Organización de Atención Coordinada (CCO) PacificSource

Su Cobertura del Plan de Salud de Oregon

Marion y Polk

Para miembros que viven en los condados de Marion y Polk.

Actualizado el 01/01/2024

PacificSource Community Solutions

MM4327_0823_OHAApproved 12142023

Actualizaciones del manual

PacificSource Community Solutions envía un manual del miembro a los miembros del plan que recién se inscriban o reinscriban cuando la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) nos notifique que usted está inscrito en el Plan de Salud de Oregon (OHP), como lo requiere la ley federal. Aquí puede descargar la versión más actualizada del manual: https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-handbook. Si usted necesita ayuda o tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Primeros pasos:

Usted recibirá una encuesta por correo que ayudará a PacificSource Community Solutions a saber cómo podemos apoyarle mejor con sus necesidades de salud física, dental y del comportamiento. Consulte la página 31 para obtener más información sobre esta encuesta.

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

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

Consejos útiles

Some questions have been answered or can be asked here
https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/client-questions.aspx

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

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

Si lo que busca es:

- Beneficios - Consulte la página 35.
- Proveedores de atención primaria - Consulte la página 28.
- Autorizaciones previas y referencias a especialistas - Consulte la página 36.
- Derechos y responsabilidades - Consulte la página 23.
- Servicio de transporte a sus consultas - Consulte la página 83.
- Coordinación de cuidados - Consulte la página 33.

    - Medicamentos de prescripción - Consulte la página 89.
    - Cuidados de emergencia - Consulte la página 94.
    - Cuánto tiempo tarda recibir los cuidados - Consulte la página 74.
    - Quejas y apelaciones - Consulte la página 117.

- Siempre lleve con usted sus tarjetas de ID del OHP y de PacificSource Community Solutions.
    - Nota: Las tarjetas le llegarán por separado y usted recibirá su tarjeta de ID del OHP antes que su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions.

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

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

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

Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos

Todas las personas tienen el derecho de conocer los programas y servicios de PacificSource Community Solutions. Todos los miembros tienen el derecho de saber cómo utilizar nuestros programas y servicios.
Ofrecemos la siguiente ayuda sin costo:

- Intérpretes del lenguaje de señas

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

Usted puede obtener una copia de este manual del miembro en nuestro sitio web: https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-handbook. Si usted necesita ayuda o tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135.

Obtenga información en otro idioma o formato.

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

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

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

Usted puede solicitar los documentos en formato electrónico. Envíenos un email a CommunitySolutionsCS@PacificSource.com o inicie una sesión para chatear con nosotros electrónicamente en InTouch.PacificSource.com/Miembros/Cuenta/SignIn. También puede llamar al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135.

Usted puede solicitar un intérprete.
Usted, su representante, los miembros de su familia y sus cuidadores pueden solicitar la ayuda de un intérprete certificado y calificado en temas del cuidado de la salud. Usted también puede solicitar la ayuda de intérpretes escritos (traductores), intérpretes del lenguaje de señas o apoyos y servicios auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

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

Si usted necesita ayuda, llámenos al 800-431-4135 (TTY: 711) o llame al departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY: 711). Consulte la página 117

para conocer sus derechos relacionados con las "Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales".

Si usted no obtiene la ayuda de un intérprete que necesita, llame al coordinador estatal del Programa de Servicios de Acceso Lingüístico al 844-882-7889, TTY 711 o envíe un email a: LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov.

Inglés

You can get this handbook in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Llame al 800-431-4135 o por TTY: 711. We accept all relay calls.

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

Español

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 o TTY: 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

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

Ruso

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля

или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 800-431-4135 или TTY: 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

Vietnamita

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 800-431-4135 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) TTY: 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

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

Árabe

يمكنكم الحصول على هذا وثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضّلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 800-431-4135 أو المبرقة TTY: 711الكاتبة .. نستقبل المكالمات المحولة

-

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

Somalí

Waxaad heli kartaa warqadan oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku

akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa lacag la'aan. Wac 800-431-4135 ama TTY TTY: 711. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

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

Chino simplificado

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。**本帮助免**费。致电 800-431-4135 **或** TTY: 711。**我**们会接听所有的转接来电。

您可以从经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Chino tradicional

您可獲得本信息函的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 800-431-4135 或聽障專線 TTY: 711。我們接受所有傳譯電話。

您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

Coreano

이문서은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도

있습니다. 무료 지원해 드립니다. 800-431-4135 또는 TTY: 711 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

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

Hmong

Koj txais tau ntaub ntawv no ua lwm yam lus, ua ntawv loj, ua lus Braille rau neeg dig muag los sis ua lwm yam uas koj nyiam. Koj kuj thov tau kom muaj ib tug neeg pab txhais lus. Txoj kev pab no yog ua pub dawb. Hu 800-431-4135 los sis TTY: 711. Peb txais tej kev hu xov tooj rau neeg lag ntseg.

Koj yuav tau kev pab los ntawm ib tug kws txawj txhais lus rau tib neeg mob.

Marshalés

Kwomaroñ bōk peba in ilo kajin ko jet, kōn jeje ikkillep, ilo braille ak bar juon wāwein eo eṃṃanḷọk ippaṃ. Kwomaroñ kajjitōk bwe juon ri ukōt en jipañ eok. Ejjeḷọk wōṇāān jipañ in. Kaaltok 800-431-4135 ak TTY: 711. Kwomaroñ kaaltok in relay.

Kwomaroñ bōk jipañ jān juon ri ukōt ekōmālim im keiie āinwōt ri ukōt in ājmour.

Chuukés

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 800-431-4135 ika TTY: 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

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

Tagalog

Makukuha mo ang papel na ito sa iba pang mga wika, malaking letra, Braille, o isang format na gusto mo. Maaari ka ring humingi ng tagapagsalin. Ang tulong na ito ay libre. Tawagan ang 800-431-4135 o TTY: 711. Tumatanggap kami ng mga relay na tawag.

Makakakuha ka ng tulong mula sa isang sertipikado at kwalipikadong tagapagsalin ng pangangalaga sa kalusugan.

Alemán

Sie können dieses Dokument in anderen Sprachen, in Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Sie können auch einen Dolmetscher anfordern. Diese Hilfe ist gratis. Wenden Sie sich an 800-431-4135 oder per Schreibtelefon an TTY:711. Wir nehmen Relaisanrufe an.

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

Portugués

Esta documento está disponível em outros idiomas, letras grandes ou braile, se preferir. Também poderá solicitar serviços de interpretação. Essa ajuda é gratuita. Ligue para 800-431-4135 ou use o serviço TTY: 711. Aceitamos encaminhamentos de chamadas.

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

Japonés

この書類は、他の言語に翻訳されたもの、拡大文字版、点字版、その他ご希望の様式で入手可能です。また、通訳を依頼することも可能です。本サービスは無料でご利用いただけます。800-431-4135 または TTY: 711 までお電話ください。電話リレーサービスでも構いません。

認定または有資格の医療通訳者から支援を受けられます。

Ucraniano

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 800-431-4135 або телетайпу TTY: 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Nuestra política de no discriminación

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

- Edad
- Discapacidad
- Identidad de género
- Estado civil
- Origen nacional
- Raza
- Religión
- Color
- Sexo
- Orientación sexual
- Clase protegida
- Origen étnico
- Estado de salud y necesidad de servicios

Si usted cree que ha recibido un trato injusto debido a alguna de las razones anteriores, puede presentar una queja o inconformidad. Presente una queja ante PacificSource Community Solutions de cualquiera de estas formas:

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

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

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

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

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

División de Derechos Civiles del Bureau of Labor and Industries

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

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

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

Protegemos la privacidad de su información

Solamente compartiremos sus registros con las personas que necesiten tener acceso a ellos. Esto podría ser por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede limitar quién tiene permiso de acceder a sus registros. Díganos por escrito si no quiere que alguien vea sus registros **o** si quiere que compartamos sus registros con alguien en particular. Visite https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms para obtener el formulario. También puede solicitar que le proporcionemos una lista de las personas con quienes hemos compartido sus registros. Por favor envíe el formulario a:

PacificSource Community Solutions
PO Box 5729
Bend, OR 97708.

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

Registros de salud

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

¿Qué puede hacer usted con sus registros de salud?

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

En ocasiones, es posible que la ley restrinja el acceso a sus registros de salud. Se le puede cobrar una cuota razonable si usted solicita una copia de sus registros.

Algunos registros no pueden compartirse.
Un proveedor de servicios de salud no puede compartir registros cuando, según su criterio profesional, esto pudiera causar un peligro "claro e inmediato" para usted, para otros o para la sociedad. Un proveedor médico tampoco puede compartir registros preparados para un caso judicial.

Contenido del manual

Actualizaciones del manual 1
Primeros pasos: 1
Consejos útiles 1
Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos 2
Obtenga información en otro idioma o formato 3
Usted puede solicitar un intérprete. 4
Nuestra política de no discriminación 11
Protegemos la privacidad de su información 12
Registros de salud 12
¡Bienvenido a PacificSource Community Solutions! 18
Cómo colaboran el OHP y PacificSource Community Solutions 18
Póngase en contacto con nosotros 20
Números de teléfono importantes 20
Póngase en contacto con el Plan de Salud de Oregon 23
Sus derechos y responsabilidades 24
Sus derechos como miembro del OHP 24
Sus responsabilidades como miembro del OHP 26
Miembros indios americanos y nativos de Alaska 28
Miembros nuevos que requieran servicios de inmediato 28
Proveedores de atención primaria (PCP) 29
Proveedores de la red 30
Directorio de Proveedores 30
Programe una cita 31
Si usted no puede acudir a su cita 32
Cómo cambiar a su PCP 32
Cambios en los proveedores de PacificSource Community Solutions 32
Segundas opiniones 32
Encuesta sobre su salud 33
Embarazo de los miembros 34
Obtenga ayuda para organizar sus cuidados con la Coordinación de los Cuidados 35
Miembros con Medicare 37
Sus beneficios 37
Cómo decide el Estado de Oregon lo que cubrirá el OHP 37
Acceso directo 38
Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas 38
Como obtener una autorización previa 39

Servicios que necesitan una autorización previa *40*
Referencias a proveedores y auto-referencias *40*
Servicios que necesitan una referencia *41*
Servicios de auto-referencia: *41*
Descripción de los íconos de las tablas de beneficios *42*
Beneficios de salud física *42*
Beneficios de salud del comportamiento *66*
Beneficios dentales *72*
Miembros del Programa Dental para Veteranos y del Programa Dental Compact of Free Association (COFA) *80*
Servicios que paga el OHP *81*
Objeciones morales o religiosas *82*
Acceso a los cuidados que usted necesita 82
Cuánto tiempo tarda recibir los cuidados *84*
Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años. 86
Los beneficios de EPSDT cubren lo siguiente: *86*
Ayuda para obtener los servicios de EPSDT *88*
Pruebas y consultas de detección *88*
Referencias, diagnóstico y tratamiento de EPSDT *89*
Trabajadores de salud tradicionales (THW) 90
Información de contacto del Enlace de THW: *91*
Servicios adicionales 92
Servicios relacionados con la salud *92*
Necesidades sociales relacionadas con la salud 94
Transporte gratuito para acudir a sus citas 95
Solicite el servicio de transporte *95*
Lo que usted puede esperar cuando llame *96*
Horario de recolección *96*
Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero: *97*
Para cancelar o cambiar su servicio de transporte *98*
Si usted no se presenta *98*
Guía del pasajero *99*
Cómo recibir cuidados por vídeo o teléfono 99
Cómo encontrar proveedores de telesalud *100*
Cuándo utilizar el servicio de telesalud *100*
Las consultas de telesalud son privadas *101*
Usted tiene el derecho de: *101*
Medicamentos de prescripción 102
Medicamentos de prescripción cubiertos *102*
Cómo solicitar que PacificSource Community Solutions cubra los medicamentos de prescripción *102*

Farmacia de entrega a domicilio 103
El OHP paga los medicamentos para la salud del comportamiento 103
Cobertura de medicamentos de prescripción para miembros con Medicare 104
Cómo obtener sus medicamentos de prescripción antes de un viaje 104
Hospitales 104
Cuidados urgentes 104
Cuidados urgentes de salud física 105
Centros de cuidados urgentes y clínicas sin previa cita en el área de PacificSource Community Solutions: 106
Cuidados dentales urgentes 106
Cuidados de emergencia 107
Emergencias de salud física 108
Emergencias dentales 108
Emergencias y crisis de salud del comportamiento 109
Prevención del suicidio 112
Cuidados de seguimiento después de una emergencia 113
Cuidados lejos del hogar 113
Cuidados previamente planeados fuera del estado 113
Cuidados de emergencia lejos del hogar 114
Facturas de servicios 115
Los miembros del OHP no pagan las facturas de los servicios cubiertos 115
Si su proveedor le envía una factura, no la pague. 116
Es posible que usted tenga que pagar algunos servicios 116
Es posible que el proveedor le pida que firme un formulario de Acuerdo de Pago 118
Facturas por cuidados de emergencia lejos del hogar o fuera del estado 119
Consejos importantes sobre el pago de los servicios y las facturas 120
Miembros con OHP y Medicare 121
Cambio de CCO y transferencia de los cuidados 122
Usted tiene el derecho de cambiar de CCO o de darse de baja de una CCO. 122
Cómo cambiar de CCO o darse de baja de su CCO 124
PacificSource Community Solutions puede pedirle que se dé de baja por algunos motivos 125
Cuidados de salud mientras usted cambia de CCO o se da de baja de su CCO 126
Si usted necesita recibir los mismos cuidados mientras cambia de planes 126
Decisiones sobre el final de la vida 128
Directrices avanzadas 128
¿Cuál es la diferencia entre una orden POLST y una directriz avanzada? 131
Declaración Sobre el Tratamiento de Salud Mental 131
Cómo reportar el fraude, desperdicio y abuso 132
Cómo reportar un caso de fraude, desperdicio y abuso 133

Quejas, apelaciones y audiencias imparciales 134
Usted puede presentar una queja 135
Usted puede pedirnos que cambiemos una decisión que hayamos tomado. A eso se le llama presentar una apelación. 137
Más información sobre los pasos para solicitar una apelación o una audiencia .. 138
Preguntas y respuestas sobre las apelaciones y audiencias 141
Palabras que usted debe saber 144

¡Bienvenido a PacificSource Community Solutions!

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

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

Cómo colaboran el OHP y PacificSource Community Solutions

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

Colaboramos con otras organizaciones para ayudar a administrar ciertos aspectos de sus beneficios, como por ejemplo los beneficios dentales y de transporte. Para conocer la lista completa de las organizaciones y la descripción de los servicios que ofrecen, consulte las páginas 20-23.

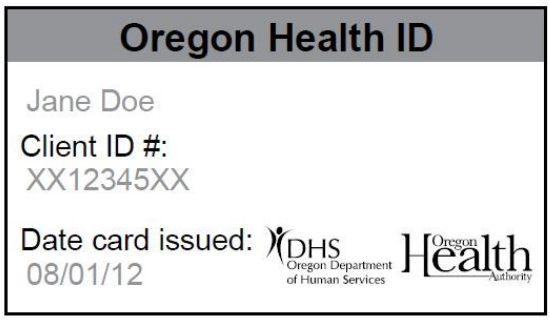
El OHP tiene planes de salud locales que le ayudan a usar sus beneficios. Los planes se llaman organizaciones de atención coordinada o CCO. PacificSource Community Solutions es una organización de atención coordinada (CCO). PacificSource Community Solutions atiende a los miembros que viven en los condados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

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

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios del OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales, como artículos para recién nacidos y membresías para gimnasios. Obtenga más información sobre los beneficios de PacificSource Community Solutions en la página 35.

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

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



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

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

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

Su carta de cobertura y la tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions le indicarán en cuál CCO usted está inscrito. También le indicarán qué nivel de atención incluye su plan:

- CCOA: Cobertura médica, dental y de salud del comportamiento
- CCOB: Cobertura médica y de salud del comportamiento
- CCOE: Salud del comportamiento solamente
- CCOG: Cobertura dental y de salud del comportamiento
- CCOF: Cobertura dental solamente

Póngase en contacto con nosotros

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

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

No laboramos el Día de Año Nuevo (01/01/24), el Día Conmemorativo (05/27/24), el Día de la Independencia (07/04/24), el Día del Trabajo (09/02/24), el Día de Acción de Gracias (11/28/24), el viernes siguiente al Día de Acción de Gracias (11/29/24) y el Día de Navidad (12/25/24).

La dirección de nuestra oficina es:
PacificSource Community Solutions
2965 NE Conners Avenue
Bend, OR 97701
Llame al teléfono sin costo: 800-431-4135 (también podemos responder en otros idiomas) o TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
Fax: 541-322-6423.

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

Dirección postal:
PacificSource Community Solutions
4263 Commercial Street SE, Suite 400
Salem, OR 97302

Números de teléfono importantes

- Beneficios y cuidados médicos
  Llame al Departamento de Servicio al Cliente: 800-431-4135, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
  Horario:
  - 1 de octubre – 31 de enero, 7 días de la semana, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

- 1 de febrero – 30 de septiembre, lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Obtenga más información sobre los beneficios y cuidados de salud en la página 39.

- Beneficios de farmacia a través de PacificSource Community Solutions y CVS Caremark
  Llame al Departamento de Servicio al Cliente: 800-431-4135 (TTY: 711).
  Horario:
  - 1 de octubre – 31 de enero, 7 días de la semana, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
  - 1 de febrero – 30 de septiembre, lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

  Los beneficios de farmacia se ofrecen a través de Kaiser Permanente.

  - Si tiene alguna duda general sobre sus beneficios, la programación de sus citas u otras necesidades de farmacia, llame al 800-813-2000 (TTY: 711)
  - Para elegir a un PCP o transferir sus recetas y registros médicos, llame al 888-491-1124 (TTY: 711)

  Obtenga más información sobre los beneficios de farmacia en la página 89.

- Beneficios y cuidados de salud del comportamiento, dependencia a las drogas o al alcohol y trastornos de uso de sustancias nocivas

  Marion/Polk:
  Condado de Polk
  Departamento de Salud Mental del Condado de Polk
  182 SW Academy Street, Suite 333
  Dallas, OR 97338
  503-623-9289 Local
  503-831-1726 Fax

  Departamento de Salud Mental del Condado de Polk
  1310 Main Street East
  Monmouth, OR 97361
  503-400-3550 Local
  503-837-0095 Fax

  Servicios de Salud del Comportamiento para Adultos del Condado de Polk
  1520 Plaza Street NW
  Salem, OR 97304
  503-585-3012 Local
  503-585-0128 Fax

  CRISIS:
  503-623-9289 días hábiles de 8:00 am – 5:00 pm (excepto días festivos)
  503-581-5535 o 800-560-5535 – en horas inhábiles

  Condado de Marion
  Servicios de Salud del Comportamiento para Adultos del Condado de Marion

2045 Silverton Rd., NE, Suite B
Salem, OR 97301
503-588-5351 Local
503-585-4908 Fax

Servicios de Salud del Comportamiento para Adultos del Condado de Marion - Servicios Rurales
976 N Pacific Highway
Woodburn, OR 97071
503-981-5851 Local
503-566-2977 Fax

Centro Psiquiátrico para Casos de Crisis del Condado de Marion
1118 Oak St. SE
Salem, OR 97301
503-585-4949 Local
503-585-4965 Fax

Los Servicios de Salud del Comportamiento de MCHHS para Niños atienden a personas de 0 a 18 años de edad. Si usted está teniendo una crisis, llame a nuestra línea de atención centralizada para pedir ayuda. No se requiere una referencia médica para acceder a nuestros servicios. Cualquiera puede comunicarse con nosotros. Estamos aquí para ayudarle.
Línea de atención centralizada: 503-576-4676.

Servicios de Salud del Comportamiento para Niños del Condado de Marion
3867 Wolverine St NE, Building F
Salem, OR 97305
503-588-5352 Local
503-585-4990 Fax

Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions: 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
Horario: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Obtenga más información sobre los beneficios de salud del comportamiento en la página 59.

- Beneficios y cuidados dentales
  Los beneficios dentales de PacificSource son provistos a través de nuestros planes asociados de cuidados dentales, mismos que se conocen como Organizaciones de Cuidados Dentales (DCOs). PacificSource colabora con tres planes de cuidados dentales: Llame a la DCO enlistada en la carta de bienvenida que recibió con su tarjeta de ID del miembro para averiguar cuál es el dentista con quien usted debe acudir para recibir cuidados. Si usted desea cambiar de dentista, solicite el cambio cuando llame a la DCO. Si ellos no pueden ayudarle o si usted desea cambiar de DCO, llame al Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource.

Servicio al Cliente de Advantage Dental Services:
866-268-9631 Sin costo (atención 24/7 para emergencias dentales)
TTY: 711
https://www.AdvantageDentalServices.com

Servicio al Cliente de Capitol Dental Care: 800-525-6800 Sin costo (atención 24/7 para emergencias dentales)
TTY: 711
http://www.CapitolDentalCare.com

Servicio al Cliente de ODS Community Dental:
800-342-0526 Sin costo
TTY: 711
http://ODSCommunityDental.com

Obtenga más información sobre los beneficios dentales en la página 64.

- Transporte sin costo a sus consultas de salud física, dental o del comportamiento
  Usted puede utilizar el servicio de transporte gratuito para acudir a sus consultas de salud física, dental o del comportamiento. Llame a ModivCare al 844-544-1397 para solicitar el servicio de transporte. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711. Horario: lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. Es posible que el proveedor del servicio de transporte no opere en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día Conmemorativo, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad. Si el día festivo cae en sábado, se celebra el viernes anterior. Si el día festivo cae en domingo, se celebra el lunes siguiente.
  Obtenga más información sobre el servicio de transporte en la página 83.

Póngase en contacto con el Plan de Salud de Oregon

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

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

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

- Llame al: 800-699-9075 sin costo (TTY 711)
- Sitio web: OHP.Oregon.gov
- Email: Utilice el sitio de email seguro https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt para enviar su email a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
  - Díganos su nombre completo, fecha de nacimiento, número de ID del OHP, dirección y número de teléfono.

Sus derechos y responsabilidades

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

Usted tiene el derecho de ejercer sus derechos como miembro sin recibir una mala respuesta ni sufrir de discriminación. Usted puede presentar una queja si cree que no se han respetado sus derechos. Obtenga más información sobre las quejas en la página 117. Usted también puede comunicarse con un ombudsperson de la Autoridad de Salud de Oregon al teléfono 877-642-0450 (TTY 711). Puede enviarle un email seguro a través de http://www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx.

En ocasiones es posible que las personas menores de 18 años de edad (menores de edad) deseen o necesiten obtener servicios del cuidado de la salud por cuenta propia. Para obtener más información, lea el folleto “Derechos de los Menores: Acceso y Consentimiento para el Cuidado de la Salud”. Este folleto le indica qué servicios pueden obtener los menores de edad por su cuenta y cómo pueden divulgarse sus registros de salud. Lea el folleto en OHP.Oregon.gov. Haga click en “Minor rights and access to care.” O visite el sitio web: https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf

Sus derechos como miembro del OHP

Usted tiene el derecho de ser tratado de la siguiente manera

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

Usted tiene el derecho de recibir esta información

- Documentos que estén en un lenguaje sencillo y en un idioma que usted pueda entender (consulte la página 3)
- Documentos que le informen sobre las CCO y sobre cómo utilizar el sistema de salud (el Manual del Miembro es un buen recurso para esto)

- Documentos impresos que le informen sobre sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener los servicios y lo que usted debe hacer en caso de una emergencia (el Manual del Miembro es un buen recurso para esto)
- Información sobre su enfermedad, los tratamientos y las alternativas, incluyendo lo que está cubierto y lo que no. Esta información le ayudará a tomar buenas decisiones sobre sus cuidados de salud. Usted puede obtener esta información en un idioma y formato que sea mejor para usted.
- Tener un registro de salud con información sobre sus padecimientos, los servicios que recibe y las referencias a especialistas. (Consulte la página 12)
    - Tener acceso a sus registros de salud
    - Enviar sus registros de salud a un proveedor médico.
- Recibir un aviso por escrito cuando se niegue o modifique un beneficio antes de que esto ocurra. Es posible que usted no reciba un aviso si no lo requiere la reglamentación federal o estatal.
- Recibir un aviso por escrito sobre los proveedores que ya no forman parte de la red El término "dentro de la red" se refiere a los proveedores o especialistas que trabajan con PacificSource. (Consulte la página 31)
- Recibir una notificación oportuna en caso de que se cancele alguna cita.

Usted tiene el derecho de recibir estos cuidados

- Cuidados y servicios enfocados en usted. Cuidados médicos que le ofrezcan opciones, independencia y dignidad. Estos cuidados se basarán en sus necesidades de salud y cumplirán con las normas de la práctica.
- Servicios que tengan en cuenta sus necesidades culturales y lingüísticas y estén cerca de donde usted vive. Usted puede recibir servicios en entornos no tradicionales si están disponibles, como por ejemplo en línea. (Consulte la página 87)
- Coordinación de los cuidados, cuidados comunitarios y ayuda con la transición de sus cuidados de una manera que se adapte a su idioma y cultura. Esto reducirá la necesidad de tener que acudir al hospital o a una institución.
- Servicios que sean necesarios para averiguar si usted tiene un padecimiento de salud.
- Ayuda para utilizar el sistema para el cuidado de la salud. Usted puede obtener el apoyo cultural y lingüístico que necesite. (Consulte la página 2). Esto podría incluir:
    - Intérpretes certificados o calificados en temas de salud
    - Trabajadores de salud tradicionales certificados.
    - Trabajadores de salud comunitarios.
    - Especialistas en bienestar entre compañeros.
    - Especialistas de apoyo entre compañeros.
    - Doulas (asistentes para el parto).

- Asesores de salud personal.

- Ayuda del personal de la CCO, quien está capacitado en las políticas y procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos cubiertos. (Consulte la página 35)
- Servicios urgentes y de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de autorización o permiso. (Consulte la página 93)
- Referencias a especialistas para los servicios coordinados cubiertos que sean necesarios dependiendo de su estado de salud. (Consulte la página 38)
- Apoyo adicional de un Ombudsperson del OHP. (Consulte la página 23)

Usted tiene el derecho de hacer estas cosas

- Elegir a sus proveedores de salud y cambiar esas opciones. (Consulte la página 28)
- Solicitar una segunda opinión. (Consulte la página 31)
- Ser acompañado por un amigo, miembro de la familia o asistente cuando acuda a sus citas.
- Involucrarse activamente en su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar los servicios. Saber lo que podría ocurrir dependiendo de su decisión. No se puede rechazar un servicio que ordene un juzgado.
- Remitirse usted mismo a los servicios de salud del comportamiento o de planificación familiar sin el permiso de un proveedor.
- Informarnos cuáles son sus deseos en relación con su tratamiento. Es decir, sus deseos de aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud del comportamiento. También significa el derecho de tener directrices avanzadas y otorgar un poder para el cuidado de la salud, de acuerdo con ORS 127. (Consulte la página 112)
- Presentar una queja o una apelación. Recibir una respuesta de PacificSource Community Solutions cuando haga esto. (Consulte la página 117)
    - Pedir al estado que revise la decisión de PacificSource Community Solutions si usted no está de acuerdo con ella. A esto se le conoce como una audiencia.
- Recibir los servicios de intérpretes certificados o calificados en temas de salud para idiomas distintos al inglés y en lenguaje de señas. (Consulte la página 2)

Sus responsabilidades como miembro del OHP

Usted debe tratar a los demás de esta manera

- Tratar con respeto al personal de PacificSource Community Solutions, a los proveedores y a los demás.

- Ser sincero con sus proveedores para que puedan ofrecerle una mejor atención.

Usted debe proporcionar al OHP esta información

Llame a la línea de servicio al cliente del OHP/ONE al teléfono 800-699-9075 (TTY: 711) si usted:

- Se muda o cambia de dirección postal.
- Si algún miembro de su familia se muda a su casa o a otro lugar.
- Cambia su número de teléfono.
- Se embaraza y vuelva a llamar cuando dé a luz.
- Tiene otro seguro.

Usted debe colaborar con sus cuidados de las siguientes maneras

- Elija o ayude a elegir a su proveedor de atención primaria o clínica.
- Hágase chequeos anuales, consultas de bienestar y cuidados preventivos para mantenerse saludable.
- Llegue a tiempo a sus citas. Si usted llegará tarde, llame antes o cancele la cita si no podrá llegar.
- Lleve sus tarjetas de ID médica a las citas. Avise al personal del consultorio que usted tiene el OHP y cualquier otro seguro de salud. Infórmele si usted resultó lesionado en un accidente.
- Ayude a su proveedor médico a elaborar su plan de tratamiento. Siga el plan de tratamiento y participe activamente en sus cuidados.
- Siga las instrucciones de sus proveedores médicos o pida otra opción.
- Si usted no comprende algo, haga preguntas sobre sus padecimientos, tratamientos y otras cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud.
- Utilice la información que reciba de los proveedores y equipos médicos para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Acuda con su proveedor de atención primaria para hacerse pruebas y atender otras necesidades de salud, a menos de que se trate de una emergencia.
- Consulte a especialistas dentro de la red o acuda con su proveedor para obtener una aprobación si desea o necesita consultar a alguien que no trabaje con PacificSource Community Solutions.
- Utilice adecuadamente los servicios de urgencia o emergencia. Si usted utiliza estos servicios, informe a su proveedor de atención primaria en un plazo de 72 horas.
- Ayude a los proveedores a obtener sus registros de salud. Es posible que usted tenga que firmar un formulario de autorización.

- Informe a PacificSource Community Solutions si usted tiene algún problema o queja o si necesita ayuda.
- Pague los servicios que no estén cubiertos por el OHP.
- Si usted recibe dinero debido a una lesión, ayude a PacificSource Community Solutions a recibir el pago de los servicios que le hayamos proporcionado a causa de esa lesión.

Miembros indios americanos y nativos de Alaska

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

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

Usted puede utilizar otras clínicas que no formen parte de nuestra red. Obtenga más información sobre las referencias a especialistas y las aprobaciones previas en la página 36.

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

Los indios americanos y los nativos de Alaska tienen el derecho de desafiliarse de PacificSource Community Solutions en cualquier momento y solicitar que el OHP pague sus cuidados a través de la modalidad de pago por servicio (FFS). Obtenga más información sobre el procedimiento para desafiliarse o cambiar de CCO en la página 107.

Miembros nuevos que requieran servicios de inmediato

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

- Llame al área de Coordinación de los Cuidados al 888-970-2507. Ellos pueden ayudarle a obtener los cuidados de salud que usted necesita. El área de Coordinación de los Cuidados también puede ayudar a los miembros del OHP con Medicare. (Obtenga más información sobre la coordinación de los cuidados en la página 33)
- Programe una cita con su PCP lo antes posible. El nombre y teléfono de su PCP aparece en su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions.
- Llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 si tiene alguna duda y desea obtener más información sobre sus beneficios. Ellos pueden ayudarle con cualquier cosa que usted necesite.

Proveedores de atención primaria (PCP)

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

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

Para encontrar un PCP que actualmente esté aceptando a miembros nuevos, consulte nuestro Directorio de Proveedores o póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente para obtener ayuda.

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

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

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

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

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

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

Su PCD es importante, ya que:

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

Si desea cambiar de PCP, llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para cambiar de PCD, por favor llame a su DCO asignada. Para cambiar a su DCO asignada, por favor llame a PacificSource. Usted puede consultar a su nuevo PCP, PCD u otro proveedor el mismo día en que se realice este cambio.

Proveedores de la red

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

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

- Si usted cambia de CCO o cambia de la modalidad de pago por servicio del OHP a una CCO. (Consulte la página 107)
- Si usted es un indio americano o un nativo de Alaska. (Consulte la página 27)

Directorio de Proveedores

Usted puede elegir a un PCP, PCD u otro proveedor utilizando el Directorio de Proveedores en: https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid. También puede

llamar al departamento de Servicio al Cliente para obtener ayuda o acceder a https://pacificsource.com/medicaid y realizar una búsqueda.

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

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

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

Programe una cita

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

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

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

Antes de acudir a su cita, anote:

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

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

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

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

Usted puede transportarse sin costo a su cita. Obtenga más información sobre el servicio de transporte gratuito en la página 83.

Si usted no puede acudir a su cita

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

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

Cómo cambiar a su PCP

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

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

Cambios en los proveedores de PacificSource Community Solutions

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

Segundas opiniones

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

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

Encuesta sobre su salud

PacificSource Community Solutions le enviará por correo una encuesta sobre su salud poco tiempo después de que usted se inscriba y posteriormente una vez al año, a menos de que un cambio en su estado de salud requiera una nueva evaluación. Usted puede responder a la encuesta y enviarla por correo a la dirección que aparece en la página 1 o a la dirección del sobre con porte pagado que se incluye con la encuesta. También puede llamar al 888-970-2507 para que un miembro del equipo de Coordinación de los Cuidados le ayude a responderla.

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

La encuesta incluye preguntas sobre:

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

Sus respuestas nos ayudarán a saber:

- Si necesita algún examen de salud, incluyendo exámenes dentales o de la vista.
- Si usted tiene necesidades rutinarias o especiales del cuidado de la salud.
- Cuáles son sus padecimientos crónicos.
- Si usted necesita servicios y apoyo a largo plazo.
- Cuestiones relacionadas con la seguridad.
- Dificultades que usted tenga para recibir los cuidados.
- Si usted necesita ayuda adicional con la coordinación de sus cuidados. Obtenga más información sobre la coordinación de los cuidados en la página 33.

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

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

Es posible que compartamos la información de su encuentra con su médico u otros proveedores de salud. PacificSource Community Solutions le pedirá permiso antes de compartir su encuesta con los proveedores de salud.

Embarazo de los miembros

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

Esto es lo que usted tiene que hacer antes de dar a luz:

- ☐ **Avise al OHP tan pronto como se entere de su embarazo.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o acceda a su cuenta en línea: https://ONE.Oregon.gov.
- ☐ **Informe al OHP de su fecha prevista de parto.** No es necesario que usted conozca la fecha exacta en este momento. Si usted dará a luz próximamente, llámenos enseguida.
- ☐ **Averigüe sobre sus beneficios por embarazo.**
  Llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 para averiguar sobre sus beneficios por embarazo. Estos beneficios pueden incluir servicios dentales y de la vista durante y después del embarazo.

Después del parto:

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

La prevención es importante

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

Estos son algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Revisiones dentales, limpiezas, selladores y barniz de fluoruro de aplicación tópica
- Mamografías (radiografías de los senos) para mujeres
- Embarazo y cuidados para el recién nacido
- Exámenes anuales de la mujer
- Exámenes de detección de la próstata para hombres
- Chequeos anuales
- Exámenes para niños sanos

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

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

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

Usted puede acceder a los servicios de Coordinación de los Cuidados a través de una institución de atención primaria enfocada en el paciente (PCPCH), su proveedor de atención primaria, PacificSource Community Solutions u otros equipos de atención primaria. Usted o alguien que lo represente puede solicitar la Coordinación de los Cuidados en cualquier momento. Llame al número que aparece abajo o visite https://pacificsource.com/medicaid/get-care/member-support-specialists para obtener más información sobre la coordinación de los cuidados.

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

Trabajamos juntos para proporcionarle los cuidados que usted necesita

Su equipo de coordinación de los cuidados colaborará con usted para:

- Ayudarle a entender sus beneficios y cómo funcionan.

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

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

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

El propósito de la Coordinación de los Cuidados es mejorar su salud en general. Le ayudaremos a conocer sus necesidades de salud y a tomar el control de su salud y bienestar.

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

Usted y su equipo de cuidados asignado elaborarán un plan de cuidados. Su plan incluirá una lista de los apoyos y servicios necesarios para ayudarle a alcanzar sus

objetivos. Este plan identifica sus necesidades médicas, dentales, culturales, sociales, del desarrollo y del comportamiento para que usted obtenga resultados positivos de salud y bienestar. El plan se revisará y actualizará cuando menos una vez al año o cuando cambien sus necesidades, o bien, si usted lo solicita. Usted recibirá una copia de su plan de cuidados.

Disponibilidad de la Coordinación de los Cuidados

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

- Llame a los Especialistas de Apoyo a Miembros de PacificSource Community Solutions al 888-970-2507 para obtener más información sobre la Coordinación de los Cuidados.

PacificSource Community Solutions le enviará una carta cuando usted se inscriba para informarle quién es su proveedor de atención primaria. Colaboraremos con el equipo del proveedor de atención primaria para ayudarle a coordinar sus cuidados y servicios.

Miembros con Medicare

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

Sus beneficios

Cómo decide el Estado de Oregon lo que cubrirá el OHP

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

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

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

Para miembros de 21 años de edad y mayores:
No todos los pares de padecimientos/tratamientos están cubiertos por el OHP. Hay un límite en la lista llamado "la línea" o "el nivel de financiamiento". Los pares por encima de la línea están cubiertos y los pares por debajo de la línea no están cubiertos. Algunos padecimientos y tratamientos por encima de la línea tienen ciertas reglas y es posible que no estén cubiertos.

Para miembros menores de 21 años de edad:
Se deben cubrir todos los servicios médicamente necesarios y apropiados, en base a sus necesidades individuales y su historial médico. Esto incluye los artículos "por debajo de la línea" de la Lista Prioritizada, así como los servicios que no aparecen en la Lista Prioritizada, como el equipo médico duradero. Consulte la página 76 para obtener mayor información sobre la cobertura para miembros menores de 21 años de edad.

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

Acceso directo

Usted tiene un "acceso directo" a los proveedores de salud cuando no necesita una referencia o autorización previa para recibir un servicio. Usted siempre tendrá un acceso directo a los servicios urgentes y de emergencia. Consulte las siguientes tablas para conocer los servicios de acceso directo que no necesitan una referencia o autorización previa.

Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas

No es necesario que usted sea referido o que solicite una autorización previa para algunos servicios. A esto se le conoce como acceso directo.

Los siguientes servicios no requieren de una referencia o autorización previa:

- **Servicios de emergencia**
  Para servicios de salud física, dental o del comportamiento
- **Servicios de cuidados urgentes**
  Para servicios de salud física, dental o del comportamiento
- **Servicios de planificación familiar**
- **Servicios de salud de la mujer**
  Para cuidados preventivos y de rutina
- **Exámenes en caso de abuso sexual**
- **Servicios de valoración y evaluación de la salud del comportamiento**

- **Servicios residenciales y de desintoxicación para pacientes internos con trastornos de uso de sustancias nocivas**
- **Servicios de tratamiento asistido con medicamentos para los trastornos de uso de sustancias nocivas**
- **Servicios para pacientes internos y servicios de salud del comportamiento proporcionados entre pares**
  De un proveedor de la red
- **Servicios de coordinación de los cuidados**
  Disponibles para todos los miembros
- **Servicios proporcionados entre pares**

Como obtener una autorización previa

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

Estas decisiones sólo dependen de si la atención médica o el servicio es adecuado para usted y si está cubierto por PacificSource Community Solutions. PacificSource Community Solutions no recompensa a los proveedores ni a cualquier otra persona por negar la cobertura o la atención. Nunca damos dinero adicional a alguien que tome la decisión de negar una solicitud de atención médica. Póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711) si usted:

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

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

extensión de 14 días. Las autorizaciones previas de los medicamentos se toman en un plazo de 72 horas, y la mayoría de ellas en las 24 horas siguientes a la solicitud. Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con una decisión de extensión. Obtenga más información sobre cómo presentar una queja en la página 117.

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

Obtenga más información sobre los medicamentos de prescripción en la página 89.

Usted no necesita una autorización para recibir servicios urgentes o de emergencia ni para acceder a los servicios de postratamiento de emergencia. Obtenga más información sobre los servicios de emergencia en la página 94.

Servicios que necesitan una autorización previa

- **Servicios de hospital para pacientes internos**
- **Servicios para trastornos de abuso de sustancias nocivas fuera de la red**
- **Dentaduras parciales o completas**
- **Coronas**
- **Terapia de conducto radicular en molares**

PacificSource Community Solutions puede requerir una autorización previa para los servicios que no aparecen en esta lista.

Referencias a proveedores y auto-referencias

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

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

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

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

Servicios que necesitan una referencia

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

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

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

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

Una **auto-referencia** significa que usted puede buscar en el Directorio de Proveedores el tipo de proveedor que desea consultar. Usted puede llamar a ese proveedor para programar una consulta sin necesidad de ser referido por su PCP o PCD. Obtenga más información sobre el Directorio de Proveedores en la página 29.

Servicios de auto-referencia:

- Consultas con su PCP
- Cuidados en caso de emergencia
- Servicios de su ginecólogo/obstetra dentro de la red por cuestiones preventivas o de rutina
- Cuidados para infecciones de transmisión sexual (STI)
- Inmunizaciones y vacunas
- Servicios de trabajadores de salud tradicionales
- Servicios de rutina de proveedores de servicios de la vista dentro de la red
- Proveedores dentales de la red de su DCO, a menos de que su DCO le haya asignado un PCD. Si le asignaron un PCD, llame a su DCO para que le ayuden a cambiar de PCD.
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de salud mental para problemas relacionados con el alcohol u otras drogas
- Tratamiento comunitario asertivo

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

Descripción de los íconos de las tablas de beneficios

Servicios que necesitan una autorización previa	**Servicios que necesitan una referencia**	**Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas**
Algunos servicios necesitan ser aprobados antes de que usted pueda recibirlos. Su proveedor debe solicitar la autorización de la CCO. A esto se le conoce como una autorización previa.	Una referencia es una orden escrita de su proveedor en la que se indica la necesidad de recibir un servicio. Usted debe solicitar una referencia a su proveedor.	No es necesario que usted sea referido o que solicite una autorización previa para algunos servicios. A esto se le conoce como acceso directo.

Beneficios de salud física

La siguiente es una lista de beneficios médicos que están disponibles sin costo alguno. Fíjese en la columna "Servicio" para averiguar cuántas veces puede recibir cada servicio sin costo. Fíjese en la columna "Cómo obtenerlo" para averiguar si necesita obtener una referencia o una aprobación previa para el servicio. PacificSource Community Solutions coordinará los servicios de forma gratuita si usted necesita ayuda. Si aparece un * en las tablas de beneficios, eso significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años de edad si es médicamente necesario y apropiado. Obtenga más información en la página 76.

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios de coordinación de los cuidados Un equipo que incluye a sus proveedores, al personal de PacificSource y a otros equipos para ayudarle con sus necesidades del		Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
cuidado de la salud. Algunos ejemplos incluyen: • Ayudarle a entender sus beneficios y cómo funcionan • Ayudarle a encontrar proveedores y a programar citas • Ayudarle con la transición de los cuidados • Elaborar de planes de cuidados que se adapten a sus necesidades • Ponerle en contacto con recursos para necesidades que no sean médicas, como apoyo para la vivienda y servicios de nutrición Consulte la página 33 para obtener más información y ver una lista de ejemplos. No aplican límites en los cuidados.	Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	
Cuidados alternativos • Acupuntura • Cuidados quiroprácticos • Masajes • Yoga Los servicios de cuidados alternativos se limitan al tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta. Las visitas se limitan a un total combinado de 30 visitas de cuidados alternativos y terapias tradicionales. Si se requiere más de un total combinado de 30 visitas, será necesario obtener una autorización previa y las visitas estarán sujetas a	 Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
una valoración de la necesidad médica.		
Servicios de ambulancia Cubrimos los servicios de ambulancia (viaje de ida) en caso de emergencia solamente. En el caso de los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios, también cubrimos el servicio de transporte médico para casos que no sean una emergencia (NEMT).	 Los servicios de transporte de emergencia no requieren una autorización previa.	Todos los miembros
Cuidados paliativos y servicios de hospicio (consulte la sección de Hospicio en la tabla de beneficios de la página 48) Servicios para dar confort a una persona que se está muriendo y ayudar a su familia. Los servicios de hospicio son flexibles y pueden incluir el tratamiento para el dolor, la asesoría y los cuidados de relevo. Los servicios de cuidados paliativos están cubiertos para los pacientes con una enfermedad que ponga en riesgo la vida o una enfermedad progresiva grave para aliviar los síntomas y mejorar su calidad de vida. Los servicios de hospicio están cubiertos para los pacientes que hayan sido certificados como enfermos terminales.	 Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.	Todos los miembros
Fallecimiento digno (muerte asistida para enfermos terminales) Una muerte facilitada por el médico.		Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Cubierto por el OHP Los servicios deben ser prestados por un médico tratante o un médico de consulta.	Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.	
Programa de prevención de la diabetes Este programa ayuda a las personas con prediabetes a reducir el riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2 y a mejorar su salud en general. Este programa está disponible en línea o en persona en un entorno de grupo.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios de diagnóstico Servicios de diagnóstico radiológico y estudios médicos Exámenes tales como exploraciones de resonancia magnética (MRI) y tomografías de emisión de positrones (PET) Servicios de laboratorio Radiografías El acceso a los servicios de diagnóstico es ilimitado si es médicamente necesario.	 Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Diálisis Servicios para tratar una enfermedad renal, incluyendo los tratamientos de diálisis como paciente interno o externo. Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como por ejemplo las visitas de personal entrenado para monitorear la diálisis en el hogar. Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de prescripción. La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Póngase en contacto con su plan médico.	 Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.	Todos los miembros
Tratamiento para las drogas y el alcohol Cubrimos lo siguiente: • Servicios de valoración/evaluación • Administración de casos • Servicios de emergencia • Hospitalización • Desintoxicación • Servicios residenciales y tratamiento diurno • Administración de medicamentos • Servicios/asesoría sobre drogas y alcohol para pacientes externos • Visitas al consultorio y tratamiento Los beneficios del tratamiento para las drogas y el alcohol son sin límite,	 Los servicios de tratamiento para las drogas y el alcohol no requieren de una referencia. Algunos servicios pueden requerir una aprobación. Póngase en contacto el departamento de Servicio al Cliente para obtener más información.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
siempre y cuando sean médicamente necesarios.		
Equipo médico duradero (DME) y suministros Algunos ejemplos incluyen: • Suministros médicos (incluyendo suministros para diabéticos) • Aparatos médicos • Prótesis y dispositivos ortopédicos Los siguientes son algunos ejemplos de los equipos médicos duraderos que están cubiertos sin necesidad de que sean autorizados por anticipado: • Oxígeno y equipos/suministros de oxígeno • Algunos suministros para diabéticos, tales como tiras de prueba de glucosa (sujeto a ciertos límites de cantidad) con una receta médica • Sillas de ruedas eléctricas Los equipos médicos duraderos y los suministros están cubiertos cuando son médicamente necesarios.	 Algunos equipos y suministros deben ser aprobados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles artículos deben ser aprobados por anticipado. El equipo médico duradero puede estar cubierto en caso de que haya sido aprobado para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta.	Todos los miembros
***Cuidados para niños sanos y servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)** Los servicios EPSDT son específicamente para la detección y valoración del desarrollo de la salud física y mental.	 Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor	*Miembros de 0 a 20 años de edad

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Cuidados para niños (20 años de edad y menores) • Consultas para niños sanos • Vacunas (inmunizaciones) • Cuidados para recién nacidos • Cuidados de la vista y anteojos Se cubren todos los servicios médicamente necesarios y apropiados para los miembros de 20 años de edad o menores, incluyendo las pruebas de detección y las valoraciones del desarrollo de la salud física y mental. Consulte la página 76 para obtener mayor información.	llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.	
Cuidados y servicios de emergencia Visitas a la sala de emergencias Cubrimos los cuidados de emergencia en los Estados Unidos.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios de transporte en emergencias médicas El uso de una ambulancia o una aeronave para recibir cuidados médicos. Consulte la sección de servicios de ambulancia	 Los servicios de transporte de emergencia no requieren una autorización previa.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios de planificación familiar La planificación familiar son los servicios gratuitos que se proporcionan para prevenir o retrasar el embarazo. Algunos ejemplos son los anticonceptivos y los exámenes anuales. En el caso de estos servicios, usted puede acudir con proveedores dentro o fuera de la red. Cubrimos lo siguiente: • Proveedores de salud de la mujer, PCP u otro proveedor de servicios de salud preventivos y de rutina • Educación y asesoría sobre la contracepción. • Suministros de contracepción, tales como parches, pastillas anticonceptivas y dispositivos intrauterinos (DIUs). • Contracepción de emergencia (la "pastilla del día siguiente"). • Esterilización (ligadura de trompas y vasectomías) cuando la realiza un proveedor de la red de PacificSource. • Servicios de radiología (imagenología). • Pruebas de laboratorio. Los servicios relacionados que también están cubiertos incluyen:	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas Esto significa que usted tiene un acceso directo a estos servicios. Algunos servicios o procedimientos requieren una orden de su PCP o especialista. Abortos: Están cubiertos directamente por el OHP (ver referencia en la primera columna). Póngase en contacto con el equipo de Coordinación de los Cuidados de Acentra llamando al 800-562-4620.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
• Citologías vaginales (Papanicolaou). • Pruebas de embarazo. • Servicios de detección y asesoría para enfermedades de transmisión sexual, incluyendo SIDA y VIH. • Abortos (visite la siguiente página para ponerse en contacto con la OHA: https://www.oregon.gov/oha/ph/healthypeoplefamilies/reproductivesexualhealth/oregoncontraceptivecare/pages/index.aspx#abortion). No aplican límites si usted consulta a cualquier proveedor que acepte su tarjeta de ID para este servicio, siempre y cuando sea médicamente necesario. ¡IMPORTANTE! Las histerectomías no están cubiertas como parte de la planificación familiar.		
Atención para afirmación de género La atención para afirmación de género se refiere un procedimiento, servicio, medicamento, dispositivo o producto que prescribe un proveedor de salud física o del comportamiento para tratar a una persona que tiene una incongruencia entre su identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer. Cubrimos lo siguiente cuando sea médicamente necesario:	 Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
• Terapia hormonal • Cirugía superior • Cirugía inferior • Cirugía de confirmación facial • Depilación para afirmación de género, incluyendo la electrólisis y la depilación láser • Terapia de voz y comunicación	autorizados por anticipado. Ofrecemos un apoyo específico para la administración de los cuidados de los miembros que deseen acceder a la atención para afirmación de género. Póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente y solicite que le remitan al equipo de Atención para la Afirmación de Género.	
Servicios de la audición Algunos ejemplos incluyen audiología y aparatos auditivos. **Exámenes de la audición** En un periodo de 12 meses, usted es elegible para: • Un examen de audición básico. • Un examen de audición integral. • Una evaluación y selección de aparatos auditivos. • Una evaluación electroacústica para un aparato auditivo: para uno o ambos oídos.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
• Una evaluación auditiva de tonos puros (umbral) por conducción ósea y aérea.		
Aparatos auditivos Cubrimos hasta 60 baterías por aparato auditivo cada 12 meses. Para poder recibir la cobertura de las baterías, usted debe cumplir con los requisitos de autorización previa de los aparatos auditivos.	 Los servicios deben ser aprobados por anticipado. Adultos: Si cumple con los requisitos de autorización previa, usted puede recibir un aparato auditivo para cada oído cada cinco años. Niños de hasta 20 años de edad: Si cumple con los requisitos de autorización previa, usted puede recibir un aparato auditivo para cada oído cada tres años.	Todos los miembros
Servicios de salud en el hogar Cuidados de salud en el hogar Algunos ejemplos incluyen: servicios auxiliares de salud en el hogar, terapia ocupacional, terapia física, enfermería especializada, terapia del habla. Sin límite en caso de ser médicamente necesarios.	 Si usted acude con proveedores de la red, no necesita una aprobación por anticipado.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios de hospicio (cuidados para enfermos terminales) Cuidados para pacientes terminales con el fin de aliviar el dolor y el sufrimiento al final de la vida. Sin límite en caso de ser médicamente necesarios.	 Si usted acude con proveedores de la red, no necesita una aprobación por anticipado.	Todos los miembros
Cuidados de hospital Cuidados para pacientes internos que requieren un ingreso a un hospital. Sin límite en caso de ser médicamente necesarios.	 Algunos servicios deben ser aprobados por anticipado para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta.	Todos los miembros
Inmunizaciones y vacunas para viajar Cubrimos ciertas vacunas, tales como las vacunas preventivas y contra la gripe. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente si usted desea averiguar cuáles vacunas están cubiertas. No están cubiertas las inmunizaciones para los viajes al extranjero ni para cuestiones de empleo.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios de hospital para pacientes internos Es posible que apliquen límites a algunos servicios o artículos en base a la necesidad médica, la		Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
cobertura y los lineamientos del OHP. Los servicios cubiertos pueden incluir: • Habitaciones semiprivadas o privadas • Comidas • Servicios de enfermería • Exámenes y radiografías • Suministros y medicamentos necesarios • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos	Se requiere una autorización previa	
Servicios de intérpretes Usted puede solicitar la ayuda de intérpretes especializados en cuestiones de salud, intérpretes escritos (traductores), intérpretes del lenguaje de señas o apoyos y servicios auxiliares. Este servicio no tiene costo. Consulte la página 4 para obtener más información.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios de laboratorio, radiografías y otros procedimientos Servicios y pruebas para diagnosticar padecimientos. Los servicios de laboratorio pueden incluir servicios como análisis de sangre o de orina. Las radiografías son servicios de diagnóstico utilizados para generar imágenes de	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
los tejidos, huesos y órganos en el interior del cuerpo.		
Servicios de cuidados a largo plazo (cubiertos por el OHP) Visite este enlace para obtener más información: https://www.oregon.gov/oha/PHE/Documents/Oregon-Health-Plan-and-Long-Term-Care.pdf	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios de maternidad (cuidados por embarazo) Cuidados y servicios adicionales para que usted y su bebé se mantengan sanos. Algunos ejemplos incluyen: • Cuidados prenatales (cuidados para usted antes del nacimiento de su bebé) • Parto y alumbramiento • Cuidados postparto (después del nacimiento de su bebé) • Servicios de una doula (asistente para el parto) • Cuidados para su bebé recién nacido hasta que cumpla 1 año de edad • Exámenes de la vista y anteojos nuevos Sin límite para cuidados prenatales, parto y alumbramiento. Consulte la página 32 para obtener mayor información.	 Sin necesidad de aprobación/referencia para la mayoría de los servicios. Las consultas del cuidado de la vista no requieren de aprobación/referencia. Algunos productos/artículos para el cuidado de la vista requieren una autorización por anticipado.	Miembros en estado de embarazo

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicio de transporte a sus citas. También conocido como Servicios de Transporte Médico para Casos de No Emergencia (NEMT) Transporte para acudir a cualquier consulta de salud física, dental, farmacéutica o de salud del comportamiento que esté cubierta por PacificSource Community Solutions. Consulte la página 83 para obtener mayor información. Este es un servicio gratuito. Sin límite.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios de hospital para pacientes externos Servicios que no requieren la admisión a un hospital. Por lo general, esto significa que usted no tendrá que pasar la noche en el hospital y que podrá irse a casa cuando termine el procedimiento. Algunos ejemplos incluyen: • Quimioterapia • Radiación • Manejo del dolor Sin límite.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas cuando sea médicamente necesario	Todos los miembros
Servicios farmacéuticos (medicamentos de prescripción) Medicamentos prescritos por su proveedor.		Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Consulte la sección de Medicamentos (página 89) para obtener más información.	Se necesita una receta	
Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla Estos servicios de terapia se limitan al tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta. Las consultas de terapia física y/o terapia ocupacional se calculan en base a un plazo de 12 meses calendario. Las visitas se limitan a un total combinado de 30 visitas de cuidados alternativos y terapias tradicionales. Si se requiere más de un total combinado de 30 visitas, será necesario obtener una autorización previa y las visitas estarán sujetas a una valoración de la necesidad médica. Las lesiones de la médula espinal, las lesiones cerebrales traumáticas o los accidentes cerebrovasculares no están sujetos a las limitaciones de visitas durante el primer año después de una lesión aguda.	 Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado. Las evaluaciones iniciales y las reevaluaciones no requieren de una autorización previa, pero se limitan a: • Hasta dos evaluaciones iniciales en un periodo de 12 meses. • Hasta cuatro reevaluaciones en un periodo de 12 meses.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios preventivos Beneficios cubiertos una vez cada 12 meses. Algunos ejemplos incluyen: • Exámenes físicos • Cuidados para bebés sanos • Vacunas (inmunizaciones) • Salud de la mujer (mamografías, exámenes ginecológicos, etc.) • Pruebas y consultas de detección (cáncer, etc.) Se cubre un examen de tacto rectal una vez al año. Citologías vaginales (Papanicolaou): Una vez cada 3–5 años, a menos de usted que haya tenido un resultado anormal o sea considerada como de alto riesgo (en cuyo caso se cubre si así lo recomienda su médico). • Exámenes de la pelvis y exámenes clínicos de los senos: Un examen cada 12 meses (para mujeres). Detección de cáncer del colon: se requiere una orden de su PCP o especialista. Detección de cáncer de la próstata: se requiere una orden de su PCP o especialista.	 Usted no necesita una referencia para recibir este servicio.	Todos los miembros
Consultas con su proveedor de atención primaria (PCP) Visitas al consultorio sin límite. Algunos procedimientos/tratamientos deben	 Sin necesidad de referencias o	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
ser aprobados por anticipado. Consulte la página 28 para obtener mayor información.	autorizaciones previas	
Servicios de proveedores Visitas al consultorio (consulte las secciones de Proveedor de Atención Primaria (PCP) y Cuidados Especializados en la tabla de beneficios) Visitas al hospital para pacientes internos/externos (consulte las secciones de Cuidados de Hospital, Cirugías y Salud del Comportamiento para Pacientes Externos en la tabla de beneficios) Visitas al hogar (consulte la sección de Cuidados de Salud en el Hogar en la tabla de beneficios) Servicios psiquiátricos de emergencia (PES) - consulte la página 96. Servicios de rehabilitación: • Terapia física, ocupacional y del habla (consulte las secciones de Terapia Física/Ocupacional y Terapia del Habla en la tabla de beneficios) • Servicios de salud mental y del comportamiento (consulte esta sección en la tabla de beneficios) • Cuidados alternativos (consulte esta sección en la tabla de beneficios)	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Exámenes en caso de abuso sexual Un examen médico para recopilar evidencias de abuso o agresión. Esto puede incluir un examen físico y/o un examen genital. También puede incluir la recolección de ADN. Sin límite.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Vacunas (inmunizaciones) Medicamentos que se inyectan en el cuerpo para enseñar al sistema inmunitario a reconocer y defenderse de gérmenes y enfermedades. Cubrimos ciertas vacunas, tales como las vacunas preventivas y contra la gripe. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente si usted desea averiguar cuáles vacunas están cubiertas. Las vacunas no se cubren para los viajes al extranjero ni por cuestiones de empleo.	 Usted puede consultar a cualquier proveedor que acepte su tarjeta de ID para este servicio. No es necesario que usted sea referido por su proveedor de atención primaria (PCP).	Todos los miembros
Institución de enfermería especializada Cuidados de enfermería y servicios de rehabilitación proporcionados en un entorno médico como una residencia de ancianos. Algunos ejemplos de estos cuidados son la terapia física o las inyecciones que sólo pueden ser administradas por una enfermera o un médico.	 La admisión no requiere una aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
• Se cubren hasta por 20 días después de una estancia cubierta en un hospital. • Si usted también es elegible para Medicare, es posible que Medicare cubra días adicionales.		
Servicios de especialistas Si usted tiene necesidades especiales del cuidado de la salud, puede ser referido a un profesionista que se especialice en esa área del cuidado de la salud. Esto podría incluir un gastroenterólogo especializado en órganos digestivos o un otorrinolaringólogo que trata problemas de sinusitis, audición y deglución. Hay muchos especialistas disponibles que se enfocan en ciertas enfermedades. Incluyen segundas opiniones. Las visitas al consultorio son ilimitadas para un padecimiento cubierto.	 Se requiere una autorización previa	Todos los miembros Las personas con necesidades especiales del cuidado de la salud y aquellas que reciban servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) no necesitan una referencia.
Terapia del habla Los servicios de terapia del habla se limitan al tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta. Las visitas de terapia del habla se calculan en base a un año calendario de 12 meses. Las visitas de terapia del habla se limitan a 30 visitas combinadas para terapia tradicional y alternativa. Es posible que se aprueben consultas adicionales si son médicamente apropiadas.	 Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Las lesiones de la médula espinal, las lesiones cerebrales traumáticas o los accidentes cerebrovasculares no están sujetos a las limitaciones de visitas durante el primer año después de una lesión aguda.	autorizados por anticipado. Los siguientes servicios no necesitan ser aprobados por anticipado: • Hasta dos evaluaciones del habla/lenguaje en un periodo de 12 meses. • Hasta dos evaluaciones de disfagia (dificultad para tragar) en un periodo de 12 meses. • Hasta cuatro reevaluaciones en un periodo de 12 meses. • Una evaluación para un dispositivo o sistema de generación del habla/comunicación aumentativa en un periodo de 12 meses Una evaluación cada doce meses para un dispositivo de voz hecho por humanos o una caja de voz.	

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios para dejar de fumar/utilizar productos del tabaco Pagamos el costo de los medicamentos utilizados para ayudarle a dejar los productos del tabaco. También pagamos las sesiones de asesoría por teléfono, en persona y en grupos. Para obtener más información, llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 o a la Línea para Dejar el Tabaco al 800-784-8669.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Procedimientos quirúrgicos Incluyen: • Servicios quirúrgicos • Cirugía reconstructiva Es posible que sea necesario comprobar un estatus de no fumador o de participante en un programa para dejar el tabaco antes de poder realizarse ciertos procedimientos quirúrgicos electivos.	 Se requiere una aprobación por anticipado.	Todos los miembros
Servicios de telesalud Cuidados de salud por vídeo o teléfono en vez de acudir al consultorio de un proveedor. Algunos ejemplos incluyen: • Servicios de telemedicina • Consultas virtuales • Consultas por email	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Este es un servicio gratuito. Por favor póngase en contacto con el consultorio de su médico o con el departamento de Servicio al Cliente para obtener más información. Sin límite. Consulte la página 87 para obtener mayor información.		
Servicios de trabajadores de salud tradicionales (THW) Son personas que le ayudan a resolver sus dudas sobre el cuidado de la salud y a comunicarse con sus proveedores de servicios de salud. También pueden ayudarle a ponerse en contacto con los servicios disponibles en su comunidad. Algunos ejemplos incluyen: • Doulas (asistentes de parto) • Trabajadores de salud comunitarios • Asesores de salud personal • Especialistas de apoyo entre pares • Especialistas en bienestar entre pares • Trabajadores de salud tradicionales de las tribus Consulte la página 79 para obtener mayor información.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios de cuidados urgentes Consultas de cuidados urgentes Los servicios están cubiertos las 24 horas del día y los 7 días de la		Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
semana, ya sea que usted se encuentre en su hogar o que esté viajando fuera del área de servicio dentro de los Estados Unidos. Consulte la página 92 para obtener mayor información.	Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	
Servicios de salud de la mujer (además del PCP) para cuidados preventivos y de rutina Servicios enfocados en cuestiones de salud de la mujer, como la menstruación y el embarazo. Algunos ejemplos incluyen: • Citología vaginal (Papanicolau) • Exámenes de la pelvis • Exámenes clínicos de los senos Consulte las secciones de Servicios Preventivos y Planificación Familiar para obtener mayor información	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios de la vista **Los adultos que no estén en estado de embarazo (21+ años de edad) tienen la siguiente cobertura:** • Exámenes de la vista de rutina al menos cada 24 meses y cuando sea necesario • Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario ○ Lentes correctivos / accesorios sólo para ciertos padecimientos médicos de los ojos	 Algunos servicios o procedimientos pueden requerir una orden de su PCP o especialista y/o una aprobación por anticipado.	Todos los miembros de 21 años de edad y mayores que no estén en estado de embarazo

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Si usted tiene un padecimiento médico elegible o se le ha diagnosticado alguno de los padecimientos enlistados a continuación, es posible que los exámenes de la vista y los anteojos estén cubiertos: • Afaquia • Pseudoafaquia • Queratocono • Cataratas congénitas • Trasplante de la córnea **Los miembros menores de 21 años, los adultos en estado de embarazo y los adultos hasta 12 meses después del parto tienen la siguiente cobertura:** • Exámenes de la vista de rutina cada 24 meses y cuando sea necesario • Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario • Lentes correctivos / accesorios cuando sea necesario Algunos ejemplos de los padecimientos médicos de los ojos incluyen afaquia, queratocono o después de una operación de cataratas.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Miembros de 0 a 20 años de edad y miembros en estado de embarazo

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

Beneficios de salud del comportamiento

La siguiente es una lista de beneficios de salud del comportamiento que están disponibles sin costo alguno. La salud del comportamiento se refiere al tratamiento de

la salud mental y el uso de sustancias nocivas. Fíjese en la columna "Servicio" para averiguar cuántas veces puede recibir cada servicio sin costo. Fíjese en la columna "Cómo obtenerlo" para averiguar si necesita obtener una referencia o una aprobación previa para el servicio. PacificSource Community Solutions coordinará los servicios de forma gratuita si usted necesita ayuda. Si aparece un * en las tablas de beneficios, eso significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años de edad si es médicamente necesario y apropiado. Obtenga más información en la página 76.

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios de coordinación de los cuidados Un equipo que incluye a sus proveedores, al personal de PacificSource y a otros equipos para ayudarle con sus necesidades del cuidado de la salud. Algunos ejemplos incluyen: • Ayudarle a entender sus beneficios y cómo funcionan • Ayudarle a encontrar proveedores y a programar citas • Ayudarle con la transición de los cuidados • Elaborar de planes de cuidados que se adapten a sus necesidades • Ponerle en contacto con recursos para necesidades que no sean médicas, como apoyo para la vivienda y servicios de nutrición Consulte la página 33 para obtener más información y ver una lista de ejemplos. No aplican límites en los cuidados.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Tratamiento comunitario asertivo Servicios de tratamiento y apoyo en equipo para los miembros		Todos los miembros mayores de *18 años de edad

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
diagnosticados con enfermedades mentales graves. Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.	No se requiere una referencia o autorización previa, pero es posible que sí se requiera una valoración por parte del proveedor.	
***Servicios integrales** Servicios de coordinación de los cuidados para miembros con necesidades complejas y participación en varios programas comunitarios. Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.	 No se requiere una referencia o autorización previa, pero sí se requiere una valoración	*Miembros de 0 a 17 años (o miembros de 18 a 25 años que hayan seguido recibiendo estos servicios) con necesidades complejas y que hayan estado involucrados en dos o más sistemas de atención a la infancia.
Servicios de salud mental y del comportamiento No aplican límites en los beneficios de salud del comportamiento. Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro. Cubrimos lo siguiente cuando sea médicamente necesario: • Servicios de valoración y evaluación de la salud del comportamiento • Administración de casos • Entrenamiento de aptitudes • Servicios en caso de crisis • Hospitalización por cuestiones de salud del comportamiento • Administración de medicamentos • Servicios psiquiátricos residenciales	 Los servicios de salud del comportamiento no requieren de una referencia. Algunos servicios pueden requerir de una valoración por parte del proveedor.	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
• Programas de hospitalización parcial y tratamiento diurno • Asesoría/servicios de salud del comportamiento para pacientes externos • Servicios de salud del comportamiento entre pares • Tratamiento asistido con medicamentos • Tratamiento para trastornos de uso de sustancias nocivas • Tratamiento de trastornos de la alimentación • Tratamiento intensivo de salud del comportamiento en el hogar (IIBHT) • Tratamiento comunitario asertivo (ACT) • Coordinación integral de los cuidados • Alianza de Apoyo a la Valoración Temprana (EASA) • Apoyo para el empleo		
Servicios de valoración y evaluación de la salud del comportamiento Una evaluación en la que se determina la necesidad que tienen los miembros de recibir servicios de salud del comportamiento mediante la valoración de los puntos fuertes, las necesidades y los objetivos. Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Servicios residenciales de tratamiento psiquiátrico y de salud del comportamiento (PRTS)		Miembros menores de 21 años de edad

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Un nivel de atención intensiva las 24 horas que proporciona diversos servicios de salud del comportamiento que no pueden prestarse en un entorno de paciente externo. Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.	No se requiere una referencia o autorización previa, pero es posible que sí se requiera una valoración por parte del proveedor.	
Servicios residenciales y de desintoxicación para pacientes internos con trastornos de uso de sustancias nocivas Un nivel de atención intensiva las 24 horas que proporciona diversos servicios de salud del comportamiento que no pueden prestarse en un entorno de paciente externo. Los servicios de desintoxicación son servicios médicos a corto plazo para ayudar a los miembros que se encuentren en un proceso de abstinencia activa del alcohol y/u otras drogas. Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.	 No se requiere una autorización previa, pero es posible que sí se requiera una valoración por parte del proveedor.	Todos los miembros
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos (MAT) para trastornos de uso de sustancias nocivas (SUD) El uso de medicamentos para tratar los trastornos de uso de sustancias nocivas. Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.	 Se necesita una autorización previa después de los primeros 30 días. No se requiere una autorización previa durante los primeros	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
	30 días del tratamiento. Puede requerir de una referencia	
Servicios de salud del comportamiento para pacientes externos y entre pares proporcionados por un proveedor de la red Un tratamiento para pacientes externos que se proporciona en un entorno comunitario para atender las necesidades de salud del comportamiento del miembro. Los servicios proporcionados entre pares son servicios prestados por personas que viven con dificultades de salud del comportamiento para: • Fomentar las relaciones personales • Involucrarse socialmente con los demás • Hacer planes y resolver problemas para conseguir los cuidados que se necesitan • Adoptar un estilo de vida resiliente y saludable para la recuperación Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios para trastornos de uso de sustancias nocivas (SUD) Servicios y apoyos para miembros que tienen dificultades relacionadas con el consumo de alcohol y/u otras drogas. Algunos ejemplos de los servicios y apoyos incluyen: • Desintoxicación • Tratamiento para pacientes internos • Tratamiento para pacientes externos • Tratamiento asistido con medicamentos Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros

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

Beneficios dentales

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

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

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

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

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

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

A veces es posible que usted necesite consultar a un especialista. Los servicios dentales comunes que deben referirse a un especialista son:

- Cirugía oral
- Hospital o centro quirúrgico
- Endodoncia
- Problemas de encías
- Sedación en el consultorio

Consulte la siguiente tabla para averiguar qué servicios dentales están cubiertos. Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Estos servicios están cubiertos siempre y cuando su proveedor indique que usted los necesita. Fíjese en la columna "Servicio" para averiguar cuántas veces puede recibir cada servicio sin costo. Fíjese en la columna "Cómo obtenerlo" para averiguar si necesita obtener una referencia o una aprobación previa para el servicio. Si aparece un * en las tablas de beneficios, eso significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años de edad si es médicamente necesario y apropiado. Obtenga más información en la página 76.

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios de coordinación de los cuidados Un equipo que incluye a sus proveedores, al personal de PacificSource y a otros equipos para ayudarle con sus necesidades del cuidado de la salud. Algunos ejemplos incluyen: • Ayudarle a entender sus beneficios y cómo funcionan	 Sin necesidad de referencias o	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
• Ayudarle a encontrar proveedores y a programar citas • Ayudarle con la transición de los cuidados • Elaborar de planes de cuidados que se adapten a sus necesidades • Ponerle en contacto con recursos para necesidades que no sean médicas, como apoyo para la vivienda y servicios de nutrición Consulte la página 33 para obtener más información y ver una lista de ejemplos. No aplican límites en los cuidados.	autorizaciones previas	
Cuidados dentales urgentes y de emergencia Los cuidados dentales urgentes y de emergencia son servicios dentales necesarios para atender problemas dentales urgentes y de emergencia. Servicios dentales de emergencia (inmediatos) para padecimientos como: • Dolor extremo en los dientes o en la boca • Infección o inflamación severa • Sangrado que no se detiene • Lesiones en los dientes o las encías • Un diente caído Servicios dentales urgentes para padecimientos tales como: • Dolor de dientes • Caída de un empaste Sin límite. Ejemplos: dolor extremo o infección, sangrado o inflamación, lesiones en dientes o encías.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Exámenes dentales Los proveedores de servicios dentales realizan exámenes dentales para revisar los dientes, las encías y la boca y determinar si necesitan tratamiento. Miembros en estado de embarazo: Dos veces al año. **Miembros menores de 19 años de edad: Dos veces al año. Miembros de 19 años de edad y mayores: Una vez al año. **De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Limpiezas dentales Las limpiezas son servicios dentales que eliminan los restos y otras sustancias que dañan los dientes y las encías y causan enfermedades dentales si no se retiran. *Miembros menores de 19 años: Dos veces al año. Es posible que los miembros con ciertos padecimientos de alto riesgo puedan recibir limpiezas adicionales al año. Todos los demás miembros: Una vez al año. Es posible que los miembros con ciertos padecimientos de alto riesgo puedan recibir limpiezas adicionales al año. **De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Barniz de flúor El barniz de flúor es un tratamiento dental que ayuda a prevenir la caries. También puede ayudar a reducir el avance de la caries dental existente, impedir que empeore y ayudar a reparar los dientes en los que la caries ha causado daños o ha reblandecido el diente. *Miembros menores de 19 años: Dos veces al año. Es posible que los miembros con ciertos padecimientos de alto riesgo puedan recibir aplicaciones adicionales de flúor, hasta un total de cuatro aplicaciones en un año. Miembros de 19 años de edad y mayores: Una vez al año. Es posible que los miembros con ciertos padecimientos de alto riesgo puedan recibir aplicaciones adicionales de flúor, hasta un total de cuatro aplicaciones en un año.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Radiografías orales Las radiografías son imágenes que se toman de los dientes para que los dentistas puedan saber si hay alguna enfermedad dental que necesite tratamiento. Las radiografías de rutina se cubren una vez al año o con una mayor frecuencia si es médicamente apropiado. **De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
Selladores Los selladores son capas de protección muy finas que se aplican sobre la superficie de algunos dientes para protegerlos de la caries.	 Sin necesidad de referencias o	*Miembros menores de 16 años

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Los selladores no están cubiertos en el caso de los adultos. *Los selladores están cubiertos para los miembros menores de 16 años de edad, una vez cada 5 años en los dientes posteriores permanentes.	autorizaciones previas	
Empastes Los empastes son materiales que se utilizan para sustituir las partes de los dientes que se han extraído debido a la caries. Sin límite. **De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas para los cuidados básicos de restauración (empastes)	Todos los miembros
Dentaduras parciales o completas Las dentaduras postizas son un tipo de aparato removible que reemplaza a los dientes perdidos. Dentaduras parciales: Una vez cada 5 años para los miembros que cumplan con los lineamientos de elegibilidad del OHP. Dentaduras completas: Una vez cada 10 años para los miembros que cumplan con los lineamientos de elegibilidad del OHP. Su DCO puede requerir una autorización para las dentaduras postizas. Póngase en contacto con su DCO. **De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es	 Es posible que se requiera una autorización previa. Póngase en contacto con su DCO para obtener más información. Se requiere una referencia si usted no consulta a su dentista de atención primaria	Miembros de 16 años de edad y mayores

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.		
Coronas Las coronas son fundas de distintos materiales que se utilizan para cubrir y proteger un diente muy dañado por la caries u otros motivos. Se cubren las coronas permanentes para ciertos dientes frontales superiores e inferiores, siempre y cuando los miembros cumplan con los lineamientos de elegibilidad del OHP para este servicio. La cobertura se limita a 4 coronas cada 7 años. Las coronas de acero inoxidable sólo se cubren para los dientes frontales primarios y para los dientes posteriores (dientes traseros, molares) permanentes o primarios. Usted debe cumplir con ciertos requisitos para ser elegible para este servicio. Los beneficios varían según el tipo de corona, los dientes específicos que requieren cuidados, la edad y el estado de embarazo. Póngase en contacto con su plan de salud dental. **De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.	 Es posible que se requiera una autorización previa. Póngase en contacto con su DCO para obtener más información. Se requiere una referencia si usted no consulta a su dentista de atención primaria	Miembros en estado de embarazo o *miembros de 16 a 20 años de edad.
Extracciones Las extracciones consisten en remover los dientes. Sin límite.	 Se requiere una referencia si usted no consulta a su	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
	dentista de atención primaria	
Terapia de conducto radicular La terapia de conducto radicular consiste en limpiar y extraer partes del interior de un diente dañado por la caries u otros motivos. No está cubierto en el caso de los terceros molares (muelas del juicio). *Miembros menores de 21 años: Se cubre para los miembros que cumplan con los lineamientos de elegibilidad del OHP para este servicio en primeros y segundos molares, dientes frontales y premolares. Miembros en estado de embarazo: Se cubre para los miembros que cumplan con los lineamientos de elegibilidad del OHP para este servicio en primeros molares permanentes, dientes frontales y premolares. Su DCO puede requerir una autorización para la terapia de conducto radicular. Póngase en contacto con su DCO. **De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.	 Es posible que se requiera una autorización previa. Póngase en contacto con su DCO para obtener más información. Se requiere una referencia si usted no consulta a su dentista de atención primaria	Miembros en estado de embarazo y *miembros menores de 21 años
Ortodoncia La ortodoncia se refiere a los servicios dentales para corregir la desalineación grave de los dientes u otros problemas graves (que causan problemas para masticar, hablar u otras funciones) que pueden requerir aparatos como frenillos u otros servicios.	 Se requiere una autorización previa	*Miembros menores de 21 años

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Servicios de ortodoncia para padecimientos tales como: • Labio leporino o paladar hendido con labio leporino • Maloclusiones o anomalías craneofaciales En casos como labio leporino y paladar hendido o cuando el habla, la masticación u otras funciones se vean afectadas. Es necesario contar con la aprobación de su dentista y no tener caries ni enfermedades de las encías. Los servicios de ortodoncia sólo están cubiertos para tratar anomalías craneofaciales graves y maloclusiones graves para miembros menores de 21 años que cumplan los lineamientos de elegibilidad del OHP. Póngase en contacto con su DCO para conocer los pasos adicionales. **De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.		

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

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

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

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

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

Servicios que paga el OHP

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

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

Servicios con una coordinación de los cuidados de PacificSource Community Solutions

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

PacificSource Community Solutions coordinará sus cuidados para los siguientes servicios:

- Los servicios de Parto Comunitario Planificado (PCB), incluyen atención prenatal y posparto para mujeres con embarazos de bajo riesgo, según lo determine la División de Sistemas de Salud de la OHA. La OHA es responsable de proporcionar y pagar los servicios primarios del PCB, incluyendo como mínimo, para aquellos miembros aprobados para el PCB, la valoración inicial del recién nacido, las pruebas de detección (tamizaje) del recién nacido (incluyendo el kit de detección), la atención del parto, las visitas prenatales y los cuidados posparto.
- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que no sean pagados por PacificSource Community Solutions
- Servicios de Family Connects Oregon, los cuales ofrecen apoyo a las familias con recién nacidos. Obtenga más información en https://www.familyconnectsoregon.org/.
- Ayuda para que los miembros puedan acceder a los servicios de salud del comportamiento. Algunos ejemplos de estos servicios son:
    - Ciertos medicamentos para algunos padecimientos de salud del comportamiento

    - Hogares de grupo terapéutico para miembros menores de 21 años
    - Cuidados psiquiátricos a largo plazo (salud del comportamiento) para miembros de 18 años de edad y mayores
    - Cuidados personales en hogares de acogida de adultos para miembros de 18 años y mayores
- Y otros servicios

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

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

El OHP coordinará sus cuidados para los siguientes servicios:

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

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

Usted puede recibir servicios de transporte sin costo de ModivCare para recibir cualquiera de estos servicios. Consulte la página 83 para obtener mayor información. Llame al 844-544-1397 (TTY: 711) para solicitar el servicio de transporte o si usted tiene alguna duda.

Objeciones morales o religiosas

PacificSource Community Solutions no limita los servicios en base a objeciones morales o religiosas.

Acceso a los cuidados que usted necesita

Acceso significa que usted puede recibir los cuidados que necesita. Usted puede acceder a sus cuidados de una manera que se adapte a sus necesidades culturales y lingüísticas. En caso de que PacificSource Community Solutions no trabaje con un proveedor médico que cumpla con sus necesidades de acceso, usted puede obtener estos servicios fuera de la red. PacificSource Community Solutions se asegura de que

los servicios estén cerca de donde usted vive o cerca de donde desea recibirlos. Esto significa tener suficientes proveedores en el área y diferentes tipos de proveedores entre los que usted pueda elegir.

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

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

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

	Áreas urbanas grandes	Áreas urbanas	Áreas rurales	Condados con dificultades de acceso extremas
Nivel 1	10 minutos o 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos o 85 millas
Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45 minutos o 30 millas	110 minutos o 90 millas	140 minutos o 125 millas

Para obtener más información sobre cuáles proveedores corresponden a los distintos niveles, visite el sitio web de adecuación de la red de la OHA en: https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/network.aspx

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

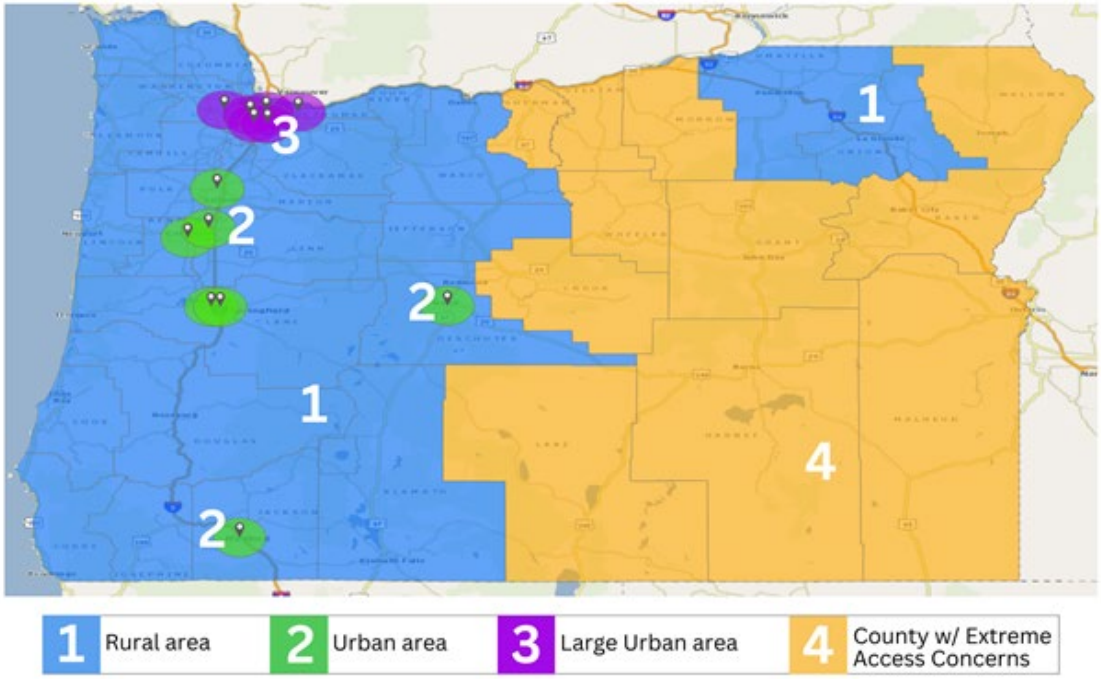
Tipos de áreas:

- **Áreas urbanas grandes (3):** Áreas urbanas conectadas, según la definición anterior, con una población combinada igual o mayor a 1,000,000 de personas y una densidad de población igual o mayor a 1,000 personas por milla cuadrada.

- **Áreas urbanas (2):** Áreas ubicadas a una distancia de 10 millas o menos de una ciudad con 40,000 habitantes o más.

- **Áreas rurales (1):** Áreas ubicadas a más de 10 millas de distancias de una ciudad con 40,000 habitantes con una densidad de población del condado mayor a 10 personas por milla cuadrada.

- **Condados con dificultades de acceso extremas (4):** Condados con 10 o menos habitantes por milla cuadrada.



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

Cuánto tiempo tarda recibir los cuidados

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

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

	La admisión para los servicios en un nivel de atención residencial debe realizarse en un plazo de 14 días a partir de la solicitud o de 120 días cuando se anote en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles.
Trastornos por uso de opioides	Valoración e ingreso dentro de un plazo de 72 horas.
Tratamiento asistido con medicamentos	Lo más pronto posible, pero sin exceder de 72 horas para la valoración y el ingreso.

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

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

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

Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años.

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

No es necesario que usted se inscriba por separado en EPSDT; los miembros menores de 21 años de edad que estén inscritos en el OHP pueden recibir estos beneficios.

Los beneficios de EPSDT cubren lo siguiente:

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

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

- Evaluaciones y exámenes periódicos de la salud física y mental, el desarrollo, la salud dental/oral, el crecimiento y el estado nutricional.
    - Si PacificSource Community Solutions no cubre la salud dental/oral, usted puede obtener estos servicios a través del OHP llamando al 1-800-273-0557.
- A partir del 1 de enero del 2023, todos los servicios médicamente necesarios y apropiados deben estar cubiertos para los miembros menores de 21 años, sin importar si estaban cubiertos en el pasado (esto incluye cuestiones que estén "por debajo de la línea" en la Lista Prioritizada). Consulte la página 36 para obtener más información sobre la Lista Prioritizada.

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

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

Usted siempre debe recibir una notificación por escrito cuando se le niegue un servicio o tratamiento y tiene derecho de apelar si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la página 117 para obtener mayor información.

Esto incluye *todos los* servicios:

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

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

Ayuda para obtener los servicios de EPSDT

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

Pruebas y consultas de detección

Las consultas de detección cubiertas se llevan a cabo en intervalos apropiados para la edad (e incluyen las consultas para niños sanos y las consultas para adolescentes sanos). PacificSource Community Solutions y su PCP siguen los lineamientos de la Academia Americana de Pediatría y de Bright Futures en relación con las consultas de detección de cuidados preventivos y las consultas para niños sanos. Consulte los lineamientos de Bright Futures en: https://brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx. Su PCP le ayudará a obtener estos servicios y tratamientos cuando lo requieran los lineamientos.

Las consultas de detección incluyen:

- Valoraciones del desarrollo
- Pruebas de detección del plomo
    - Los niños deben realizarse pruebas de detección del plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad. Cualquier niño de 24 a 72 meses de edad que no se haya realizado una prueba de detección del plomo en la sangre debe realizarse dicha prueba.
    - Responder a un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple con el requisito de realizarse una prueba de detección del plomo para los niños

inscritos en el OHP. Todos los niños que presenten intoxicación por plomo pueden recibir servicios de manejo de casos de seguimiento.

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

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

Referencias, diagnóstico y tratamiento de EPSDT

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

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

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

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

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

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

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

- Si le informamos que el servicio no está cubierto por el OHP, usted tiene el derecho de apelar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la página 117.

PacificSource Community Solutions ofrecerá ayuda para referir a los miembros o a sus representantes a los servicios sociales, programas educativos, programas de asistencia nutricional (por ejemplo, SNAP) y otros servicios no cubiertos por el programa EPSDT.

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

Trabajadores de salud tradicionales (THW)

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

Existen varios tipos de trabajadores de salud tradicionales:

- **Doula (asistente de parto):** Alguien que ayuda a las personas y a sus familias proporcionando un apoyo personal no médico. Las doulas ayudan durante el embarazo, el parto y después de que nazca el bebé.

- **Trabajador de salud comunitario:** Un trabajador de salud pública que entiende a la gente y la comunidad donde usted vive. Esta persona le ayuda a acceder a los servicios comunitarios y de salud. Los trabajadores de salud comunitarios le ayudan a adoptar comportamientos saludables. Generalmente comparten con usted el mismo origen étnico, lenguaje o experiencias de vida.

- **Asesor de salud personal:** Una persona que le proporciona información, herramientas y apoyo para ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar en base a su situación.

- **Especialista de apoyo entre pares:** Alguien que ha tenido experiencias de vida con la salud mental, la adicción y la recuperación. O tal vez sean padres de un niño con problemas de salud mental o que haya recibido un tratamiento para la adicción. Los especialistas dan apoyo, ánimo y ayuda a las personas que se enfrentan a adicciones y problemas de salud mental.

- **Especialistas de bienestar entre pares:** Una persona que trabaja como parte de un equipo de cuidados de salud en el hogar y que habla en nombre de usted y de sus necesidades. Estos especialistas apoyan la salud general de las personas de su comunidad y pueden ayudarle a recuperarse de adicciones, problemas de salud mental o padecimientos físicos.

- **Trabajadores de salud tradicionales de las tribus:** Alguien que ayuda a las comunidades indígenas tribales o urbanas a mejorar su salud general. Proporcionan educación, asesoría y apoyo que podrían ser específicos de las prácticas tribales.

Los THW puede ayudarle con muchas cuestiones, incluyendo:

- Encontrar un nuevo proveedor.
- Recibir los cuidados que usted necesita.
- Comprender sus beneficios.
- Proporcionar información y apoyo sobre los servicios de salud del comportamiento.
- Ofrecer consejos sobre recursos comunitarios que usted podría aprovechar.
- Alguien de su comunidad con quien hablar.

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

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

Información de contacto del Enlace de THW:

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

En caso de que cambie la información de contacto del enlace de THW, usted podrá consultar la información actualizada en nuestro sitio web: https://pacificsource.com/medicaid/get-care/traditional-health-workers.

Servicios adicionales

Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (HRS) son servicios adicionales que ofrece PacificSource Community Solutions. Los HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar general de los miembros y de la comunidad. Los HRS son servicios flexibles para los miembros e iniciativas de beneficio comunitario para los miembros y la comunidad en general.

El programa HRS de PacificSource Community Solutions ayuda a aprovechar al máximo los fondos para atender las necesidades individuales de salud, así como los factores de riesgo social, como el lugar de donde usted vive, con el fin de mejorar el bienestar de la comunidad. Obtenga más información sobre los servicios relacionados con la salud en https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf.

Servicios flexibles

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

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

Estos son ejemplos de otros servicios flexibles:

- Ayuda para la vivienda a corto plazo, como depósitos de renta en apoyo de los gastos de mudanza, ayuda para el pago de la renta a corto plazo o gastos de instalación de los servicios públicos
- Artículos que fomenten los comportamientos saludables, tales como calzado o ropa deportiva
- Dispositivos para acceder a las aplicaciones de salud o la telesalud
- Otros artículos que lo mantengan saludable, como un purificador de aire o filtros de repuesto

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

Usted puede colaborar con su proveedor de salud para solicitar los servicios flexibles o puede llamar al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 para que le envíen un formulario de solicitud en el idioma o formato que se adapte a sus necesidades. También puede descargar el formulario desde nuestro sitio web: https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms.

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

solicitudes de servicios flexibles se toman caso por caso. Si se niega su solicitud de servicio flexible, usted recibirá una carta para explicarle cuáles son sus opciones. No es posible apelar una decisión de denegación de un servicio flexible, pero usted tiene el derecho de presentar una queja. Obtenga más información sobre las quejas y apelaciones en la página 117.

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

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

Iniciativas de beneficio comunitario

Las iniciativas de beneficio comunitario son servicios y apoyos para los miembros y la comunidad en general cuyo propósito es mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

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

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

Algunos ejemplos de otras iniciativas de beneficio comunitario incluyen:

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

Puntos de acceso abierto

En la mayoría de las regiones de Oregon, tenemos acuerdos especiales con los proveedores de servicios de salud para indios americanos (IHCP) y las clínicas del Servicio de Salud para Indios Americanos (IHS). Estos acuerdos especiales permiten

que nuestros miembros se atiendan en este tipo de instituciones sin estar asignados a ellas y sin necesidad de una referencia.

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

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) se refieren a los obstáculos para la salud, como la vivienda o el acceso a los alimentos. Póngase en contacto con PacificSource Community Solutions para averiguar cuáles servicios gratuitos de HRSN están disponibles. Los servicios de HRSN incluyen:

- Servicios de vivienda: Ayuda para pagar la renta y los servicios públicos, para conseguir o mantener una vivienda, gastos de mudanza y modificaciones en el hogar. Este programa comenzará a partir del 1 de noviembre del 2024 y será para miembros en riesgo de quedarse sin vivienda. Para otras personas, este servicio se iniciará en una fecha posterior.
- Apoyos para el clima: Ayuda para conseguir aparatos de aire acondicionado, calefactores, filtros de aire, mini-refrigeradores y fuentes de alimentación portátiles relacionados con la salud. Este programa comenzará en marzo del 2024.
- Servicios de nutrición: Incluye educación nutricional, comidas adaptadas a las necesidades médicas, suministro de comidas o despensa, recetas de frutas y verduras. Este programa comenzará el 1 de enero del 2025.

Usted puede ser elegible para recibir algunos o todos los servicios de HRSN si es miembro del OHP y:

- No tiene un hogar o está en riesgo de perderlo;
- Va a ser dado de alta de un instituto para las enfermedades mentales;
- Va a ser liberado de la cárcel;
- Es un joven que está en un proceso de transición fuera del sistema de bienestar infantil;
- Es un joven que tiene necesidades de salud especiales (no puede recibir servicios hasta el 2025);
- Es una persona que está tendrá un doble estatus con el OHP y Medicare.

Usted también debe cumplir con ciertos criterios. Si desea ser evaluado para HRSN, póngase en contacto con PacificSource Community Solutions. PacificSource Community Solutions puede ayudarle a programar citas para los servicios de HRSN, incluyendo la evaluación.

Usted puede solicitar que le realicen una evaluación para determinar si cumple con los requisitos o negarse a que se realice dicha evaluación. En caso de que se aprueben los

servicios de HRSN, usted puede decidir si desea recibirlos o no. Si se aprueban, los servicios de HRSN son gratuitos y usted puede darse de baja en cualquier momento. Si recibe servicios de HRSN, su equipo de coordinación de los cuidados trabajará con usted para asegurarse de que su plan de cuidados incluya los servicios que recibe. Obtenga más información sobre la coordinación de los cuidados y los planes de atención en la página 33.

Tenga en cuenta que para ser seleccionado y recibir los servicios de HRSN, es posible que sus datos personales sean recopilados y utilizados para las referencias. Usted puede limitar la forma en que se comparte su información.

Transporte gratuito para acudir a sus citas

Servicios de transporte sin costo para todos los miembros de PacificSource Community Solutions.

Si usted necesita ayuda para transportarse a una cita médica, llame a ModivCare al 844-544-1397 (TTY: 711) para solicitar el servicio de transporte sin costo. Usted puede transportarse sin costo a cualquier consulta de salud física, dental, farmacéutica o de salud del comportamiento que esté cubierta por PacificSource Community Solutions.

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

Si desea obtener información adicional sobre el reembolso de las millas recorridas, las comidas y el alojamiento, póngase en contacto con ModivCare antes de la fecha de su cita para conocer el proceso. Consulte la guía del pasajero en: https://pacificsource.com/sites/default/files/2023-04/MCD126_0423_NonEmergentMedicalTransportRidersGuide.pdf.

Solicite el servicio de transporte

Llame a ModivCare al teléfono 844-544-1397 (TTY: 711)
Horario: lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. para traslados de rutina y las 24 horas del día/7 días de la semana/365 días del año para traslados urgentes y altas hospitalarias. Es posible que el proveedor del servicio de transporte no opere en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día Conmemorativo, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad.

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

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

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

Lo que usted puede esperar cuando llame

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

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

Cuando llame para programar un traslado, le pediremos:

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

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

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

Horario de recolección

Le informaremos el nombre y el teléfono de la compañía de transporte o del conductor antes de su cita. Su conductor se pondrá en contacto con usted al menos 2 días antes de su traslado para confirmar los detalles. El/ella pasará a recogerlo a la hora

programada. Por favor sea puntual. Si usted se demora, el conductor lo esperará 15 minutos después de la hora programada. Eso significa que si su traslado está programado para las 10 a.m., el conductor lo esperará hasta las 10:15 a.m.

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

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

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

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

Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero:

Usted tiene el derecho de:

- Recibir servicios de transporte seguros y confiables que se ajusten a sus necesidades.
- Ser tratado con respeto.
- Solicitar los servicios de un intérprete al hablar con el departamento de Servicio al Cliente.
- Recibir documentos en un idioma o formato que se ajuste a sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando se niegue un servicio de transporte.
- Presentar una queja sobre el servicio de transporte.

- Presentar una apelación, solicitar una audiencia o ambas cosas si considera que le han negado un servicio de transporte injustamente.

Estas son sus responsabilidades:

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

Para cancelar o cambiar su servicio de transporte

Llame a ModivCare al 844-544-1397 (TTY: 711) si necesita cancelar o reprogramar su servicio transporte, cuando menos 2 horas antes de la hora de recolección.

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

Si usted no se presenta

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

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

Si se niega su solicitud de servicio de transporte

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

Usted puede presentar una apelación ante PacificSource Community Solutions si no está de acuerdo con la decisión. Usted tiene 60 días contados a partir de la fecha del aviso de denegación para presentar una apelación. Si después de la apelación se

confirma la decisión de denegación, usted también tiene el derecho de solicitar una audiencia ante el estado.

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

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

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

Obtenga más información sobre las quejas, apelaciones y audiencias en la página 117.

Guía del pasajero

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

La guía contiene más información, incluyendo:

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

Cómo recibir cuidados por vídeo o teléfono

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

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

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

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

Cómo encontrar proveedores de telesalud

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

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

Si su médico ofrece este tipo de consulta, aparecerá la indicación “Este proveedor ofrece servicios de telemedicina” debajo del nombre del médico en el Directorio de Proveedores. Su proveedor no puede requerir que usted solamente utilice los servicios de telesalud. El acceso a este tipo de consulta varía dependiendo del proveedor. Algunas de estas consultas pueden realizarse por teléfono. Otras pueden requerir de aplicaciones tales como Zoom. Si usted necesita ayuda para acceder a estos servicios, por favor llame al consultorio de su proveedor. También puede llamar a nuestro equipo de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711) para recibir ayuda.

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

Cuándo utilizar el servicio de telesalud

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

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

- Cuando su proveedor quiera tener una consulta antes de surtir un medicamento de prescripción.
- Servicios. de asesoría.

- Seguimiento de una consulta en persona.
- Cuando usted tenga preguntas de rutina sobre cuestiones de salud.
- Si está en cuarentena o practica el distanciamiento social debido a una enfermedad.
- Si usted no está seguro de si debe acudir a la clínica o al consultorio.

No se recomienda la telesalud para casos de emergencia. Si cree que su vida está en riesgo, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. En la página 91 encontrará una lista de hospitales con salas de emergencia.

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

Las consultas de telesalud son privadas

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

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en la página 12.

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

Usted tiene el derecho de:

- Recibir servicios de telesalud en el idioma que prefiera.
- Ser atendido por un proveedor que respete su cultura y sus necesidades lingüísticas.
- Obtener servicios de un intérprete calificado y certificado. Obtenga más información en la página 4.
- Consultar a su proveedor en persona, no sólo a través de la telesalud.
    - PacificSource Community Solutions se asegurará de que usted pueda elegir cómo desea llevar a cabo sus consultas. Un proveedor no puede obligarle a utilizar la telesalud a menos de que haya un estado de emergencia declarado o que un centro médico haya implementado un plan para desastres.
- Recibir apoyo y contar con las herramientas necesarias para la telesalud.
    - PacificSource Community Solutions le ayudará a identificar cuál herramienta de telesalud es la mejor para usted.

Hable con su proveedor acerca de la opción de telesalud. Usted también puede llamar al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711). Nuestra oficina está abierta de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Medicamentos de prescripción

Si usted necesita surtir una receta, puede acudir a cualquier farmacia de la red de PacificSource Community Solutions. Consulte una lista de farmacias con las que trabajamos en nuestro Directorio de Proveedores: https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid.

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

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

Medicamentos de prescripción cubiertos

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

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

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

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

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

Cómo solicitar que PacificSource Community Solutions cubra los medicamentos de prescripción

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

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

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

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

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

Farmacia de entrega a domicilio

CVS Caremark Mail-Order Services puede enviarle por correo algunos medicamentos a su domicilio. Este es el servicio de farmacia de entrega a domicilio. Si se le dificulta pasar a recoger sus medicamentos de prescripción, la farmacia de entrega a domicilio puede ser una buena opción. Comuníquese al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) para:

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

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

El OHP paga los medicamentos para la salud del comportamiento

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

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

Cobertura de medicamentos de prescripción para miembros con Medicare

PacificSource Community Solutions y el OHP no cubren medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.
Si usted es elegible para a la Parte D de Medicare pero decide no inscribirse, tendrá que pagar el costo de estos medicamentos.

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

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

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en la página 106.

Cómo obtener sus medicamentos de prescripción antes de un viaje

Si usted tiene previsto viajar fuera del estado, asegúrese de tener una cantidad suficiente de sus medicamentos para el viaje. Usted puede solicitar que le resurtan sus recetas antes de tiempo. Esto se conoce como anticipación por vacaciones. Comuníquese al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) para averiguar si esta opción es adecuada para usted.

Hospitales

Trabajamos con los siguientes hospitales para los cuidados de hospital regulares. Usted puede recibir cuidados de emergencia en cualquier hospital.

Marion/Polk:
Salem
Salem Health
890 Oak St., SE Salem, OR 97301
503-561-5200 (TTY: 711), **800-876-1718 Sin costo**
https://www.SalemHealth.org

Silverton
Legacy Silverton Hospital
342 Fairview St., Silverton, OR 97381
503-873-1500 (TTY: 711)
https://www.LegacyHealth.org/locations/hospitals/legacy- silverton-medical-center.aspx

Dallas
Salem Health West Valley
525 SE Washington St., Dallas, OR 97338
503-623-8301 (TTY: 711)
https://www.SalemHealth.org/services/salem-health-west-valley

Stayton
Santiam Memorial Hospital
1401 N. 10th Ave., Stayton, OR 97383
503-769-2175 (TTY: 711)
https://SantiamHospital.org

Cuidados urgentes

Un problema urgente es lo bastante grave como para necesitar un tratamiento de inmediato, pero no lo suficiente como para acudir de inmediato a la sala de emergencias. Los problemas urgentes pueden ser físicos, dentales o del comportamiento.
Usted puede recibir servicios de cuidados urgentes las 24 horas del día y los 7 días de la semana sin una aprobación previa. No es necesario que usted sea referido para recibir cuidados urgentes o de emergencia. Consulte la lista de centros de cuidados urgentes y clínicas sin previa cita que aparece más abajo. Obtenga más información sobre los cuidados dentales urgentes en la página 94.

Cuidados urgentes de salud física

Estos son algunos ejemplos de cuidados urgentes de salud física:

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

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

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

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

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

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

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

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

Marion/Polk:

Condado de Marion
Salem Health Urgent Care – Salem
1002 Bellevue St. SE, Salem, OR 97301
503-814-5554 (TTY: 711)
https://www.SalemHealth.org/services/primary- care/urgent-care

Salem Health Urgent Care – Woodburn
105 Arney Rd., Ste 130, Woodburn, OR 97071
503-902-3900 (TTY: 711)
https://www.SalemHealth.org/services/primary- care/urgent-care

Salem Clinic Urgent Care – Salem
2020 Capitol St. NE, Salem, OR 97301
503-364-9888 (TTY: 711)
https://SalemClinic.org/hours/urgent-care-centers

Salem Clinic Urgent Care – Salem
2531 Boone Rd. SE, Salem, OR 97306
503-485-8600 (TTY: 711)
https://SalemClinic.org/hours/urgent-care-centers

Salem Clinic Urgent Care – Keizer
5900 Inland Shores Way NE Keizer, OR 97303
503-589-6255 (TTY: 711)
https://SalemClinic.org/physicians/urgent care

Urgent Care Clinic South – Salem
3777 Commercial St. SE, Salem, OR 97302
503-588-1234 (TTY: 711)
https://www.UrgentCareSouth.com

Silverton Urgent Care – Silverton
335 Fairview St., Silverton, OR 97381
503-873-4115 (TTY: 711)
https://www.UrgentCareOR.com/services.html

Condado de Polk
Emurgent Care LLC – Dallas
109 E Ellendale Ave, Ste., B, Dallas, OR 97338
503-623-3199 (TTY: 711)
https://EmurgentCareMedical.com

Cuidados dentales urgentes

Estos son algunos ejemplos de cuidados dentales urgentes:

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

Si usted tiene un problema dental urgente, llame a su dentista de atención primaria (PCD).
Si usted no puede ponerse en contacto con su PCD o no tiene uno, llame a su DCO (consulte la página 22). El personal de su DCO le ayudará a obtener los cuidados dentales urgentes dependiendo de su padecimiento. Si usted tiene un problema dental urgente, le darán una cita dentro de un plazo de 2 semanas o de 1 semana si está en estado de embarazo.

Cuidados de emergencia

Llame al 911 si usted necesita una ambulancia o acuda a la sala de emergencias si cree que su vida está en riesgo. Una emergencia requiere atención inmediata y pone en riesgo su vida. Puede ser algo como una lesión repentina o una enfermedad repentina. Las emergencias también pueden causar daños a su cuerpo. Si usted está estado de embarazo, la emergencia también puede causar daños a su bebé.
Usted puede recibir servicios urgentes y de emergencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana sin una aprobación previa. Usted no necesita una referencia médica.

Emergencias de salud física

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

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

Más información sobre los cuidados de emergencia:

- Llame a su PCP o al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions dentro de los 3 días de haber recibido cuidados de emergencia.
- Usted tiene el derecho de acudir a cualquier hospital u otro centro dentro de los Estados Unidos.
- Las emergencias están cubiertas en los Estados Unidos. No están cubiertas en México o Canadá.
- Los cuidados de emergencia le proporcionan servicios de post-estabilización (cuidados posteriores). Los servicios post-estabilización son servicios cubiertos que se relacionan con una condición de emergencia. Usted recibe estos servicios una vez que haya sido estabilizado. Los servicios ayudan a mantener su estado de estabilización. También ayudan a mejorar o tratar su condición.

En la página 91 encontrará una lista de hospitales con salas de emergencia.

Emergencias dentales

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

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

Si usted tiene una emergencia dental, llame a su dentista de atención primaria (PCD). Usted será atendido dentro de un lapso de 24 horas. Algunos consultorios tienen horarios de atención de emergencia sin previa cita. Si usted no puede ponerse en

contacto con su PCD o no tiene uno, llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135. El personal le ayudará a obtener los cuidados dentales de emergencia.

Si ninguna de estas opciones le sirve, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias. **Si usted necesita una ambulancia, llame al 911.** En la página 91 encontrará una lista de hospitales con salas de emergencia.

Emergencias y crisis de salud del comportamiento

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

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

- Usted no necesita una referencia o autorización previa para recibir servicios de salud del comportamiento de emergencia. PacificSource Community Solutions ofrece a los miembros ayuda y servicios para situaciones de crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud del comportamiento puede ayudarle a obtener servicios para mejorar y estabilizar su salud mental. Trataremos de ayudarle y apoyarle después de una situación de crisis.

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

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

Marion/Polk:

Condado de Polk
Departamento de Salud Mental del Condado de Polk
182 SW Academy Street, Suite 333
Dallas, OR 97338
503-623-9289 Local
503-831-1726 Fax

Departamento de Salud Mental del Condado de Polk
1310 Main Street East

Monmouth, OR 97361
503-400-3550 Local
503-837-0095 Fax

Servicios de Salud del Comportamiento para Adultos del Condado de Polk
1520 Plaza Street NW
Salem, OR 97304
503-585-3012 Local
503-585-0128 Fax

CRISIS:
503-623-9289 días hábiles de 8:00 am – 5:00 pm (excepto días festivos)
503-581-5535 o 800-560-5535 – en horas inhábiles

Condado de Marion
Servicios de Salud del Comportamiento para Adultos del Condado de Marion
2045 Silverton Rd., NE, Suite B
Salem, OR 97301
503-588-5351 Local
503-585-4908 Fax

Servicios de Salud del Comportamiento para Adultos del Condado de Marion - Servicios Rurales
976 N Pacific Highway
Woodburn, OR 97071
503-981-5851 Local
503-566-2977 Fax

Centro Psiquiátrico para Casos de Crisis del Condado de Marion
1118 Oak St. SE
Salem, OR 97301
503-585-4949 Local
503-585-4965 Fax

Los Servicios de Salud del Comportamiento de MCHHS para Niños atienden a personas de 0 a 18 años de edad. Si usted está teniendo una crisis, llame a nuestra línea de atención centralizada para pedir ayuda. No se requiere una referencia médica para acceder a nuestros servicios. Cualquiera puede comunicarse con nosotros. Estamos aquí para ayudarle.
Línea de atención centralizada: 503-576-4676.

Servicios de Salud del Comportamiento para Niños del Condado de Marion
3867 Wolverine St NE, Building F
Salem, OR 97305
503-588-5352 Local
503-585-4990 Fax

Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions: 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
Horario: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Obtenga más información sobre los beneficios de salud del comportamiento en la página 59.

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

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

¡IMPORTANTE!

No es necesario que usted obtenga nuestra autorización previa para llamar a la línea de crisis o para recibir servicios de emergencia. Usted puede utilizar estos servicios en cualquier momento que considere que está teniendo una emergencia.

Pida a su médico, asesor, terapeuta u otro profesional que le ayude a elaborar un plan de apoyo para casos de crisis. Este plan le ayudará a facilitar el acceso a la ayuda en casos de crisis y a saber cómo obtener asistencia cuando la necesite.

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

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

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

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

- Una línea de atención para casos de crisis para los miembros que necesiten ayuda.

- Un equipo móvil especializado en situaciones de crisis que acudirá a los miembros que necesiten ayuda.
- Centros para casos de crisis con y sin cita previa (ver abajo)
- Cuidados de relevo para casos de crisis (cuidados a corto plazo)
- Alojamiento a corto plazo para estabilizarse
- Servicios posteriores a la estabilización y servicios de cuidados urgentes. Estos cuidados están disponibles las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Los cuidados posteriores a la estabilización son servicios cubiertos que se relacionan con una emergencia médica o de salud del comportamiento y se proporcionan una vez estabilizada la emergencia para mantener la estabilización o resolver la condición.
- Servicios de respuesta para casos de crisis las 24 horas del día para los miembros que reciben un tratamiento intensivo de salud del comportamiento a domicilio.

Obtenga más información sobre los servicios de salud del comportamiento que ofrece PacificSource Community Solutions en la página 59.

Prevención del suicidio

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

Señales de advertencia comunes del suicidio

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

Estas son algunas señales de advertencia del suicidio:

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

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

Usted también puede obtener ayuda:

- Llame al 988 para obtener ayuda de un especialista clínico de salud mental.
- Llame al 911 si usted u otra persona está en peligro inminente.
- Busque en Internet el teléfono de los servicios para crisis de salud mental de su condado. Esos servicios realizan valoraciones y pueden ayudarle a obtener los servicios que usted necesita. En la página 96 encontrará una lista de otras líneas de atención para casos de crisis. También puede visitar los sitios web:
    - Condado de Marion: https://www.co.marion.or.us/HLT/MH/Pages/default.aspx.
    - Condado de Polk: https://www.co.polk.or.us/bh/contact-our-crisis-team

Cuidados de seguimiento después de una emergencia

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

- Usted debe recibir los cuidados de seguimiento de su proveedor o dentista habitual. Usted puede pedir al médico de la sala de emergencias que llame a su proveedor para programar los cuidados de seguimiento.

- Llame a su proveedor o dentista lo antes posible después de recibir cuidados urgentes o de emergencia. Avise a su proveedor o dentista dónde recibió el tratamiento y por qué.

- Su proveedor o dentista se encargará de los cuidados de seguimiento y de programar una cita si la necesita.

Cuidados lejos del hogar

Cuidados previamente planeados fuera del estado

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

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

En la página 91 encontrará más información sobre cómo resurtir sus recetas antes de viajar.

Cuidados de emergencia lejos del hogar

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

No pague los cuidados de emergencia. Si usted paga la factura de la sala de emergencias, PacificSource Community Solutions no está autorizado a reembolsarle el dinero. Consulte la página 101 para saber qué debe hacer si le facturan los servicios.

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

1. Asegúrese de llevar con usted su tarjeta de ID del Plan de Salud de Oregon y su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions cuando viaje fuera del estado.

2. Muestre su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions y solicite que facturen los servicios a PacificSource Community Solutions.

3. No firme ningún documento hasta confirmar que el proveedor esté dispuesto a facturar a PacificSource Community Solutions. A veces PacificSource Community Solutions no puede pagar su factura si se ha firmado un formulario de acuerdo de pago. Consulte la página 103 para obtener más información sobre este formulario.

4. Usted puede pedir que el personal de la sala de emergencias o la oficina de facturación del proveedor se ponga en contacto con PacificSource Community Solutions si necesita verificar su seguro o tiene alguna duda.

5. Comuníquese con PacificSource Community Solutions si necesita asesoría sobre lo que debe hacer o si necesita recibir cuidados que no sean de emergencia y se encuentra lejos de su hogar.

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

Facturas de servicios

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

Cuando usted programe su primera visita con un proveedor de servicios de salud, informe al personal del consultorio que usted es miembro de PacificSource Community Solutions. También informe al personal si usted tiene otros seguros. Esto ayudará al proveedor a determinar a quién debe facturar. Lleve consigo su tarjeta de ID a todas sus consultas médicas.

PacificSource Community Solutions paga todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Lista Prioritizada de Servicios de Salud y los servicios deben ser médicamente o dentalmente adecuados.

Ningún proveedor de la red de PacificSource Community Solutions (consulte la lista de proveedores de la red en la página 29) u otra persona que trabaje para el proveedor puede facturar los servicios a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobranza o emprender una acción civil contra un miembro para cobrar cualquier dinero adeudado por PacificSource Community Solutions por concepto de servicios que usted no sea responsable de pagar al proveedor bajo contrato.

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

- La inasistencia a las citas médicas no es un servicio del OHP (Medicaid) y los proveedores no pueden facturarlas al miembro ni al OHP.
- Si su proveedor no le envía la documentación correcta o no obtiene una aprobación, no puede enviarle a usted una factura. Esto se llama un error del proveedor.

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

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

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

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

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

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

Es posible que usted tenga que pagar algunos servicios

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

Usted debe pagar al proveedor:

- **Si recibe cuidados de rutina fuera de Oregon.** Usted recibe servicios fuera de Oregon que no son cuidados de urgencia o emergencia.

- **Si usted no le informa al proveedor que está inscrito en el OHP.** Usted no le informa al proveedor que tiene un plan de PacificSource Community Solutions u otro seguro o proporciona un nombre que no coincide con el que aparece en la identificación de PacificSource Community Solutions al momento de recibir el servicio o posteriormente, por lo que el proveedor no puede facturar a PacificSource Community Solutions. Los proveedores deben verificar su elegibilidad para recibir los servicios de PacificSource Community Solutions al momento de prestar el servicio y antes de facturar o hacer cobros. Los proveedores deben tratar de obtener información sobre la cobertura antes de facturarle.

- **Si usted sigue recibiendo un servicio que le fue denegado.** Usted o su representante solicitaron la continuación de los beneficios durante un proceso de apelación y/o de audiencia de caso impugnado y la decisión final no fue a su favor. Usted tendrá que pagar todos los gastos incurridos por los servicios denegados a partir de la fecha de vigencia de la notificación de acción o de resolución de la apelación.

- **Si usted recibe dinero por concepto de servicios médicos después de un accidente.** Si un pagador externo, como el seguro de su automóvil, le paga a usted el costo de los servicios que recibió de su proveedor y usted no utiliza ese dinero para pagar al proveedor.

- **Si nosotros no trabajamos con ese proveedor.** Si usted elige acudir con un proveedor que no pertenece a la red de PacificSource Community Solutions, es posible que tenga que pagar sus servicios. Antes de acudir con un proveedor que no pertenezca a la red de PacificSource Community Solutions, usted debe llamar al departamento de Servicio al Cliente o hablar con su PCP. Es posible que necesite una autorización previa o que haya un proveedor de la red que pueda atender sus necesidades. En la página 29 encontrará una lista de proveedores de la red.

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

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

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

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

Un formulario de acuerdo de pago se utiliza cuando usted desea recibir un servicio que no está cubierto por PacificSource Community Solutions o por el OHP. A este formulario también se le conoce como una exención. Usted puede ver una copia del formulario en https://bit.ly/OHPwaiver.

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

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

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

Debido a que algunos proveedores de cuidados de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas del OHP (Medicaid) de Oregon, es posible que le envíen una factura a usted. Póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions si usted recibe una factura. Es posible que dispongamos de recursos para ayudarle si le han facturado indebidamente.

Llámenos de inmediato si usted recibe una factura de proveedores de fuera del estado. Algunos proveedores envían las facturas no pagadas a las agencias de cobranza e incluso pueden presentar una demanda en un juzgado para exigir el pago. Es más difícil resolver el problema cuando eso sucede. Tan pronto como usted reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Póngase en contacto lo antes posible con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711).
  Horario:

  1 de octubre al 31 de enero:

  Abrimos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

  1 de febrero al 30 de septiembre:

  Abrimos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

  No laboramos los siguientes días festivos:

  - Día de Año Nuevo
  - Día Conmemorativo
  - Día de la Independencia
  - Día del Trabajo
  - Día de Acción de Gracias y el día siguiente
  - Día de Navidad
- Si usted recibe algún documento del juzgado, llámenos de inmediato. También puede consultar a un abogado o llamar a la Línea de Asistencia de Beneficios Públicos al teléfono 800-520-5292 para recibir ayuda y asesoría legal. Hay leyes de protección del consumidor que pueden ayudarle si usted recibe una factura errónea mientras estuvo inscrito en el OHP.
- Si usted recibió una factura porque PacificSource Community Solutions rechazó su reclamación, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, sus derechos de apelación y lo que debe hacer si no está de acuerdo con nosotros en la página 117.

- También puede presentar una apelación enviando una carta a PacificSource Community Solutions para indicar que no está de acuerdo con la factura debido a que usted estaba inscrito en el OHP al momento de recibir el servicio.

Consejos importantes sobre el pago de los servicios y las facturas

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

- Si su proveedor le pide que pague un co-pago, ¡no lo pague! Pida al personal del consultorio que llame a PacificSource Community Solutions.

- PacificSource Community Solutions paga todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Lista Prioritizada de Servicios de Salud (consulte la página 36).

- Para obtener una breve lista de los beneficios y servicios que están cubiertos por PacificSource Community Solutions como parte de sus beneficios del OHP, los cuales también cubren la administración de casos y la coordinación de los cuidados, consulte la página 35. Si usted tiene alguna duda sobre los servicios cubiertos, puede preguntar a su PCP o llamar al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions.

- Ningún proveedor de la red de PacificSource Community Solutions puede facturar los servicios a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobranza o emprender una acción civil contra un miembro para cobrar cualquier dinero adeudado por PacificSource Community Solutions por concepto de servicios que usted no sea responsable de pagar.

- Los miembros no tienen que pagar el costo del servicio de transporte para acudir a sus consultas cubiertas. Consulte la página 83. Los miembros pueden solicitar el reembolso de los gastos de transporte a las consultas cubiertas u obtener pases de autobús para acudir a las consultas cubiertas.

- Por lo general, estas protecciones solamente aplican si el proveedor médico tenía conocimiento o debió tener conocimiento de que usted está inscrito en el OHP. De igual manera, solamente aplican a los proveedores que participan en el OHP (la mayoría de los proveedores participa).

- A veces, es posible que su proveedor no llene correctamente la documentación. Si esto sucede, es posible que no reciba el pago de los servicios. Eso no significa que usted tenga que pagarlos. Si usted ya recibió el servicio y nosotros nos rehusamos a pagarle a su proveedor médico, el proveedor no puede enviarle a usted la factura.

- Es posible que le enviemos una notificación para avisarle que no pagaremos el servicio. Esa notificación no significa que usted tiene que pagar. El proveedor deberá anular los cargos.

- Si PacificSource Community Solutions o su proveedor le indicamos que el servicio no está cubierto por el OHP, usted tiene el derecho de impugnar dicha decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la página 117.

- En caso de que cierre PacificSource Community Solutions, usted no es responsable de pagar los servicios que nosotros cubrimos o proporcionamos.

Miembros con OHP y Medicare

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

Si usted tiene ambas coberturas, no será responsable de:

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

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

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

Comuníquese al departamento de Servicio al Cliente para obtener más información sobre los beneficios que pagan Medicare y el OHP (Medicaid), o si necesita ayuda para

encontrar un proveedor o averiguar cómo obtener los servicios.

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

- Proporcione al proveedor su número de ID del OHP y dígale que está cubierto por PacificSource Community Solutions. Si le dicen que usted debe dinero o le piden que realice un pago, llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711). Nosotros podemos ayudarle.
- En la página 102 le proporcionamos más información acerca de las pocas veces que un proveedor puede enviarle una factura.

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

Cambio de CCO y transferencia de los cuidados

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

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

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

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

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

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

Áreas de servicio donde sólo hay una CCO:

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

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

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

Áreas de servicio donde haya más de una CCO:

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

- Si usted se muda fuera del área de servicio.
    - Si usted se muda a un lugar donde su CCO no proporcione servicios, puede cambiar de planes tan pronto como informe al OHP sobre el cambio de domicilio. Por favor llame al OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas respecto al servicio que usted desea recibir.
- Usted tiene un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no estén disponibles dentro de la red y su proveedor considere que obtener los servicios por separado representaría un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.

- Por otros motivos, incluyendo la mala calidad de los cuidados, la falta de acceso a los servicios cubiertos o la falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades específicas del cuidado de la salud, entre otros.
- Cuando los servicios no sean proporcionados en su idioma preferido.
- Cuando los servicios no se proporcionen de una manera culturalmente apropiada; o
- Si usted corre el riesgo de que ocurra una interrupción en la continuación de sus cuidados.

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

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

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

Cómo cambiar de CCO o darse de baja de su CCO

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

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

Avise al OHP si usted desea cambiar de CCO o darse de baja de su CCO. Usted y/o su representante pueden llamar al departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-699-9075 o al 800-273-0557 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. PT. Utilice su cuenta en línea: ONE.Oregon.gov o envíe un email al OHP a la dirección Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

Usted puede recibir cuidados mientras cambia de CCO. Consulte la página 110 para obtener más información.

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

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

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

En estos casos, debemos solicitar al estado (Autoridad de Salud de Oregon) que evalúe y apruebe su baja de nuestro plan. Usted recibirá una carta si el estado aprueba que usted sea dado de baja de la CCO. Usted puede presentar una queja si no está satisfecho con el proceso o si no está de acuerdo con la decisión. Obtenga más información sobre cómo presentar una queja o solicitar una apelación en la página 117.

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

- Si su estado de salud empeora.
- Si usted no utiliza los servicios.

- Si usted utiliza demasiados servicios.
- Si usted está a punto de utilizar servicios o de ser ingresado en una institución de cuidados (como una institución de cuidados a largo plazo o un centro residencial de tratamiento psiquiátrico).
- Si usted tiene un comportamiento de necesidades especiales que puede ser perturbador o poco cooperativo.
- Si su clase protegida, su padecimiento de salud o su historial médico indican que probablemente necesitará muchos servicios o servicios caros en el futuro.
- Si usted tiene una discapacidad física, intelectual, mental o del desarrollo.
- Si usted está bajo la custodia de los Servicios de Bienestar Infantil del ODHS.
- Si usted presenta una queja, no está de acuerdo con una decisión o solicita una apelación o una audiencia.
- Si usted toma una decisión sobre sus cuidados y PacificSource Community Solutions no está de acuerdo.

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

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

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

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

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

Si usted necesita recibir los mismos cuidados mientras cambia de planes

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

- Cuidados debido a una enfermedad renal en etapa terminal.
- Niños que sean médicamente frágiles.
- Personas que participen como miembros en un programa de tratamiento del cáncer de seno y/o del cuello uterino.
- Personas que reciban ayuda de Care Assist debido al VIH/SIDA.
- Personas que reciban cuidados después de un trasplante.
- Personas que estén en estado de embarazo o recién hayan dado a luz.
- Personas que reciban un tratamiento contra el cáncer.
- Cualquier miembro que, de no recibir los servicios continuos, pudiera sufrir un perjuicio grave para su salud o correr el riesgo de necesitar atención hospitalaria o institucional.

Tiempo durante el cual se proporcionan esos cuidados:

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

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

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

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

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

- Tengan un acceso continuo a los cuidados de salud y al servicio de transporte para acudir a sus citas.
- Reciban los servicios de su proveedor aunque no pertenezca a la red de PacificSource Community Solutions hasta que ocurra uno de los siguientes:

    - Se complete el curso de tratamiento prescrito mínimo o aprobado, o
    - El proveedor decide que el tratamiento ya no es necesario. Si los cuidados están siendo proporcionados por un especialista, el plan de tratamiento será revisado por un proveedor calificado.
- Algunos tipos de cuidados continuarán hasta que se complete el tratamiento con el proveedor actual. Estos tipos de cuidados son:
    - Cuidados antes y después del embarazo/parto (prenatales y posparto).
    - Servicios de trasplante hasta el primer año después del trasplante.
    - Radiación o quimioterapia (tratamiento contra el cáncer) durante el curso de tratamiento.
    - Medicamentos con un tratamiento mínimo definido que exceda los plazos de transición de los cuidados arriba indicados.

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

Decisiones sobre el final de la vida

Directrices avanzadas

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

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

Una directriz avanzada le permite:

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

- Compartir, negarse o aceptar ciertos tipos de cuidados médicos y el derecho de compartir sus decisiones sobre sus cuidados médicos a futuro.

Cómo obtener más información sobre las directrices avanzadas

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

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

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

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

Más información útil sobre las directrices avanzadas

- Usted decide si desea llenar el formulario de directrices avanzadas. Si usted decide no llenar y firmar el formulario de directrices avanzadas, eso no cambiará su cobertura ni su acceso a los cuidados de salud.
- Usted no recibirá un trato distinto por parte del personal de PacificSource Community Solutions si decide no llenar y firmar la directriz avanzada.
- Si usted llena un formulario de directrices avanzadas, asegúrese de informar a sus proveedores de salud y a su familia y proporcionarles una copia.
- PacificSource Community Solutions respetará todas las decisiones que usted haya indicado en su formulario de directrices avanzadas.

En caso de que un proveedor de servicios de salud contratado por PacificSource no puede implementar una directiva avanzada por una cuestión de conciencia (las personas deben decidir de acuerdo con lo que creen que es moralmente correcto), el proveedor deberá proporcionar una declaración clara y precisa por escrito. La declaración deberá incluir:

- Una explicación de las diferencias entre las objeciones basadas en la conciencia a nivel de toda la institución y las objeciones que pueden plantear los médicos a título individual;

- La identificación de la autoridad legal del estado que permite dicha objeción; y una descripción de los padecimientos o procedimientos médicos afectados por la objeción de conciencia.

Si un proveedor de servicios de salud no puede o no quiere llevar a cabo las instrucciones descritas en un documento de directrices avanzadas, sucederá lo siguiente:

- El proveedor de servicios de salud informará al representante para el cuidado de la salud si el paciente está incapacitado (no puede encargarse de sí mismo o de sus asuntos).
- Si se cuestiona la autoridad o la decisión del representante para el cuidado de la salud, el representante o el proveedor de servicios de salud pueden acudir a los tribunales para recibir orientación. Esto puede hacerse presentando una petición ante los tribunales, tal como se indica en ORS 127.550 (Petición de Revisión Judicial de las Directrices Avanzadas).
- En caso de que un paciente incapacitado no tenga un representante para el cuidado de la salud y las decisiones sobre el cuidado de la salud no estén en disputa, el representante para el cuidado de la salud hará un esfuerzo razonable para localizar a otro médico o proveedor de servicios de salud y autorizar la transferencia del paciente a ese médico o proveedor de servicios de salud.

Cómo presentar una queja si PacificSource Community Solutions no cumplió con los requerimientos de su directriz avanzada

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

Health Licensing Office
503-370-9216 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711)
Horario: lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (Horario del Pacífico)
Envíe una queja por correo a:
1430 Tandem Ave NE, Suite 180
Salem, OR 97301
Email: hlo.info@odhsoha.oregon.gov

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

Usted puede obtener los formularios de queja e información adicional en: https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx.

Cómo cancelar una directriz avanzada

Si desea cancelar una directriz avanzada, pida que le devuelvan las copias de la

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

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

Órdenes portátiles de tratamiento para prolongar la vida (POLST)

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

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

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

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

Declaración Sobre el Tratamiento de Salud Mental

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

¿Para qué sirve este formulario?

El formulario indica qué tipo de cuidados desea recibir en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Solamente un juez y dos médicos pueden decidir si usted no es capaz de tomar decisiones sobre su salud mental.
Este formulario le permite tomar decisiones sobre el tipo de cuidados que usted desea y no desea recibir. Usted puede utilizarlo para designar a un adulto que se encargue de tomar decisiones sobre sus cuidados. La persona que usted designe debe aceptar hablar en su nombre y cumplir sus deseos. Si usted no expresa sus deseos por escrito, esta persona decidirá por usted.

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

Para obtener más información de la Declaración sobre el Tratamiento de Salud Mental, visite el sitio web del Estado de Oregon: https://aix-xweb1p.state.or.us/es_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf.

Usted puede presentar una queja si su proveedor no cumple con los deseos indicados en el formulario. Utilice este formulario si desea presentar una queja: http://www.healthoregon.org/hcrqi. Envíe su queja a:

Health Care Regulation and Quality Improvement
800 N.E. Oregon St., #465
Portland, OR 97232
Email: Mailbox.HCLC@odhsoha.oregon.gov
Teléfono: 971-673-0540 (TTY: 971-673-0372)
Fax: 971-673-0556

Cómo reportar el fraude, desperdicio y abuso

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

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

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

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

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

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

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

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

Cómo reportar un caso de fraude, desperdicio y abuso

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

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

Llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions 800-431-4135, TTY: 711 o denuncie de forma anónima a través de nuestra línea directa EthicsPoint al teléfono 888-265-4068 o en línea en https://secure.ethicspoint.com/domain/media/en/gui/16499/index.html.
Fax: 541-322-6424
Envíe un reporte por email: CS@PacificSource.com.
Escriba a:
PacificSource Community Solutions
ATTN: Customer Service
PO Box 5729
Bend, Oregon 97708

Ó

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

DHS Fraud Investigation Unit
P.O. Box 14150
Salem, OR 97309
Línea de denuncia: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)
Fax: 503-373-1525 Atención: Línea de Denuncia
Sitio web: https://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx

Ó (específico para proveedores)

OHA Office of Program Integrity
3406 Cherry Avenue NE
Salem, OR 97303-4924
Línea de denuncia: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)
Fax: 503-378-2577
Sitio web: https://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx
Email seguro: OPI.Referrals@oha.oregon.gov

Ó

Unidad de Control de Fraudes de Medicaid (MFCU)
Oregon Department of Justice
100 SW Market Street
Portland, OR 97201
Teléfono: 971-673-1880
Fax: 971-673-1890

Para reportar en línea un caso de fraude:

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

Quejas, apelaciones y audiencias imparciales

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

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

PacificSource Community Solutions

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 5729

Bend, OR 97708

Teléfono: 800-431-4135 (TTY 711)

Usted puede presentar una queja

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

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

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

ó

Escriba a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si denegamos, suspendemos o reducimos un servicio médico, dental o de salud del comportamiento, le enviaremos una carta de denegación para informarle de nuestra decisión. A la carta de denegación se le conoce como "Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD)". También informaremos a su proveedor de salud sobre nuestra decisión.

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

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

1	**Solicite una apelación** Usted debe solicitarla dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Llame o envíe un formulario.
2	**Espere nuestra respuesta** Tenemos 16 días para responder. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.
3	**Lea acerca de nuestra decisión** ¿Sigue sin estar de acuerdo? Usted puede solicitar que el estado revise la decisión. A esto se le conoce como una audiencia.
4	**Solicite una audiencia** Usted debe solicitarla dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta que recibió con la decisión sobre la apelación.

Más información sobre los pasos para solicitar una apelación o una audiencia	
Paso 1	**Solicite una apelación.** Usted debe solicitarla dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación (NOABD). Llámenos al 800-431-4135 (TTY: 711) o utilice el formulario de Solicitud de Revisión de una Decisión sobre el Cuidado de la Salud. Le enviaremos el formulario junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review. Usted puede enviar el formulario o la solicitud por escrito a:

	PacificSource Community Solutions Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 5729 Bend, OR 97708 También puede enviar el formulario o la solicitud por fax al 541-322-6424. **¿Quién puede solicitar una apelación?** Usted o alguien con autorización escrita para hablar en su nombre. Esta persona pudiera ser su médico o un representante autorizado.
Paso 2	**Espere nuestra respuesta.** Cuando recibamos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un médico distinto revisará sus registros médicos y la solicitud de servicio para verificar que hayamos seguido las reglas correctamente. Usted puede proporcionarnos cualquier información adicional que considere útil para ayudarnos a revisar la decisión. **¿Cuánto tiempo tienen para tomar una decisión sobre mi apelación?** Disponemos de 16 días para revisar su solicitud y enviarle una respuesta. Le enviaremos una carta en caso de que necesitemos más tiempo. Tenemos hasta 14 días adicionales para responder. **¿Qué hago si necesito una respuesta más rápida?** Usted puede solicitar una apelación rápida. A esto también se le llama apelación acelerada. Llámenos o envíe por fax el formulario de solicitud. Le enviaremos el formulario junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review. Solicite una apelación rápida si usted no puede esperar una apelación normal porque eso pudiera poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad funcional. Le llamaremos y le enviaremos una carta dentro de un plazo de 1 día hábil para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación rápida. **¿Cuánto tiempo tarda una apelación rápida?** Si usted solicita una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan pronto como lo requiera su salud, en un plazo máximo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la solicitud de apelación rápida. Haremos todo lo posible por ponernos en contacto con usted y su proveedor por teléfono para informarles nuestra decisión. Usted también recibirá una carta. Si usted así lo solicita o si necesitamos más tiempo, podemos ampliar el plazo hasta 14 días.

	Si se deniega la apelación rápida o si necesitamos más tiempo, le llamaremos y usted recibirá una notificación por escrito en un plazo de dos días. Las solicitudes de apelación rápida denegadas se convierten en apelaciones normales y deben resolverse en 16 días o posiblemente ampliarse 14 días más. Si usted no está de acuerdo con la decisión de ampliar el plazo de la apelación o si le negamos su apelación rápida, tiene el derecho de presentar una queja.
Paso 3	**Lea nuestra decisión.** Le enviaremos una carta con nuestra decisión sobre la apelación. A la decisión sobre la apelación también se le conoce como "Aviso de Resolución de la Apelación (NOAR)". Si usted está de acuerdo con la decisión, no es necesario que usted tome acción alguna.
Paso 4	**¿Todavía no está de acuerdo? Solicite una audiencia.** Usted puede solicitar que el estado revise la decisión de la apelación. A esto se le llama solicitar una audiencia. Usted debe solicitar una audiencia dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión sobre la apelación (NOAR). **¿Qué hago si necesito una audiencia más rápida?** Usted puede solicitar una audiencia rápida. A esto también se le conoce como una audiencia acelerada. Utilice el formulario de audiencia en línea en https://bit.ly/ohp-hearing-form para solicitar una audiencia normal o una audiencia rápida. Usted también puede llamar al estado al teléfono 800-273-0557 (TTY 711) o utilizar el formulario de solicitud que recibirá con la carta. Usted puede obtener el formulario en https://bit.ly/request2review. Envíe el formulario a: OHA Medical Hearings 500 Summer St NE E49 Salem, OR 97301 Fax: 503-945-6035 El estado decidirá si usted puede tener una audiencia rápida en un plazo de 2 días hábiles a partir del día en que reciba su solicitud. **¿Quién puede solicitar una audiencia?** Usted o alguien con autorización escrita para hablar en su nombre. Esta persona pudiera ser su médico o un representante autorizado.

	¿Qué ocurre durante una audiencia? Durante la audiencia, usted puede explicarle al juez de la Ley Administrativa de Oregon por qué no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. El juez tomará la decisión final.

Preguntas y respuestas sobre las apelaciones y audiencias

¿Qué pasa si no recibo una carta de denegación? ¿Aun así puedo solicitar una apelación?
Usted tiene que recibir una carta de denegación antes de poder solicitar una apelación. Si su proveedor le dice que no puede recibir un servicio o que tendrá que pagar por el servicio, usted puede pedirnos una carta de denegación (NOABD). Una vez que tenga la carta de denegación, puede solicitar una apelación.
¿Qué ocurre si PacificSource Community Solutions no cumple con el plazo de apelación?
Si tardamos más de 30 días en responderle, usted puede solicitar que el estado revise su caso. A esto se le conoce como una audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al teléfono 800-273-0557 (TTY 711) o utilice el formulario de solicitud que recibió con la carta de denegación (NOABD). Usted puede obtener el formulario en https://bit.ly/request2review.
¿Puede otra persona representarme o ayudarme durante una audiencia?
Usted tiene el derecho de designar a otra persona para que lo represente durante la audiencia. Puede ser cualquier persona, como un amigo, un miembro de la familia, un abogado o su proveedor de salud. También tiene el derecho de representarse a sí mismo si lo desea. Si usted contrata a un abogado, deberá pagar sus honorarios. Para obtener asesoría y una posible representación legal gratuita, llame a la Línea de Beneficios Públicos al 1-800-520-5292; TTY 711. Este servicio es una colaboración entre Legal Aid of Oregon y el Oregon Law Center. También puede obtener información sobre la ayuda legal gratuita en el sitio web OregonLawHelp.org.
¿Puedo seguir recibiendo el beneficio o el servicio mientras espero una decisión?
Si usted ha estado recibiendo el beneficio o el servicio que se le denegó y nosotros dejamos de proporcionárselo, puede pedirnos que se lo sigamos proporcionando durante el proceso de apelación y audiencia.

Esto es lo que usted tiene que hacer:

- Solicitar la continuación dentro de un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso o de la fecha en que esta decisión entre en vigor, cualquiera que sea posterior.
- Comuníquese con nosotros a los teléfonos 800-431-4135 (TTY: 711) o utilice el formulario de Solicitud de Revisión de una Decisión sobre el Cuidado de la Salud. Le enviaremos el formulario junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review.
- **Responda "sí" a la pregunta sobre la continuación de los servicios en el recuadro 8 de la página 4 del formulario de *Solicitud de Revisión de una Decisión sobre el Cuidado de la Salud*.**

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

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

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

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

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

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

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

Usted puede ponerse en contacto con Póngase en contacto con PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711) para solicitar que le

proporcionemos copias gratuitas de toda la documentación que se utilizó para tomar la decisión.

Palabras que usted debe saber

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

se siente fuera de control o siente que pudiera lastimarse a sí misma o a otras personas.

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

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

Cuidados en la sala de emergencias – Los cuidados que usted recibe cuando tiene un problema médico grave y no es seguro esperar. Esto puede ocurrir en una sala de emergencias.
Servicios de emergencia – Los cuidados que mejoran o estabilizan un padecimiento grave, ya sea médico o de salud mental.

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

Ley Federal y Estatal de Reclamaciones Falsas – Leyes que consideran como un delito que alguien haga un registro falso intencionalmente o presente una reclamación falsa para el cuidado de la salud.

Queja – Una reclamación que usted puede presentar si no está satisfecho con su CCO, sus servicios de salud o su proveedor. La OHP llama a esto una queja. Las leyes obligan a las CCO a responder a cada queja.

Servicios y dispositivos de habilitación – Servicios y dispositivos para aprender habilidades de la vida diaria. Un ejemplo es la terapia del habla para niños que no han comenzado a hablar.

Seguro de salud – Un programa que paga el costo del cuidado de la salud. Al contratar o inscribirse en un seguro, una empresa o agencia de gobierno paga el costo de los servicios de salud cubiertos. Algunos programas de seguro requieren de pagos mensuales, mismos que se conocen como *primas*.

Cuidados de salud en el hogar – Servicios que usted recibe en su hogar para ayudarle a vivir mejor después de una cirugía, una enfermedad o una lesión. Algunos de estos servicios incluyen la ayuda para tomar sus medicamentos o alimentos y la asistencia para bañarse.

Servicios de hospicio – Servicios para dar confort a una persona que se está muriendo y a su familia. Los servicios de hospicio son flexibles y pueden incluir el tratamiento para el dolor, la asesoría y los cuidados de relevo.

Cuidados en el hospital para pacientes internos y externos – Paciente interno: Cuando el paciente es admitido a un hospital y permanece durante 3 o más noches. Paciente externo: Cuando la cirugía o el tratamiento se realizan en un hospital y el paciente regresa a casa al terminar.

Hospitalización – Cuando alguien es admitido al hospital para recibir cuidados.

Medicaid – Un programa nacional que ayuda a pagar los costos del cuidado de la salud para personas de bajos ingresos. En Oregon se le conoce como el Plan de Salud de Oregon.

Médicamente necesarios – Se refiere a los servicios y suministros que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar un padecimiento médico o sus síntomas. También puede referirse a los servicios de tratamiento estándar.

Medicare – Un programa del cuidado de la salud para personas de 65 años de edad y mayores. También ayuda a las personas de cualquier edad con ciertas discapacidades.

Red – Los proveedores de servicios médicos, dentales, de salud mental, de farmacia y de equipos que trabajan bajo convenio con una organización de atención coordinada (CCO).

Proveedor participante o de la red – Cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Usted puede consultar a los proveedores de la red sin costo. Algunos especialistas de la red requieren de una referencia.

Proveedor fuera de la red – Un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga las consultas de los miembros. Usted necesita obtener una autorización para acudir con un proveedor fuera de la red.

Exención y Acuerdo de Pago del OHP (OHP 3165 o 3166) – Un formulario que usted firma si acepta pagar el costo de un servicio que el OHP no paga. Sólo es válido para el servicio y las fechas exactas que se indican en el formulario. Para ver un formulario en blanco, visite https://bit.ly/OHPwaiver. ¿No está seguro de haber firmado un formulario de exención? Pregunte en el consultorio de su proveedor. Para ver el formulario otros idiomas, visite: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Servicios de un médico – Los servicios que usted recibe de un médico.

Plan – Una organización de salud mental o una CCO que paga el costo de los servicios del cuidado de la salud de sus miembros.

POLST – **Órdenes portátiles de tratamiento para prolongar la vida.** Un formulario que usted puede utilizar para asegurarse de que sus proveedores médicos cumplan con sus deseos sobre sus cuidados cerca del final de la vida.

Servicios posteriores a la estabilización – Servicios después de una emergencia para ayudar a mantenerle estable o para mejorar o tratar su condición.

Autorización previa (pre-aprobación o PA) – Un documento que indica que su plan pagará un servicio. Algunos planes y servicios requieren de una autorización previa antes de que usted pueda recibir el servicio. Los médicos suelen encargarse de esto.

Prima – El costo del seguro.

Cobertura de medicamentos de prescripción – Un plan o seguro de salud que ayuda a pagar el costo de los medicamentos.

Medicamentos de prescripción – Los medicamentos que le prescribe su médico.

Cuidados preventivos o prevención – Cuidados de salud para ayudar a una persona a mantenerse saludable. Por ejemplo, vacunarse contra la gripe o hacerse un chequeo cada año.

Proveedor de atención primaria (PCP) – Un profesionista médico que cuida de su salud. Por lo general, él o ella es la primera persona a quien usted debe llamar cuando tenga un problema de salud o necesite recibir cuidados. Su PCP puede ser un médico, una enfermera practicante, un asistente de medicina, un osteópata o a veces un naturópata.

Dentista de atención primaria (PCD) – El dentista con quien usted suele acudir para el cuidado de sus dientes y encías.

Proveedor – Cualquier persona o agencia que proporcione servicios para el cuidado de la salud.

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

Servicios de rehabilitación – Los servicios que le ayudan a recuperar su salud. Estos servicios suelen ayudar después de una cirugía, una lesión o un periodo de abuso de sustancias nocivas.

Representante – Una persona designada para actuar o hablar en su nombre.

Valoración – Encuesta o examen para detectar enfermedades y necesidades de salud.

Cuidados de enfermería especializada – La ayuda de una enfermera para cuidar de las heridas, recibir terapia o tomar las medicinas. Usted puede obtener cuidados de enfermería especializada en un hospital, un centro de convalecencia o en su propio hogar mediante los cuidados de salud en el hogar.

Especialista – Un proveedor médico que cuenta con un entrenamiento especial para cuidar de una parte determinada del cuerpo o de un tipo de enfermedad.

Suicidio – El acto de quitarse la vida.

Telesalud – Cuidados de salud por vídeo o teléfono en vez de acudir al consultorio de un proveedor.

Transición de los cuidados – Algunos miembros que cambian de planes del OHP pueden recibir los mismos servicios y consultar a los mismos proveedores. Esto significa que los cuidados no cambiarán si usted cambia el plan de su CCO o si usted comienza o deja de recibir servicios del OHP a cambio de una cuota. A esto se le conoce como la transición de los cuidados. Si usted tiene problemas graves de salud, su plan nuevo trabajará con su plan anterior para proporcionarle los cuidados y servicios que usted necesite.

Trabajador de salud tradicional (THW) – Un trabajador de salud pública que colabora con los proveedores de salud para atender a una comunidad o clínica. Un THW se asegura de que los miembros reciban un trato justo. No todos los THW están certificados por el estado de Oregon. Existen seis (6) tipos diferentes de THW, incluyendo:

- Trabajadores de salud comunitarios
- Especialistas de bienestar entre pares
- Asesores de salud personal
- Especialistas de apoyo entre pares
- Doulas (asistentes de parto)
- Trabajadores de salud tradicionales de las tribus

Cuidados urgentes – Los cuidados que usted necesita recibir el mismo día para un dolor grave. También incluye los cuidados para evitar que una lesión o enfermedad empeore o para evitar la pérdida de funcionalidad de una parte del cuerpo.

Denunciante – Una persona que denuncia el desperdicio, el fraude, el abuso, la corrupción o los peligros para la salud y la seguridad públicas.