vacaciones. Llame a UHA al 541-229-4842 (TTY 711) para determinar si esta es una buena opción para usted.

Hospitales

Trabajamos con los hospitales mencionados abajo para la atención en el hospital. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital. Algunos hospitales tienen una sala de emergencias completa para atender a personas con una crisis de salud mental, pero puede acudir a cualquier hospital en busca de ayuda.

Roseburg

Mercy Medical Center

Sala de emergencias completa: Sí

2570 NW Edenbower Blvd,
Roseburg, OR 97471

541-673-0611,
TTY 541-677-2143, llamada
sin costo no disponible

<https://chimercyhealth.com/>

Reedsport

Lower Umpqua Hospital

Sala de emergencias completa: Sí

600 Ranch Road,
Reedsport, OR 97467

541-271-2171, TTY no disponible,
llamada sin costo no disponible

<http://www.lowerumpquahospital.org>

Cottage Grove

PeaceHealth Cottage Grove

Sala de emergencias completa: Sí

1515 Village Drive, Cottage
Grove, OR 97424

541-529-4711, TTY no
disponible, llamada sin costo
no disponible

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

Atención de urgencia

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

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

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

Atención física de urgencia

Algunos ejemplos de atención física de urgencia son:

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

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

Puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, los fines de semana y en días festivos. Informe al consultorio del PCP que usted es miembro de UHA. Le darán consejos o una remisión. Si no puede comunicarse con su PCP por un problema urgente o si su PCP no puede atenderlo pronto, vaya a un centro de atención de urgencia o a una clínica de consulta sin cita. No necesita tener cita. Vea la lista de centros de atención de urgencia y clínicas de atención sin cita en la página 89.

La información de su PCP está en su tarjeta de identificación de UHA. Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 (TTY 711).

Si no sabe si su problema es urgente, aun así, llame al consultorio de su proveedor, aunque esté cerrado. Es posible que lo atienda un contestador automático. Deje un mensaje y diga que es un miembro de UHA. Puede recibir orientación o lo pueden remitir a otro lugar. Un representante de UHA le devolverá la llamada en un plazo de 30 a 60 minutos después de que haya llamado, para hablar sobre los siguientes pasos a seguir.

También puede llamar a la Línea directa de enfermería de UHA, disponible las 24 horas, para recibir ayuda en cualquier momento del día o de la noche. El teléfono es 888-516-6166 y atenderán llamadas fuera de horario que sean urgentes o una emergencia. Si hace una llamada que sea urgente o de emergencia, recibirá una respuesta en un plazo de 30 minutos. Si se determina que su llamada no es urgente, recibirá una respuesta en un plazo de 60 minutos para recopilar más información. Usted o su representante recibirán una respuesta lo antes posible para cualquier llamada urgente o de emergencia. Si no tiene una emergencia y necesita contactar a UHA cuando estamos cerrados, puede llamarnos a nuestro número habitual y dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

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

Centros de atención de urgencia y clínicas de atención sin cita en el área de UHA: Condado de Douglas

Evergreen Urgent Care Edenbower

- Horario: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., y sábado y domingo de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Teléfono: 541-677-7200
- Dirección: 2570 NW Edenbower Blvd, Roseburg, OR 97471

Evergreen Urgent Care North

- Horario: 7 días a la semana, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Teléfono: 541-529-4711
- Dirección: 249 Dakota Street, Sutherlin, OR 97479

Umpqua Health Newton Creek

- Horario: lunes a sábado, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
- Teléfono: 541-229-7038
- Dirección: 3031 NE Stephens St, Roseburg OR 97470

Atención dental urgente

Algunos ejemplos de atención dental urgente son:

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

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

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

Atención de emergencia

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

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

Emergencias físicas

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

- Huesos rotos
- Sangrado que no se detiene
- Posible ataque cardíaco
- Pérdida de la consciencia
- Convulsión
- Dolor intenso
- Dificultad para respirar
- Reacciones alérgicas

Más información sobre la atención médica de emergencia:

- Llame a su PCP o a Atención al Cliente de UHA en un plazo de tres (3) días después de recibir atención de emergencia.
- Tiene derecho a ir a cualquier hospital u otro centro dentro los Estados Unidos.
- La atención de emergencia incluye los servicios después de la estabilización (atención posterior). Los servicios de atención posterior son servicios cubiertos relacionados con una condición de emergencia. Estos servicios se prestan después de que lo hayan estabilizado. Ayudan a mantener su condición estable. Ayudan a mejorar o arreglar su condición.

Busque la lista de hospitales con sala de emergencias en la página 89.

Emergencias dentales

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

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

Si tiene una emergencia dental, llame a su dentista de atención primaria (PCD). Lo atenderán en un plazo de 24 horas. Algunos consultorios tienen horarios de emergencias para consultas sin cita. Si tiene una emergencia dental y su dentista o PCP no puede atenderlo, no necesita permiso para recibir atención dental de emergencia. Puede ir a una sala de emergencias o llamar a Atención al Cliente al 541-229-4842 y obtener ayuda para encontrar atención dental de urgencia.

Si ninguna de estas opciones da resultado, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias.

Si necesita una ambulancia, llame al 911. Busque la lista de hospitales con sala de emergencias en la página 89.

Crisis y emergencias de salud conductual

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

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

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

Números locales y de 24 horas para crisis, centros de crisis para consulta sin cita y de acogida

Para servicios específicos de la Línea 988 según cultura e idioma:

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 consejero capacitado en LGBTQIA+.



LÍNEA 988 DE PREVENCIÓN
DEL SUICIDIO Y CRISIS

Puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al 988. Este número es una Línea de Prevención del Suicidio y Crisis en la que puede recibir el apoyo atento y compasivo de consejeros de crisis capacitados las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Adapt Integrated Health Care

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

Da acceso el mismo día a consulta sin cita para los servicios de crisis de salud conductual de las 8:00 a. m. a las 5:00 p. m.

Servicios móviles de crisis Adapt:

Los consejeros móviles para atender crisis pueden responder a llamadas al 911 y ayudar a prevenir arrestos. Si llama al 911 por una crisis de salud mental, solicite ayuda de los servicios móviles. Un consejero de salud mental y un administrador de casos lo ayudarán a calmar la situación. También pueden darle apoyo y otros recursos.

Línea de vida para la prevención del suicidio

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

Apoyo para adolescentes

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

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

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

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

Estas son algunas de las cosas que UHA hace para apoyar la estabilización en la comunidad:

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

Para más información sobre los servicios de salud conductual que se ofrecen, vaya a la página 52.

Prevención del suicidio

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

Señales de advertencia frecuentes de suicidio

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

Estas son algunas señales de advertencia de suicidio:

- Hablar de querer morir o suicidarse.
- Planear una forma de suicidarse, como comprar un arma.
- Sentirse sin esperanza o sin motivos para vivir.
- Sentirse atrapado o con un dolor insoportable.
- Hablar de ser una carga para otros.
- Regalar posesiones preciadas.
- Pensar y hablar mucho sobre la muerte.
- Consumir más alcohol o drogas.
- Actuar ansioso o agitado.
- Comportarse de forma imprudente.
- Retraerse o sentirse aislado.
- Tener cambios de humor radicales.

Nunca mantenga en secreto pensamientos o conversaciones sobre el suicidio.

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

- Consulte la lista de las líneas en caso de crisis en las páginas 88-89.
- Línea Nacional de Prevención del Suicidio: Llame al 988 o visite <https://988lifeline.org/>.
- Línea de apoyo en memoria de David Romprey: 800-698-2392.
- Línea para mensajes de texto en caso de crisis: Texto 741741.
- Para la prevención del suicidio de adolescentes: Línea para jóvenes: 877-968-8491 o envíe el mensaje de texto teen2teen al 839863.
- También puede buscar en línea el teléfono en caso de crisis de salud mental de su condado. Pueden hacerle una evaluación y ayudarlo a recibir los servicios que necesita.

Para recibir una lista de otras líneas directas en casos de crisis, vaya a la página 89 o visite <https://adaptoregon.org/services/mental-health/>.

Atención de seguimiento después de una emergencia

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

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

Atención lejos de casa

Atención planificada fuera del estado

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

- Necesite un servicio que no está disponible en Oregon.
- O si el servicio tiene un costo razonable.

Para obtener más información sobre cómo puede resurtir su receta antes de su viaje lea la página 82.

Atención de emergencia lejos de casa

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

No pague los servicios de atención médica de emergencia. Si usted paga la factura de la sala de emergencias, UHA no está autorizada a reembolsarle el pago. Lea la página 90 para saber qué hacer si le cobran una factura.

La atención de emergencia solo está cubierta en los Estados Unidos.

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

1. Asegúrese de llevar la tarjeta de identificación de Oregon Health y la tarjeta de identificación de UHA cuando viaje fuera del estado.
2. Muéstreles su tarjeta de ID de UHA y pídale que facturen a UHA.

3. No firme ninguna documentación hasta que sepa que el proveedor facturará a UHA. Algunas veces UHA no puede pagar su factura si se firmó un formulario de acuerdo de pago. Para obtener más información sobre este formulario vea la página 101.
4. Puede pedir a la sala de emergencias o a la oficina de facturación del proveedor que se comuniquen con UHA si quieren verificar su seguro o si tienen preguntas.
5. Si necesita asesoría sobre qué debe hacer o necesita atención que no sea de emergencia cuando esté lejos de casa, llame a UHA para recibir ayuda.

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

Si recibe una factura, vea abajo la sección “Si su proveedor le envía una factura, no la pague”.

Facturas por servicios

Los miembros del OHP no pagan facturas por los servicios cubiertos

Cuando programe su primera visita con un proveedor, diga en el consultorio que usted es miembro de UHA. También avíseles si tiene otro seguro. Esto ayudará al proveedor a saber a quién le debe hacer la factura. Lleve su tarjeta de identificación a todas las visitas médicas. UHA paga por todos los servicios médicos cubiertos, médicamente necesarios y apropiados de acuerdo con la lista priorizada de servicios médicos.

Un proveedor dentro de la red de UHA (para ver la lista de proveedores dentro de la red, busque la página 30) o alguien que trabaje para él no puede facturarle ni intentar cobrarle ninguna cantidad de dinero que UHA deba cubrir y de la que usted no sea responsable.

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

- Las citas perdidas no se le pueden facturar a usted ni a OHP.
- Si su proveedor no envía los documentos adecuados o no obtiene una aprobación, usted no puede recibir una factura por eso. Esto se conoce como error del proveedor.

Los miembros no pueden recibir facturas por saldos o facturas inesperadas.

Cuando un proveedor cobra al paciente la cantidad restante de la factura, después del pago de UHA, a eso se le llama facturación del saldo. También se llama factura inesperada. La cantidad es la diferencia entre la cantidad real facturada y la cantidad que paga UHA. Esto pasa más frecuentemente cuando va con un proveedor fuera de la red. Usted no es responsable de estos costos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente al 541-229-4842. Para obtener más información sobre facturas inesperadas, visite <https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf>.

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

Llame a UHA para recibir ayuda de inmediato al 541-229-4842 (TTY 711).

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

Puede haber servicios por los que tenga que pagar

Por lo general, con UHA, no tendrá que pagar ninguna factura médica. Cuando necesite atención, hable con su proveedor sobre sus opciones. El consultorio del proveedor verificará con UHA para saber si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si usted decide recibir un servicio que no está cubierto, es posible que deba pagar la factura. Esto solo ocurre cuando se ha hablado del tema y se ha firmado un Formulario de acuerdo de pago. (Obtenga más información en la página 94)

Tendrá que pagar al proveedor si:

- **Recibe atención de rutina fuera de Oregón.** Recibe servicios fuera de Oregón que no son de atención de urgencia ni de emergencia.
- **No le dice al proveedor que tiene el OHP.** Usted no le dijo al proveedor que tiene UHA, otro seguro o dio un nombre que no coincidía con el de la ID de UHA en el momento o después de que se le prestó el servicio, por lo que el proveedor no pudo facturar a UHA. Los proveedores deben verificar su elegibilidad de UHA en el momento del servicio y antes de facturar o hacer cobros. Deben obtener información sobre la cobertura antes de facturarle.
- **Siguen denegándole un servicio.** Usted o su representante solicitaron la continuación de beneficios durante un proceso de apelación y audiencia de caso impugnado, y la decisión final no fue a su favor. Tendrá que pagar los gastos por los servicios denegados desde la fecha de entrada en vigor del aviso de acción o del aviso de resolución de apelación.
- **Recibe dinero por servicios debido a un accidente.** Si un tercero pagador, como el seguro de un auto, le envió cheques por servicios que recibió de su proveedor y usted no usó esos cheques para pagar al proveedor.
- **No trabajamos con ese proveedor.** Cuando elija ver a un proveedor que no esté en la red de UHA, es posible que deba pagar por sus servicios. Antes de ir con un proveedor que no esté dentro de la red de UHA, debe llamar a Atención al Cliente o coordinarlo con su PCP. Puede ser necesario que haya aprobación previa o puede ser que haya un proveedor de la red que se adapte a sus necesidades. Para recibir una lista de proveedores dentro de la red consulte la página 30.

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

Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos o no cubiertos, comuníquese con Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 (TTY 711).

Pueden pedirle que firme un formulario de Acuerdo de pago

Se usa un formulario de acuerdo de pago cuando usted quiere un servicio que no cubren UHA ni OHP. El formulario también se conoce como renuncia. Solo se le puede facturar por un servicio si firma el formulario de Acuerdo de Pago. No debe sentirse obligado a firmar el formulario. Puede ver una copia del formulario en <https://bit.ly/OHPwaiver>.

No es necesario que firme el formulario de Acuerdo de Pago si no quiere hacerlo. Si no está seguro de si debe firmar el formulario de Acuerdo de pago o tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto, comuníquese con Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 (TTY 711) para recibir ayuda. Si UHA o su proveedor le dicen que OHP no cubre el servicio, aún tiene derecho a oponerse a esa decisión presentando una apelación y pidiendo una audiencia. Vea la página 107.

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

- El formulario debe tener el costo calculado del servicio. Este debe ser el mismo que el de la factura.
- El servicio está programado en un plazo de 30 días después de la fecha en que firmó el formulario.
- El formulario dice que el OHP no cubre el servicio.
- El formulario dice que usted acepta pagar la factura.

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

Facturas por atención de emergencia lejos de casa o del estado

Ya que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas de OHP (Medicaid) de Oregón, es posible que le facturen. No se le debe facturar por la atención de emergencia ni por la atención después de la hospitalización. Comuníquese con Atención al Cliente de UHA si recibe una factura. Tenemos recursos para ayudar.

Llámenos de inmediato si recibe una factura de proveedores fuera del estado. Algunos proveedores envían las facturas sin pagar a agencias de cobro e incluso pueden demandarlo ante un tribunal para que las pague. Es más difícil solucionar el problema cuando esto pasa. En cuanto reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con Atención al Cliente de UHA tan pronto como sea posible al 541-229-4842 (TTY 711).
Horario: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Si recibe documentos de un tribunal, llámenos de inmediato. También puede llamar a un abogado o a la línea directa de Beneficios Públicos al 800-520-5292 para recibir asesoramiento legal gratuito. Hay leyes del consumidor que pueden ayudarlo cuando recibe una factura que no corresponde mientras esté en el OHP.
- Si recibió una factura porque UHA denegó su reclamo, comuníquese con Atención al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, su derecho a una apelación y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros en las páginas 107-114.
 - También puede apelar mediante una carta a UHA diciendo que no está de acuerdo con la factura porque usted estaba en OHP en el momento del servicio.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas

- Le recomendamos mucho que llame a Atención al Cliente antes de que acepte pagar a un proveedor.
- Si su proveedor le pide que haga un copago, ¡no lo pague! Pida al personal del consultorio que llame a UHA.
- UHA paga todos los servicios cubiertos según la Lista priorizada de servicios médicos; vea las páginas 44-46.
- Para recibir una lista breve de los beneficios y servicios que cubren sus beneficios del OHP con una UHA, que también cubre la administración de casos y la coordinación de la atención, lea las páginas 44-59. Si tiene alguna pregunta sobre lo que está cubierto, puede hablar con su PCP o llamar a Atención al Cliente de UHA.
- Ningún proveedor dentro de la red de UHA ni nadie que trabaje para ellos puede facturar a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobros ni iniciar una acción civil contra un miembro para cobrar cualquier dinero que deba UHA por servicios que usted no debe pagar.
- Nunca se cobra a los miembros por el transporte a las citas cubiertas. Vea la página 76 Los miembros pueden pedir reembolsos por el transporte a las visitas cubiertas o recibir pases de autobús para ir a las visitas cubiertas.
- Por lo general, las protecciones para que no le facturen solo se aplican si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía el OHP. Además, solo se aplican a los proveedores que trabajan con OHP, (pero la mayoría de los proveedores lo hacen).
- Algunas veces, su proveedor no completa los documentos correctamente. Cuando esto sucede, es posible que no se les pague. Eso no significa que usted deba pagar. Si ya recibió el servicio y nos negamos a pagarle a su proveedor, aun así el proveedor no puede facturarle a usted.
- Es posible que reciba un aviso de nosotros comunicándole que no pagaremos el servicio. Ese aviso no significa que usted deba pagar. El proveedor anulará los cargos.
- Si UHA o su proveedor le dicen que OHP no cubre el servicio, aún tiene derecho a oponerse a esa decisión presentando una apelación y pidiendo una audiencia. Vea las páginas 107-114.
- En el caso de que UHA cierre, usted no es responsable de pagar los servicios que cubrimos o prestamos.

Miembros con OHP y Medicare

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

Si tiene ambos, usted no es responsable de:

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

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

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

Llame a Atención al Cliente para obtener más información sobre los beneficios que pagan Medicare y OHP (Medicaid), o para que lo ayuden a buscar un proveedor y cómo recibir los servicios.

Los proveedores facturarán a su Medicare y a UHA.

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

- Dele al proveedor su número de identificación de OHP y dígame que usted está cubierto por UHA. Si todavía le dicen que debe dinero, llame a Atención al Cliente al 541-229-4842 (TTY 711). Podemos ayudarlo.
- Obtenga más información sobre las pocas veces que un proveedor puede enviarle una factura en la página 94.

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

Cambios de CCO y traslado de la atención

Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO.

Si no tiene una CCO, su OHP se llama Pago por servicio u Open Card. Se llama “pago por servicio” porque el estado paga a los proveedores una tarifa por cada servicio que prestan. Los miembros de pago por servicio tienen los mismos tipos de beneficios de atención física, dental y salud conductual que los miembros de la CCO.

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

Miembros con Medicare y OHP (Medicaid)

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

Indios americanos y nativos de Alaska con prueba de herencia indígena

Puede recibir atención en un centro de Servicios de Salud Indígena, en una clínica médica/programa de salud tribal o en una clínica urbana y con pago por servicio de OHP.

Áreas de servicio con un solo CCO:

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

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

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

Áreas de servicio con más de una CCO:

Los miembros que tengan más de una CCO en su área de servicio pueden solicitar darse de baja y cambiarse a otra CCO en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “justificados”:

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

Los miembros que tengan más de una CCO en su área de servicio también pueden pedir darse de baja y cambiar de CCO en cualquier momento por los siguientes motivos “sin causa justificada”:

- En un plazo de 30 días desde la inscripción si:
 - No quiere el plan en el que estaba inscrito o

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

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

Cómo cambiar o dejar su CCO

Cosas que debe considerar: UHA quiere asegurarse de que usted recibe la mejor atención posible. UHA puede darle algunos servicios que ni FFS ni Open Card pueden. Cuando tenga un problema para recibir la atención adecuada, déjenos intentar ayudarlo antes de dejar la UHA.

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

Dígale al OHP si quiere cambiar o dejar su CCO. Usted o su representante pueden llamar a Atención al Cliente de OHP al 800-699-9075 o a Servicios al cliente de OHP 800-273-0557 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., PT. Puede usar su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o enviar un correo electrónico a OHP a Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov. La fecha de inicio de la cancelación de la inscripción será el primer día del mes siguiente a la aprobación de la cancelación de OHA.

Puede recibir atención mientras cambia su CCO. Vea la página 97 para obtener más información.

Las familias de adopción y tutela deben comunicarse con el coordinador de elegibilidad médica e inscripción para adopción y tutela en:

- Llame al: 503-509-7655
- Correo electrónico: Cw-aa-ga-medicalassist@odhsos.oregon.gov
- En línea: <https://www.oregon.gov/odhs/adoption/Pages/assistance.aspx>

UHA puede pedirle que se dé de baja por algunos motivos.

UHA puede pedirle a OHA que lo elimine de nuestro plan si usted:

- Es abusivo, no coopera o molesta a nuestro personal o proveedores. Excepto cuando el comportamiento sea por su necesidad de atención médica especial o discapacidad.
- Comete fraude u otros actos ilegales, como dejar que otra persona use sus beneficios de atención médica, cambiar una receta médica, robo u otros actos de delincuencia.
- Es violento o amenaza con violencia. Esto puede dirigirse a un proveedor de atención médica, su personal, otros pacientes o personal de UHA. Cuando el acto o la amenaza de violencia

perjudique seriamente la capacidad de UHA para prestarle servicios a usted o a otros miembros.

Debemos solicitar la aprobación de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) antes de eliminarlo de nuestro plan. Si la OHA aprueba la solicitud, recibirá una carta en la que lo informarán que cancelaron su inscripción (eliminado) de la CCO. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con el proceso o la decisión. Lea la página 107 para saber cómo presentar una queja o una apelación.

UHA no puede pedir que lo den de baja de nuestro plan por motivos relacionados con (entre otros):

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

Para obtener más información o si tiene preguntas sobre otros motivos por los que pueden cancelar su inscripción, excepciones de inscripción temporal o exenciones de inscripción, llame a UHA al 541-229-4842 o a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557.

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

Atención mientras cambia o deja una CCO

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

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

Cuando necesita recibir la misma atención mientras está cambiando de plan

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

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

El plazo de esta atención es de:

Tipo de membresía	Cuánto tiempo puede recibir la misma atención
OHP con Medicare (Doble elegibilidad con beneficios completos)	90 días
OHP únicamente	30 días por salud física y dental* 60 días por salud conductual*

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

Si está dejando la UHA, trabajaremos con su nueva CCO o con OHP para asegurarnos de que pueda recibir los mismos servicios mencionados abajo.

Si necesita atención mientras cambia de planes o tiene preguntas, llame a Atención al Cliente de UHA al: 541-229-4842 (usuarios de TTY, llamar al 711) Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m. PST

UHA se asegurará de que los miembros que necesitan la misma atención mientras cambian de plan reciban:

- Acceso continuo a la atención y a transporte para recibir atención.
- Servicios de su proveedor, aunque no esté en la red de UHA, hasta que ocurra una de estas cosas:
 - El curso de tratamiento prescrito mínimo o aprobado se complete o
 - Su proveedor decide que ya no se necesita su tratamiento. Si la atención es de un especialista, el plan de tratamiento lo revisará un proveedor calificado.
- Algunos tipos de atención continuarán hasta que esté completa con el proveedor actual. Estos tipos de atención son:
 - Atención antes y después del embarazo/parto (prenatal y posparto).

- Servicios de trasplante hasta el primer año después del trasplante.
- Radiación o quimioterapia (tratamiento del cáncer) durante el curso de tratamiento.
- Medicamentos con un curso de tratamiento mínimo definido que sea mayor que los plazos de transición de la atención indicados arriba.

Puede recibir una copia de la Política de Transición de la Atención de UHA llamando a Atención al Cliente al 541-229-4842. También está en nuestro sitio web, en la página del Programa de beneficios para miembros, en

https://www.umpquahealth.com/?swp_form%5Bform_id%5D=1&s=transition+of+care. Llame a Atención al Cliente de si tiene preguntas.

Decisiones al final de la vida

Directivas anticipadas

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

Si necesita más información sobre las políticas y procedimientos de UHA en relación con las directivas anticipadas, visite en línea:

https://www.umpquahealth.com/?swp_form%5Bform_id%5D=1&s=Advance+Directives+Policy

Las directivas anticipadas le permiten:

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

Cómo obtener más información sobre las directivas anticipadas

Podemos darle un folleto gratis sobre las directivas anticipadas. Se llama “Cómo tomar decisiones sobre atención médica” (“Making Health Care Decisions”). Solo llámenos para obtener más información, una copia del folleto y el formulario de Directivas anticipadas. Llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842.

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

- Los motivos para tener una Directiva anticipada.
- Las secciones en el formulario de la Directiva anticipada.
- Cómo completar o cómo recibir ayuda para completar una Directiva anticipada.

- A quién se le debe entregar una copia de una Directiva anticipada.
- Cómo hacer cambios en una Directiva anticipada.

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

Más información útil sobre las Directivas anticipadas

- Completar una directiva anticipada es su elección. Si decide no completar ni firmar la directiva anticipada, su cobertura o acceso a la atención seguirá igual.
- UHA no lo tratará distinto si decide no completar ni firmar una directiva anticipada.
- Si completa una directiva anticipada, asegúrese de hablar con sus proveedores y su familia sobre ella y de darles copias.
- UHA respetará cualquier decisión que esté mencionada en su Directiva anticipada completada y firmada. Si un médico con el que trabaja tiene objeciones morales para cumplir su Directiva anticipada, llame al servicio de atención al cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711. Podemos ayudarlo a encontrar otro proveedor que no tenga una objeción de conciencia.

Cómo reportar si UHA no siguió una Directiva anticipada

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

Health Licensing Office

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

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

Envíe por correo postal una queja a:

1430 Tandem Ave NE, Suite 180

Salem, OR 97301

Correo electrónico: hlo.info@odhsoha.oregon.gov

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

Puede presentar una queja al Programa de Licencias y Certificación de Centros Médicos (Health Facility Licensing and Certification Program) si un centro (como un hospital) no cumple lo que usted pide en su directiva anticipada.

Health Facility Licensing and Certification Program

Envíela a: 800 NE Oregon Street, Suite 465

Portland, OR 97322

Correo electrónico: mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov

Fax: 971-673-0556

En línea:

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

Llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 (TTY 711) para recibir una copia impresa del formulario de queja.

Cómo cancelar una Directiva anticipada

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

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

Órdenes médicas portátiles para tratamiento de soporte vital (POLST)

Una POLST es un formulario médico que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos sigan sus deseos de tratamiento cerca del final de la vida. En ningún momento tiene la obligación de completar una POLST, pero si tiene enfermedades graves u otras razones por las que no quiere todo tipo de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario. Las POLST son diferentes de las Directivas anticipadas:

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

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

Envíe un correo electrónico a: polst@ohsu.edu, o llame a POLST de Oregon al 503-494-3965.

Declaración para el tratamiento de salud mental

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

¿Para qué sirve este formulario?

El formulario muestra qué tipo de atención quiere recibir si alguna vez no puede tomar sus propias

decisiones. Solo un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no puede tomar decisiones sobre su salud mental.

Con este formulario podrá tomar decisiones sobre el tipo de atención que quiere y no quiere. Puede usarse para nombrar a un adulto que tome decisiones sobre su atención. La persona que nombre debe estar de acuerdo en hablar en su nombre y seguir sus deseos. Si sus deseos no están por escrito, esa persona decidirá lo que usted querría.

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

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

Si su proveedor no sigue la voluntad de su formulario, puede presentar una queja. Encontrará un formulario para esto en www.healthoregon.org/hcrqi. Envíe su queja a:

Health Care Regulation and Quality Improvement

800 N.E. Oregon St., #465

Portland, OR 97232

Correo electrónico: Mailbox.HCLC@odhsoha.oregon.gov

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

Fax: 971-673-0556

Reportes de fraude, despilfarro y abuso

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

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

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

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

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

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

- Obtener artículos del programa Medicaid y revenderlos
- Que alguien use la identificación de otra persona para recibir beneficios

UHA tiene el compromiso de prevenir fraudes, despilfarros y abusos. Cumpliremos todas las leyes relacionadas, incluyendo la Ley de demandas falsas del estado (State's False Claims Act) y la Ley federal de demandas falsas (Federal False Claims Act).

Cómo reportar fraudes, despilfarro y abuso.

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

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

- Llame a nuestra línea directa: 844-348-4702 (TTY 711)
Fax: 541-229-9982
Envíe un reporte en línea:
<https://secure.ethicspoint.com/domain/media/en/gui/50894/index.html>
Escriba a: Compliance Officer
Umpqua Health Alliance
3031 NE Stephens St.
Roseburg, OR 97470

O

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

ODHS Fraud Investigation Unit

P.O. Box 14150
Salem, OR 97309

Línea directa: 1-888-FRAUD0 1 (888-372-8301)

Fax: 503-373-1525 Attn: Línea directa

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

O

OHA Office of Program Integrity

500 Summer St. NE, E-36
Salem, OR 97301

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

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

O

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)

Oregon Department of Justice
100 SW Market Street
Portland, OR 97201

Teléfono: 971-673-1880

Correo electrónico: Medicaid.Fraud.Referral@doj.state.or.us

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

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

Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales

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

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

Llame a nuestro equipo de Atención al Cliente de UHA	Escriba o envíe un correo electrónico
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Teléfono: 541-229-4842 Llamada sin costo: 866-672-1551 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 proporcionaremos ayuda para completar formularios y otros pasos necesarios para presentar una queja formal (queja), apelación o audiencia. Esto podría ser:

- Ayuda de un trabajador médico de la comunidad calificado (por ejemplo, especialista en personas con experiencias similares o asistente personal) o servicios de coordinación de la atención.
- Servicios de intérprete o ayudas y servicios auxiliares (ayuda o apoyo adicional).
- Una carta en un idioma o formato diferente. Explicación del proceso de quejas formales (quejas), apelaciones y audiencias o proporcionando las políticas o los documentos.

Puede presentar una queja

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

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

Tiene derecho a presentar una queja si no está satisfecho con alguna parte de su atención. Intentaremos mejorar las cosas. Simplemente llame a Atención al Cliente de UHA al 541-229-4842 o TTY 711. También puede presentar una queja ante la OHA u Ombuds. Puede comunicarse con OHA al 1-800-273-0557 o con Ombuds al 1-877-642-0450.

o

Escriba a:

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

También puede buscar un formulario de quejas en www.umpquahealth.com/appeals-and-grievances. Puede presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea una denegación de servicio o de beneficios y en cualquier momento, de forma oral o por escrito. Si presenta una queja ante la OHA, se enviará a UHA.

Ejemplos de razones por las que puede presentar una queja:

- Problemas para programar citas o conseguir transporte.
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de donde vive.
- Los proveedores, el personal de los proveedores, los conductores o UHA no lo respetan o no lo comprenden.
- Atención de la que no estaba seguro, pero que recibió de todos modos.
- Facturas por servicios que no aceptó pagar.
- Disputas sobre las propuestas de extensión de UHA para tomar decisiones de aprobación.
- Seguridad del conductor o del auto.
- Calidad del servicio que recibió.

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

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

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

Si no está satisfecho con la forma en que tratamos su queja, puede avisarlo a la Unidad de Servicio al Cliente de OHP llamando al 1-800-273-0557 o comunicándose con el Programa Ombuds de la OHA. Los defensores de los derechos del paciente (Ombuds) son representantes de los miembros de OHP y harán todo lo posible por ayudarlo. Envíe un correo electrónico seguro a www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx o deje un mensaje en 877-642-0450.

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

UHA, sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden:

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

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

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

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

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

¿No está de acuerdo con nuestra decisión?

Siga estos pasos:

1	Pida una apelación Debe pedirla en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Llame o envíe un formulario.
2	Espere nuestra respuesta Tenemos 16 días para responder. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.
3	Lea nuestra decisión ¿Sigue sin estar de acuerdo? Puede pedir al estado que la revise. A esto se le llama audiencia.
4	Pida una audiencia Debe solicitarla en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión sobre la apelación.

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

Paso 1

Presente una apelación.

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

Llámenos al 541-229-4842 (TTY 711) o use el formulario Solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.

Puede enviar el formulario o la solicitud por escrito a:

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

También puede enviar por fax el formulario o la solicitud por escrito al 541-677-5881. Si tiene alguna pregunta, puede enviar un correo electrónico a UHAGrievance@umpquahealth.com.

¿Quién puede presentar una apelación?

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

Paso 2

Espere nuestra respuesta.

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

Para apoyar su apelación, usted tiene derecho a:

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

Debe hacer estas cosas en los plazos de apelación que se mencionan abajo.

¿Cuánto tiempo tienen para revisar mi apelación?

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

	<p>¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida?</p> <p>Puede pedir una apelación rápida. También se llama apelación expedita. Llámenos o envíe por fax el formulario de solicitud. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review. Pida una apelación rápida si esperar por una apelación normal podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Lo llamaremos y le enviaremos una carta en un plazo de 1 día hábil para avisarle que recibimos su solicitud de apelación rápida.</p> <p>¿Cuánto tiempo tarda una apelación rápida?</p> <p>Si obtiene una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan rápido como se necesite por su salud, como máximo 72 horas a partir de la recepción de la solicitud de apelación rápida. Haremos todo lo posible por comunicarnos con usted y su proveedor por teléfono para informarlos de nuestra decisión. También recibirá una carta.</p> <p>Si usted lo pide o si necesitamos más tiempo, podemos extender el plazo hasta 14 días.</p> <p>Si se deniega una apelación rápida o se necesita más tiempo, lo llamaremos y recibirá un aviso por escrito en dos días. Una solicitud de apelación rápida denegada se convertirá en una apelación estándar y debe resolverse en 16 días o posiblemente extenderse 14 días más.</p> <p>Si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de apelación o si se deniega una apelación rápida, tiene derecho a presentar una queja.</p>
Paso 3	<p>Lea nuestra decisión.</p> <p>Le enviaremos una carta con nuestra decisión de la apelación. Esta carta de decisión de la apelación también se llama Aviso de resolución de apelación (NOAR). Si está de acuerdo con la decisión, no tiene que hacer nada.</p>
Paso 4	<p>¿Sigue sin estar de acuerdo? Pida una audiencia.</p> <p>Usted tiene el derecho de pedir al estado que revise la decisión de apelación. A esto se le llama pedir una audiencia. Debe pedir una audiencia en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión de la apelación (NOAR).</p> <p>¿Qué pasa si necesito una audiencia más rápida?</p> <p>Puede pedir una audiencia rápida. A esto también se le llama audiencia expedita.</p> <p>Use el formulario de audiencia en línea en https://bit.ly/ohp-hearing-form para pedir una audiencia normal o una audiencia más rápida.</p>

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

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

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

¿Quién puede pedir una audiencia?

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

¿Qué ocurre en una audiencia?

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

Preguntas y respuestas sobre las apelaciones y las audiencias

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

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

Los proveedores no deben denegar un servicio. Tienen que preguntar a UHA si usted puede recibir aprobación para un servicio.

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

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

Si tardamos más de 30 días en responder a su apelación, puede pedir una revisión al estado. A esto se le llama audiencia. Para pedir una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o use el formulario de audiencia en línea en <https://bit.ly/ohp-hearing-form>.

¿Puede otra persona representarme o ayudarme en una audiencia?

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

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

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

Si ha estado recibiendo el beneficio o servicio que se le denegó y dejamos de ofrecérselo, usted o su representante autorizado, con una autorización por escrito, puede pedirnos que lo sigamos prestando durante el proceso de apelación y las audiencias.

Debe solicitarlo en un plazo de 10 días a partir de la fecha de este aviso o de la fecha en que esta decisión entre en vigor, lo que ocurra más tarde. Puede pedirlo por teléfono, carta o fax.

- Puede llamarnos al 541-229-4842 (TTY 711).
o
- Use el formulario solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.
- **Responda “sí” a la pregunta sobre la continuación de los servicios en el recuadro 8 de la página 4 del formulario *Solicitud para revisar una decisión de atención médica*.**

Puede enviar el formulario a **Umpqua Health Alliance, Attn: Grievance and Appeals, 3031 NE Stephens St. Roseburg, OR 97470**

¿Tengo que pagar para seguir recibiendo el servicio?

Si elige seguir recibiendo el beneficio o servicio denegado, es posible que deba pagarlo. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación, o si el juez le da la razón en la audiencia, no tendrá que pagar.

Si cambiamos nuestra decisión y usted no estaba recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o prestaremos el servicio o beneficio tan pronto como lo necesite por su salud. No tardaremos más de 72 horas a partir del día en que recibamos el aviso de que se revocó nuestra decisión.

¿Qué pasa si también tengo Medicare? ¿Tengo más derechos de apelación?
Si tiene UHA y Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los que se indican arriba. Llame a Atención al Cliente al 541-229-4842, (TTY 711) para obtener más información. También puede llamar a Medicare al 541-229-4842 para obtener más información sobre sus derechos de apelación.
¿Qué sucede si quiero ver los registros que se usaron para tomar la decisión sobre mis servicios?
Puede comunicarse con UHA llamando 541-229-4842 (TTY 711) para pedir copias gratuitas de toda la documentación que se usó para tomar la decisión.

Palabras que debe conocer

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

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

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

Atención ambulatoria en el hospital: cuando se hace una operación o tratamiento en un hospital y sale después.

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

Atención de urgencia: atención que necesita el mismo día para un dolor intenso. También incluye atención para evitar que una lesión o enfermedad empeore demasiado o para evitar la pérdida de función en una parte de su cuerpo.

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

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

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

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

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

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

Coordinación de la atención: un servicio al que todo miembro puede acceder que le ofrece educación, apoyo y recursos de la comunidad. Lo ayuda a trabajar en su salud y orientarse en el sistema de atención médica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dispositivos para habilitación y rehabilitación: suministros para ayudarlo con los servicios de terapia u otras tareas cotidianas. Algunos ejemplos son:

- Andadores
- Bastones

- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas de infusión
- Prótesis y ortesis
- Ayudas para problemas de la vista
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas con motor
- Respirador artificial

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

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

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

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

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

Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT): El programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT) ofrece servicios de atención médica integral y preventiva a menores de 21 años que están cubiertos por el Plan de Salud de Oregón (OHP). EPSDT ofrece servicios cubiertos por Medicaid que son médicamente necesarios según EPSDT y médicamente apropiados según EPSDT para tratar cualquier condición física, dental, visual, nutricional, mental, conductual y del desarrollo. La cobertura para el programa EPSDT incluye todos los servicios cubiertos según el Plan de Salud de Oregón (OHP), cuando es médicamente necesario según EPSDT y médicamente apropiado según EPSDT para el individuo EPSDT.

Evaluaciones: encuestas o exámenes para detectar condiciones médicas y necesidades de atención.

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

Hospitalización: leyes que penalizan que alguien conscientemente haga un registro falso o presente un reclamo falso por atención médica.

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

Medicaid: programa nacional que ayuda con los gastos de atención médica para personas de bajos ingresos. En Oregón, se llama Plan de Salud de Oregón.

Medicamento necesario: servicios y suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o sus síntomas. También puede referirse a servicios que son un tratamiento estándar.

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

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

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

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

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

Prima: el costo del seguro.

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

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

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

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

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

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

Remisión: una remisión es una orden por escrito de su proveedor donde se indica la necesidad de un servicio. Coordine con su proveedor para obtener una remisión.

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

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

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

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

Servicios de emergencias: atención que mejora o estabiliza condiciones médicas o de salud mental graves y agudas.

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

Servicios de rehabilitación: servicios para ayudarlo a recuperar la salud por completo. Por lo general, ayudan después de una operación, lesión o abuso de sustancias. Los dispositivos de rehabilitación son recursos que ayudan en la recuperación.

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

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

Servicios médicos: servicios que recibe de un médico.

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

Suicidio: acción de quitarse la vida.

Telesalud: atención por video o teléfono en lugar de hacerlo en el consultorio de un proveedor.

Trabajador médico tradicional (THW): trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para dar servicio a una comunidad o clínica. Un THW se asegura de que los miembros reciban un trato justo. No todos los THW están certificados por el estado de Oregón. Hay seis (6) diferentes tipos de THW, incluyendo:

- Trabajador médico de la comunidad

- Especialista en bienestar entre personas con experiencias similares
- Asistente de salud personal
- Especialista en apoyo entre personas con experiencias similares
- Comadróna
- Trabajadores médicos tradicionales tribales

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

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