



Organización de Atención Coordinada (CCO) de PacificSource Community Solutions

Su cobertura de Oregon Health Plan

Marion y Polk

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

Actualizado el 1 de enero de 2026



English

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

-

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

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 800-431-4135 o TTY 711.

Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

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

Russian

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтаемом 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 или квалифицированного медицинского устного переводчика.

Vietnamese

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

-

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

Arabic

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

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

Somali

Waxaad heli kartaa warqadan oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan

kartaa turjubaan. Taageeradani waa lacag la'aan. Wac 800-431-4135 ama TTY 711. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

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

Simplified Chinese

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

-
您可以从经过认证或合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Traditional Chinese

您可獲得本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。

-
您可透過經認證或合格的醫療保健口譯員取得協助。

Korean

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.

Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 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.

Ukrainian

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

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого або кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبان‌های دیگر، درشت‌خط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با ۸۰۰-۴۳۱-۴۱۳۵ یا TTY ۷۱۱ تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.

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

Romanian

Puteti obtine aceasta scrisoare in alte limbi, cu scris cu litere majuscule, in Braille sau intr-un format preferat. De asemenea, puteti solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunati la 800-431-4135 sau TTY 711. Acceptam apeluri adaptate persoanelor surdionate.

-
Puteti obtine ajutor din partea unui interpret de îngrijire medicală certificat sau calificat.

Dari

شما می‌توانید این راهنما را به زبان‌های دیگر، با چاپ بزرگ، بریل یا فارمت دلخواه خود دریافت کنید. همچنین می‌توانید درخواست مترجم کنید. این کمک رایگان است. تماس بگیرید به ۸۰۰-۴۳۱-۴۱۳۵ یا TTY ۷۱۱. ما تماس‌های رله را می‌پذیریم.

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

Khmer/Cambodian

អ្នកអាជីវកម្មនៃក្រសួងសៀវភៅនៃក្រសួងសាធារណៈជាតិ ជាមក្សាគទេ
ជាមក្សាគសំរាប់មនុស្សពិភាក្សាត បុជាប្រជាពលរដ្ឋនៃក្រសួងសៀវភៅនៃក្រសួងសាធារណៈជាតិ

ដែលអ្នកចង់បាន ឬ អ្នកក៏មានស្រីសុំអ្នកបកប្រជនដោរី
ជំនួយនេះគឺតាតគិតថ្លែទេ ហើយ ទ្វាសព្វានៅលេខ 800-431-4135 ឬ TTY
711 ឬនិងទទួលយកការហេបពាណិជ្ជកម្មបន្ទាន់ជាមស់។

អ្នកអាជទន្ធលបានអ្នកបកប្រែភាសាដែលមានសញ្ញាប័ត្រ បុមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។

Ayúdenos a mejorar este manual

¡Oregon Health Plan (OHP) quiere saber de usted! Queremos asegurarnos de que usted tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a PacificSource Community Solutions y OHP a mejorar los manuales para miembros.



¡Participe en la encuesta del manual! Escanee el código QR o visite www.surveymonkey.com/r/telloHP para responder algunas preguntas.

ESCANEAR PARA
ACCEDER A LA
ENCUESTA

Actualizaciones del manual

Puede encontrar el manual más actualizado aquí:

<https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-handbook>. PacificSource Community Solutions puede enviarle un manual por correo. Si necesita una copia impresa, necesita ayuda o tiene preguntas sobre el manual, llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Primeros pasos:

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

Complete y envíe su encuesta de cualquiera de estas maneras:

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

Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos

Todos tienen derecho a saber sobre los programas y servicios de PacificSource Community Solutions. Todos los miembros tienen derecho a saber cómo utilizar nuestros programas y servicios.

Para las personas que hablan o utilizan un idioma distinto al inglés, personas con discapacidades o personas que necesitan otro tipo de apoyo, podemos brindar ayuda gratuita. Ejemplos de ayuda gratuita:

- Lenguaje de señas e intérpretes de idiomas hablados
- Materiales escritos en otros idiomas
- Braille
- Subtítulos en tiempo real (traducción en tiempo real con acceso a la comunicación [CART])
- Letra grande
- Audio y otros formatos

Puede obtener información en otro idioma o formato.

Usted o su representante pueden obtener materiales para miembros, como este manual o avisos de la CCO, en otros idiomas, letra grande, braille o cualquier formato que prefiera. Cada formato tiene la misma información.

Recibirá los materiales dentro de los 5 días siguientes a su solicitud. Esta ayuda es gratuita. Ejemplos de materiales de los miembros son los siguientes:

- Este manual
- Lista de medicamentos cubiertos
- Lista de proveedores
- Cartas, como notificaciones de queja, denegación y apelación

Su uso de beneficios, quejas, apelaciones o audiencias no se negará ni limitará en función de su necesidad de otro idioma o formato.

PacificSource Community Solutions puede enviarle materiales por correo electrónico

Puede preguntarnos enviándonos un correo electrónico a CommunitySolutionsCS@PacificSource.com o iniciando sesión para chatear con nosotros electrónicamente en InTouch.PacificSource.com/Members/Account/SignIn.

Puede encontrar este Manual del Miembro en nuestro sitio web en: <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-handbook>. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135.

Puede tener un intérprete

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

Informe a PacificSource Community Solutions y al consultorio de su proveedor si necesita un intérprete. Dígales qué idioma o formato necesita. También puede solicitar a PacificSource Community Solutions una tarjeta “Yo hablo” que pueda usar en las visitas.

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

Si no recibe la ayuda que necesita de PacificSource Community Solutions, puede presentar una queja o llamar

a la Línea Directa de Derechos Civiles Pùblicos de la Autoridad de Salud de Oregón al 844-882-7889, TTY 711 o enviar un correo electrónico a: oha.publiccivilrights@odhsoha.oregon.gov.

Política de no discriminación

La discriminación es ilegal. PacificSource Community Solutions y sus proveedores deben cumplir con las leyes estatales y federales de derechos civiles. No podemos tratar a las personas (miembros o miembros potenciales) de manera injusta en ninguno de nuestros programas o actividades en función de lo siguiente:

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

Si siente que fue tratado injustamente por cualquiera de los motivos anteriores, puede presentar una queja. A esto también se le llama presentar un reclamo.

Haga (o presente) una queja ante PacificSource Community Solutions de cualquiera de estas maneras:

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

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

Puede leer nuestro proceso de quejas en <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/complaints-and-appeals>.

Si tiene una discapacidad, PacificSource Community Solutions tiene estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados

- Información escrita en letra grande, audio u otros formatos
- Otras modificaciones razonables

Si necesita ayuda con el idioma, PacificSource Community Solutions tiene estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

¿Necesita ayuda para presentar una queja? ¿Necesita ayuda con el idioma o modificaciones razonables? Llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 o al 541-330-2507 (sin cargo al 888-970-2507) para hablar con un especialista en bienestar entre pares o un navegador de salud personal. También tiene derecho a presentar una queja ante cualquiera de estas organizaciones:

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

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

División de Derechos Civiles de la Oficina de Trabajo e Industrias

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

Oficina de Derechos Civiles (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
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Correo postal: Office for Civil Rights
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg.
Washington, DC 20201

Mantenemos su información privada

Solo compartimos sus registros con personas que necesitan verlos. Esto podría ser por razones de tratamiento o de pago. Puede limitar quién ve sus registros. Díganos por escrito si no desea que alguien vea sus registros o si desea que compartamos sus registros con alguien. Puede solicitarnos una lista de con quiénes hemos compartido sus registros.

Si desea que compartamos sus registros y su información con alguien, complete el formulario de autorización de uso y divulgación de información médica protegida. Visite <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms> para encontrar el formulario.

Envíelo a la siguiente dirección:
PacificSource Community Solutions
PO Box 5729
Bend, OR 97708

Si desea evitar que alguien vea sus registros, utilice el formulario de solicitud de restricción de acceso a mi información de salud. Visite <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms> para encontrar el formulario o envíe un correo electrónico a CommunitySolutionsCS@pacificsource.com.

Una ley llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) protege sus registros médicos y los mantiene privados. Esto también se llama confidencialidad. Tenemos un documento llamado aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos la información personal de nuestros miembros. Se lo enviaremos si lo solicita. Simplemente llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711) y solicite nuestro aviso de prácticas de privacidad. También puede verlo en <https://pacificsource.com/privacy-policy>.

Registros médicos

Un registro médico contiene sus condiciones de salud y los servicios que utilizó. También se muestran las derivaciones que se han realizado para usted.

¿Qué puede hacer con los registros médicos?

- Solicitar enviar su registro a otro proveedor.
- Solicitar que se arreglen o corrijan sus registros.
- Obtener una copia de sus registros, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - Historiales médicos de su proveedor de atención primaria
 - Registros dentales de su proveedor de atención dental
 - Registros de PacificSource Community Solutions

Es posible que se le cobre una cantidad razonable por una copia de los registros que solicite.

Puede haber ocasiones en que la ley restrinja su acceso

Las notas de psicoterapia y los registros preparados para casos judiciales no se pueden compartir.

Los proveedores tampoco pueden compartir registros cuando, según su criterio profesional, hacerlo podría causarle un daño sustancial a usted o a otra persona.

Si un proveedor le niega a usted o a su representante autorizado copias de sus registros médicos, el proveedor debe entregarle un aviso por escrito. El aviso debe explicar por qué se rechazó la solicitud y explicar sus derechos a que otro proveedor revise la denegación. En el aviso también se le indicará cómo presentar una queja ante el proveedor o el secretario de Salud y Servicios Humanos.

Consejos útiles

Algunas preguntas ya han sido respondidas o pueden hacerse aquí
<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Questions.aspx>.

Algunos miembros de PacificSource Community Solutions pueden obtener beneficios adicionales, como transporte a citas, servicios flexibles, línea de atención de enfermería durante las 24 horas y ayuda para dejar de fumar. Llame a PacificSource Community Solutions para obtener más información.

Consulte el final del manual para obtener la definición de palabras que pueden resultar útiles.

Si está buscando lo siguiente, haga lo que se indica a continuación:

- Beneficios. Vaya a la sección “Sus Beneficios”.
- Proveedores de atención primaria. Vaya a la sección “Proveedores de atención primaria (PCP)”.
- Aprobaciones previas y derivaciones. Vaya a la sección “Obtener aprobación previa”.
- Derechos y responsabilidades. Vaya a la sección “Derechos y responsabilidades”.
- Viajes para recibir atención. Vaya a la sección “Viajes gratis para recibir atención”.
- Coordinación de la atención. Vaya a la sección “Obtenga ayuda para organizar su atención con la coordinación de la atención”.
- Recetas. Vaya a la sección “Medicamentos con receta”.
- Atención de emergencia. Vaya a la sección “Atención de emergencia”.
- ¿Cuánto tiempo lleva recibir atención? Vaya a la sección “Cuánto tiempo lleva recibir atención”.
- Reclamos, quejas y apelaciones. Vaya a la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”.
- Lleve siempre consigo sus tarjetas de identificación de miembro de OHP y PacificSource Community Solutions.
 - Nota: Estas vendrán por separado y recibirá su tarjeta de identificación de OHP antes que su tarjeta de identificación de miembro de PacificSource Community Solutions.

Puede encontrar su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions en el paquete de bienvenida junto con este Manual del Miembro. Su documento de identidad contiene la siguiente información:

- Su nombre
 - Su número de identificación
 - Información de su plan
 - Nombre e información de su proveedor de atención primaria
 - Número de teléfono de Servicio al Cliente
 - Número de teléfono de acceso al idioma
-
- Mi proveedor de atención primaria es _____.
 - Su número es _____.
 - Mi dentista de atención primaria es _____.
 - Su número es _____.
 - Otros proveedores que tengo son _____.
 - Sus números son _____.
 - Mi transporte médico para situaciones que no son emergencias (viaje gratuito para recibir atención) es _____.
 - Sus números son _____.

¿Qué contiene este manual?

<i>Ayúdenos a mejorar este manual</i>	7
Actualizaciones del manual	7
Primeros pasos:.....	7
Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.....	7
<i>Puede obtener información en otro idioma o formato.</i>	8
<i>Puede tener un intérprete</i>	9
Política de no discriminación	10
Mantenemos su información privada	11
Registros médicos	12
Consejos útiles.....	13
¡Bienvenido a PacificSource Community Solutions!	19
<i>Cómo trabajan juntos OHP y PacificSource Community Solutions</i>	19
CCO u OHP: ¿Quién organiza y paga su atención?.....	21
Contáctenos.....	22
<i>Números de teléfono importantes</i>	23
<i>Comuníquese con Oregon Health Plan</i>	26
Sus derechos y responsabilidades	28
<i>Sus derechos como miembro de OHP</i>	29
<i>Sus responsabilidades como miembro de OHP</i>	31
Miembros indígenas americanos y nativos de Alaska	33
Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato	34
Proveedores de atención primaria (PCP)	34
<i>Proveedores dentro de la red</i>	36
<i>Directorio de proveedores</i>	36
<i>Programe una cita</i>	36
<i>Citas perdidas</i>	37
<i>Cambiar de PCP</i>	37
<i>Cambios en los proveedores de PacificSource Community Solutions</i>	38
Segundas opiniones	38
Encuesta sobre su salud.....	38
Miembros que están embarazadas.....	39
Prevenir problemas de salud es importante.....	40
Obtenga ayuda para organizar su atención con la coordinación de la atención	41
<i>Sistema de atención para jóvenes con necesidades complejas</i>	44
Sus beneficios.....	44

<i>Cómo decide Oregon lo que cubrirá OHP</i>	44
Acceso directo	45
<i>No se necesita derivación ni aprobación previa</i>	45
<i>Obtener una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”)</i>	46
<i>No se requiere una aprobación previa para estos servicios</i>	47
<i>Derivaciones de proveedores y autoderivaciones</i>	47
<i>Servicios que necesitan una derivación</i>	48
<i>Servicios a los que puede autoderivarse</i> :	48
<i>Significado de los íconos en las tablas de beneficios</i>	49
<i>Beneficios para la salud física</i>	49
<i>Beneficios de atención de salud conductual</i>	66
<i>Beneficios dentales</i>	70
<i>Miembros del Programa Dental de Veteranos y del Pacto de Asociación Libre (COFA)</i>	76
<i>OHP Bridge para adultos con ingresos más altos</i>	76
<i>Necesidades sociales relacionadas con la salud</i>	77
<i>Servicios que OHP paga</i>	78
<i>Objeciones morales o religiosas</i>	80
<i>Acceso a la atención que necesita</i>	80
<i>¿Cuánto tiempo lleva recibir atención?</i>	82
<i>Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años</i>	84
<i>El EPSDT cubre lo siguiente</i> :	84
<i>Ayuda para obtener servicios de EPSDT</i>	85
<i>Pruebas de detección</i>	86
<i>Derivación, diagnóstico y tratamiento de EPSDT</i>	87
<i>Adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica</i>	88
THW	89
<i>Información de contacto de enlace de THW</i> :	90
<i>Servicios adicionales</i>	90
<i>Servicios flexibles</i>	90
<i>Viajes gratuitos para recibir atención</i>	93
<i>Programe un viaje</i>	93
<i>Qué esperar cuando llama</i>	94
<i>Recoger y dejar</i>	94
<i>Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero</i> :	95
<i>Cancelar o modificar su viaje</i>	96
<i>Cuando no se presenta</i>	96
<i>Guía del usuario</i>	97
<i>Cómo recibir atención por video o teléfono</i>	97
<i>Cómo encontrar proveedores de telesalud</i>	97
<i>Cuándo utilizar la telesalud</i>	98

<i>Las visitas de telesalud son privadas</i>	99
<i>Tiene derecho a lo siguiente:</i>	99
Medicamentos recetados	100
<i>Recetas cubiertas</i>	100
<i>Solicitar a PacificSource Community Solutions que cubra las recetas</i>	101
<i>Farmacia de venta por correo</i>	101
<i>OHP paga los medicamentos para la salud conductual</i>	101
<i>Cobertura de medicamentos recetados para miembros de Medicare</i>	102
<i>Obtener recetas antes de un viaje</i>	102
Hospitales	102
Atención de urgencia	103
<i>Atención física de urgencia</i>	103
<i>Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa en el área de PacificSource Community Solutions:</i>	104
<i>Atención dental de urgencia</i>	105
Atención de emergencia	105
<i>Emergencias físicas</i>	105
<i>Emergencias dentales</i>	106
<i>Crisis y emergencias de salud conductual</i>	106
<i>Prevención del suicidio</i>	109
<i>Atención de seguimiento después de una emergencia</i>	110
Atención lejos del hogar	110
<i>Atención planificada fuera del estado</i>	110
<i>Atención de emergencia lejos del hogar</i>	111
Facturas por servicios	112
<i>Los miembros de OHP no pagan facturas por servicios cubiertos</i>	112
<i>Si su proveedor le envía una factura, no la pague</i>	112
<i>Puede haber servicios por los que tenga que pagar</i>	113
<i>Es posible que se le solicite que firme un formulario de acuerdo de pago</i>	114
<i>Facturas por atención de emergencia lejos del hogar o fuera del estado</i>	116
<i>Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas</i>	116
Miembros de OHP y Medicare	118
Cambio de CCO y traslado de la atención	119
<i>Tiene derecho a cambiar de CCO o abandonar un CCO</i>	119
<i>Cómo cambiar o abandonar su CCO</i>	121
<i>PacificSource Community Solutions puede pedirle que abandone el plan por algunos motivos</i>	122
Precauciones al cambiar o dejar un CCO	123
<i>Cuando necesita la misma atención mientras cambia de plan</i>	123
Decisiones al final de la vida	125

<i>Directivas anticipadas</i>	125
<i>¿Cuál es la diferencia entre una POLST y una directiva anticipada?</i>	127
<i>Declaración para el tratamiento de la salud mental.....</i>	128
Denuncia de fraude, desperdicio y abuso.....	129
<i>Cómo presentar una denuncia por fraude, desperdicio y abuso.....</i>	129
Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas.....	131
<i>Puede presentar una queja</i>	131
<i>Puede solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos. Esto se llama apelación.....</i>	133
<i>Obtenga más información sobre los pasos para solicitar una apelación o audiencia.....</i>	134
<i>Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias</i>	137
Palabras que debe conocer	140

¡Bienvenido a PacificSource Community Solutions!

Nos alegra que sea parte de PacificSource Community Solutions. PacificSource Community Solutions se complace en ayudarle con su salud. Queremos brindarle la mejor atención posible.

Es importante saber cómo utilizar su plan. Este manual le informa sobre nuestra empresa, cómo recibir atención y cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Cómo trabajan juntos OHP y PacificSource Community Solutions

OHP es una cobertura de atención médica gratuita para los habitantes de Oregón. OHP es el programa de Medicaid de Oregón. Cubre servicios de atención de salud física, dental, social, del desarrollo y conductual. OHP también ayudará con las recetas y los viajes para recibir atención.

OHP tiene planes de salud locales que lo ayudan a utilizar sus beneficios. Los planes se denominan CCO. PacificSource Community Solutions es una CCO. PacificSource Community Solutions presta servicios a miembros que viven en los condados de Marion y Polk.

Trabajamos con otras organizaciones para ayudar a administrar algunos de sus beneficios, como los servicios dentales y los viajes para recibir atención. Para obtener una lista completa de estas organizaciones y estos servicios, consulte la sección “Contáctenos”.

Las CCO organizan y pagan su atención médica. Pagamos a los médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar la forma en que usted recibe atención. Esto ayuda a garantizar que los proveedores se concentren en mejorar su salud general. Tiene derecho a preguntar cómo pagamos a los proveedores.

Los pagos o incentivos del proveedor no cambiarán su atención ni la forma en que obtiene los beneficios. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711). Cuando solicite esta información, se la enviaremos en un plazo de 5 días hábiles.

Cada CCO tiene un Consejo Asesor Comunitario (CAC). El consejo está dirigido por el Consejo de Salud regional. El CAC está formado por miembros como usted, proveedores de atención médica y otras personas de la comunidad. Asesoran a la CCO sobre cómo atender a los miembros de OHP (Medicaid). Al conectarse con su CAC local, puede ayudar a hacer lo siguiente:

- Informarnos lo que necesita usted y la comunidad.

- Mejorar los servicios que le ofrecemos.
- Mejora la salud de su familia y comunidad.

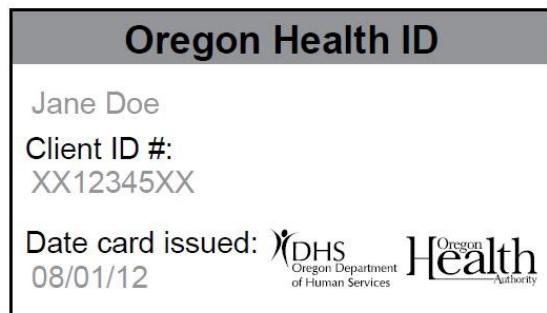
Para obtener más información sobre su CAC local, visite el Consejo de Salud regional en

<https://willamettehealthcouncil.org/our-work/community-advisory-council/>.

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

Cuando se inscribe en OHP, recibe una tarjeta de identificación de Oregon Health. Esta se le envía por correo junto con su carta de cobertura. Cada miembro de OHP en su hogar recibe una tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación de Oregon Health se verá de la siguiente forma:



Cuando se inscribe en una CCO, también recibe una tarjeta de identificación de la CCO. Esta tarjeta es muy importante. Muestra que usted es miembro de PacificSource Community Solutions y contiene otra información, como números de teléfono importantes. Su PCP también aparecerá en su tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions se verá de la siguiente forma:



OHP ID: 123456789
MEMBER ID: 123456789
NAME: FirstName LastName
(second line if needed)
CCO A: Medical, Dental, and Behavioral Health
PRIMARY CARE PROVIDER:
FirstName LastName, MD
Phone: 555-555-5555

Emergency? Call 911.
If you are not sure if it's
a true emergency, call
your doctor first.

RXBIN: #####
RXGROUP: RX###
RXPNC: XXX

DENTAL PLAN:
Advantage Dental
Services LLC

PAYOR ID: #XXXXX

Show this card to your provider at each visit.

CUSTOMER SERVICE: 555-555-5555, TTY: 711
HOURS: Oct. 1 – Jan. 31: 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m.
Feb. 1 – Sept. 30: Monday to Friday, 8 a.m. to 5 p.m.
ONLINE: CommunitySolutions.PacificSource.com
PHARMACISTS: 555-555-5555
RIDE TO CARE: 555-555-5555, TTY: 711
24-HOUR NURSELINE: 855-834-6150, TTY: 711

For help in your language, please call Customer Service.

See member handbook for eligibility and benefits.

Keep your ID card with you at all times.

This card is for identification and does not guarantee eligibility.

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions cada vez que vaya a una cita o a la farmacia.

Su carta de cobertura y su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions le indicarán en qué CCO está inscrito. También le informarán qué nivel de atención cubre su plan de la CCO. Utilice su tarjeta de identificación y la tabla a continuación para ver qué tipo de atención está cubierta para usted.

CCO u OHP: ¿Quién organiza y paga su atención?

Tipo de cobertura	Salud física	Salud mental	Salud conductual
CCO-A	PacificSource Community Solutions	PacificSource Community Solutions	PacificSource Community Solutions
CCO-B	PacificSource Community Solutions	OHP	PacificSource Community Solutions
CCO-E	OHP	OHP	PacificSource Community Solutions
CCO-F*	Sin cobertura	PacificSource Community Solutions	Sin cobertura

CCO-G	OHP	PacificSource Community Solutions	PacificSource Community Solutions
Open Card**	OHP	OHP	OHP

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

** Open Card también se denomina pago por servicio.

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

Contáctenos

El Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions atiende en los siguientes horarios:

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

Estamos cerrados el día de Año Nuevo (1 de enero de 2025), Día de los Caídos (26 de mayo de 2025), Día de la Independencia (4 de julio de 2025), Día del Trabajo (1 de septiembre de 2025), Día de Acción de Gracias (27 de noviembre de 2025), viernes después del Día de Acción de Gracias (28 de noviembre de 2025) y Navidad (25 de diciembre de 2025).

Si PacificSource Community Solutions cierra su oficina por emergencia, actualizaremos nuestro horario de atención en las redes sociales y colocaremos carteles en las puertas de acceso público. Estos carteles y nuestras actualizaciones en las redes sociales incluirán números de teléfono para recibir asistencia.

La ubicación de nuestra oficina es la siguiente:

PacificSource Community Solutions
2965 NE Conners Avenue
Bend, OR 97701

Llame gratis al: 800-431-4135 (también para acceso a idiomas) o TTY: 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Fax: 541-322-6423.

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

Dirección de correo postal:

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

Números de teléfono importantes

- **Beneficios y atención médica**

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

Horario:

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

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

- **Beneficios de farmacia**

PacificSource Community Solutions y CVS Caremark

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

Horario:

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

Obtenga más información en la sección “Medicamentos recetados”.

- **Beneficios y atención para el tratamiento de trastornos de salud conductual, dependencia de drogas, alcohol o uso de sustancias**

Programas de salud mental comunitarios de Oregón (OR) central:

Condado de Polk

Polk County Mental Health Department

182 SW Academy Street, Suite 333

Dallas, OR 97338

503-623-9289 local

503-831-1726 fax

Polk County Mental Health Department

1310 Main Street East

Monmouth, OR 97361

503-400-3550 local

503-837-0095 fax

Polk County Adult Behavioral Health

1520 Plaza Street NW

Salem, OR 97304

503-585-3012 local

503-585-0128 fax

CRISIS:

503-623-9289, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto feriados)
503-581-5535 o 800-560-5535; fuera del horario de atención habitual

Condado de Marion

Marion County Adult Behavioral Health
2045 Silverton Rd., NE, Suite B
Salem, OR 97301
503-588-5351 local
503-585-4908 fax

Marion Adult Behavioral Health - Rural Services
976 N Pacific Highway
Woodburn, OR 97071
503-981-5851 local
503-566-2977 fax

Marion Psychiatric Crisis Center
1118 Oak St. SE
Salem, OR 97301
503-585-4949 local
503-585-4965 fax

El programa de salud conductual infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion (MCHHS) atiende a personas de 0 a 18 años. Si está atravesando una crisis, llame a nuestra línea centralizada de admisión para recibir ayuda. No necesita una derivación para acceder a nuestros servicios. Cualquier persona puede comunicarse. Estamos aquí para ayudarle. Línea centralizada de admisión: 503-576-4676.

Marion County Children's Behavioral Health
3867 Wolverine St NE, Building F
Salem, OR 97305
503-588-5352 local
503-585-4990 Fax

Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions: 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

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

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

- **Beneficios y atención dental**

Los beneficios dentales de PacificSource se brindan a través de nuestros planes de atención dental asociados, que también se denominan organizaciones de atención dental (DCO). PacificSource trabaja con tres planes de atención dental. Llame a la

DCO que aparece en la carta de bienvenida incluida con su tarjeta de identificación de miembro para averiguar qué dentista puede consultar para recibir atención. Si desea cambiar de dentista, infórmeme a la DCO cuando llame. Si no pueden ayudarle o desea cambiar su DCO, llame al Servicio al Cliente de PacificSource.

Servicio al Cliente de Advantage Dental Services:

866-268-9631, llamada gratuita (atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana para emergencias dentales)

TTY: 711

<https://www.AdvantageDentalServices.com>

Servicio al Cliente de Capitol Dental Care:

800-525-6800, llamada gratuita (atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana para emergencias dentales)

TTY: 711

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

Servicio al Cliente de ODS Community Dental:

800-342-0526, llamada gratuita

TTY: 711

<http://ODSCommunityDental.com>

Obtenga más información en la sección “Beneficios dentales”.

- **Beneficios y cuidados de la vista**

Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711. aceptamos todas las llamadas de retransmisión).

Fax: 541-322-6423

Horario:

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

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

- **Viajes gratuitos a centros de atención física, dental o de salud conductual.**

Puede obtener un viaje gratuito a visitas de atención física, atención dental y de salud conductual. Llame a ModivCare al 844-544-1397 para programar un viaje. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario: De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Su proveedor de viajes puede estar cerrado los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad. Si los días festivos mencionados caen en sábado, se observa como feriado el viernes anterior. Si los días festivos mencionados caen en domingo, el lunes siguiente se considera feriado.

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

- **Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos**

Puede obtener ayuda de intérpretes, traducciones escritas e información en otros formatos. Llame al 800-431-4135. (TTY: 711. aceptamos todas las llamadas de retransmisión). Informe a PacificSource Community Solutions qué ayuda con el idioma necesita.

Horario:

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

Obtenga más información en la sección “Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos”.

Comuníquese con Oregon Health Plan

El Servicio al Cliente de OHP puede ayudar a hacer lo siguiente:

- Cambiar la dirección, el número de teléfono, el estado del hogar u otra información del caso
- Reemplazar una tarjeta de identificación de Oregon Health perdida
- Brindar ayuda para solicitar o renovar beneficios
- Brindar ayuda local de un socio comunitario

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de OHP:

- Teléfono: 800-699-9075, número de llamada gratuita (TTY 711)
- Sitio web: OHP.Oregon.gov
- Correo electrónico: Utilice el sitio de correo electrónico seguro en <https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt> para enviar un correo electrónico a OHP.
 - Si tiene preguntas o cambios sobre su caso de OHP, envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
 - Si tiene preguntas sobre los CCO o cómo usar su plan médico, envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.
 - Proporcione a OHP su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Oregon Health, dirección y número de teléfono.

Las familias de adopción y tutela deben comunicarse con el coordinador de elegibilidad médica e inscripción de adopción y tutela a través de los siguientes medios:

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

Cómo acceder al portal de miembros y la aplicación móvil

Portal de miembros

Obtenga acceso personalizado a la información de sus beneficios en InTouch for Members, su portal seguro para miembros. Visite PacSrc.co/intouch-signup para comenzar.

InTouch le permite hacer lo siguiente:

- Ver qué beneficios cubre su plan.
- Ver o imprimir su tarjeta de identificación de miembro.
- Ver o cambiar su PCP.
- Inscribirse para recibir sus medicamentos a domicilio.
- Elegir comunicaciones sin papel.
- Usar el chat en vivo para hacer preguntas y obtener ayuda.

Aplicación móvil myPacificSource

Para acceder desde cualquier lugar, agregue nuestra aplicación móvil gratuita a su teléfono o tableta iOS o Android. Vea su tarjeta de identificación de miembro, encuentre a su PCP o un hospital cercano y más. Descargue la aplicación e inicie sesión con el nombre de usuario y la contraseña de su cuenta InTouch.

Para dispositivos iOS:

Escanee el código QR o visite PacSrc.co/app-ios.



Para dispositivos Android:

Escanee el código QR o visite PacSrc.co/app-android.



Para obtener ayuda con InTouch o la aplicación, llame a nuestro equipo de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de PacificSource Community Solutions, usted tiene derechos. También hay responsabilidades o cosas que debe hacer cuando obtiene OHP. Si tiene alguna pregunta sobre los derechos y las responsabilidades que se mencionan en este manual, llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135.

Usted tiene derecho a ejercer sus derechos como miembro sin recibir una mala respuesta ni discriminación. Puede presentar una queja si considera que no se han respetado sus derechos. Obtenga más información sobre cómo presentar quejas en la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”. También puede llamar a la persona encargada de quejas de la Autoridad de Salud de Oregón al 877-642-0450 (TTY 711). Puede enviarles un correo electrónico seguro a <http://www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx>.

Hay ocasiones en que las personas menores de 18 años (menores de edad) pueden querer o necesitar obtener servicios de atención médica por su cuenta. Los menores de 15 años o más pueden recibir atención médica y dental sin el consentimiento de sus padres. Para obtener más información, lea “Derechos de los menores: Acceso y consentimiento a la atención médica”. Este folleto le informa sobre los tipos de servicios que los menores de cualquier género pueden obtener por su cuenta y cómo se pueden compartir sus registros médicos. Puede leerlo en <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/member-rights.aspx>. Haga clic en “Derechos de los menores (menores de 18 años)”. O visite: <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf>.

Sus derechos como miembro de OHP

En cuanto al trato que recibe, tiene derecho a lo siguiente

- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración por su privacidad.
- Ser tratado de la misma forma que los proveedores tratan a otras personas que buscan atención médica.
- Tener una relación estable con un equipo de atención que sea responsable de gestionar su atención general.
- No ser retenido ni alejado de las personas con el fin de hacer que lo siguiente sea más fácil:
 - Brindarle atención.
 - Castigarlo.
 - O hacerle hacer algo que no quiere hacer.

En cuanto a la información, tiene derecho a obtener lo siguiente

- Materiales explicados de una forma y en un lenguaje que pueda comprender. (Consulte la sección “Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos”).
- Materiales, como este manual, que le informan sobre las CCO y la forma de usar el sistema de atención médica. (El Manual del Miembro es una buena fuente para esto).
- Materiales escritos que le informan sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener servicios y qué hacer en caso de emergencia. (El Manual del Miembro es una buena fuente para esto).
- Información sobre su condición, los tratamientos y las alternativas, lo que está cubierto y lo que no está cubierto. Esta información le ayudará a tomar buenas decisiones sobre su atención. Obtenga esta información en un idioma y formato adecuado para usted.
- Un registro médico que realiza un seguimiento de sus condiciones, los servicios que recibe y las derivaciones. (Consulte la sección “Registros médicos”). Puede hacer lo siguiente:
 - Acceder a sus registros médicos
 - Compartir sus registros médicos con un proveedor
- Un aviso por escrito enviado por correo sobre una denegación o cambio en un beneficio antes de que suceda. Es posible que no reciba un aviso si no lo exigen las normas federales o estatales.
- Un aviso por escrito enviado por correo sobre proveedores que ya no están dentro de la red. Dentro de la red hace referencia a proveedores o especialistas que trabajan con PacificSource Community Solutions. (Consulte la sección “PCP”).
- Ser informado de manera oportuna si se cancela una cita.

En cuanto a su atención, tiene derecho a lo siguiente

- Atención y servicios que lo pongan como prioridad. Obtenga atención que le ofrezca opciones, independencia y dignidad. Esta atención se basará en sus necesidades de salud y cumplirá con los estándares de práctica.
- Servicios que tengan en cuenta sus necesidades culturales y lingüísticas y estén cerca de donde usted vive. Si están disponibles, puede obtener servicios en entornos no tradicionales, como en línea. (Consulte la sección “Cómo recibir atención por video o teléfono”).
- Coordinación de la atención, atención basada en la comunidad y ayuda con las transiciones de atención de una forma adecuada para su cultura e idioma. Esto le ayudará a mantenerse fuera del hospital o centro de salud.
- Servicios que se necesitan para saber qué condición de salud tiene.
- Ayuda a utilizar el sistema de atención sanitaria. Obtenga el apoyo cultural y lingüístico que necesita. (Consulte la sección “Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos”). La ayuda podría incluir lo siguiente:
 - Intérpretes de atención médica certificados o calificados
 - Traducciones escritas de materiales de farmacia y recetas
 - Trabajadores de salud tradicional certificados
 - Trabajadores de salud comunitarios
 - Especialistas en bienestar entre pares
 - Especialistas en apoyo entre pares
 - Doulas
 - Navegadores de salud personales
- Ayuda del personal de la CCO que está completamente capacitado en las políticas y los procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos cubiertos. (Consulte la sección “Sus beneficios”).
- Servicios de urgencias y emergencias durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin aprobación ni permiso. (Consulte las secciones de atención de “urgencia” y “emergencia”).
- Derivaciones a proveedores especializados para servicios coordinados cubiertos que sean necesarios en función de su salud. (Consulte la sección “Derivaciones de proveedores y autoderivaciones”).
- Apoyo adicional de la persona encargada de quejas de OHP. (Consulte la sección “Sus derechos y responsabilidades” más arriba).

Tiene derecho a hacer lo siguiente

- Elegir sus proveedores y cambiar esas opciones. (Consulte la sección “PCP”).
- Obtener una segunda opinión. (Consulte la sección “Segunda opinión”).
- Hacer que un amigo, familiar o ayudante asista a sus citas.

- Participar de manera activa en la elaboración de su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar servicios. Sepa qué podría pasar en función de su decisión. (No se puede rechazar un servicio ordenado por el tribunal).
- Derivarse a servicios de salud conductual o planificación familiar sin el permiso de un proveedor.
- Hacer una declaración de deseos para el tratamiento. Esto se trata de sus deseos de aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud conductual. También significa el derecho a dar directivas y otorgar poderes notariales para la atención médica, como se mencionan en la Ley Revisada de Oregon (ORS) 127. (Consulte la sección “Directivas anticipadas”).
- Presentar una queja o solicitar una apelación. Obtenga una respuesta de PacificSource Community Solutions cuando haga esto. (Consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”).
- Solicitarle al estado una revisión si no está de acuerdo con la decisión de PacificSource Community Solutions. Esto se llama audiencia. (Consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”).
- Obtener intérpretes de atención médica certificados o calificados gratuitos para todos los idiomas que no sean el inglés y el lenguaje de señas. (Consulte la sección “Puede tener un intérprete”).

Sus responsabilidades como miembro de OHP

Debe tratar a los demás de la siguiente manera

- Trate al personal de PacificSource Community Solutions, a los proveedores y a otras personas con respeto.
- Sea honesto con sus proveedores para que puedan brindarle la mejor atención.

Debe notificar la siguiente información a OHP

Si tiene OHP, debe notificar determinados cambios sobre usted y su hogar. Su carta de aprobación de OHP le indica qué debe notificar y cuándo debe hacerlo.

Puede notificar cambios de una de estas formas:

- Utilice su cuenta en línea de ONE en One.Oregon.gov para informar cambios por Internet.
- Visite cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon. Puede encontrar una lista de las oficinas en: <https://www.oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx>
- Comuníquese con un socio comunitario local certificado por OHP. Puede encontrar un socio comunitario en: <https://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx>
- Llame al Servicio al Cliente de OHP de lunes a viernes al 800-699-9075.

- Envíe un fax al 503-378-5628.
- Envíe un correo a ONE Customer Service Center, PO Box 14015, Salem, OR 97309.

Existen otros derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de OHP, que OHP compartió cuando usted presentó su solicitud. Puede encontrar una copia en <https://www.oregon.gov/odhs/benefits/pages/default.aspx>, en el enlace “Rights and Responsibilities” (Derechos y responsabilidades).

Debe ayudar con su atención de las siguientes maneras

- Elija o ayude a elegir su proveedor de atención primaria o clínica.
- Realice chequeos anuales, visitas de bienestar y visitas de atención preventiva para mantenerse saludable.
- Llegue puntual a las citas. Si va a llegar tarde, llame con anticipación o cancele su cita si no puede asistir.
- Lleve sus tarjetas de identificación médica a las citas. Informe al consultorio que tiene OHP y cualquier otro seguro médico. Infórmeles si está herido como causa de un accidente.
- Ayude a su proveedor a elaborar su plan de tratamiento. Siga el plan de tratamiento y participe activamente en su atención.
- Siga las instrucciones de sus proveedores o pida otra opción.
- Si no comprende, haga preguntas sobre las condiciones, los tratamientos y otros temas relacionados con la atención.
- Utilice la información que obtenga de los proveedores y equipos de atención para ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Utilice su proveedor de atención primaria para hacer pruebas y satisfacer otras necesidades de atención, salvo que sea una emergencia.
- Acuda a especialistas de la red o trabaje con su proveedor para obtener una aprobación si quiere o necesita acudir a alguien que no trabaja con PacificSource Community Solutions.
- Utilice los servicios de urgencia o emergencia de forma adecuada. Informe a su proveedor de atención primaria dentro de las 72 horas si usa estos servicios.
- Ayude a los proveedores a obtener sus registros médicos. Es posible que tenga que firmar un formulario de autorización de uso y divulgación de información médica protegida.
- Informe a PacificSource Community Solutions si tiene algún problema o queja, o si necesita ayuda.
- Si quiere servicios que no están cubiertos por OHP, complete un formulario de acuerdo de pago.
- Si recibe dinero debido a una lesión, ayude a PacificSource Community Solutions a recibir el pago por los servicios que le brindamos debido a esa lesión.

Miembros indígenas americanos y nativos de Alaska

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

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

Puede usar otras clínicas que no estén en nuestra red. Obtenga más información sobre las derivaciones y aprobaciones previas en la sección “Sus beneficios”.

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska no necesitan una derivación ni un permiso para recibir atención de estos proveedores. Estos proveedores deben facturar a PacificSource Community Solutions. Solo pagaremos los beneficios cubiertos. Si un servicio necesita aprobación, el proveedor debe solicitarla primero.

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a abandonar PacificSource Community Solutions en cualquier momento y a que el pago por servicio (FFS) de OHP pague por su atención. Obtenga más información sobre cómo abandonar o cambiar de CCO en la sección “Cambio de CCO y traslado de la atención”.

Si desea que PacificSource Community Solutions sepa que usted es un indígena estadounidense o nativo de Alaska, comuníquese con el Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://www.one.oregon.gov) para informar esto.

Se le puede asignar un estatus tribal que califique si se cumple alguna de las siguientes condiciones. Las siguientes preguntas también se hacen en la solicitud de OHP:

- Usted es un miembro inscrito de una tribu reconocida federalmente o un accionista de una corporación regional nativa de Alaska.
- Recibe servicios de Servicios de Salud Indígena, clínicas de salud tribales o clínicas indígenas urbanas.
- Su padre o abuelo es miembro inscrito de una tribu reconocida federalmente o accionista de una corporación o una aldea regional nativa de Alaska.

Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato

Los miembros que son nuevos en OHP o PacificSource Community Solutions pueden necesitar recetas, suministros u otros artículos o servicios lo antes posible. Si no puede acudir a su PCP o dentista de atención primaria (PCD) dentro de los primeros 30 días con PacificSource Community Solutions, haga lo siguiente:

- Mientras espera una cita, puede llamar a Coordinación de la Atención al 888-970-2507. Pueden ayudarle a obtener la atención que necesita. La coordinación de la atención también puede brindar ayuda a los miembros de OHP con Medicare. (Consulte la sección “Coordinación de la atención” para obtener más información).
 - Si se está convirtiendo en un nuevo miembro de Medicare, consulte la sección “Miembros con OHP y Medicare” para obtener más información.
- Haga una cita con su PCP lo antes posible. Puede encontrar su nombre y número en su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions.
- Llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711) si tiene preguntas y quiere obtener más información sobre sus beneficios. Ellos le pueden ayudar con lo que necesite.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es la persona a quien acudirá para las visitas regulares, las recetas y la atención. Puede elegir uno o podemos ayudarle a hacerlo.

Los PCP pueden ser médicos, profesionales de enfermería y más. Usted tiene derecho a elegir un PCP dentro de la red de PacificSource Community Solutions. Si no elige un proveedor dentro de los 90 días de convertirse en miembro, PacificSource Community Solutions le asignará una clínica o elegirá un PCP por usted. PacificSource Community Solutions notificará a su PCP sobre la asignación y le enviará una carta con la información de su proveedor.

Para encontrar un PCP que acepte nuevos miembros en la actualidad, revise nuestro Directorio de proveedores o comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Su PCP trabajará con usted para ayudarle a mantenerse lo más saludable posible, ya que realiza un seguimiento de todas sus necesidades de atención básica y especializada. Su PCP hará lo siguiente:

- Lo conocerá a usted y a su historial médico.
- Le proporcionará atención médica.
- Mantendrá sus registros médicos actualizados y en un solo lugar.
- Le ayudará a conseguir intérpretes gratuitos, traducciones escritas, ayudas auxiliares y modificaciones razonables.

Su PCP lo derivará a un especialista o lo ingresará en un hospital si es necesario.

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

No olvide consultar a PacificSource Community Solutions sobre un dentista, un proveedor de salud mental y una farmacia.

Obtenga más información sobre cómo localizar un proveedor en la sección del Directorio de proveedores que figura a continuación.

Para encontrar un proveedor de salud mental que acepte nuevos miembros en la actualidad, revise nuestro Directorio de proveedores o comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener ayuda. No hay límites con respecto a la frecuencia con la que puede cambiar su proveedor de salud mental dentro de la red.

Para encontrar una farmacia, consulte el Directorio de farmacias o comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener ayuda. No hay límites con respecto a la frecuencia con la que puede cambiar entre farmacias dentro de la red.

DCO y PCD PacificSource lo asigna a la DCO que figura en su carta de bienvenida y en su tarjeta de identificación de miembro. Su DCO le asignará un PCD. Si desea elegir un PCD diferente, llame a su DCO para obtener ayuda para elegir uno que mejor se adapte a sus necesidades. También puede buscar un PCD en el Directorio de proveedores de PacificSource en: <https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>. Recuerde que, si su DCO le asignó un PCD, deberá llamarlos para cambiarlo.

Cada miembro de su familia debe tener un dentista que será su PCD. Acudirá a su PCD para la mayoría de sus necesidades de atención dental. Su PCD le indicará que vaya a un especialista si necesita acudir a uno. Si desea elegir un PCD diferente, puede llamar a su DCO para obtener ayuda para elegir el PCD que mejor se adapte a sus necesidades. Para cambiar su DCO asignado, llame a PacificSource. Podrá comenzar a ver a su nuevo PCD el primer día del mes siguiente después de que se efectúen los cambios en la DCO asignada. Puede cambiar a un PCD diferente hasta dos veces dentro de un período de 12 meses. Si necesita cambiar con mayor frecuencia, comuníquese con su DCO.

Su PCD es importante por los siguientes motivos:

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

Llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., si quiere cambiar de PCP. Podrá comenzar a ver a su nuevo PCP el día en que se efectúe este cambio.

Proveedores dentro de la red

PacificSource Community Solutions trabaja con algunos proveedores, pero no con todos. Los proveedores con los que trabajamos se denominan proveedores dentro de la red o proveedores participantes.

Los proveedores con los que no trabajamos se denominan proveedores fuera de la red. Es posible que pueda consultar a proveedores fuera de la red si es necesario, pero deben trabajar con Oregon Health Plan.

Es posible que pueda consultar a un proveedor fuera de la red para recibir atención primaria en los siguientes casos:

- Usted está cambiando de CCO o pasando de un plan de pago por servicio de OHP a una CCO. (Consulte la sección “Cambio de CCO y traslado de la atención”).
- Usted es indígena americano o nativo de Alaska. (Consulte la sección “Miembros indígenas americanos y nativos de Alaska”).

Directorio de proveedores

Puede elegir su PCP, PCD u otros proveedores del Directorio de proveedores en: <https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener ayuda o visitar <https://pacificsource.com/medicaid> para buscar un proveedor.

A continuación, se muestran ejemplos de información que puede encontrar en el Directorio de proveedores:

- La disponibilidad de un proveedor para aceptar nuevos pacientes
- Tipo de proveedor (médico, dental, salud conductual, farmacia, etc.)
- La forma de contactarlos
- Opciones de atención por video y teléfono (telesalud)
- Ayuda con el idioma (como traducciones e intérpretes)
- Modificaciones para personas con discapacidad

Puede obtener una copia impresa del directorio. Además, puede obtenerlo en otro formato (como otros idiomas, letra grande o braille) de forma gratuita. Llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711).

Programe una cita

Podrá programar una cita con su proveedor tan pronto como elija uno

Su PCP debe ser su primera opción cuando necesite atención. Él le programará una cita o le ayudará a decidir qué tipo de atención necesita. Su PCP también puede

derivarle a otros servicios o recursos cubiertos. Llámelo directamente para programar una cita.

Si el PCP es nuevo, programe una cita para hacer un control. De esta manera, podrá conocerlo a usted y a su historial médico antes de que tenga un problema o una inquietud. Esto le ayudará a evitar demoras la primera vez que necesite usar sus beneficios.

Antes de su cita, escriba lo siguiente:

- Preguntas que tiene para su PCP u otros proveedores.
- Antecedentes familiares de problemas de salud.
- Recetas, medicamentos de venta libre, vitaminas o suplementos que toma.

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

- Su estado de miembro de PacificSource Community Solutions.
- Su nombre y número de identificación de PacificSource Community Solutions.
- El tipo de cita que necesita.
- Si necesita un intérprete y el idioma que necesita.

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

Puede obtener un viaje gratis para ir a su cita. Obtenga más información en la sección “Viajes gratis para recibir atención”.

Citas perdidas

Intente no faltar a las citas. Si necesita faltar, llame a su PCP y cancele la cita de inmediato. Él programará otra visita para usted. Si no le informa al consultorio de su proveedor con anticipación, es posible que no acepten volver a atenderlo.

Cada proveedor tiene sus propias reglas sobre las citas perdidas. Pregúntele sobre sus reglas.

Cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. PacificSource Community Solutions ofrece estas opciones para los miembros que desean cambiar de PCP:

- Visite nuestro directorio de proveedores en línea aquí:
<https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid> Una vez que haya ingresado, haga lo siguiente:
 - Seleccione el PCP al que desea cambiar.
 - Y configúrelo como su PCP.

- Visite el portal InTouch para miembros: <https://intouch.pacificsource.com/common/>. Una vez que haya ingresado, haga lo siguiente:
 - Seleccione “Herramientas” y luego “Buscar un médico”. Después, busque un PCP y configúrelo como su PCP.
- Comuníquese con el Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Cambios en los proveedores de PacificSource Community Solutions

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

Segundas opiniones

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

Si no hay un proveedor calificado dentro de nuestra red y quiere consultar a un proveedor fuera de nuestra red para obtener una segunda opinión, comuníquese con el Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions para obtener ayuda. Organizaremos la segunda opinión de forma gratuita.

Encuesta sobre su salud

Poco tiempo después de inscribirse, y si tiene un cambio relacionado con la salud, PacificSource Community Solutions puede enviarle una encuesta sobre su salud. La encuesta incluye preguntas sobre su salud general, con el objetivo de ayudarle a reducir los riesgos, mantenerlo saludable y prevenir enfermedades.

completar la encuesta enviándola por correo a la dirección que figura en la sección Primeros pasos o a la dirección que figura en el sobre de devolución con franqueo pago que se incluye con la encuesta. O también puede llamar al 888-970-2507 para que un miembro del equipo de coordinación de la atención le ayude a completarla.

La encuesta incluye preguntas sobre lo siguiente:

- Su acceso a los alimentos y la vivienda.
- Sus hábitos (como el ejercicio, los hábitos alimentarios y si fuma o bebe alcohol).

- La forma en que se siente (para determinar si tiene depresión o necesita un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, salud dental e historial médico.
- Su idioma principal.
- Cualquier necesidad especial de atención médica, como un embarazo de alto riesgo, enfermedades crónicas, trastornos de salud conductual y discapacidades, modificaciones necesarias, etc.
- Su deseo de apoyo por parte de un equipo de coordinación de la atención.

Sus respuestas nos ayudan a determinar lo siguiente:

- Si necesita algún examen de salud, lo que incluye los exámenes de la vista o dentales.
- Si tiene necesidades de atención médica rutinarias o especiales.
- Sus condiciones crónicas.
- Si necesita servicios y apoyo de atención a largo plazo.
- Si tiene preocupaciones de seguridad.
- Si tiene dificultades para recibir atención médica.
- Si necesita ayuda adicional con la coordinación de la atención. Consulte la sección “Obtener ayuda para organizar su atención con la coordinación de la atención” para obtener más información.

Un miembro del equipo de coordinación de la atención revisará su encuesta. Lo llamará para hablar sobre sus necesidades y para ayudarle a comprender sus beneficios.

Si no recibimos su encuesta, nos comunicaremos con usted para garantizar que se complete dentro de los 90 días posteriores a la inscripción o antes si es necesario.

Si quiere que le envíemos una encuesta, puede llamar al equipo de Coordinación de la Atención de PacificSource Community Solutions al 888-970-2507 y le enviaremos una.

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

Miembros que están embarazadas

Si está embarazada, OHP ofrece servicios adicionales para ayudarla a usted y a su bebé a mantenerse saludables. Mientras transita su embarazo, PacificSource Community Solutions puede ayudarle a obtener la atención que necesita. También puede cubrir el parto y su atención durante un año después del embarazo. Cubriremos los beneficios posteriores al embarazo durante un año completo, sin importar cómo termine el embarazo.

Esto es lo que debe hacer cuando descubre que está embarazada:

- Informar a OHP que está embarazada tan pronto como lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY: 711) o inicie sesión en su cuenta en línea: ONE.Oregon.gov.
- Informar a OHP su fecha prevista de parto.** No es necesario que sepa la fecha exacta ahora. Si está lista para dar a luz, llámenos de inmediato.
- Preguntarnos sobre sus beneficios durante el embarazo.** Llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solution al número gratuito 800-431-4135 para preguntar sobre sus beneficios durante el embarazo. Estos pueden incluir servicios dentales y de la vista durante y después del embarazo.
- Opciones de atención durante el embarazo.** Puedes recibir atención de una doula de parto profesional en su área sin costo alguno. Busque en el [Directorio de proveedores](#) en línea o llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions sin cargo al 800-431-4135 para obtener ayuda para encontrar una doula que pueda atenderle en el idioma que funcione mejor para usted. Para obtener más información, puede enviar un correo electrónico a su enlace regional de trabajadores de salud tradicionales a THWinfo@pacificsource.com.

Una vez que termine su embarazo, haga lo siguiente:

- Llame a OHP para informarles que su embarazo ha terminado.** También puede solicitar al hospital que envíe una modificación por nacimiento a OHP. OHP brindará cobertura a su bebé desde el nacimiento. Su bebé también contará con PacificSource Community Solutions.
- Obtenga una visita gratuita de una enfermera en su hogar con Family Connects Oregon.** Es un programa de visitas domiciliarias de enfermeras gratuito para todas las familias con recién nacidos. Una enfermera la visitará para realizarle un control, darle consejos sobre recién nacidos y ofrecerle recursos.

Prevenir problemas de salud es importante

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que ocurran. Puede hacer de esto una parte importante de su atención. Hágase controles médicos y dentales periódicos para saber cómo se encuentra su salud.

A continuación, se mencionan algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Revisiones y limpiezas dentales
- Mamografías (radiografías de mama)
- Prueba de Papanicolaou

- Cuidados durante el embarazo y del recién nacido
- Exámenes de bienestar
- Exámenes de próstata para hombres
- Controles anuales
- Exámenes de niño sano

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

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

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

PacificSource Community Solutions puede ayudarle a organizar su atención. Si tiene un plan CCO-A o CCO-B, PacificSource es el contacto principal para sus necesidades de coordinación de la atención y cuenta con personal para ayudarle. El personal de PacificSource Community Solutions está comprometido a apoyar a los miembros con sus necesidades de atención y puede ayudarle a encontrar atención médica física, dental, conductual, de desarrollo y social donde y cuando la necesite.

Estos son algunos ejemplos:

- Visitas anuales con el PCP de su hijo para garantizar que se alcancen los hitos del desarrollo.
- Recursos que apoyan las necesidades sociales y emocionales de su hijo, como los siguientes:
 - Agencias o eventos comunitarios
 - Acceso al transporte, la alimentación y la vivienda
 - Servicios de salud mental

Puede obtener coordinación de la atención de su Centro de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH) proveedor de atención primaria, PacificSource Community Solutions u otros equipos de atención primaria. Usted, sus proveedores, o alguien que hable en su nombre pueden preguntar sobre la coordinación de la atención por cualquier motivo, especialmente si tiene una nueva necesidad de atención o sus necesidades no están siendo satisfechas. Puede llamar al número que aparece a continuación o visitar <https://pacificsource.com/medicaid/get-care/member-support-specialists> para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

El objetivo de la coordinación de la atención es mejorar su salud general

PacificSource Community Solutions debe contar con procesos que nos ayuden a encontrar sus necesidades de atención médica. Le ayudaremos a hacerse cargo de su salud y bienestar.

Su equipo de coordinación de la atención hará lo siguiente:

- Le ayudará a comprender sus beneficios y la forma en que funcionan.
- Trabajará con usted en su idioma preferido.
- Usará programas de atención que le ayuden a controlar enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardíacas y el asma.
- Le brindará ayuda para los problemas de salud conductual, lo que incluye la depresión y el trastorno por consumo de sustancias.
- Le ayudará a encontrar formas de obtener los servicios y recursos adecuados para garantizar que se sienta cómodo, seguro y atendido.
- Le ayudará a identificar personas en su vida o comunidad que puedan brindarle apoyo.
- Le ayudará a elegir un PCP.
- Le proporcionará atención y asesoramiento fáciles de seguir.
- Le ayudará a programar citas y pruebas médicas.
- Le ayudará a organizar el transporte a sus citas médicas.
- Le ayudará a hacer la transición de su atención cuando sea necesario.
- Le ayudará a obtener atención de proveedores especializados.
- Le ayudará a garantizar que sus proveedores se comuniquen para hablar sobre sus necesidades de atención médica.
- Elaborarán un plan de atención que se ajuste a sus necesidades de salud con usted.

Su equipo de coordinación de la atención puede ayudarle a encontrar y explorar otros recursos en su comunidad, como ayuda para necesidades no médicas. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Ayuda para encontrar vivienda
- Ayuda con el alquiler y los servicios públicos
- Servicios de nutrición
- Viajes
- Entrenamientos y clases
- Apoyo familiar
- Servicios sociales
- Dispositivos para condiciones climáticas extremas

Trabajar juntos para su atención

Su equipo de coordinación de la atención trabajará junto con usted. Este equipo estará formado por diferentes personas que trabajarán juntas para satisfacer sus necesidades, como proveedores, especialistas y programas comunitarios en los que participa.

El equipo lo conectará con recursos de apoyo comunitario y social que pueden ayudarle. El trabajo de su equipo de atención es asegurarse de que las personas

adecuadas formen parte de su atención para ayudarle a alcanzar sus objetivos. Todos trabajaremos juntos para apoyarlo.

Es posible que necesite un plan de atención

Usted y su equipo de atención decidirán si es necesario un plan de atención. Este plan le ayudará a satisfacer sus necesidades y está elaborado por usted, su equipo de atención y sus proveedores. Su plan mencionará los apoyos y servicios necesarios para ayudarle a alcanzar sus objetivos. Este plan aborda las necesidades médicas, dentales, culturales, del desarrollo, conductuales y sociales para que usted obtenga resultados de salud y bienestar positivos.

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

Usted, un representante autorizado o un proveedor pueden solicitar una copia de su plan de atención o solicitar el desarrollo de un plan de atención comunicándose con nuestro equipo de coordinación de la atención al 888-970-2507 (TTY: 711). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Horario de la coordinación de la atención e información de contacto

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

- Llame al equipo de coordinación de la atención de PacificSource Community Solutions al 888-970-2507 (TTY: 711) si hay un cambio en su salud, sus necesidades o con quién está trabajando para que PacificSource Community Solutions pueda ayudarle a coordinar su atención.
- Su tarjeta de identificación de miembro identifica a su equipo de coordinación de la atención regional. Seguirán siendo su entidad designada para la coordinación de la atención, salvo que cambie su cobertura de CCO u OHP. Si se muda a otra región de la CCO de PacificSource, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con su equipo de coordinación de la atención regional identificado.
- Llame al equipo de coordinación de la atención de PacificSource Community Solutions al 888-970-2507 (TTY: 711) para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

Miembros con Medicare

También puede obtener ayuda con sus beneficios de OHP y Medicare. Un miembro del personal del equipo de coordinación de la atención de PacificSource Community Solutions trabaja con usted, sus proveedores, su plan Medicare Advantage o su

cuidador. Nos asociamos con estas personas para brindarle servicios sociales y de apoyo, como servicios comunitarios culturalmente específicos.

Sistema de atención para jóvenes con necesidades complejas

PacificSource Community Solutions tiene un grupo llamado Sistema de Atención para eliminar las dificultades que pueden tener los jóvenes (de 0 a 25 años) con necesidades complejas. El grupo reúne a jóvenes y familias, proveedores y socios del sistema de salud conductual, servicios de discapacidad intelectual/del desarrollo, educación, bienestar infantil y justicia juvenil.

Si usted es parente/tutor de un joven con necesidades complejas o un adulto joven atendido por múltiples sistemas, el Sistema de Atención de PacificSource Community Solutions puede ayudarle a obtener atención y eliminar dificultades.

Para encontrar apoyo local de Sistemas de Atención en su área, visite el siguiente sitio web: <https://www.oregon.gov/oha/hsd/bh-child-family/pages/local-systems-of-care.aspx>.

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

Sus beneficios

Cómo decide Oregon lo que cubrirá OHP

Hay muchos servicios disponibles para usted como miembro de OHP. La forma en que Oregón decide qué servicios pagar se basa en la **Lista priorizada de servicios de salud**. Esta lista se compone de diferentes condiciones médicas (llamadas diagnósticos) y los tipos de procedimientos para tratarlas. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos comunes trabajan juntos para elaborar la lista. Este grupo se llama Comisión de Revisión de Evidencia de Salud de Oregón (HERC). Son nombrados por el gobernador.

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

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

Para miembros mayores de 21 años:

No todos los pares de condiciones y tratamientos están cubiertos por OHP. Hay un punto límite en la lista llamado “la línea” o “el nivel de financiación”. Los pares por encima de la línea están cubiertos, y los pares por debajo de la línea no. Algunas condiciones y algunos tratamientos por encima de la línea tienen ciertas reglas y es posible que no estén cubiertos.

Para miembros menores de 21 años:

Se deben cubrir todos los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados, en función de sus necesidades individuales y su historial médico. Esto incluye los artículos “debajo de la línea” en la Lista priorizada, así como servicios que no aparecen en esta lista, como el equipo médico duradero. Consulte la sección “Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años” para obtener más información sobre la cobertura para miembros menores de 21 años.

Obtenga más información sobre la Lista priorizada en:

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

Acceso directo

Existen algunos servicios que no requieren una derivación ni aprobación previa. Esto se llama acceso directo. Consulte las tablas a continuación para conocer los servicios que tienen acceso directo y no necesitan una derivación ni aprobación previa.



No se necesita derivación ni aprobación previa

- **Servicios de emergencia** (disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para la salud física, dental o conductual
- **Servicios de atención de urgencia** (disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para la salud física, dental o conductual
- **Servicios de salud para la mujer**
Para atención rutinaria y preventiva
- **Exámenes de abuso sexual**
- **Servicios de evaluación y valoración de la salud conductual**
- **Especialistas para miembros con necesidades especiales de atención médica o necesidades de servicios y apoyo a largo plazo**
- **Servicios de salud conductual ambulatorios y prestados por pares**
De un proveedor dentro de la red

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

Obtener una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”)

Algunos servicios, como las cirugías o los servicios para pacientes hospitalizados, necesitan aprobación antes de que pueda recibirlas. Esto es para garantizar que la atención sea médica y adecuada para usted. Su proveedor se encargará de esto y podrá enviarnos información para ayudarle a obtener el servicio. Aunque el proveedor no tenga la obligación de enviarnos información, PacificSource Community Solutions aún puede necesitar revisar su caso por razones médicas.

Debe saber que estas decisiones se basan únicamente en si la atención 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 ninguna otra persona por emitir denegaciones de cobertura o atención. Nunca se le da dinero extra a nadie que decide denegar una solicitud de atención. Comuníquese con el Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) si se encuentra en las siguientes situaciones:

- Tiene preguntas.
- Necesita comunicarse con nuestro Departamento de Gestión de la Utilización.
- Necesita una copia de las pautas clínicas.

Es posible que no reciba el servicio si no está aprobado. Revisamos las solicitudes de preaprobación tan rápido como su condición de salud lo requiera. La mayoría de las decisiones de servicio se toman dentro de los 7 días. A veces una decisión puede tardar hasta 21 días. Esto solo sucede cuando estamos esperando más información. Si usted o su proveedor consideran que seguir el marco de tiempo estándar pone en peligro su vida, su salud o su capacidad de funcionar, podemos tomar una decisión más rápida llamada “autorización de servicio acelerado”. Las decisiones aceleradas sobre servicios generalmente se toman dentro de las 72 horas, pero puede haber una extensión de 14 días. Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con una extensión para la decisión. Consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas” para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

Si necesita una aprobación previa para una receta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas. Si necesitamos más información para tomar una decisión, puede demorar 72 horas.

Consulte la sección de “Medicamentos con receta” para obtener información sobre las recetas.

No necesita aprobación para servicios de emergencia o urgencia ni para servicios de atención posterior de emergencia. Consulte la sección “Atención de emergencia” para obtener información sobre los servicios de emergencia.



No se requiere una aprobación previa para estos servicios

- **Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios o servicios prestados por pares** (dentro de la red)
- **Servicios de evaluación y valoración de la salud conductual**
- **Tratamiento asistido con medicamentos para el trastorno por consumo de sustancias**
- **Tratamiento comunitario asertivo (ACT) y servicios integrales**
(examen requerido por el proveedor)

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

Derivaciones de proveedores y autoderivaciones

Para que usted reciba atención del proveedor adecuado, es posible que necesite una derivación. Una **derivación** es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio.

Por ejemplo: si su PCP no puede brindarle los servicios que necesita, puede derivarle a un especialista. Si se necesita aprobación previa para el servicio, su proveedor solicitará la aprobación a PacificSource Community Solutions.

Si no hay 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 tenga que trabajar con el equipo de coordinación de la atención para encontrar atención fuera de la red. Para consultar a un proveedor fuera de la red, este debe trabajar con Oregon Health Plan. No hay ningún costo extra si esto sucede.

Muchas veces su PCP puede prestar los servicios que necesita. Si cree que podría necesitar una derivación a un especialista en atención médica, pregúntele a su PCP. No necesita una derivación si tiene una emergencia.



Servicios que necesitan una derivación

- **Servicios de especialistas**
Si tiene necesidades especiales de atención médica, su equipo de atención médica puede trabajar en conjunto para brindarle acceso a especialistas sin una derivación. Los especialistas fuera de la red requieren una derivación.
- **Si utiliza un proveedor de atención dental que no es su dentista de atención primaria, es posible que necesite una derivación para estos servicios.**
 - Exámenes bucales
 - Prótesis parciales o completas
 - Extracciones
 - Tratamiento de conducto radicular

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

Algunos servicios no necesitan una derivación de su proveedor. Esto se llama autoderivación.

Una **autoderivación** significa que usted puede buscar en el directorio de proveedores para encontrar el tipo de proveedor que desea consultar. Puede llamar a ese proveedor para programar una visita sin una derivación de su proveedor. Consulte la sección “Directorio de proveedores” para obtener más información.

Servicios a los que puede autoderivarse:

- Visitas con su PCP
- Atención de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Vacunas (inyecciones)
- Servicios de trabajadores de salud tradicional
- Proveedores de servicios de visión de rutina dentro de la red
- Proveedores dentales dentro de la red
- Servicios de planificación familiar (incluidos los fuera de la red)
- Servicios de salud mental para problemas con el alcohol u otras drogas
- Tratamiento comunitario asertivo
- Servicios de salud conductual, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados y residenciales (dentro de la red)
- Servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud

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

Es posible que aún se necesite una aprobación previa para un servicio cuando utiliza la autoderivación. Hable con su PCP o comuníquese con Servicio al Cliente si tiene dudas si necesita una aprobación previa para obtener un servicio.

Significado de los íconos en las tablas de beneficios



Servicios que necesitan aprobación previa

Algunos servicios necesitan aprobación antes de que pueda recibirlos. Su proveedor debe solicitar la aprobación de la CCO. Esto se conoce como preaprobación.



Servicios que necesitan una derivación

Una derivación es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio. Debe pedirle una derivación a un proveedor.



No se necesita derivación ni aprobación previa

Existen algunos servicios que no requieren una derivación ni aprobación previa. Esto se llama acceso directo.

Beneficios para la salud física

Consulte a continuación una lista de los beneficios médicos que están disponibles para usted sin costo alguno. Observe la columna "Servicio" para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Consulte la columna "Cómo acceder" para ver si necesita obtener una derivación o aprobación previa para el servicio. PacificSource Community Solutions coordinará los servicios gratuitos si necesita ayuda.

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

Si ve un * en las tablas de beneficios, esto significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites mencionados para miembros menores de 21 años si es médicalemente necesario y apropiado.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
Atención alternativa <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Quiropráctica• Masaje Los servicios de atención alternativa se limitan al tratamiento	 Algunos servicios necesitan aprobación previa.	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>de enfermedades o lesiones cubiertas. La cantidad de visitas puede estar limitada según las normas y pautas de OHP. Es posible que sea necesario cumplir con determinados requisitos para recibir los servicios.</p>	<p>Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.</p>	
<p>Servicios de Coordinación de la Atención Los servicios de coordinación de la atención pueden organizar actividades de atención, ayudarle con enfermedades crónicas y reunir a su equipo de atención. Ejemplo: la administración de casos.</p> <p>No hay límites para la atención.</p> <p>Consulte la sección “Obtener ayuda para organizar su atención” para obtener más información.</p>	 <p>No se necesita derivación ni aprobación previa.</p>	Todos los miembros.
<p>Servicios de cuidados paliativos y de hospicio Cuidado para el final de la vida, como ayuda para controlar los síntomas y el dolor. Ejemplo: servicios de hospicio.</p> <p>Los servicios de cuidados paliativos están cubiertos para pacientes con una enfermedad progresiva grave o potencialmente mortal para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.</p> <p>Los servicios de hospicio están cubiertos para clientes que han sido certificados como enfermos terminales.</p>	 <p>Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.</p>	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
La cobertura se basa en las pautas de OHP y se deben cumplir determinados requisitos para recibir los servicios.		
<p>Muerte con dignidad (muerte asistida para enfermos terminales) Una muerte facilitada por un médico. Cubierto por OHP. Los servicios deben ser realizados por un médico tratante o un médico consultor.</p>	 Algunos servicios necesitan aprobación previa. Comuníquese con el equipo de coordinación de la atención de Acentra al 800-562-4620.	Todos los miembros.
<p>Programa de Prevención de la Diabetes Este programa ayuda a las personas con prediabetes a reducir el riesgo de tener diabetes tipo 2 y mejorar la salud general. Este programa está disponible en línea o en persona en un entorno grupal.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de diagnóstico Pruebas, exámenes o procedimientos para identificar una condición o lesión. Ejemplos: análisis de sangre o biopsias. El acceso a los servicios de diagnóstico es ilimitado si es médicaamente necesario.</p>	 Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Diálisis Servicios para tratar la enfermedad renal, lo que incluye los tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Determinados servicios de apoyo domiciliario, por ejemplo, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para supervisar la diálisis en el hogar. Hay determinados medicamentos para diálisis que están cubiertos por su beneficio de medicamentos. La aprobación se basa en las pautas de OHP.</p>	 Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros Suministros y equipos que no se agotan. Ejemplos: andadores o suministros para diabéticos. Los DME y los suministros están cubiertos cuando son médicalemente necesarios.</p>	 Algunos equipos y suministros deben ser aprobados con anticipación. Llame al Servicio al Cliente para saber qué artículos necesitan aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) Atención, exámenes y evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental para miembros menores de 21 años. Ejemplo: visitas de control de bienestar y detección de toxicidad por plomo. Esto incluye cobertura para todos los servicios</p>	 No se requiere derivación ni aprobación previa para la atención de niño sano, los exámenes de	Miembros de 0 a 20 años (jóvenes con necesidades especiales de atención médica: de 0 a 21 años en 2026)

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>médicamente necesarios y médicamente apropiados para miembros menores de 21 años.</p> <p>Los miembros mayores de 20 años que estén inscritos en el Programa de Adultos Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica (YSHCN) pueden recibir servicios de EPSDT hasta que cumplan los 26 años. Consulte la sección “Adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica” para obtener más detalles.</p>	<p>detección y algunas evaluaciones. Es posible que se requieran derivaciones o una aprobación previa para otros servicios.</p>	
<p>Cirugías/procedimientos electivos</p> <p>Las cirugías/los procedimientos electivos se programan con anticipación y no implican emergencias médicas. Ejemplo: eliminación de verrugas.</p> <p>Los límites de los servicios se basan en las pautas de Oregon Health Plan (OHP) y las condiciones médicas. Es posible que sea necesario cumplir con determinados requisitos para recibir los servicios.</p>	 <p>Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros.</p>
<p>Transporte médico de emergencia</p> <p>Viaje al hospital debido a una emergencia. Ejemplo: viaje en ambulancia.</p> <p>Cubrimos los servicios de ambulancia para transporte de ida únicamente en emergencias.</p> <p>También cubrimos el transporte médico que no sea de emergencia</p>	 <p>No se necesita aprobación previa para el transporte de emergencia.</p>	<p>Todos los miembros.</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
(NEMT) para los servicios cubiertos y médicamente necesarios.		
<p>Servicios de emergencia Atención médica inmediata en caso de emergencia. Ejemplo: Atención para cuando tiene dificultad para respirar.</p> <p>Cubrimos la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de planificación familiar Atención para ayudarle a planificar el tiempo y la cantidad de hijos que tendrá o no tendrá. Ejemplo: control de natalidad o exámenes anuales.</p> <p>Puede acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red para estos servicios.</p> <p>Nosotros cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de salud para mujeres, PCP u otro proveedor de servicios de atención médica preventiva y de rutina. • Educación y asesoramiento sobre control de la natalidad. • Suministros anticonceptivos, como parches, píldoras anticonceptivas y dispositivos intrauterinos (DIU). • Anticonceptivos de emergencia (la pastilla del “día después”). 	 No se necesita derivación ni aprobación previa. Esto significa que tiene acceso directo a estos servicios. Algunos servicios o procedimientos requieren una orden de su proveedor de atención primaria (PCP) o especialista. Abortos: cubiertos directamente por OHP (consultar las derivaciones en la primera columna). Comuníquese con el equipo de coordinación de la atención de Acentra al 800-562-4620.	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<ul style="list-style-type: none"> • Esterilización (ligadura de trompas y vasectomía) cuando la realiza un proveedor de la red PacificSource. • Servicios de radiología (imágenes). • Pruebas de laboratorio. <p>Los servicios relacionados que también están cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de Papanicolaou. • Pruebas de embarazo. • Detección y asesoramiento sobre ITS, lo que incluye el SIDA y el VIH. • Abortos (Comuníquese con la OHA visitando https://www.oregon.gov/oha/ph/healthypeoplefamilies/reproductivesexualityhealth/oregoncontraceptivecare/pages/index.aspx#abortion). <p>No hay límites cuando usted consulta a cualquier proveedor que acepte su tarjeta de identificación para este servicio y sea médicalemente necesario.</p> <p>IMPORTANTE: Las histerectomías no están cubiertas como parte de la planificación familiar.</p>		
<p>Atención para la afirmación de género</p> <p>Cuidado para ayudar a apoyar y afirmar la identidad de género.</p> <p>Ejemplo: Terapia hormonal.</p>		Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Cubrimos lo médicalemente necesario que se menciona a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia hormonal. • Cirugía de pecho. • Cirugía genital. • Cirugía de confirmación facial. • Depilación para la afirmación de género, que incluye la electrólisis y la depilación láser. • Terapia de voz y comunicación. 	<p>Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.</p> <p>Contamos con apoyo específico en la gestión de la atención para aquellos miembros que intentan acceder a la atención para la afirmación de género. Comuníquese con Servicio al Cliente y pida que lo deriven al equipo de atención de Afirmación de Género.</p>	
<p>Servicios de audición*</p> <p>Estos servicios incluyen dispositivos o servicios para evaluar la audición o ayudarle a escuchar mejor. Ejemplos: Audiología o audífonos.</p> <p>Examen de audición</p> <p>En un período de 12 meses, usted es elegible para lo siguiente:</p> <p>Una prueba de audición básica</p> <p>Una prueba de audición completa</p>	 <p>No se requiere derivación ni aprobación previa para exámenes de audición.</p>	<p>Todos los miembros.</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Una evaluación y selección de audífonos</p> <p>Una evaluación electroacústica para audífonos: para uno o ambos oídos</p> <p>Una prueba de audición de tonos puros (umbral); vía aérea y ósea</p> <p>Audífonos</p> <p>Cubrimos hasta 60 baterías por audífono, cada 12 meses.</p> <p>Para que las baterías de los audífonos estén cubiertas, debe cumplir con los requisitos de autorización previa de los audífonos.</p> <p>Niños hasta los 20 años: si cumplen con los requisitos de autorización previa, es posible que tengan cobertura para un audífono para cada oído cada tres años.</p> <p>Adultos: si cumplen con los requisitos de autorización previa, es posible que tengan cobertura para un audífono para cada oído cada cinco años.</p>	 <p>Los servicios deben ser aprobados con anticipación para los audífonos.</p>	
<p>Servicios de salud en el hogar</p> <p>Atención en su hogar, a menudo durante una enfermedad o después de una lesión. Ejemplo: Fisioterapia.</p> <p>El servicio es ilimitado cuando es médicalemente necesario.</p>	 <p>Con proveedores dentro de la red, no se necesita aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros.</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Inmunizaciones y vacunas para viajes Vacunas e inyecciones para ayudarle a mantenerse saludable. Ejemplo: Vacuna contra la gripe.</p> <p>Además de las vacunas de rutina, cubrimos las vacunas de viaje y las no rutinarias recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). Si tiene preguntas sobre qué vacunas están cubiertas, llame al Servicio al Cliente.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internados Atención que recibe cuando se queda en el hospital. Ejemplo: Cirugía.</p> <p>Algunos servicios o artículos pueden estar limitados según la necesidad médica, la cobertura y las pautas de OHP.</p> <p>Los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitaciones semiprivadas o privadas • Comidas • Servicios de enfermería • Pruebas y radiografías • Suministros y medicamentos necesarios • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados <p>Si su situación está relacionada con una visita de urgencia o</p>	 Los servicios de hospitalización de emergencia no requieren aprobación previa.  Los servicios hospitalarios electivos para pacientes internados requieren aprobación previa.	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
emergencia, consulte "Servicios de emergencia" más arriba.		
<p>Servicios de laboratorio, radiografías y otros procedimientos</p> <p>Estas son pruebas que su proveedor podría utilizar para controlar su salud. Ejemplos: Análisis de orina o radiografías.</p> <p>Los límites en los servicios se basan en las pautas y condiciones de OHP. Es posible que sea necesario cumplir con determinados requisitos para recibir los servicios.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de acceso a idiomas</p> <p>Una persona para ayudarle con la interpretación y traducción en el idioma que necesita.</p> <p>Servicio ilimitado.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de maternidad</p> <p>Atención que recibe antes, durante y después del embarazo. Ejemplo: Visita prenatal.</p> <p>Servicio ilimitado para la atención prenatal y el parto.</p>	 No se requiere aprobación ni derivación para la mayoría de los servicios. No se requiere aprobación ni derivación para las citas de cuidado de la vista durante el embarazo. Algunos productos/artículos para el cuidado de	Miembros embarazadas

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
	la vista requieren aprobación previa.	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Atención hospitalaria que puede recibir sin tener que pasar la noche en el hospital. Ejemplos: quimioterapia, radiación o control del dolor.</p> <p>La cobertura se basa en las pautas y condiciones de OHP. Puede haber límites según sus necesidades médicas.</p>	 Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Cuidados paliativos Atención a miembros con enfermedades graves, que puede incluir servicios como la coordinación de la atención, servicios de salud mental, servicios de trabajo social, servicios de atención espiritual, control del dolor y los síntomas y asistencia telefónica clínica durante las 24 horas.</p> <p>El servicio es ilimitado cuando es médicaamente necesario.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Miembros con una enfermedad grave y un pronóstico de vida limitado.
<p>Servicios farmacéuticos (medicamentos con receta) Medicamentos que debe tomar para ayudar a mantenerse o estar saludable. Ejemplo: Medicamentos para la presión arterial.</p>	Se necesita una receta. 	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
	Algunos medicamentos recetados requieren aprobación previa.	
<p>Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla</p> <p>Terapias enfocadas a mejorar o mantener su capacidad para mover el cuerpo o realizar las actividades diarias. Ejemplo: Ejercicios para mejorar el equilibrio después de una caída.</p> <p>Los servicios de terapia se limitan al tratamiento de enfermedades y lesiones cubiertas. Las visitas pueden estar limitadas según su necesidad médica y las normas y pautas de OHP. Es posible que sea necesario cumplir con determinados requisitos para recibir los servicios.</p>	 <p>Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.</p> <p>Las evaluaciones iniciales y reevaluaciones no requieren autorización previa, pero tienen los siguientes límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos evaluaciones iniciales en un período de 12 meses • Hasta cuatro reevaluaciones en un período de 12 meses 	Todos los miembros.
<p>Servicios preventivos</p> <p>Atención médica y exámenes regulares para mantenerlo a usted y a su familia saludables. Algunos ejemplos son: exámenes físicos, vacunas, exámenes de detección</p>		Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>(cáncer, etc.), prevención de la diabetes, asesoramiento nutricional, servicios para dejar de fumar, etc.</p> <p>Los exámenes físicos de rutina están cubiertos una vez al año. Se pueden cubrir exámenes y evaluaciones adicionales si son médicaamente necesarios. Los límites se basan en las reglas y pautas de OHP.</p>	No se necesita una derivación para este servicio.	
<p>Visitas al PCP Visitas con su médico para hacer controles y evaluaciones y recibir atención que no sea de urgencia. Ejemplo: Examen anual.</p> <p>Visitas ilimitadas al consultorio.</p> <p>Algunos procedimientos/tratamientos deben ser aprobados previamente.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Viajes para recibir atención, también llamados servicios de NEMT Viajes gratuitos para recibir atención médica u otras ayudas para el transporte, como pasajes de autobús y el pago por kilometraje.</p> <p>Los servicios de viaje son para visitas cubiertas de atención física, dental, farmacia o salud conductual. Consulte la sección “Viajes gratuitos para recibir atención” para obtener más detalles sobre la cobertura y cómo programar un viaje.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Exámenes de abuso sexual El examen posterior a un abuso sexual puede incluir la recopilación de evidencia y la realización de pruebas de laboratorio. Servicio ilimitado.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de especialistas Atención brindada por un proveedor que tiene capacitación especial para ofrecer atención para una determinada parte del cuerpo o un tipo de enfermedad. Ejemplo: cardiólogo (especialista del corazón). No hay límite de visitas para las condiciones cubiertas cuando sea médicaamente necesario.</p>	 La aprobación previa se puede prever.	Todos los miembros. Las personas con necesidades especiales de atención médica o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) deben llamar al Servicio al Cliente para acceder a especialistas.
<p>Procedimientos quirúrgicos Atención para tratamientos, extirpaciones o alteraciones físicas de su cuerpo para mantenerlo o volverlo saludable. Ejemplo: Extirpación de un apéndice inflamado. Es posible que se requiera una prueba que demuestre que dejó de fumar o que no fuma antes de determinados procedimientos quirúrgicos electivos.</p>	 Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de telesalud Reciba atención médica por teléfono, video o en línea. Ejemplo: Visitas virtuales. Comuníquese con el consultorio de su médico o con Servicio al Cliente para obtener más información. Servicio ilimitado.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de trabajador de salud tradicional (THW) Reciba atención o servicios de una persona con una experiencia de vida similar. Puede ayudarle a obtener atención para apoyar su bienestar. Ejemplo: Especialista en apoyo entre pares.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de atención de urgencia Atención que recibe cuando su necesidad de salud es más urgente que una cita regular. Ejemplos: Esguinces y distensiones.</p> <p>Los servicios están cubiertos durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en su hogar o si viaja fuera del área de servicio dentro de los Estados Unidos.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de la vista</p> <p>Las adultas que no estén embarazadas (mayores de 21 años) tienen cobertura para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina al menos cada 24 meses y cuando sean necesarios. • Exámenes médicos de la vista cuando sean necesarios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes correctivos/accesorios, solo para determinadas condiciones médicas de la vista. <p>Los miembros menores de 21 años*, las adultas</p>	 Algunos servicios necesitan aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.  Algunos servicios necesitan	Todas las miembros que no estén embarazadas y sean mayores de 21 años. * Miembros menores de 21 años y miembros embarazadas. Como se recomienda para todos los demás.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>embarazadas y las adultas hasta 12 meses después del parto tienen cobertura para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina cuando sean necesarios. • Exámenes médicos de la vista cuando sean necesarios. • Lentes correctivos/accesorios cuando sean necesarios. <p>Algunos ejemplos de condiciones médicas de la vista son la afaquia, el queratocono o el cuidado después de una cirugía de cataratas.</p>	<p>aprobación previa. Llame al Servicio al Cliente para saber qué servicios necesitan aprobación previa.</p>	
<p>Servicios de salud para mujeres (además del PCP) para la atención preventiva y de rutina</p> <p>Atención para las necesidades especiales de salud de las mujeres. Ejemplos: Prueba de Papanicolaou, examen de mama o visita de bienestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de bienestar anual que puede incluir un examen pélvico y mamario: una vez cada 12 meses. • Prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino: una vez cada 3 a 5 años. Es posible que se cubran pruebas más frecuentes si ha tenido un resultado anormal o se considera que tiene un riesgo alto. • Visitas y exámenes adicionales, cuando sea médicaamente necesario. 	 <p>No se necesita derivación ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros.</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Los miembros tienen acceso directo a estos servicios. No es obligatorio que obtenga estos servicios de su proveedor de atención primaria (PCP). Puede obtener estos servicios preventivos y de rutina de un especialista en salud de la mujer, como un ginecólogo.</p> <p>Para obtener más información, consulte las secciones “Servicios preventivos” y “Servicios de planificación familiar” más arriba.</p>		

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o derivación. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711).

Beneficios de atención de salud conductual

Consulte a continuación una lista de los beneficios de salud conductual que están disponibles para usted sin costo alguno. La salud conductual significa salud mental y tratamiento por consumo de sustancias. Observe la columna “Servicio” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Consulte la columna “Cómo acceder” para ver si necesita obtener una derivación o aprobación previa para el servicio.

Si ve un * en las tablas de beneficios, esto significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites mencionados para miembros menores de 21 años si es médicalemente necesario y apropiado. PacificSource Community Solutions coordinará los servicios gratuitos si necesita ayuda.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Tratamiento comunitario asertivo Un enfoque basado en el equipo para ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a vivir en la comunidad. Ejemplo: intervención en caso de crisis.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer</p>	 Es necesario realizar una evaluación.	Miembros mayores de 18 años.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
las necesidades individuales de cada miembro.		
<p>Servicios integrales Atención integral que ayuda a los jóvenes y a sus familias a alcanzar sus metas poniéndolos como prioridad en su atención. Ejemplo: Grupos de apoyo.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer las necesidades individuales de cada miembro.</p>	 No se requiere derivación ni aprobación previa, pero es posible que se requiera una evaluación por parte del proveedor.	Niños y jóvenes que cumplen con los criterios.
<p>Servicios de evaluación y valoración de la salud conductual Pruebas y exámenes para ayudar a detectar posibles condiciones de salud conductual. Ejemplo: Prueba psiquiátrica de diagnóstico.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer las necesidades individuales de cada miembro.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico de salud conductual (PRTS) Estadía a corto o largo plazo para que los miembros reciban tratamiento de salud conductual. Ejemplo: Programa residencial.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer las necesidades individuales de cada miembro.</p>	 Se necesita aprobación previa.	Jóvenes menores de 21 años.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios residenciales y de desintoxicación para pacientes hospitalizados con trastornos por consumo de sustancias</p> <p>Estadía a corto o largo plazo para que los miembros reciban tratamiento.</p> <p>Ejemplo: Tratamiento para el consumo de alcohol.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer las necesidades individuales de cada miembro.</p>	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Tratamiento asistido con medicamentos (MAT) para el trastorno por consumo de sustancias (SUD)</p> <p>Atención mediante medicamentos, asesoramiento y otras terapias para ayudar a tratar el consumo de sustancias. Ejemplo: Metadona.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer las necesidades individuales de cada miembro.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Servicios de salud conductual ambulatorios y brindados por pares de un proveedor dentro de la red</p> <p>El tratamiento ambulatorio son servicios proporcionados en un entorno comunitario para satisfacer las necesidades de salud conductual del miembro.</p> <p>Los servicios prestados por pares son servicios proporcionados por personas con dificultades</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>relacionadas con la salud conductual para hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construir relaciones personales. • Involucrarse socialmente con otros. • Planificar y resolver problemas para obtener la atención que necesitan. • Lograr un estilo de vida de recuperación saludable y resiliente. <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer las necesidades individuales de cada miembro.</p>		
<p>Servicios de especialistas en salud conductual</p> <p>Atención de un proveedor que tiene capacitación especial en determinadas condiciones de salud conductual. Ejemplo: Psiquiatra.</p> <p>No hay límites para los beneficios de salud conductual.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer las necesidades individuales de cada miembro.</p>	 <p>No se necesita derivación ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros.</p>
<p>Servicios para el trastorno por consumo de sustancias (SUD)</p> <p>Atención para ayudarle a superar la adicción y mantenerse libre de drogas. Ejemplo: Asesoramiento para la desintoxicación.</p> <p>Es posible que se requiera una aprobación previa para los proveedores fuera del área.</p>	 <p>No se necesita una derivación ni aprobación previa para los proveedores del área.</p>	<p>Todos los miembros.</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para satisfacer las necesidades individuales de cada miembro.		

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o derivación. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711).

Beneficios dentales

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

Tener dientes saludables es importante a cualquier edad. A continuación, se presentan algunos datos importantes sobre la atención dental:

- Puede ayudar a prevenir el dolor.
- Los dientes saludables también mantienen saludables al corazón y al cuerpo.
- Debería visitar a su dentista una vez al año.
- Cuando está embarazada, mantener sus dientes y encías saludables puede proteger la salud de su bebé.
- Solucionar los problemas dentales puede ayudarle a controlar los niveles de azúcar en la sangre.
- Los niños deben tener su primer control dental a la edad de 1 año.
- Una infección en la boca puede propagarse al corazón, al cerebro y al resto del cuerpo.

Su PCD puede derivarle a un especialista para determinados tipos de atención.

Los tipos de especialistas dentales incluyen los siguientes:

- Endodoncistas (para los conductos radiculares).
- Odontopediatras (para adultos con necesidades especiales y niños).
- Periodoncistas (para las encías).
- Ortodoncistas (en casos extremos, para bráquets).
- Cirujanos bucales (para extracciones que requieren sedación o anestesia general).

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

Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Estos servicios están cubiertos siempre que su proveedor diga que los necesita. Observe la columna "Servicio" para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Consulte la columna "Cómo

acceder" para ver si necesita obtener una derivación o aprobación previa para el servicio. Si ve un * en las tablas de beneficios, esto significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites mencionados para miembros menores de 21 años si es médicaamente necesario y apropiado.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Atención dental de emergencia y urgencia Atención para problemas dentales que necesitan atención inmediata. Sin límites. Ejemplos: Dolor extremo o infección, sangrado o hinchazón, lesiones en los dientes o encías. Sin límites.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.
<p>Exámenes bucales Un examen bucal es cuando el dentista realiza un control para buscar áreas donde se pueda necesitar cuidado adicional. Esto incluye la detección de caries o enfermedades de las encías. Miembros embarazadas: dos veces al año. Miembros menores de 21 años: dos veces al año.* Todos los demás miembros: uno vez al año. * De acuerdo con los requisitos de EPSDT, todos los servicios dentales médicaamente necesarios y médicaamente apropiados están disponibles para los miembros menores de 21 años y Adultos Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica (YSHCN). Es posible que esta tabla no incluya todos los servicios de EPSDT disponibles.</p>	 Se necesita una derivación si no ve a su dentista de atención primaria.	Todos los miembros.
<p>Limpiezas bucales Las limpiezas dentales ayudan a la salud bucal a largo plazo. Cuando se hace una limpieza de rutina, se eliminan la placa, el sarro y las bacterias perjudiciales. Esto ayuda a prevenir las caries.</p>	 No se necesita derivación ni aprobación previa.	Todos los miembros.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Miembros menores de 21 años: Dos veces al año.* Es posible que las limpiezas adicionales por año estén disponibles para miembros con determinadas condiciones de alto riesgo.</p> <p>Todos los demás miembros: Una vez al año. Es posible que las limpiezas adicionales por año estén disponibles para miembros con determinadas condiciones de alto riesgo.</p> <p>* De acuerdo con los requisitos de EPSDT, todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados están disponibles para los miembros menores de 21 años y YSHCN. Es posible que esta tabla no incluya todos los servicios de EPSDT disponibles.</p>		
<p>Tratamiento con flúor</p> <p>Un tratamiento para ayudar a fortalecer y proteger los dientes.</p> <p>Miembros menores de 21 años: dos veces al año.*</p> <p>Jóvenes y adultos de alto riesgo: hasta cuatro veces al año.*</p> <p>Todos los demás adultos: una vez al año.*</p>	 <p>No se necesita derivación ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros.</p>
<p>Radiografías bucales</p> <p>Las radiografías crean una imagen de sus dientes y huesos. Su dentista las utiliza para ayudarle a revisar su salud bucal. Las radiografías de rutina están cubiertas una vez al año; se cubren más cantidad si es médica o dentalmente apropiado.</p> <p>* De acuerdo con los requisitos de EPSDT, todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados están disponibles para los miembros menores de 21 años y YSHCN. Es posible que esta tabla no incluya todos los servicios de EPSDT disponibles.</p>	 <p>No se necesita derivación ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros.</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Es posible que su organización de atención dental (DCO) requiera una autorización para las dentaduras postizas. Comuníquese con su DCO.</p> <p>* De acuerdo con los requisitos de EPSDT, todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados están disponibles para los miembros menores de 21 años y YSHCN. Es posible que esta tabla no incluya todos los servicios de EPSDT disponibles.</p>	 <p>Se necesita una derivación si no ve a su dentista de atención primaria.</p>	
<p>Coronas Una corona dental es una tapa con forma de diente que cubre un diente dañado.</p> <p>Las coronas no están cubiertas para todos los dientes. Algunos dientes frontales superiores e inferiores. 4 coronas cada 7 años.*</p> <p>Para recibir una corona, se debe cumplir con determinados requisitos. Los beneficios varían según el tipo de corona, los dientes específicos que requieren atención, la edad y el estado del embarazo. Comuníquese con su plan de salud dental.</p> <p>* De acuerdo con los requisitos de EPSDT, todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados están disponibles para los miembros menores de 21 años y YSHCN. Es posible que esta tabla no incluya todos los servicios de EPSDT disponibles.</p>	 <p>Es posible que se necesite una aprobación previa. Comuníquese con su DCO para obtener información adicional.</p>  <p>Se necesita una derivación si no ve a su dentista de atención primaria.</p>	<p>Miembros embarazadas o miembros menores de 21 años.*</p>
<p>Extracciones Una extracción es la eliminación de uno o más dientes de la boca.</p> <p>Sin límite.</p>		<p>Todos los miembros.</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
	Se necesita una derivación si no ve a su dentista de atención primaria.	
<p>Tratamiento de conducto radicular El tratamiento de conducto radicular es un procedimiento dental para eliminar la pulpa inflamada o infectada del interior del diente, que luego se limpia y desinfecta cuidadosamente, para luego rellenarlo y sellarlo.</p> <p>No está cubierto para terceros molares (muelas del juicio).</p> <p>Todos los miembros: cobertura para dientes frontales, anteriores y premolares.</p> <p>Miembros embarazadas: Cobertura para dientes frontales, anteriores y premolares.</p> <p>Miembros menores de 21 años: Cobertura para dientes anteriores, premolares y primeros molares.</p> <p>Es posible que su DCO requiera una autorización para el tratamiento de conducto radicular. Comuníquese con su DCO.</p> <p>* De acuerdo con los requisitos de EPSDT, todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicaamente apropiados están disponibles para los miembros menores de 21 años y YSHCN. Es posible que esta tabla no incluya todos los servicios de EPSDT disponibles.</p>	 Se necesita aprobación previa para las muelas.  Se necesita una derivación si no ve a su dentista de atención primaria.	Todos los miembros.
<p>Ortodoncia Atención para diagnosticar y tratar dientes o mandíbulas que no están alineados. Ejemplos: Para el labio hendido y el paladar hendido, o cuando se ven afectadas el habla, la masticación y otras funciones.</p>	 Se necesita aprobación previa.	Miembros menores de 21 años.*

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Los servicios de ortodoncia están cubiertos únicamente para tratar anomalías craneofaciales graves y maloclusiones graves para miembros menores de 21 años que cumplen con las pautas de calificación de OHP. Comuníquese con su DCO para conocer los pasos adicionales.</p> <p>* De acuerdo con los requisitos de EPSDT, todos los servicios dentales médica y apropiadamente necesarios y médicamente apropiados están disponibles para los miembros menores de 21 años y YSHCN. Es posible que esta tabla no incluya todos los servicios de EPSDT disponibles.</p>		

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o derivación. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711).

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

Si es miembro del Programa Dental de Veteranos o del Programa Dental COFA (“OHP Dental”), PacificSource Community Solutions **solo** brinda beneficios dentales y viajes gratuitos (NEMT) a citas dentales.

OHP y PacificSource Community Solutions no ofrecen acceso a servicios de salud física o salud conductual ni viajes gratuitos para estos servicios.

Si tiene preguntas sobre la cobertura y los beneficios disponibles, comuníquese con el Servicio al Cliente de Pacific Source Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711).

OHP Bridge para adultos con ingresos más altos

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

- Tener entre 19 y 64 años de edad
- Tener un ingreso entre el 138 por ciento y el 200 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL)
- Tener un estatus de ciudadanía o inmigración elegible para calificar
- Y no tener acceso a otro seguro de salud asequible

Si informa un ingreso más alto cuando renueva su OHP, es posible que lo cambien a OHP Bridge. Obtenga más información sobre OHP Bridge en <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/bridge.aspx>.

OHP Bridge es casi lo mismo que OHP Plus. Hay algunos servicios que OHP Bridge no cubre, como los siguientes:

- LTSS
- Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las HRSN son necesidades sociales y económicas que afectan su capacidad de estar saludable y sentirse bien. Estos servicios ayudan a los miembros que enfrentan cambios importantes en la vida. Obtenga más información en:

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

Consulte a PacificSource Community Solutions para saber qué beneficios gratuitos de HRSN están disponibles. Los beneficios de HRSN incluyen lo siguiente:

- Servicios de vivienda:
 - Ayuda con el alquiler y los servicios públicos para conservar su vivienda.
 - Ayuda con otros servicios para apoyarlo como inquilino.
 - Cambios en el hogar por salud, como aires acondicionados, calefacción, dispositivos de filtración de aire, fuentes de alimentación portátiles y minirrefrigeradores.
- Servicios de nutrición:
 - Ayuda con la educación nutricional y comidas adaptadas médicaamente. Está previsto que el abastecimiento de productos de alacena y los beneficios de frutas y verduras comiencen en el verano de 2026.
- Servicios de divulgación y participación:
 - Obtenga ayuda para conectarse con otros recursos y apoyos.

Es posible que pueda obtener algunos o todos los beneficios de HRSN si es miembro de OHP y se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Ha salido recientemente o saldrá de un centro de encarcelamiento (cárcel, centro de detención, etc.).
- Ha salido recientemente o saldrá de un centro de recuperación de salud mental o consumo de sustancias.
- Ha estado en el sistema de bienestar infantil de Oregón (cuidado temporal) ahora o en el pasado.
- Pasará de recibir únicamente beneficios de Medicaid a calificar tanto para Medicaid como para Medicare.
- Tiene un ingreso familiar que es del 30% o menos del ingreso anual promedio donde vive y no tiene recursos ni apoyo para evitar quedarse sin hogar.
- Es un adulto joven con necesidades especiales de atención médica.

También debe cumplir con otros criterios. Si tiene preguntas o quiere ser evaluado, comuníquese con PacificSource Community Solutions. PacificSource Community Solutions puede ayudarle a ver si califica para alguno de estos beneficios.

Tenga en cuenta que para ser evaluado y obtener los beneficios de HRSN, sus datos personales se pueden recopilar y usar para derivaciones. Puede limitar la forma en que se comparte su información.

Los beneficios de HRSN son gratuitos para usted y puede cancelar su suscripción en cualquier momento. Si recibe beneficios de HRSN, su equipo de coordinación de la atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención esté actualizado. Consulte la sección “Coordinación de la atención” para obtener más información sobre los planes de atención.

Si se le niegan los beneficios de HRSN, tiene derecho a apelar esa decisión. Para obtener más información, consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”.

Notas importantes:

- Los viajes para recibir atención no se pueden utilizar para servicios de HRSN.
- OHP Bridge no cubre los servicios de HRSN.
- Los servicios de HRSN pueden tardar hasta seis semanas en ser aprobados y prestados.

Servicios que OHP paga

PacificSource Community Solutions paga su atención, pero hay algunos servicios que no pagamos. Estos servicios aún están cubiertos y serán pagados por el programa de pago por servicio (Open Card) de Oregon Health Plan. Las Organizaciones de Atención Coordinada (CCO) a veces denominan a estos servicios beneficios “no cubiertos”. Hay dos tipos de servicios que OHP paga directamente:

1. Servicios en los que recibe coordinación de la atención de PacificSource Community Solutions.
2. Servicios en los que recibe coordinación de la atención de OHP.

Servicios con la coordinación de la atención de PacificSource Community Solutions

PacificSource Community Solutions todavía le brinda coordinación de la atención para algunos servicios. La coordinación de la atención significa que recibirá viajes gratuitos desde ModivCare para servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para servicios no cubiertos.

Comuníquese con PacificSource Community Solutions para obtener los siguientes servicios:

- Los servicios de parto comunitario planificado (PCB) incluyen la atención prenatal y de posparto para personas que tienen un embarazo de bajo riesgo, según lo determina la División de Sistemas de Salud de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA). La OHA es responsable de brindar y pagar los servicios primarios de PCB, lo que incluye, como mínimo, para los miembros aprobados para un PCB, la evaluación inicial del recién nacido, la prueba de sangre de cribado del recién nacido, incluido el kit de detección, la atención durante el parto y el nacimiento, las visitas prenatales y la atención posparto.
- LTSS no pagados por PacificSource Community Solutions.
- Servicios de Family Connects Oregon, que brindan apoyo a las familias con recién nacidos. Obtenga más información en <https://www.familyconnectsoregon.org/>.
- Ayuda para los miembros para acceder a servicios de salud conductual. Algunos ejemplos de estos servicios son los siguientes:
 - Determinados medicamentos para algunas condiciones de la salud conductual
 - El pago de una residencia grupal terapéutica para miembros menores de 21 años
 - Atención psiquiátrica (salud conductual) a largo plazo para miembros de 18 años o más
 - Cuidado personal en hogares de acogida para adultos mayores de 18 años

Para obtener más información o una lista completa de estos servicios, llame a Administración de la atención al 888-970-2507 o al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711).

Servicios que OHP paga y para los que ofrece coordinación de la atención

Comuníquese con OHP para los siguientes servicios:

- Servicios de cuidados paliativos (hospicio) para miembros que viven en centros de enfermería especializada.
- Servicios escolares que se brindan bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA). Para niños que reciben servicios médicos en la escuela, como terapia del habla.
- Examen médico para saber si califica para un programa de apoyo o para la planificación de trabajo social.
- Servicios proporcionados a los miembros del programa Healthier Oregon.
- Abortos y otros procedimientos de interrupción del embarazo.
- Suicidio asistido por un médico, de acuerdo con la Ley de Muerte con Dignidad de Oregón y otros servicios.

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

Aún puede obtener un viaje gratuito con ModivCare para cualquiera de estos servicios. Consulte la sección “Viajes gratuitos para recibir atención” para obtener más información. Llame al 844-544-1397 (TTY: 711) para programar un viaje o hacer preguntas.

Objeciones morales o religiosas

PacificSource Community Solutions no limita los servicios basándose en objeciones morales o religiosas. Puede haber algunos proveedores dentro de nuestra red que puedan tener objeciones morales o religiosas. Comuníquese con nosotros al 800-431-4135 (TTY: 711) si tiene preguntas sobre esto. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor que pueda brindarle el servicio.

Acceso a la atención que necesita

El acceso significa que usted puede obtener la atención que necesita. Puede obtener acceso a la atención de una manera que satisfaga sus necesidades culturales y lingüísticas. PacificSource Community Solutions se asegurará de que su atención esté coordinada para satisfacer sus necesidades de acceso. Consulte la sección “Coordinación de la atención” para obtener más información. Si PacificSource Community Solutions no trabaja con un proveedor que satisfaga sus necesidades de acceso, 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 quiere recibir atención. Esto significa que hay suficientes proveedores en el área y hay diferentes tipos de proveedores entre los que puede elegir.

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

PacificSource Community Solutions sigue las reglas del estado sobre qué tan lejos debe viajar para ver a un proveedor. Las reglas son diferentes según el proveedor que necesite consultar y la zona en la que viva. Los proveedores de atención primaria son de “Nivel 1”, lo que significa que estarán más cerca de usted que un especialista, como un dermatólogo, que es de “Nivel 3”. Si vive en una zona remota, le llevará más tiempo llegar a un proveedor que si vive en una zona urbana. Si necesita ayuda con el transporte hacia y desde sus citas, consulte la sección “Viajes gratuitos para recibir atención”.

La siguiente tabla enumera los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) de donde se encuentran según dónde usted vive.

	Área urbana grande	Área urbana	Área rural	Condado con consideraciones 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 qué proveedores se incluyen en los diferentes niveles, visite el sitio web de Adecuación de la red de OHA en:

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

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

Tipos de área:
<ul style="list-style-type: none"> • Área urbana grande (3): áreas urbanas conectadas, como se define anteriormente, con un tamaño de población combinado mayor o igual a 1,000,000 de personas con una densidad de población mayor o igual a 1,000 personas por milla cuadrada. • Área urbana (2): a 10 millas o menos del centro de 40,000 o más. • Área rural (1): a más de 10 millas del centro de 40,000 o más con una densidad de población del condado superior a 10 personas por milla cuadrada. • Condado con consideraciones de acceso extremas (4): condados con 10 o menos personas por milla cuadrada.

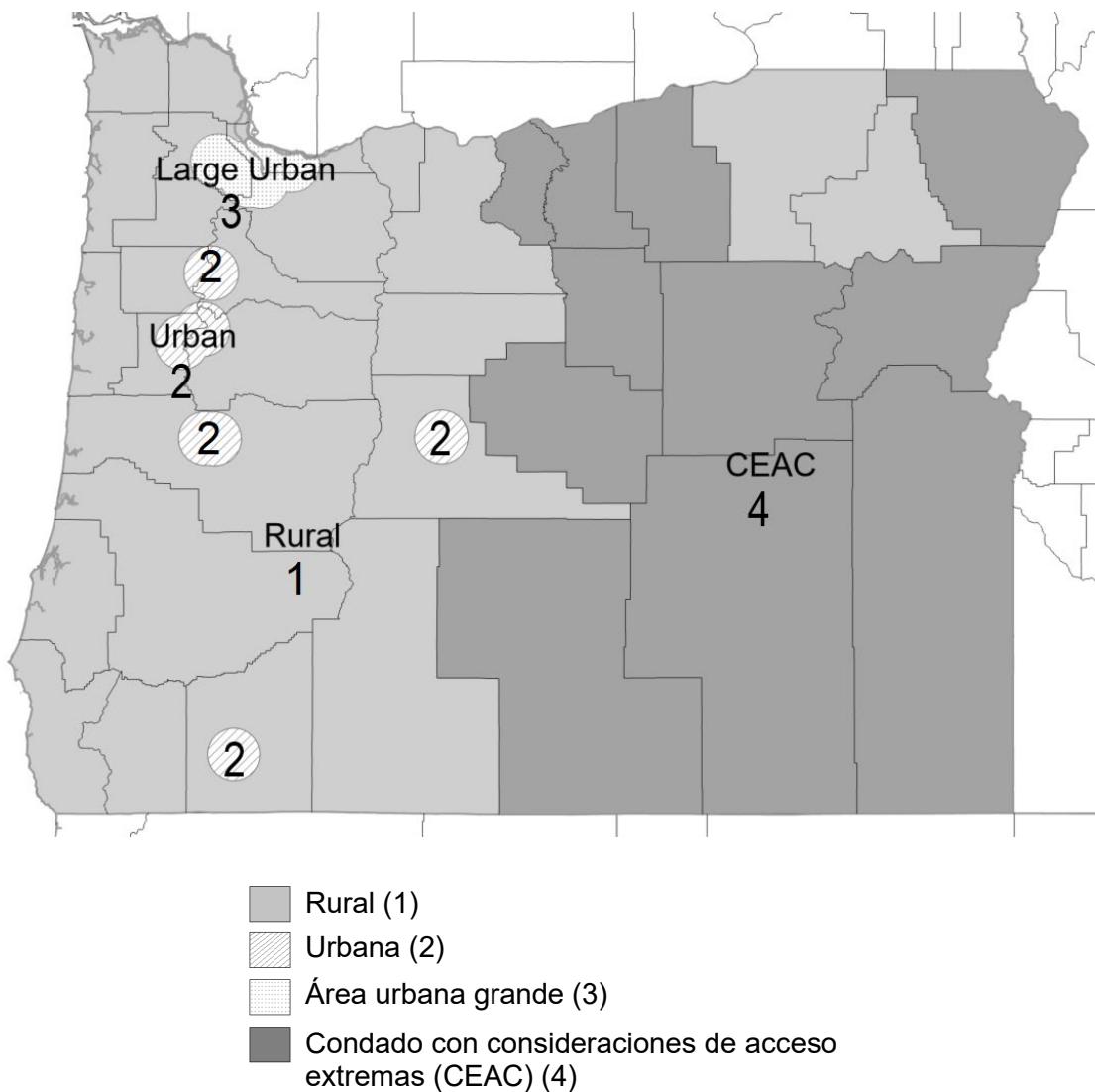


Figura 1: Mapa de las regiones geográficas de Oregón según lo definido para la adecuación de la red. Las distinciones de área incluyen: el área urbana grande, el área urbana, el área rural y el CEAC.

Nuestros proveedores también se asegurarán de que usted tenga acceso físico, adaptaciones razonables y equipo accesible si tiene discapacidades físicas o mentales. Comuníquese con PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 para pedir adaptaciones. Los proveedores también se aseguran de que el horario de atención sea el mismo para los miembros de OHP y todos los demás.

¿Cuánto tiempo lleva recibir atención?

Trabajamos con proveedores para asegurarnos de que usted sea atendido, tratado o derivado dentro de los plazos que se detallan a continuación:

Tipo de cuidado	Plazo
Salud física	
Citas regulares	Dentro de 4 semanas
Atención de urgencia	Dentro de las 72 horas o según lo indicado en la evaluación inicial.
Atención de emergencia	De inmediato o se lo deriva a un servicio de urgencias, dependiendo de su condición.
Cuidado bucal y dental para niños y personas que no están embarazadas.	
Citas regulares de salud bucal.	Dentro de las 8 semanas, a menos que exista una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención bucal de urgencia	Dentro de 2 semanas.
Servicios de emergencias dentales.	Se lo debe atender o tratar dentro de las 24 horas.
Cuidado bucal y dental para embarazadas.	
Cuidado bucal de rutina.	Dentro de las 4 semanas, a menos que exista una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención dental de urgencia	Dentro de 1 semana.
Servicios de emergencias dentales.	Se lo debe atender o tratar dentro de las 24 horas.
Salud conductual	
Atención médica conductual de rutina para poblaciones no prioritarias	Evaluación dentro de los 7 días posteriores a la solicitud, con una segunda cita programada, según sea clínicamente apropiado.
Atención de salud conductual de urgencia para todas las poblaciones	Dentro de 24 horas.
Atención médica conductual especializada 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 tener un primer episodio de psicosis y la población con discapacidad intelectual y del desarrollo.	Evaluación e ingreso inmediatos. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores con visitas, el tratamiento en el nivel adecuado de atención debe llevarse a cabo dentro de los 120 días a partir de que el paciente es incluido en una lista de espera.
Tipo de cuidado	Plazo
Usuarios de drogas intravenosas (IV), incluida la heroína.	Evaluación e ingreso inmediatos. La admisión para recibir servicios en un nivel de atención residencial se requiere

	dentro de los 14 días de la solicitud o se coloca dentro de los 120 días cuando se coloca en una lista de espera debido a que no hay proveedores disponibles.
Trastorno por consumo de opioides.	Evaluación e ingreso en 72 horas.
Tratamiento asistido con medicamentos.	Lo antes posible, pero no más de 72 horas para la evaluación y el ingreso.

* Tenga en cuenta lo siguiente para los servicios especializados de atención de salud conductual si no hay una habitación o lugar disponible:

- Será puesto en una lista de espera.
- Recibirá otros servicios dentro de las 72 horas.
- Estos servicios serán temporales hasta que haya una habitación o un lugar disponible.

Si tiene alguna pregunta sobre el acceso a la atención, llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711).

Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años

El beneficio de EPSDT ofrece servicios de atención médica integral y preventiva para los miembros de OHP desde el nacimiento hasta los 21 años. Este programa le brinda la atención que necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar y abordar inquietudes de manera temprana, tratar enfermedades y apoyar a niños con discapacidades.

No es necesario que se inscriba por separado en EPSDT; si es menor de 21 años y está inscrito en OHP, recibirá estos beneficios. A partir de 2025, los adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (de 19 a 25 años) también podrán calificar para recibir beneficios de EPSDT. Comuníquese con PacificSource Community Solutions para obtener más información.

El EPSDT cubre lo siguiente:

- Cualquier servicio necesario para detectar o tratar enfermedades, lesiones u otros cambios en la salud.
- Exámenes médicos, evaluaciones y servicios de diagnóstico de “niño sano” o “visita de control del adolescente” para determinar si existen condiciones físicas, bucales/dentales, de desarrollo y de salud mental para miembros menores de 21 años.
- Derivaciones, tratamiento, terapia y otras medidas para ayudar con cualquier condición detectada.

Para los miembros menores de 21 años, PacificSource Community Solutions debe proporcionar lo siguiente:

- Exámenes y evaluaciones programados regularmente de salud física, mental y conductual, del desarrollo, de la salud bucal/dental, de crecimiento y del estado nutricional.
 - Si PacificSource Community Solutions no cubre la salud bucal/dental, aún puede obtener estos servicios a través de OHP llamando al 1-800-273-0557.
- Todos los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados deben estar cubiertos para los miembros menores de 21 años, independientemente de si tuvieron cobertura en el pasado (esto incluye servicios que están “por debajo de la línea” en la Lista priorizada). Para obtener más información sobre la Lista priorizada, consulte la sección “Sus beneficios”.

Con el EPSDT, PacificSource Community Solutions no negará un servicio sin evaluar primero si es médicalemente necesario y médicalemente apropiado para usted.

- *Médicamente necesario* generalmente significa un tratamiento que se requiere para prevenir, diagnosticar o tratar una condición o para apoyar el crecimiento, el desarrollo, la independencia y la participación en la escuela.
- *Médicamente apropiado* generalmente significa que el tratamiento es seguro, efectivo y le ayuda a participar en la atención y las actividades. PacificSource Community Solutions puede optar por cubrir la opción menos costosa que sea adecuada para usted.

Siempre debe recibir una notificación por escrito cuando se le niega algo y tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener más información, consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”.

Esto incluye *todos* los servicios:

- Salud física
- Salud conductual
- Salud mental
- Visión
- Y necesidades de atención médica social

Si usted o un miembro de su familia necesita servicios de EPSDT, trabaje con su PCP o hable con un coordinador de atención llamando al 800-431-4135 (TTY: 711). Le ayudará a obtener la atención que necesita. Si algún servicio necesita aprobación, él se encargará de ello. Trabaje con su dentista de atención primaria para cualquier servicio de EPSDT dental que necesite. Todos los servicios de EPSDT son gratuitos.

Ayuda para obtener servicios de EPSDT

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

- PacificSource Community Solutions trabaja con tres planes de atención dental. Para programar servicios dentales o para obtener más información, llame a uno de los siguientes:
 - **Servicio al Cliente de Advantage Dental Services:** 866-268-9631 (atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana para emergencias dentales), TTY: 711
 - **Servicio al Cliente de Capitol Dental Care:** 800-525-6800 (atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana para emergencias dentales), TTY: 711
 - **Servicio al Cliente de ODS Community Dental:** 800-342-0526, TTY: 711
- Puede obtener viajes gratuitos desde y hacia las visitas a proveedores de EPSDT cubiertos. Llame al 800-431-4135 para programar un viaje o para obtener más información.
- También puede preguntarle a su PCP o visitar nuestro sitio web en <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/preventive-care-members-under-21> para obtener una copia del cronograma de periodicidad. Este cronograma le indica cuándo los niños necesitan ver a su PCP.

Pruebas de detección

Se ofrecen pruebas de detección cubiertas en intervalos apropiados para la edad (estas incluyen visitas de control para niños o visitas de control para adolescentes). PacificSource Community Solutions y su PCP siguen las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría y Bright Futures para todas las evaluaciones de atención preventiva y las visitas de niño sano. Bright Futures se puede encontrar en: <https://www.aap.org/brightfutures>. Puede utilizar el Planificador de visitas de bienestar en <https://www.wellvisitplanner.org> para prepararse para estos chequeos.

Su PCP le ayudará a obtener estos servicios y tratamientos cuando así lo requieran las pautas.

Las pruebas de detección incluyen lo siguiente:

- Pruebas de detección del desarrollo.
- Prueba de plomo:
 - Los niños deben hacerse pruebas de detección de plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad. Cualquier niño entre 24 y 72 meses que no tenga antecedentes de una prueba de detección de plomo en la sangre debe hacerse una.
 - Completar un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple con el requisito de detección de plomo para niños en OHP. Todos los niños con envenenamiento por plomo pueden recibir servicios de seguimiento y administración de casos.

- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como la prueba de anemia, la prueba de células falciformes y otras) en función de la edad y el riesgo.
- Evaluación del estado nutricional.
- En cada visita es esencial realizar un examen físico apropiado para la edad, con el bebé totalmente sin ropa y los niños mayores desvestidos y adecuadamente cubiertos.
- Historial completo de salud y desarrollo (lo que incluye una revisión del desarrollo de la salud física y mental).
- Vacunas que cumplen con los estándares médicos:
 - Calendario de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años):
<https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/child-easyread.html>
https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html
 - Calendario de vacunación para adultos (mayores de 19 años):
https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.htmlhttps://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/adult-easyread.html
- Orientación y educación sobre salud para padres e hijos.
- Derivaciones para tratamientos de salud física y mental médica mente necesarios.
- Pruebas de audición y de la vista que sean necesarias.
- Y otros servicios.

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

Derivación, diagnóstico y tratamiento de EPSDT

Su proveedor de atención primaria puede derivarle si detecta una condición física, de salud mental, de abuso de sustancias o dental. Otro proveedor ayudará brindando más diagnóstico o tratamiento.

El proveedor de la prueba de detección explicará la necesidad de la derivación al niño y al parent o tutor. Si está de acuerdo con la derivación, el proveedor se encargará del papeleo.

PacificSource Community Solutions u OHP también ayudarán con la coordinación de la atención, según sea necesario.

Las evaluaciones pueden detectar la necesidad de los siguientes servicios:

- Diagnóstico y tratamiento de deficiencias en la vista y la audición, lo que incluye los anteojos y audífonos.
- Atención dental, a la edad más temprana posible, necesaria para aliviar el dolor y las infecciones, restaurar los dientes y mantener la salud dental.
- Vacunas (si en el momento de la evaluación se determina que la vacunación es necesaria y apropiada para administrarse en ese momento, entonces el tratamiento de vacunación se debe administrar en ese momento).

Estos servicios deben proporcionarse a los miembros elegibles menores de 21 años que los necesiten. Los tratamientos que están “por debajo de la línea” en la Lista priorizada de servicios de salud están cubiertos para miembros menores de 21 años si son médicamente necesarios y médicamente apropiados para ese miembro (ver más información arriba).

- Si le informamos que el servicio no está cubierto por OHP, aún tiene derecho a cuestionar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”.

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

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

Adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica

YSHCN es un nuevo programa que brinda beneficios adicionales de OHP a personas de entre 19 y 21 años con determinadas condiciones de salud. Las condiciones de salud deben haber comenzado antes de los 19 años. Algunos ejemplos de las condiciones de salud son los siguientes:

- Discapacidades físicas, intelectuales y del desarrollo
- Condiciones médicas de larga duración, como el asma, la diabetes o la espina bífida
- Trastornos de comportamiento o salud mental, como la depresión o el consumo de sustancias

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

- Más servicios de la vista y dentales

- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) hasta los 26 años
- Posible acceso a los servicios de HRSN

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

THW

Los THW brindan apoyo y ayuda con las preguntas que tenga sobre su atención médica y sus necesidades sociales. Ayudan con la comunicación entre sus proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su atención. También pueden conectarle con personas y servicios en la comunidad que pueden brindarle apoyo.

Hay algunos tipos diferentes de trabajadores de salud tradicionales:

- **Doula de nacimiento:** una persona que ayuda a las personas y sus familias con apoyo personal y no médico. Ayuda durante el embarazo, el parto y después del nacimiento del bebé.
- **Trabajadores de salud comunitarios (CHW):** un trabajador de salud comunitario comprende a las personas y la comunidad donde usted vive. Le ayuda a acceder a los servicios de salud y comunitarios. Un trabajador de salud comunitario le ayuda a iniciar hábitos saludables. Por lo general, comparte su origen étnico, idioma o experiencias de vida.
- **Navegador de salud personal (PHN):** una persona que brinda información, herramientas y apoyo para ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar, según su situación.
- **Especialista en apoyo entre pares (PSS):** una persona con experiencias de vida relacionadas con la salud mental o la adicción y la recuperación. Un PSS también puede haber sido un apoyo para un miembro de la familia con problemas de salud mental o que recibía tratamiento por adicción. Brinda apoyo, aliento y ayuda a quienes enfrentan adicciones y problemas de salud mental.
- **Especialistas en bienestar entre pares (PWS):** una persona que trabaja como parte de un equipo de atención médica domiciliaria y habla por usted y sus necesidades. Apoya la salud general de las personas de su comunidad y puede ayudarle a recuperarse de la adicción o de condiciones físicas, así como a recuperar la salud mental.

Los THW pueden brindarle ayuda haciendo muchas cosas, como las siguientes:

- Trabajar con usted y su coordinador de atención para encontrar un nuevo proveedor.
- Recibir la atención que busca y necesita.
- Conectarlo con otros para explicarle tus beneficios.
- Proporcionar información sobre servicios y apoyo de salud mental o adicciones.
- Información y derivaciones a recursos comunitarios que podría utilizar.
- Ser alguien con quien hablar de su comunidad.
- Acompañarlo a las citas con el proveedor.

No necesita una derivación para hablar con un THW. Hay THW que están certificados como Navegadores Personales de Salud dentro del equipo de coordinación de la atención de PacificSource en nuestro Departamento de Gestión de Atención. Si quiere hablar con un coordinador de atención, también puede comunicarse con él al 541-330-2507 o al número gratuito 888-970-2507.

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

Información de contacto de enlace de THW:

Si desea hablar con un enlace de THW o conectarse con los servicios de THW en la comunidad o en el consultorio de su proveedor, llame al 541-640-8742.

Si cambiamos la información de contacto del enlace de THW, puede encontrar información actualizada en nuestro sitio web en: <https://pacificsource.com/medicaid/get-care/traditional-health-workers>.

Servicios adicionales

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son servicios adicionales que ofrece PacificSource Community Solutions que no son beneficios regulares de OHP. Los servicios flexibles ayudan a mejorar la salud y el bienestar de los miembros y la comunidad. Los servicios flexibles incluyen servicios de apoyo no cubiertos para los miembros e iniciativas de beneficios comunitarios para los miembros y la comunidad en general. Debido a que los servicios flexibles no son beneficios regulares de OHP y son opcionales para las CCO, los miembros no tienen derechos de apelación para los servicios flexibles de la misma manera que lo tienen para los servicios cubiertos.

Los servicios flexibles brindan apoyo para artículos o servicios que ayudan a los miembros a mantenerse saludables o volverse más saludables. PacificSource Community Solutions ofrece estos servicios flexibles:

- Clases de acondicionamiento físico o tarjetas perforadas
- Aires acondicionados para climas muy calurosos
- Alojamiento de emergencia tras el alta hospitalaria

Ejemplos de otros servicios flexibles:

- Apoyo alimentario, como la entrega de alimentos, vales de alimentos o comidas adaptadas a necesidades médicas.
- Apoyos de vivienda a corto plazo, como depósitos de alquiler para cubrir los costos de mudanza, apoyo para el alquiler por un período corto de tiempo o tarifas de instalación de servicios públicos.
- Vivienda temporal o refugio mientras se recupera de la hospitalización.
- Artículos que apoyan comportamientos saludables, como el calzado deportivo o la ropa deportiva.
- Teléfonos móviles o dispositivos para acceder a la telesalud o las aplicaciones de salud.
- Otros artículos que lo mantienen saludable, como un aire acondicionado o un dispositivo de filtración de aire.

Obtenga más información sobre los servicios flexibles en

<https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf>.

Puede leer nuestra política de servicios flexibles en

<https://pacificsource.widen.net/s/wtgpcnxrmm/health-related-services-flex-funds>.

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

Puede trabajar con su proveedor para solicitar servicios flexibles o puede llamar al Servicio al Cliente al 800-431-4135 para obtener ayuda para solicitar un servicio flexible. El formulario también está disponible en 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 CCO no están obligadas a proporcionarlos. Las decisiones de aprobar o rechazar solicitudes de servicios flexibles se toman caso por caso.

Para que una solicitud sea elegible, debe cumplir con las Normas Administrativas de Oregón 410-141-3845.

Los artículos y servicios solicitados deben tener las siguientes características:

- Ser asequibles
- No estar cubiertos por Oregon Health Plan
- Estar diseñados para mejorar la calidad de la salud
- Mejorar objetivamente los resultados de salud
- Estar basados en la medicina basada en la evidencia o en las mejores prácticas clínicas ampliamente aceptadas

- Ser consistentes con su plan de tratamiento y estar respaldados por su proveedor.

Si su solicitud de servicio flexible es rechazada, recibirá una carta en la que se expliquen sus opciones. Usted no puede apelar un servicio flexible denegado, pero tiene derecho a presentar una queja. Obtenga más información sobre las apelaciones y quejas en la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”.

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

Otro recurso de apoyo 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 beneficios comunitarios

Las iniciativas de beneficios comunitarios son fondos para programas y la comunidad en general, incluidos los miembros de la CCO, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

Algunos ejemplos de iniciativas de beneficios comunitarios de PacificSource Community Solutions son los siguientes:

- Apoyar programas que usan trabajadores de salud tradicionales para brindar coordinación de la atención comunitaria a hogares/personas que tienen dificultades para acceder a recursos por su cuenta (vivienda, alimentación, atención médica, empleo, etc.).
- Proporcionar kits de salud bucal gratuitos y adecuados para cada edad (cepillos de dientes y pasta dental con flúor) a niños de bajos ingresos.
- Apoyar programas comunitarios que fomenten el éxito académico y el desarrollo socioemocional a través del aprendizaje situacional y programas estructurados.

Algunos ejemplos de otras iniciativas de beneficio comunitario son las siguientes:

- Clases de educación para padres y apoyo familiar.
- Programas comunitarios que ayudan a las personas a acceder a frutas y verduras frescas a través de los mercados de agricultores.
- Programas comunitarios que ayudan a las personas a conseguir o mantener una vivienda segura y estable.
- Mejoras en el transporte activo, como bicisendas y veredas seguras.
- Programas escolares que apoyan un entorno enriquecedor para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los estudiantes.
- Capacitación para maestros y organizaciones comunitarias específicas para niños sobre prácticas informadas sobre el trauma.

Puntos de acceso abierto

En la mayoría de las regiones de Oregón, tenemos acuerdos especiales con centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) y centros de salud comunitarios rurales (RCHC). Estos acuerdos especiales permiten que nuestros miembros sean atendidos en este tipo de centros sin necesidad de ser asignados a ellos y sin una derivación.

Si quiere que su atención de salud bucal se realice en uno de estos tipos de centros, puede llamar al centro y preguntar si trabajan con PacificSource o su plan dental como un “punto de acceso abierto”. También puede llamar al Servicio al Cliente y pedir una lista actualizada de los puntos de acceso abierto en su región.

Viajes gratuitos para recibir atención

Viajes gratuitos a citas para todos los miembros de PacificSource Community Solutions.

Si necesita ayuda para llegar a una cita, llame a ModivCare al 844-544-1397 (TTY: 711) para programar un viaje gratuito. Puede obtener un viaje gratuito a cualquier visita física, dental, de farmacia o de salud conductual cubierta por PacificSource Community Solutions.

Usted o su representante pueden solicitar un viaje. Podemos darle un pasaje de autobús, dinero para un taxi o hacer que un conductor lo recoja. Podemos pagarle a usted, a un familiar o a un amigo el dinero de la gasolina para que lo lleve. Este servicio no tiene ningún costo para usted. PacificSource Community Solutions nunca le cobrará por viajes hacia o desde la atención cubierta.

Para obtener información adicional sobre el reembolso de kilometraje, comidas y alojamiento, comuníquese con ModivCare antes de la fecha de su cita para analizar el proceso. Puede encontrar nuestra Guía del usuario aquí: <https://pacificsource.com/medicaid/get-care/get-ride>.

Programe un viaje

Llame a ModivCare al 844-544-1397 (TTY: 711).

Horario: De lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. para viajes de rutina y durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año para urgencias y egresos. Su proveedor de viajes puede estar cerrado los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad.

Llame al menos 2 días hábiles antes de la cita para programar un viaje. Esto ayudará a garantizar que podamos satisfacer sus necesidades de viaje.

Puede obtener un viaje el mismo día o al día siguiente. Llame a ModivCare.

Usted o alguien que conozca puede programar más de un viaje a la vez para múltiples citas. Puede programar viajes para citas futuras con hasta 90 días de anticipación.

Qué esperar cuando llama

PacificSource Community Solutions cuenta con personal del centro de llamadas que puede ayudarle con los viajes en su idioma preferido y de una manera que pueda comprender. Esta ayuda es gratuita.

La primera vez que llame, le informaremos sobre el programa y hablaremos sobre sus necesidades de viaje. Le preguntaremos sobre su capacidad física y su necesidad de que alguien viaje con usted.

Cuando llame para programar un viaje, le solicitaremos la siguiente información:

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

Verificaremos si usted pertenece a PacificSource Community Solutions y si su cita es para un servicio cubierto. Recibirá más información sobre su viaje dentro de 24 horas. Recibirá información sobre su solicitud de viaje de la forma que elija (llamada telefónica, correo electrónico, fax).

Si solicita un viaje con menos de dos (2) días de antelación a la hora de recogida programada, le daremos el número de teléfono de la empresa que organizará su recogida. También podemos darle el nombre y número de teléfono del conductor que lo recogerá.

Recoger y dejar

Recibirá el nombre y el número de la compañía de viajes o del conductor antes de su cita. Su conductor se comunicará con usted al menos 2 días antes de su viaje para confirmar los detalles. Lo recogerán a la hora programada. Sea puntual. Si llega tarde, lo esperarán 15 minutos después de su hora programada. Eso significa que si su viaje está programado para las 10:00 a. m., lo esperarán hasta las 10:15 a. m.

Lo dejarán en su cita al menos 15 minutos antes de que comience.

- **Primera cita del día:** lo dejaremos no más de 15 minutos antes de que abra el consultorio.

- **Última cita del día:** lo recogeremos a más tardar 15 minutos después del cierre del consultorio, a menos que no se espere que la cita finalice dentro de los 15 minutos posteriores al cierre.
- **Solicite más tiempo:** debe solicitar que lo recojan antes o que lo dejen más tarde que estos horarios. Su representante, parent o tutor también puede hacernos esta solicitud.
- **Llame si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida:** si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida programada, llame a la compañía de viajes. El personal le informará si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachador antes de salir del punto de recogida. Llame al consultorio de su proveedor para informarle que su viaje llegará tarde.
- **Llame si no tiene una hora de recogida:** si no hay una hora de recogida programada para su viaje de regreso, llámenos cuando esté listo. Su conductor estará allí dentro de 1 hora después de su llamada.

ModivCare es un programa de viajes compartidos. Es posible que se recojan y dejen otros pasajeros a lo largo del camino. Si tiene varias citas, es posible que se le solicite programarlas el mismo día. Esto nos ayudará a hacer menos viajes.

Puede pedir que un amigo o familiar lo lleve a la cita. Pueden obtener un reembolso (pago) por los kilómetros que conducen. Obtenga más información en la Guía del pasajero de PacificSource Community Solutions. Obtenga la Guía del usuario de ModivCare en: <https://pacificsource.com/medicaid/get-care/get-ride>. También puede llamar al Servicio al Cliente al 800-431-4135 para solicitar una copia impresa gratuita.

Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero:

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener un viaje seguro y confiable que se adapte a sus necesidades.
- Ser tratado con respeto.
- Solicitar servicios de interpretación cuando hable con Servicio al Cliente.
- Obtener materiales en un idioma o formato que se ajuste a sus necesidades.
- Recibir una notificación por escrito cuando se le niegue un viaje.
- Presentar una queja sobre su experiencia de viaje.
- Solicitar una apelación, una audiencia o ambas si siente que se le ha negado injustamente un servicio de viaje.

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Trate a los conductores y otros pasajeros con respeto.
- Llámenos lo antes posible para programar, cambiar o cancelar un viaje.

- Utilice los cinturones de seguridad y otros equipos de seguridad, según lo exija la ley (por ejemplo: asientos para automóvil).
- Pregunte con anticipación por cualquier parada adicional, como la farmacia.

Cancelar o modificar su viaje

Llame a ModivCare al 844-544-1397 (TTY: 711) cuando sepa que necesita cancelar o reprogramar su viaje, al menos 2 horas antes de la hora de recogida.

Puede llamar a ModivCare de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. para viajes de rutina y durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año para urgencias y egresos. Deje un mensaje si no puede llamar durante el horario de atención. Llame a ModivCare si tiene alguna pregunta o desea realizar algún cambio en el viaje.

Cuando no se presenta

Se considera que usted “no se presenta” cuando no está listo para que le recojan a tiempo. Su conductor esperará al menos 15 minutos después de la hora de recogida programada antes de partir. Podremos restringir sus viajes futuros si no se presenta en reiteradas ocasiones.

Tener una restricción significa que podríamos limitar la cantidad de viajes que puede realizar, limitarlo a un solo conductor o requerir llamadas antes de cada viaje.

Si se deniega su viaje

Recibirá una llamada para informarle que su viaje ha sido denegado. Todas las denegaciones son revisadas por dos miembros del personal antes de enviárselas. Si le deniegan el viaje, le enviaremos una carta de denegación dentro de las 72 horas posteriores a la decisión. El aviso establece la norma y el motivo de la denegación.

Puede solicitar una apelación ante PacificSource Community Solutions si no está de acuerdo con la denegación. Tiene 60 días a partir de la fecha de la notificación de denegación para solicitar una apelación. Después de la apelación, si la denegación se mantiene, usted también tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.

También le enviaremos una carta a su proveedor, si el proveedor es parte de nuestra red de proveedores y solicitó el transporte en su nombre.

Usted tiene derecho a presentar una queja o un reclamo en cualquier momento, incluso si ya ha presentado la queja anteriormente. Algunos ejemplos de quejas o reclamos son los siguientes:

- Preocupaciones sobre la seguridad del vehículo
- Calidad de los servicios
- Interacciones con conductores y proveedores (como la mala educación)
- Servicio de viaje solicitado no proporcionado según lo acordado

- Derechos del consumidor

Consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias” para obtener más información.

Guía del usuario

Obtenga la Guía del usuario en: <https://pacificsource.com/medicaid/get-care/get-ride>. Usted o su representante también pueden llamar al Servicio al Cliente al 800-431-4135 para solicitar una copia impresa gratuita. Se enviará en 5 días hábiles. La copia en papel puede estar en el idioma y formato que prefiera.

La guía también contiene información sobre lo siguiente:

- 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 a larga distancia
- Reembolso de comida y alojamiento

Cómo recibir atención por video o teléfono

La telesalud (también conocida como telemedicina y teleodontología) es una forma de recibir atención sin tener que ir a la clínica o al consultorio. La telesalud significa que usted puede tener su cita a través de una llamada telefónica o una videollamada.

PacificSource Community Solutions cubrirá las visitas de telesalud. La telesalud le permite visitar a su proveedor a través de los siguientes medios:

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

Los miembros de Medicaid son elegibles para el Programa de Conectividad Asequible (ACP) de Assurance Wireless, que incluye cobertura de Internet, teléfonos inteligentes, datos o un teléfono celular a bajo costo o sin costo. Para obtener más información, comuníquese con Assurance Wireless al 1-888 321-5880 o visite

www.assurancewireless.com.

Si no tiene acceso a Internet o video, hable con su proveedor sobre lo que será adecuado para usted.

Cómo encontrar proveedores de telesalud

No todos los proveedores tienen opciones de telesalud. Debe preguntar sobre telesalud cuando llame para programar su cita. Para saber si el consultorio de su médico está preparado para ofrecer esta opción, llámelo o consulte su sitio web. Esta información

también se puede encontrar en nuestro Directorio de proveedores en línea: <https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>.

Muchos médicos ofrecen “visitas virtuales” por videochat o llamada telefónica. Busque “Este proveedor ofrece telemedicina” en los resultados de búsqueda (que se muestran a continuación) y contáctelos para conocer qué servicios de telemedicina están disponibles.

 This provider offers Telemedicine 

Su proveedor no puede exigirle que utilice únicamente servicios de telesalud. El acceso a este tipo de visita varía según el proveedor. Algunas de estas visitas pueden ser por teléfono. Otros pueden requerir otras aplicaciones, como Zoom. Si necesita ayuda para acceder a este servicio, llame al consultorio de su proveedor para obtener asistencia. Si necesita ayuda con cualquier problema técnico, llame a nuestro equipo de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711).

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

Cuándo utilizar la telesalud

Los miembros de PacificSource Community Solutions que utilizan la telesalud tienen derecho a obtener los servicios de salud física, dental y conductual que necesitan. Algunos ejemplos de cuándo puede utilizar la telesalud son los siguientes:

- Cuando su proveedor desea verlo antes de renovar una receta.
- Cuando necesite servicios de asesoramiento.
- Cuando necesite hacer un seguimiento de una visita en persona.
- Cuando tenga preguntas médicas de rutina.
- Cuando está en cuarentena o cumpliendo un distanciamiento social debido a una enfermedad.
- Cuando está temporalmente lejos de su hogar y no puede reunirse con su médico en persona.
- Cuando no está seguro de si necesita ir a la clínica o al consultorio.

No se recomienda la telesalud para emergencias. Si siente que su vida está en peligro, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Consulte la sección “Hospitales” para obtener una lista de hospitales con salas de emergencia.

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

Las visitas de telesalud son privadas

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

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) en la sección “Mantenemos su información privada”.

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

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener servicios de telesalud en el idioma que necesita.
- Contar con proveedores que respeten su cultura y sus necesidades lingüísticas.
- Obtener servicios de interpretación calificados y certificados. Obtenga más información en la sección “Puedes tener un intérprete”.
- Obtener visitas en persona, no solo visitas de telesalud.
 - PacificSource Community Solutions se asegurará de que usted pueda elegir cómo recibir sus visitas. Un proveedor no puede obligarlo a utilizar la telesalud, a menos que haya un estado de emergencia declarado o un centro esté utilizando su plan para casos de desastre.
- Recibir apoyo y tener las herramientas necesarias para la telesalud.
 - PacificSource Community Solutions le ayudará a identificar qué herramienta de telesalud es mejor para usted.
- PacificSource Community Solutions se asegurará de que su proveedor realice una evaluación para ver si la telesalud es adecuada para usted. Esto incluye, entre otros, lo siguiente:
 - La necesidad de formato alternativo
 - El acceso a los dispositivos necesarios
 - El acceso a un lugar privado y seguro
 - El acceso al servicio de Internet
 - La comprensión de dispositivos digitales
 - Preocupaciones culturales

Hable con su proveedor sobre la telesalud. Si necesita o prefiere visitas presenciales y su proveedor es solo un proveedor de telesalud, infórmeselo. Pueden derivarle a otro proveedor e informárselo a PacificSource Community Solutions. Usted puede elegir cómo recibir su atención y PacificSource Community Solutions puede ayudarle a coordinar la atención con otro proveedor. También puede llamar al Servicio al Cliente al

800-431-4135 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Medicamentos recetados

Para surtir una receta, puede ir a cualquier farmacia de la red de PacificSource Community Solutions. Puede encontrar farmacias de red disponibles en nuestro Directorio de proveedores en la pestaña Find a Pharmacy (Buscar una farmacia) en <https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>.

- Tiene derecho a obtener servicios de interpretación y ayudas auxiliares en la farmacia.
- También tiene derecho a recibir etiquetas de recetas traducidas.

Para todas las recetas cubiertas por PacificSource Community Solutions, lleve lo siguiente a la farmacia:

- La receta.
- Su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions, su tarjeta de identificación de Oregon Health u otra prueba de cobertura, como una tarjeta de identificación de la Parte D de Medicare o una tarjeta de un seguro privado. Es posible que no pueda surtir una receta sin estas identificaciones.

Recetas cubiertas

La lista de medicamentos cubiertos de PacificSource Community Solutions se encuentra en: <https://pacificsource.com/medicaid/find-a-drug>.

- Si no está seguro de si su medicamento está en nuestra lista, llámenos. Lo verificaremos por usted.

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

- PacificSource Community Solutions necesita aprobar algunos medicamentos de la lista antes de que su farmacia pueda surtirlos. Para estos medicamentos, su proveedor nos pedirá que lo aprobemos.

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

Solicitar a PacificSource Community Solutions que cubra las recetas

Cuando su proveedor le solicita a PacificSource Community Solutions que apruebe o cubra una receta, ocurrirá lo siguiente:

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

Si PacificSource Community Solutions decide no cubrir la receta, recibirá una carta de PacificSource Community Solutions. En la carta, se explicará lo siguiente:

- Su derecho a apelar la decisión.
- La forma de solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión. La carta también incluirá un formulario que puede utilizar para solicitar una apelación.

Llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) si tiene preguntas.

Farmacia de venta por correo

Los servicios de pedidos por correo de CVS Caremark pueden enviar algunos medicamentos a su domicilio. Esto se denomina una farmacia por correo. Si tiene problemas para retirar sus recetas, la farmacia de venta por correo puede ser una buena opción. Llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) para lo siguiente:

- Obtener más información sobre farmacias de venta por correo
- Configurar una farmacia de venta por correo

Consulte nuestro sitio web para obtener un enlace para configurar una cuenta de pedido por correo de Caremark en <https://pacificsource.com/medicaid/get-care/your-medicine>.

OHP paga los medicamentos para la salud conductual

PacificSource Community Solutions no paga por la mayoría de los medicamentos utilizados para tratar condiciones de salud conductual. En su lugar, OHP paga por ellos. Si necesita medicamentos para la salud conductual:

- PacificSource Community Solutions y su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos que necesita.

- La farmacia envía la factura de su receta directamente a OHP. PacificSource Community Solutions y su proveedor lo ayudarán a obtener los medicamentos de salud conductual que necesita. Hable con su proveedor si tiene preguntas. También puede llamar al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711).

Cobertura de medicamentos recetados para miembros de Medicare

PacificSource Community Solutions y OHP no cubren los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare.

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

Si tiene la Parte D, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions en la farmacia.

Si la Parte D de Medicare no cubre su medicamento, su farmacia puede facturar a PacificSource Community Solutions. Si OHP cubre el medicamento, PacificSource Community Solutions lo pagará.

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

Obtener recetas antes de un viaje

Si planea viajar fuera del estado, asegúrese de tener suficientes medicamentos para su viaje. Para esto, solicite renovar su receta médica con anticipación. Esto se llama autorización por vacaciones. Llame a PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY 711) para averiguar si esta es una buena opción para usted.

Hospitales

Trabajamos con los hospitales que se mencionan a continuación para la atención hospitalaria. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital. Algunos hospitales ofrecen una sala de emergencias completa para ayudar a alguien que tiene una crisis de salud mental, pero usted puede acudir a cualquier hospital para obtener ayuda.

<p>Salem: Salem Health Sala de emergencias completa: sí 890 Oak St. SE Salem, OR 97301 503-561-5200 (TTY: 711), 800-876-1718 (llamada gratuita) https://www.SalemHealth.org</p>	<p>Silverton: Legacy Silverton Hospital Sala de emergencias completa: sí 342 Fairview St. Silverton, OR 97381 503-873-1500 (TTY: 711) https://www.LegacyHealth.org/locations/hospitals/legacy-silverton-medical-center.aspx</p>
<p>Dallas: Salem Health West Valley Sala de emergencias completa: sí 525 SE Washington St. Dallas, OR 97338 503-623-8301 (TTY: 711) https://www.SalemHealth.org/services/salem-health-west-valley</p>	<p>Stayton: Santiam Memorial Hospital Sala de emergencias completa: sí 1401 N. 10th Ave. Stayton, OR 97383 503-769-2175 (TTY: 711) https://SantiamHospital.org</p>

Atención de urgencia

Un problema urgente es lo suficientemente grave como para ser tratado de inmediato, pero no es lo suficientemente grave como para recibir tratamiento inmediato en la sala de emergencias. Estos problemas urgentes podrían ser físicos, de comportamiento o dentales.

Puede obtener servicios de atención de urgencia durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin aprobación previa. No necesita una derivación para recibir atención de urgencia o emergencia. Para obtener una lista de los centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa, lea a continuación. La información sobre la atención dental de urgencia se puede encontrar en la sección “Atención dental de urgencia”.

Atención física de urgencia

Algunos ejemplos de atención física de urgencia son los siguientes:

- Cortes que no involucran mucha sangre, pero que pueden necesitar puntos de sutura.
- Fracturas menores y huesos rotos en dedos de las manos y los pies.
- Esguinces y distensiones.

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

Puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, fines de semana y días festivos. Informe al consultorio del PCP que usted es miembro de PacificSource

Community Solutions. Recibirá asesoramiento o una derivación. Si no puede comunicarse con su PCP por un problema urgente o si su PCP no puede verlo lo suficientemente pronto, vaya a un centro de atención de urgencia o una clínica sin cita previa. No necesita una cita. Consulte la lista de atención de urgencias y clínicas sin cita previa en la página siguiente.

La información de su PCP aparece en su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions.

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

Si no sabe si su problema es urgente, llame al consultorio de su proveedor, incluso si está cerrado. Es posible que obtenga un servicio de contestador automático. Deje un mensaje y diga que es miembro de PacificSource Community Solutions. Es posible que reciba asesoramiento o una derivación a otro lugar para llamar. Recibirá una llamada de un representante de PacificSource Community Solutions dentro de los 30 a 60 minutos después de su llamada para hablar sobre los próximos pasos.

También puede llamar a nuestra línea de atención de enfermería las 24 horas para obtener ayuda en cualquier momento del día o de la noche al 855-834-6150. Este número de teléfono aparece en el reverso de su tarjeta de membresía.

Para consultas y citas no urgentes, llame durante el horario de atención.

Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa en el área de PacificSource Community Solutions:

Condados de Marion y 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/pri mary-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/pri mary-care/urgent-care
BestMed Salem 2920 Commercial St. SE Salem, OR 97302 (971) 301-4919 https://www.bestmedclinics.com/oregon/find-a-clinic/salem/	Condado de Polk: Emurgent Care LLC – Dallas 109 E Ellendale Ave, Ste. B Dallas, OR 97338 503-623-3199 (TTY: 711) https://EmurgentCareMedical.com

Atención dental de urgencia

Algunos ejemplos de atención dental de urgencia incluyen los siguientes:

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

Si tiene un problema dental de urgencia, llame a su PCD.

Si no puede comunicarse con su dentista de atención primaria (PCD) o no tiene uno, llame a su organización de atención dental (DCO) que figura en la sección “Números de teléfono importantes”. Le ayudará a encontrar atención dental de urgencia, dependiendo de su condición. Para una condición dental de urgencia, debería obtener una cita dentro de 2 semanas o 1 semana si está embarazada.

Atención de emergencia

Llame al 911 si necesita una ambulancia o vaya a la sala de emergencias si considera que está en peligro. Usted siempre tiene derecho a ir directamente a la sala de emergencias por cualquier condición que considere una emergencia. No es necesario llamar primero ni obtener aprobación previa. Una emergencia necesita atención inmediata y pone su vida en peligro. Puede ser una por una lesión o enfermedad repentina. Las emergencias también pueden dañar su cuerpo. Si está embarazada, la emergencia también puede dañar a su bebé.

Para obtener más información sobre la cobertura de ambulancia, consulte el beneficio de transporte médico de emergencia en la sección de Beneficios para la salud física.

Puede obtener servicios de urgencia y emergencia durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin aprobación previa. No necesita una derivación.

Emergencias físicas

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

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

Más información sobre la atención de emergencia:

- Llame a su PCP o al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions dentro de los 3 días de haber recibido la atención de emergencia.
- Usted tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otro entorno dentro de los Estados Unidos.
- La atención de emergencia incluye los servicios posteriores a la estabilización (cuidados posteriores). Los servicios de cuidados posteriores son servicios cubiertos relacionados con una condición de emergencia. Estos servicios se le brindan después de que se haya estabilizado. Ayudan a mantener su condición estabilizada. Ayudan a mejorar o solucionar su condición.

Consulte la lista de hospitales con salas de emergencia en la sección “Hospitales”.

Emergencias dentales

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

- Se me ha caído un diente (que no es un diente “que se mueve” de la infancia).
- Tiene hinchazón facial o una infección en la boca.
- Tiene un sangrado que no se detiene en las encías.

En caso de una emergencia dental, llame a su PCD. Lo atenderán dentro de las 24 horas. Algunas oficinas tienen horarios de atención de emergencia sin cita previa. Si tiene una emergencia dental y su dentista o PCP no pueden ayudarle, no necesita permiso para recibir atención dental de emergencia. Puede ir a la sala de emergencias o llamar al Servicio al Cliente al 800-431-4135 para obtener ayuda para encontrar atención dental de emergencia.

Si ninguna de estas opciones es adecuada para usted, llame al 911 o visite la sala de emergencias. **Si necesita un viaje en ambulancia, llame al 911.** Consulte la lista de hospitales con salas de emergencia en la sección “Hospitales”.

Crisis y emergencias de salud conductual

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

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

- Los servicios de emergencia de salud conductual no necesitan una derivación ni aprobación previa. PacificSource Community Solutions ofrece a sus miembros ayuda y servicios en situaciones de crisis después de una emergencia.

- Un proveedor de salud conductual puede ayudarle a obtener servicios para mejorar y estabilizar la salud mental. Intentaremos brindarle ayuda y apoyo después de una crisis.

Números de crisis locales que están disponibles durante las 24 horas y centros de crisis con atención e ingreso sin cita previa
Puede llamar, enviar mensajes de texto o chatear al 988. El 988 es una línea de prevención del suicidio y de crisis mediante la que puede obtener apoyo compasivo y afectuoso de consejeros de crisis capacitados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Programas de salud mental comunitaria de los condados de Marion y Polk	
Condado de Marion:	
Marion County Adult Behavioral Health 2045 Silverton Rd. NE, Suite B Salem, OR 97301 503-588-5351 local 503-585-4908 fax	Marion Adult Behavioral Health - Rural Services 976 N Pacific Highway Woodburn, OR 97071 503-981-5851 local 503-566-2977 fax
Marion Psychiatric Crisis Center 1118 Oak St. SE Salem, OR 97301 503-585-4949 local 503-585-4965 fax	El programa de salud conductual infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion (MCHHS) atiende a personas de 0 a 18 años. Si está atravesando una crisis, llame a nuestra línea centralizada de admisión para recibir ayuda. No necesita una derivación para acceder a nuestros servicios. Cualquier persona puede comunicarse. Estamos aquí para ayudarle. Línea centralizada de admisión: 503-576-4676. Marion County Children's Behavioral Health 3867 Wolverine St. NE, Building F Salem, OR 97305 503-588-5352 local 503-585-4990 Fax
Condado de Polk:	
Polk County Mental Health Department 182 SW Academy Street, Suite 333 Dallas, OR 97338 503-623-9289 local 503-831-1726 fax	Polk County Mental Health Department 1310 Main Street East Monmouth, OR 97361 503-400-3550 local 503-837-0095 fax

Polk County Adult Behavioral Health 1520 Plaza Street NW Salem, OR 97304 503-585-3012 local 503-585-0128 fax	CRISIS: 503-623-9289, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto feriados) 503-581-5535 o 800-560-5535; fuera del horario de atención habitual
--	--

Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions: 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

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

Obtenga más información sobre los beneficios de salud conductual en la sección "Sus beneficios".

Si está pasando por una crisis, llame a nuestra línea de crisis de salud mental.

Línea de crisis

800-273-8255, prevención nacional del suicidio

800-221-2832 TTY

Mensajes de texto: 741741

Una crisis de salud conductual ocurre cuando necesita ayuda rápidamente. Si no se trata, la condición puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas de crisis locales disponibles durante las 24 horas mencionadas anteriormente o llame al 988 si tiene alguno de los siguientes síntomas o no está seguro de si se trata de una crisis. Queremos brindarle ayuda y apoyo para la prevención de una emergencia.

Ejemplos de señales a las que debe prestar atención si usted o un miembro de su familia está atravesando una emergencia o una crisis de salud conductual:

- Considerar el suicidio.
- Escuchar voces que le dicen que se haga daño a usted mismo o a otra persona.
- Dañar a otras personas, animales o propiedades.
- Tener comportamientos peligrosos o muy disruptivos en la escuela, el trabajo, con amigos o familiares.

A continuación, se detallan algunas de las medidas de PacificSource Community Solutions para apoyar la estabilización de la comunidad:

- Una línea directa de crisis para llamar cuando un miembro necesita ayuda.
- Un equipo de crisis móvil que acudirá al lugar donde se encuentre un miembro que necesite ayuda.
- Centros de crisis con atención e ingreso sin cita previa.
- Alivio en situaciones de crisis (atención a corto plazo).
- Alojamientos de corta duración para estabilizarse.
- Servicios posteriores a la estabilización y servicios de atención de urgencia. Esta atención está disponible durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos, relacionados con una emergencia médica o de salud conductual, que se brindan después de que se estabiliza la emergencia y para mantener la estabilización o resolver la condición.

- Servicios de respuesta ante crisis, durante las 24 horas del día, para miembros que reciben tratamiento intensivo de salud conductual en el hogar.

Consulte más sobre los servicios de salud conductual que se ofrecen en la sección “Beneficios de atención de salud conductual”.

Prevención del suicidio

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

Señales comunes de advertencia del suicidio

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

A continuación, se muestran algunas señales de advertencia de suicidio:

- Hablar de querer morir o suicidarse
- Planificar una forma de suicidarse, como comprar un arma
- Sentirse desesperanzado o sin motivos para vivir
- Sentirse atrapado o con un dolor insoportable
- Hablar de ser una carga para los demás
- Regalar posesiones preciadas
- Pensar y hablar mucho sobre la muerte
- Consumir más alcohol o drogas
- Comportarse de manera ansiosa o agitada
- Comportarse de manera imprudente
- Retraerse o sentirse aislado
- Tener cambios de humor extremos

Nunca mantenga en secreto pensamientos o conversaciones sobre el suicidio

Si quiere hablar con alguien fuera de PacificSource Community Solutions, llame a cualquiera de las siguientes opciones:

- Consulte la lista de líneas de crisis en la sección “Crisis y emergencias de salud conductual”
- Línea Nacional de Prevención del Suicidio: llame al 988 o visite <https://988lifeline.org>.

- Línea de apoyo en memoria de David Romprey: 800-698-2392.
- Línea de mensajes de texto para crisis: 741741.
- Para la prevención del suicidio en adolescentes: YouthLine: llame al 877-968-8491 o envíe un mensaje de texto con la palabra teen2teen al 839863.
- También puede buscar el número de crisis de salud mental de su condado en línea. Pueden proporcionarle evaluaciones y ayudarle a obtener los servicios que necesita.

Para obtener una lista de líneas directas de crisis adicionales, consulte Sección “Crisis y emergencias de salud conductual”, o visite los siguientes 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/crisis>.

Atención de seguimiento después de una emergencia

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Esto incluye todo lo que necesite después de salir de la sala de emergencias. La atención de seguimiento no es una emergencia. Oregon Health Plan (OHP) no cubre la atención de seguimiento cuando usted está fuera del estado. Llame a su proveedor de atención primaria o dentista de atención primaria para programar cualquier atención de seguimiento.

- Debe recibir atención de seguimiento por parte de su proveedor habitual o dentista habitual. Puede pedirle al médico de emergencias que llame a su proveedor para coordinar la atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor o dentista lo antes posible después de recibir atención de urgencia o emergencia. Dígale a su proveedor o dentista dónde lo atendieron y por qué.
- Su proveedor o dentista gestionará su atención de seguimiento y programará una cita si la necesita.

Atención lejos del hogar

Atención planificada fuera del estado

PacificSource Community Solutions le ayudará a encontrar un proveedor fuera del estado y a pagar un servicio cubierto en las siguientes ocasiones:

- Cuando necesita un servicio que no está disponible en Oregon.
- Cuando el servicio es asequible.

Para obtener más información sobre cómo puede renovar su receta médica antes de su viaje, consulte la sección “Cómo obtener recetas antes de un viaje”.

Atención de emergencia lejos del hogar

Es posible que necesite atención de emergencia cuando esté lejos de su hogar o fuera del área de servicio de PacificSource Community Solutions. **Llame al 911 o acuda a cualquier departamento de emergencias.** No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos; esto incluye salud conductual y condiciones dentales de emergencia.

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

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

Siga los pasos a continuación si necesita atención de emergencia lejos de su hogar

1. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación de Oregon Health Plan y su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions cuando viaje fuera del estado.
2. Muéstrelas su tarjeta de identificación de PacificSource Community Solutions y pídale que facturen a PacificSource Community Solutions.
3. No firme ningún documento hasta que sepa que el proveedor facturará a PacificSource Community Solutions. A veces, PacificSource Community Solutions no puede pagar su factura si se ha firmado un formulario de acuerdo de pago. Para obtener más información sobre este formulario, consulte la sección “Facturas por servicios”.
4. Puede solicitar que la sala de emergencias o la oficina de facturación del proveedor se comuniquen con PacificSource Community Solutions si quieren verificar su seguro o si tienen alguna pregunta.
5. Si necesita asesoramiento sobre qué hacer o necesita atención que no sea de emergencia lejos de su hogar, llame a PacificSource Community Solutions para obtener ayuda.

En situaciones de emergencia, los pasos anteriores no siempre son posibles. Estar preparado y saber qué pasos debe seguir para recibir atención de emergencia fuera del estado puede solucionar problemas de facturación mientras usted está lejos. Estos pasos pueden ayudar a evitar que se le facturen servicios que PacificSource Community Solutions puede cubrir. PacificSource Community Solutions no puede pagar un servicio si el proveedor no nos ha enviado una factura.

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

Facturas por servicios

Los miembros de OHP no pagan facturas por servicios cubiertos.

Cuando programe su primera visita con un proveedor, informe al consultorio que cuenta con PacificSource Community Solutions. Infórmeles si también tiene otro seguro. Esto ayudará al proveedor a saber a quién facturar. Lleve su tarjeta de identificación a todas las visitas médicas. PacificSource Community Solutions paga todos los servicios cubiertos, médicaamente necesarios y apropiados de acuerdo con la Lista priorizada de servicios de salud.

Un proveedor dentro de la red de PacificSource Community Solutions (para obtener una lista de los proveedores dentro de la red, consulte la sección “Proveedores dentro de la red”) o alguien que trabaje para ellos no puede facturarle ni intentar cobrar dinero adeudado por PacificSource Community Solutions por servicios que usted no es responsable de cubrir.

A los miembros no se les pueden facturar citas perdidas ni errores

- Las citas perdidas no se le facturarán a usted ni a OHP.
- Si su proveedor no envía la documentación correcta o no obtiene una aprobación, no podrá recibir una factura por ello. Esto se denomina un error del proveedor.

Los miembros no pueden recibir saldos ni facturaciones sorpresa.

Cuando un proveedor factura el monto restante de la factura, después de que PacificSource Community Solutions haya pagado, eso se denomina facturación de saldo. También se le llama facturación sorpresa. El monto es la diferencia entre el monto facturado real y el monto que paga PacificSource Community Solutions. Esto sucede con mayor frecuencia cuando usted acude a un proveedor fuera de la red. Usted no es responsable de estos costos.

Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711). Para obtener más información sobre la facturación sorpresa, visite <https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf>.

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

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

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

Puede haber servicios por los que tenga que pagar.

Por lo general, con PacificSource Community Solutions, no tendrá que pagar ninguna factura médica. Cuando necesite atención, hable con su proveedor sobre las opciones. El consultorio del proveedor se comunicará con PacificSource Community Solutions para saber si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si decide obtener un servicio que no está cubierto, es posible que tenga que pagar la factura. Esto sucede solamente cuando usted ha hablado al respecto y ha firmado un formulario de acuerdo de pago. (Obtenga más información en la sección “Es posible que se le solicite que firme un formulario de acuerdo de pago” a continuación).

Debe pagar al proveedor en las siguientes situaciones:

- **Si recibe atención médica de rutina fuera de Oregón.** Si recibe servicios fuera de Oregón que no son de atención de urgencia o emergencia.
- **Si no le informa al proveedor que tiene OHP.** Si no le informó al proveedor que tiene PacificSource Community Solutions, otro seguro o proporcionó un nombre que no coincide con el que figura en la identificación de PacificSource Community Solutions en el momento o después de que se brindó el servicio, por lo que el proveedor no pudo facturar a PacificSource Community Solutions. Los proveedores deben verificar su elegibilidad para PacificSource Community Solutions al momento del servicio y antes de facturar o realizar cobros. Deben intentar obtener la información de cobertura antes de facturarle.
- **Si sigue recibiendo un servicio denegado.** Si usted o su representante solicitaron la continuación de los beneficios durante un proceso de apelación o audiencia de caso impugnado y la decisión final no fue a su favor. Usted tendrá que pagar cualquier cargo incurrido por los servicios denegados a partir de la fecha de entrada en vigencia del aviso de acción o del aviso de resolución de apelación.
- **Si obtiene dinero por los servicios prestados en caso de un accidente.** Si un pagador externo, como una compañía de seguros de automóvil, le envió cheques por servicios que recibió de su proveedor y usted no utilizó esos cheques para pagarle al proveedor.
- **Si no trabajamos con ese proveedor.** Cuando elige consultar a un proveedor que no está dentro de la red de PacificSource Community Solutions, es posible que deba pagar por sus servicios. Antes de acudir a un proveedor que no esté

dentro de la red de PacificSource Community Solutions, debe llamar al Servicio al Cliente o trabajar con su proveedor de atención primaria (PCP). Es posible que se necesite una aprobación previa o que haya un proveedor dentro de la red que pueda adaptarse a sus necesidades. Para obtener una lista de los proveedores dentro de la red, consulte la sección “Proveedores dentro de la red”.

- **Si elige obtener servicios que no están cubiertos.** Debe pagar cuando elige tener servicios que el proveedor le dice que no están cubiertos por PacificSource Community Solutions. En este caso, ocurre lo siguiente:
 - El servicio es algo que su plan no cubre.
 - Antes de recibir el servicio, deberá firmar un formulario de acuerdo de pago válido. Obtenga más información sobre el formulario a continuación.
 - Siempre comuníquese primero con el Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions para analizar qué está cubierto. Si recibe una factura, comuníquese con el Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions de inmediato.

Ejemplos de algunos servicios que no están cubiertos:

- Algunos tratamientos, como los medicamentos de venta libre, para condiciones que se pueden tratar en el hogar o que mejoran por sí solas (resfriados, gripe leve, callos, durezas, etc.).
- Cirugías o tratamientos estéticos solo por apariencia.
- Servicios para ayudarle a quedar embarazada.
- Tratamientos que generalmente no son efectivos.
- Ortodoncia, excepto para corregir maloclusiones incapacitantes y para tratar el paladar hendido en niños.

Si tiene preguntas sobre servicios cubiertos o no cubiertos, comuníquese con el Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711).

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

Un formulario de acuerdo de pago se utiliza cuando quiere un servicio que no está cubierto por PacificSource Community Solutions o OHP. El formulario también se llama exención. Solo se le puede facturar un servicio si firma el formulario de acuerdo de pago. No debe sentirse obligado a firmar el formulario. Puede ver una copia del formulario en <https://bit.ly/OHPwaiver>.

No debe firmar el formulario de acuerdo de pago si no quiere hacerlo. Si no está seguro de si debe firmar el formulario de acuerdo de pago o tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto, comuníquese con el Servicio al Cliente de PacificSource

Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener ayuda. Si PacificSource Community Solutions o su proveedor le dicen que el servicio no está cubierto por OHP, aún tiene derecho a cuestionar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”.

Para que el formulario de acuerdo de pago sea válido, se debe cumplir lo siguiente:

- El formulario debe incluir el costo estimado del servicio. Este costo debe ser igual al de la factura.
- El servicio está programado dentro de los 30 días a partir de la fecha en que firmó el formulario.
- El formulario dice que OHP no cubre el servicio.
- El formulario dice que acepta pagar la factura usted mismo.
- Usted solicitó pagar de forma privada un servicio cubierto. Si decide hacer esto, el proveedor puede facturarle si le informa con anticipación lo siguiente:
 - Que el servicio está cubierto y que PacificSource Community Solutions pagaría por el total del servicio cubierto.
 - El costo estimado, incluidos todos los cargos relacionados, y el monto que PacificSource Community Solutions pagaría por el servicio. El proveedor no puede facturarle un monto mayor al que pagaría PacificSource Community Solutions.
 - Y que usted acepta consciente y voluntariamente pagar por el servicio cubierto.
- El proveedor documenta por escrito, con su firma o la de su representante, que le proporcionó la información anterior y que:
 - Le dieron la oportunidad de hacer preguntas, obtener más información y consultar con su trabajador social o representante.
 - Usted acepta pagar de forma privada. Usted o su representante firmaron el acuerdo que contiene toda la información de pago privada.
 - El proveedor debe entregarle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar un reclamo a PacificSource Community Solutions por el servicio cubierto que figura en el acuerdo.

Si firma un formulario de acuerdo de pago válido por un servicio no cubierto o pagado de forma privada y luego no lo paga, su proveedor puede utilizar los métodos de facturación y cobro habituales por el monto que debe. No se permiten cobros por montos adeudados por PacificSource Community Solutions.

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

Debido a que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas de OHP (Medicaid) de Oregón, es posible que le facturen. No se le debe facturar por la atención de emergencia o la atención posterior a la hospitalización. Comuníquese con el Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions si recibe una factura. Tenemos recursos para brindarle ayuda. **Llámenos de inmediato si recibe alguna factura de proveedores fuera del estado.** Algunos proveedores envían facturas impagadas a agencias de cobranza e incluso pueden hacer una demanda en los tribunales para cobrar. Es más difícil solucionar el problema una vez que eso sucede. Haga lo siguiente tan pronto como reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con el Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions lo antes posible al 800-431-4135 (TTY: 711).
Horario: Del 1 de octubre al 31 de enero: estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; del 1 de febrero al 30 de septiembre: estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Si recibe documentos de un tribunal, llámenos de inmediato. También puede llamar a un abogado o a la Línea directa de beneficios públicos al 800-520-5292 para obtener asesoramiento legal gratuito. Existen leyes de protección al consumidor que pueden ayudarle si le facturan incorrectamente mientras tiene OHP.
- Si recibió una factura porque PacificSource Community Solutions rechazó su reclamo, comuníquese con Servicio al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, su derecho a una apelación y lo que debe hacer si no está de acuerdo con nosotros en la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”.
 - También puede apelar enviando una carta a PacificSource Community Solutions en la que se indique que no está de acuerdo con la factura porque estaba cubierto por OHP en el momento del servicio.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas

- Le recomendamos encarecidamente que llame al Servicio al Cliente antes de aceptar pagar a un proveedor.
- Si su proveedor le pide que pague un copago, no lo pague. Pídale al personal del consultorio que llame a PacificSource Community Solutions.

- PacificSource Community Solutions paga todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Lista priorizada de servicios de salud; consulte la sección “Sus beneficios”.
- Para obtener una lista breve de los beneficios y servicios que están cubiertos por sus beneficios de OHP con PacificSource Community Solutions, que también cubre la administración de casos y la coordinación de la atención, consulte la sección “Sus beneficios”. Si tiene alguna pregunta sobre lo que está cubierto, puede preguntarle a su PCP o llamar al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions.
- Ningún proveedor de la red de PacificSource Community Solutions ni nadie que trabaje para ellos puede facturar a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobranzas ni mantener una acción civil contra un miembro para cobrar un dinero adeudado por PacificSource Community Solutions por servicios por los que usted no es responsable.
- A los miembros nunca se les cobra por los viajes a citas cubiertas. Consulte la sección “Viajes gratuitos para recibir atención”. Los miembros pueden solicitar reembolsos por conducir a visitas cubiertas u obtener pasajes de autobús para ir a visitas cubiertas.
- En general, las protecciones contra la facturación solo se aplican si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía OHP. Además, solo se aplican a los proveedores que trabajan con OHP (aunque la mayoría de los proveedores lo hacen).
- A veces, su proveedor no completa la documentación de forma correcta. Cuando esto sucede, es posible que no les paguen. Eso no significa que usted tenga que pagar. Si ya recibió el servicio y nos negamos a pagarle a su proveedor, su proveedor aún no podrá facturarle.
- Es posible que reciba un aviso nuestro en el que se informe que no pagaremos por el servicio. Ese aviso no significa que usted tenga que pagar. El proveedor cancelará los cargos.
- Si PacificSource Community Solutions o su proveedor le dicen que el servicio no está cubierto por OHP, aún tiene derecho a cuestionar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas”.

- En el caso de que PacificSource Community Solutions cierre, usted no será responsable de pagar por los servicios que cubrimos o brindamos.

Miembros de OHP y Medicare

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

Si tiene ambos, no es responsable de lo siguiente:

- Copagos.
- Deducibles.
- O cargos de coseguros por servicios de Medicare; esos cargos están cubiertos por OHP.

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

Habrá ocasiones en las que tenga que pagar deducibles, coseguros o copagos si decide acudir a un proveedor fuera de la red. Comuníquese con su oficina local de Envejecimiento y Personas con Discapacidades (APD) o de la Agencia del Área sobre Envejecimiento (AAA). Le ayudarán a obtener más información sobre cómo utilizar sus beneficios. Llame a la Conexión de recursos para el envejecimiento y la discapacidad (ADRC) al 855-673-2372 para obtener el número de teléfono de su oficina local de APD o de la AAA.

Llame al Servicio al Cliente para obtener más información sobre qué beneficios pagan Medicare y OHP (Medicaid) o para recibir ayuda para encontrar un proveedor y saber cómo obtener servicios.

Los proveedores facturarán a Medicare y PacificSource Community Solutions.

PacificSource Community Solutions trabaja con Medicare y tiene un acuerdo por el cual se enviarán todos los reclamos para que podamos pagar.

- Proporcione al proveedor su número de identificación de OHP y dígale que está cubierto por PacificSource Community Solutions. Si todavía le dicen que debe dinero, llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711). Podemos ayudarle.
- Obtenga información sobre las pocas situaciones en las que un proveedor puede enviarle una factura en la sección “Facturas por servicios”.

Los miembros de Medicare pueden cambiar o abandonar la Organización de Atención Coordinada (CCO) que utilizan para la atención física en cualquier momento. Sin embargo, los miembros de Medicare deben utilizar una CCO para la atención médica dental y de salud conductual.

Cambio de CCO y traslado de la atención

Tiene derecho a cambiar de CCO o abandonar un CCO.

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

La CCO que usted tiene depende de dónde vive. Las reglas sobre cambiar o abandonar un CCO son diferentes cuando solo hay un CCO en el área y cuando hay más CCO en un área.

Miembros de Medicare y OHP (Medicaid)

Puede cambiar o abandonar la CCO que utiliza para la atención física en cualquier momento. Sin embargo, los miembros de Medicare deben utilizar una CCO para la atención médica dental y de salud conductual.

Indígenas americanos y nativos de Alaska con prueba de herencia indígena

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

Áreas de servicio con una sola CCO:

Los miembros con solo una CCO en su área de servicio pueden solicitar cancelar su inscripción en (abandonar) una CCO y recibir atención de OHP por pago por servicio en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “justificados”:

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted quiere.
- Tiene una razón médica. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor dice que obtener los servicios por separado implicaría un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.

- Otras razones incluyen una atención deficiente, la falta de acceso a servicios cubiertos o la falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades específicas de atención médica.
- Los servicios no se proporcionan en su idioma preferido.
- Los servicios no se proporcionan de una manera culturalmente adecuada.
- Corre el riesgo de quedarse sin continuidad en su atención médica.

Si se muda a un lugar donde su CCO no presta servicios, puede cambiar de planes tan pronto como informe a OHP sobre la mudanza. Llame a OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.

Áreas de servicio con más de una CCO:

Los miembros con más de una CCO en su área de servicio pueden solicitar abandonar una CCO y cambiarse a una diferente en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “justificados”:

- Se muda fuera del área de servicio.
 - Si se muda a un lugar donde su CCO no presta servicios, puede cambiar de planes tan pronto como informe a OHP sobre la mudanza. Llame a OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted quiere.
- Tiene una razón médica. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor dice que obtener los servicios por separado implicaría un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otras razones incluyen una atención deficiente, la falta de acceso a servicios cubiertos o la falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades específicas de atención médica.
- Los servicios no se proporcionan en su idioma preferido.
- Los servicios no se proporcionan de una manera culturalmente adecuada.
- Corre el riesgo de quedarse sin continuidad en su atención médica.

Los miembros con más de una CCO en su área de servicio también pueden solicitar abandonar una CCO y cambiarse a una diferente en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “injustificados”:

- Dentro de los 30 días posteriores a la inscripción, en cualquiera de los siguientes casos:
 - No quiere permanecer en el plan en el que se le inscribió.
 - Usted solicitó un determinado plan y el estado lo inscribió en uno diferente.
- Durante los primeros 90 días posteriores a su inscripción en OHP.

- Si el estado le envía una carta de “cobertura” que indica que usted forma parte de la CCO después de su fecha de inicio, contará con 90 días a partir de la fecha indicada en esa carta.
- Despues de haber permanecido con la misma CCO durante 6 meses.
- Cuando renueva su OHP.
- Si pierde OHP por menos de 2 meses, se vuelve a inscribir en una CCO y pierde la oportunidad de elegir la CCO cuando debería haber renovado su OHP.
- Cuando se suspende la incorporación de nuevos miembros a una CCO.
- Al menos una vez cada 12 meses si las opciones anteriores no corresponden.

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

Cómo cambiar o abandonar su CCO

Tenga en cuenta lo siguiente: PacificSource Community Solutions quiere asegurarse de que usted reciba la mejor atención posible. PacificSource Community Solutions puede brindarle algunos servicios que el pago por servicio (FFS) u Open Card no pueden brindarle. Si tiene algún problema para recibir la atención adecuada, permítanos intentar brindarle ayuda antes de abandonar PacificSource Community Solutions.

Si aún desea irse, debe haber otra CCO disponible en su área de servicio para que pueda cambiar su plan.

Informe a OHP si quiere cambiar o abandonar su CCO. Usted o su representante pueden llamar al Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075 o al Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico. Puede usar su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o enviar un correo electrónico a OHP al Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción será el primer día del mes siguiente a la aprobación de la cancelación por parte de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA).

Puede recibir atención mientras cambia su CCO. Consulte la sección “Cambio de CCO y traslado de la atención” para obtener más información.

Las familias de adopción y tutela deben comunicarse con el coordinador de elegibilidad médica e inscripción de adopción y tutela a través de los siguientes medios:

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

PacificSource Community Solutions puede pedirle que abandone el plan por algunos motivos

PacificSource Community Solutions puede solicitarle a la OHA que lo retire de nuestro plan en los siguientes casos:

- Si se comporta de manera abusiva, poco cooperativa o disruptiva con nuestro personal o proveedores, salvo que ese comportamiento se deba a una necesidad especial de atención médica o a una discapacidad.
- Si comete un fraude u otros actos ilegales, como permitir que otra persona utilice sus beneficios de atención médica, cambiar una receta, robar u otros actos delictivos.
- Si se comporta de manera violenta o amenaza con ejercer violencia. Esto podría estar dirigido a un proveedor de atención médica, a su personal, a otros pacientes o al personal de PacificSource Community Solutions. Cuando el acto o la amenaza de violencia afecte gravemente la capacidad de PacificSource Community Solutions de brindarle servicios a usted o a otros miembros.

Debemos pedirle al estado (Autoridad de Salud de Oregón) que revise y apruebe su cancelación del plan. Usted recibirá una carta si se aprueba la solicitud de la CCO para cancelar su inscripción (retirarlo). Puede presentar una queja si no está conforme con el proceso o si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la sección “Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas” para saber cómo presentar una queja o solicitar una apelación.

PacificSource Community Solutions no puede pedir que lo retiren de nuestro plan por motivos relacionados con las siguientes situaciones (entre otras):

- Su estado de salud empeora.
- No utiliza los servicios.
- Utiliza muchos servicios.
- Está a punto de utilizar servicios o ser ubicado en un centro de atención (como un centro de atención a largo plazo o un centro de tratamiento residencial psiquiátrico).
- Tiene comportamiento relacionado con sus necesidades especiales que puede ser disruptivo o poco cooperativo.
- Su clase protegida, su condición médica o sus antecedentes indican que probablemente necesitará muchos servicios en el futuro o servicios costosos en el futuro.
- Tiene una discapacidad física, intelectual, del desarrollo o mental.

- Está bajo la custodia del sistema de bienestar infantil del Departamento de Servicios Humanos de Oregón (ODHS).
- Presenta una queja, no está de acuerdo con una decisión o solicita una apelación o una audiencia.
- Toma una decisión sobre su atención con la que PacificSource Community Solutions no está de acuerdo.

Para obtener más información o si tiene preguntas sobre otros motivos por los que su inscripción podría ser cancelada, excepciones temporales de inscripción o exenciones de inscripción, llame a PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 o al Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557.

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

Precauciones al cambiar o dejar un CCO

Algunos miembros que cambian de plan podrían seguir recibiendo los mismos servicios, teniendo la misma cobertura de medicamentos con receta y acudiendo a los mismos proveedores, incluso si no están dentro de la red. Esto significa que la atención se coordinará cuando usted cambie de CCO o cuando pase de un plan de pago por servicio de OHP a una CCO. Esto se suele denominar “transición de la atención”.

Si tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental para pacientes internados, sus planes nuevos y antiguos deben trabajar juntos para garantizar que reciba la atención y los servicios que necesita.

Cuando necesita la misma atención mientras cambia de plan

Esta ayuda es para cuando usted tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental para pacientes internados. A continuación, se muestra una lista de algunos ejemplos de las situaciones en las que puede obtener esta ayuda:

- Necesita atención para una enfermedad renal terminal.
- Es un menor frágil desde el punto de vista médico.
- Recibe tratamiento del Programa de Cáncer de Mama o de Cuello Uterino como miembro.
- Recibe ayuda de Care Assist para el VIH/SIDA.
- Necesita servicios previos al trasplante y atención posterior al trasplante.
- Está embarazada o acaba de tener un bebé.
- Está recibiendo tratamiento para el cáncer.

- Cualquier miembro que, si no recibe servicios continuos, pueda sufrir un daño grave en su salud o estar en riesgo de necesitar atención hospitalaria o atención en una institución.

El periodo durante el cual dura esta atención es el siguiente:

Tipo de membresía	¿Durante cuánto tiempo puede recibir la misma atención?
OHP con Medicare (beneficio completo para personas con doble elegibilidad)	90 días
Solo OHP	30 días para la salud física y bucal* 60 días para la salud conductual*

* O hasta que su nuevo PCP haya revisado su plan de tratamiento.

Si abandona PacificSource Community Solutions, trabajaremos con su nueva CCO u OHP para asegurarnos de que pueda obtener los mismos servicios que se mencionan a continuación.

Si necesita atención mientras cambia de plan o tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711). Horario: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico (PST).

PacificSource Community Solutions se asegurará de que los miembros que necesiten la misma atención mientras cambian de plan obtengan lo siguiente:

- Acceso continuo a la atención y viajes para recibir atención.
- Servicios de su proveedor, incluso si no pertenece a la red de PacificSource Community Solutions, hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:
 - Se complete el curso mínimo o aprobado del tratamiento indicado.
 - Su proveedor determine que ya no necesita el tratamiento. Si la atención es brindada por un especialista, el plan de tratamiento será revisado por un proveedor calificado.
- Algunos tipos de atención continuarán hasta que se completen con el proveedor actual. Estos tipos de atención son los siguientes:
 - Atención antes y después del embarazo/parto (prenatal y posparto).
 - Servicios de trasplantes hasta el primer año después del trasplante.
 - Radiación o quimioterapia (tratamiento contra el cáncer) durante el curso del tratamiento.

- Medicamentos con un curso mínimo de tratamiento definido que sea mayor que los períodos de transición de la atención mencionados anteriormente.

Puede obtener una copia de la política de transición de la atención de PacificSource Community Solutions llamando al Servicio al cliente al 800-431-4135. También está en nuestro sitio web en la página de Documentos y formularios en <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms>. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente.

Decisiones al final de la vida

Directivas anticipadas

Todas las personas adultas tienen el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento. Una enfermedad o lesión puede impedirle decirle a su médico, a sus familiares o a su representante qué tipo de atención quiere recibir. La ley de Oregón le permite expresar sus deseos, creencias y metas por adelantado, antes de que necesite ese tipo de atención.

El formulario que se utiliza se denomina **directiva anticipada**.

Para acceder a nuestras políticas y procedimientos sobre directivas anticipadas, visite <https://pacificsource.com/sites/default/files/2022-12/Advance%20Directives%20Policies%20and%20Procedures.pdf>.

Una directiva anticipada le permite hacer lo siguiente:

- Compartir sus valores, creencias, metas y deseos sobre su atención médica si usted no puede expresarlos por sí mismo.
- Nombrar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted si usted no pudiera hacerlo. Esta persona se denomina su representante de atención médica y debe aceptar esta función.
- Compartir, rechazar o aceptar tipos de atención médica y su derecho a tomar decisiones sobre su atención futura.

Cómo obtener más información sobre las directivas anticipadas

Podemos darle un folleto gratuito sobre las directivas anticipadas. Se llama “Tomar decisiones sobre atención médica”. Solo tiene que llamarnos para obtener más información, recibir una copia del folleto y del formulario de directiva anticipada. Llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135.

Una Guía del usuario de directivas anticipadas. Proporciona información sobre lo siguiente:

- Las razones para realizar una directiva anticipada.
- Las secciones del formulario de directiva anticipada.

- Cómo completar o recibir ayuda para completar una directiva anticipada.
- A quién se debe entregar una copia de una directiva anticipada.
- Cómo realizar cambios en una directiva anticipada.

Para descargar una copia de la Guía del usuario de directivas anticipadas o del Formulario de directivas anticipadas, visite:

<https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>.

Más información útil sobre las directivas anticipadas

- Hacer una directiva anticipada es su decisión. Si decide no completar ni firmar la directiva anticipada, su cobertura o acceso a la atención seguirán siendo los mismos.
- PacificSource Community Solutions no lo tratará de manera diferente si usted decide no completar ni firmar una directiva anticipada.
- Si completa una directiva anticipada, asegúrese de hablar con sus proveedores y su familia al respecto, y entréguelas copias.
- PacificSource Community Solutions respetará cualquier elección que usted haya indicado en su directiva anticipada completada y firmada. Si un médico con el que usted trabaja tiene una objeción moral para cumplir con su directiva anticipada, llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) y solicite un proveedor nuevo.

Cómo informar si PacificSource Community Solutions no siguió una directiva anticipada

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Licencias de Salud si su proveedor no cumple con lo que usted estableció en su directiva anticipada.

Oficina de Licencias de Salud

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

Horario: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico (PT).

Envíe una queja por correo a:

1430 Tandem Ave NE, Suite 180

Salem, OR 97301

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

En línea:

<https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/Regulatory-Compliance.aspx>.

Puede presentar una queja ante el Programa de Licencias y Certificación de Centros de Salud si un centro (como un hospital) no cumple con lo que usted solicita en su directiva anticipada.

Programa de Licencias y Certificación de Centros de Salud

Enviar por correo a: 800 NE Oregon Street, Suite 465

Portland, OR 97322

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

Fax: 971-673-0556

En línea:

<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/HEALTHCAREPROVIDERSFACILITIES/HEALTHCAREHEALTHCAREREULATIONQUALITYIMPROVEMENT/Pages/complaint.aspx>.

Llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener una copia impresa del formulario de queja.

Cómo cancelar una directiva anticipada

Para cancelarla, solicite que le devuelvan todas las copias de su directiva anticipada para que su proveedor sepa que ya no es válida. Rómpala o escriba CANCELADA en letras grandes, fírmela y coloque la fecha. Si tiene preguntas o quiere obtener más información, comuníquese con Oregon Health Decisions al 800-422-4805 o al 503-692-0894 (TTY 711).

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

Órdenes portátiles de tratamiento para el sustento de vida (POLST)

Una orden portátil de tratamiento para el sustento de vida (POLST) es un formulario médico que puede utilizar para asegurarse de que los proveedores médicos cumplan con sus deseos sobre el tratamiento cerca del final de la vida. Nunca está obligado a completar una POLST, pero si usted tiene enfermedades graves u otras razones por las que no quiere recibir diferentes tipos de tratamientos médicos, puede obtener más información sobre este formulario. Una POLST es diferente a una directiva anticipada:

Pregunta	Directiva anticipada	POLST
¿Qué es?	Documento legal.	Orden médica.
¿Quién debería obtenerla?	Todos los adultos mayores de 18 años.	Personas con una enfermedad grave o que sean mayores y frágiles y que podrían no querer determinados tratamientos.
¿Mi proveedor debe aprobarla/firmarla?	No se necesita aprobación del proveedor.	Debe ser firmada y aprobada por un proveedor de atención médica.
¿Cuándo se utiliza?	Atención o condición futura.	Atención y condición actual.

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

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

Declaración para el tratamiento de la salud mental

Oregon tiene un formulario para escribir sus deseos sobre la atención de salud mental. El formulario se llama Declaración para el tratamiento de la salud mental. El formulario es para cuando usted tiene una crisis de salud mental o no puede tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Usted tiene la opción de completar este formulario cuando no esté en una crisis y pueda comprender y tomar decisiones sobre su atención.

¿Qué hace este formulario por mí?

El formulario indica qué tipo de atención quiere recibir si alguna vez no puede tomar decisiones por su cuenta. Solo un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no puede tomar decisiones sobre su salud mental.

Este formulario le permite elegir qué tipos de atención desea y cuáles no desea. Se puede utilizar para nombrar a un adulto que tome decisiones sobre su atención. La persona que usted nombre debe aceptar hablar en su representación y cumplir sus deseos. Si sus deseos no están por escrito, esta persona decidirá lo que usted hubiera querido.

Un formulario de declaración solo es válido durante 3 años. Si usted no puede tomar decisiones dentro de esos 3 años, su formulario entrará en vigencia. Permanecerá vigente hasta que usted pueda volver a tomar decisiones. Usted podrá cancelar su declaración cuando pueda tomar decisiones sobre su atención. Debe entregar su formulario tanto a su PCP como a la persona que usted designe para que tome decisiones por usted.

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

Si su proveedor no cumple con los deseos que figuran en su formulario, usted puede presentar una queja. Puede encontrar un formulario para esto en <https://www.oregon.gov/OHA/PH/ProviderPartnerResources/HealthcareProvidersFacilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Pages/index.aspx> Envíe su queja a la siguiente dirección:

Health Care Regulation and Quality Improvement

800 N.E. Oregon St., #465

Portland, OR 97232

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

Teléfono: 971-673-0540 (TTY: 971-673-0372)
Fax: 971-673-0556

Denuncia de fraude, desperdicio y abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que los fondos destinados a la atención médica se utilicen para ayudar a nuestros miembros a mantenerse saludables y en buen estado. Necesitamos su ayuda para lograrlo.

Si usted piensa que se ha cometido un fraude, desperdicio o abuso, denúncielo lo antes posible. Puede denunciarlo de forma anónima. Las leyes de protección a los denunciantes protegen a quienes denuncian un fraude, desperdicio y abuso. Usted no perderá su cobertura si presenta una denuncia. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a alguien que denuncia un fraude, desperdicio o abuso.

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

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de un proveedor pueden ser los siguientes:

- Un proveedor que le cobra por un servicio cubierto por PacificSource Community Solutions.
- Un proveedor que factura servicios que usted no recibió.
- Un proveedor que le brinda un servicio que usted no necesita en función de su condición de salud.

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de un miembro podrían ser:

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

PacificSource Community Solutions se compromete a prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso. Cumpliremos con todas las leyes relacionadas, incluida la Ley Estatal de Reclamaciones Falsas y la Ley Federal de Reclamaciones Falsas.

Cómo presentar una denuncia por fraude, desperdicio y abuso

Puede presentar una denuncia por fraude, desperdicio y abuso de las siguientes maneras:

Llame, envíe un fax, haga la denuncia en línea o escriba directamente a PacificSource Community Solutions. **Denunciamos todos los casos sospechosos de fraude,**

desperdicio y abuso cometidos por proveedores o miembros a las agencias estatales que se indican a continuación.

Llame al Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions: 800-431-4135, TTY: 711 o informe anónimamente utilizando nuestro número de línea directa de EthicsPoint al 888-265-4068 o en línea en <https://secure.ethicspoint.com/domain/media/en/gui/16499/index.html>.

Fax: 541-322-6424

Envíe una denuncia por correo electrónico:

CommunitySolutionsCS@PacificSource.com.

Escriba a la siguiente dirección:

Pacific Source Community Solutions

ATTN: Customer Service

PO Box 5729

Bend, Oregon 97708

O bien

Denuncie fraude, desperdicio y abuso por parte de miembros llamando, enviando un fax o escribiendo a la siguiente dirección:

ODHS Fraud Investigation Unit

PO Box 14150

Salem, OR 97309

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

Fax: 503-373-1525 Attn: Hotline

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

O bien

OHA Office of Program Integrity

500 Summer Street NE, E-36

Salem, OR 97301

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

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

O bien

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)

Oregon Department of Justice

100 SW Market Street

Portland, OR 97201

Teléfono: 971-673-1880

Fax: 971-673-1890

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

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

Para denunciar fraude en línea:

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

Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas

Siempre tiene derecho a presentar una queja, apelar o solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una decisión. PacificSource Community Solutions se asegura de que todos los miembros tengan acceso a un sistema de quejas (quejas, reclamos, apelaciones y audiencias). Intentamos facilitar que los miembros presenten una queja, reclamo o apelación y obtengan información sobre cómo presentar una audiencia ante la Autoridad de Salud de Oregón. Puede obtener más información sobre los derechos de audiencia de OHA en <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/appeals-hearings.aspx>.

Avísenos si necesita ayuda con cualquier parte del proceso de quejas, reclamos, apelaciones o audiencias. También podemos brindarle más información sobre cómo manejamos las quejas/los reclamos y las apelaciones. También hay copias disponibles de nuestros modelos de aviso. Si necesita ayuda o desea obtener más información de la que aparece en este manual, comuníquese con nosotros a la siguiente dirección:

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

Puede presentar una queja

- Una **queja** es informarnos que no está satisfecho.
- Una **disputa** es cuando usted no está de acuerdo con PacificSource Community Solutions o con un proveedor.
- Un **reclamo** es una queja que puede presentar si no está satisfecho con PacificSource Community Solutions, con sus servicios de salud o con su proveedor. Una disputa también puede ser un reclamo.

Para simplificar, OHP usa la palabra **queja** para referirse a quejas, reclamos y disputas.

Usted tiene derecho a presentar una queja si no está satisfecho con cualquier parte de su atención. Haremos lo posible por mejorar la situación. Simplemente llame al Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión. Para obtener información sobre intérpretes médicos certificados, llame al 800-431-4135 (TTY: 711). También puede presentar una queja ante la OHA o la persona encargada

de quejas. Puede comunicarse con la OHA al 1-800-273-0557 o con la persona encargada de quejas al 1-877-642-0450.

O bien

Escriba a la siguiente dirección:

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

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

Puede presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea una denegación de servicios o beneficios, y puede hacerlo en cualquier momento, de forma oral o por escrito. Si presenta una queja ante la OHA, esta será enviada a PacificSource Community Solutions.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de motivos para presentar una queja:

- Problemas para programar citas u obtener transporte.
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de su domicilio.
- Sentir que los proveedores, su personal, los conductores o PacificSource Community Solutions no lo trataron con respeto o comprensión.
- Haber recibido una atención de la que no estaba seguro.
- Facturas por servicios que usted no aceptó pagar.
- Disputas sobre las propuestas de extensión de PacificSource Community Solutions para tomar decisiones de aprobación.
- Seguridad del conductor o del vehículo.
- Calidad del servicio recibido.

Un representante o su proveedor puede realizar (presentar) una queja en su nombre, con su permiso por escrito.

Analizaremos su queja y le informaremos lo que se puede hacer tan pronto como lo requiera su salud. Esto se llevará a cabo dentro de los 5 días hábiles a partir del día en que recibimos su queja.

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de esos 5 días hábiles. Le diremos por qué necesitamos más tiempo. Solo le pediremos más tiempo si es lo mejor para usted. Todas las cartas se escribirán en su idioma preferido. Le enviaremos

una carta dentro de los 30 días a partir del día en que recibimos su queja para explicarle de qué forma la manejaremos.

Si no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, puede compartirlo con la Unidad de Servicios al Cliente de OHP al 1-800-273-0557 o comunicarse con el Programa del Defensor del Pueblo de OHA. Los defensores del pueblo son defensores de los miembros de OHP y harán todo lo posible para ayudarle. Por favor envíe un correo electrónico seguro a www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx o deje un mensaje en el 877-642-0450.

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

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

- Impedir que un miembro use cualquier parte del proceso de quejas y apelaciones o tomar medidas punitivas contra un proveedor que solicite un resultado acelerado o que respalde la apelación de un miembro.
- Alentar el retiro de una queja, apelación o audiencia ya presentada.
- Utilizar la presentación o el resultado de una queja, apelación o audiencia como motivo para actuar en contra de un miembro o solicitar que se cancele la inscripción del miembro o sea dado de baja.

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

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

Si negamos, suspendemos o reducimos un servicio médico, dental o de salud conductual, le enviaremos una carta de denegación que le informará sobre nuestra decisión. Esta carta de denegación también se llama Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD). También informaremos a su proveedor sobre nuestra decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a pedir que la cambiemos. Esto se denomina apelación porque usted está apelando nuestra decisión.

¿No está de acuerdo con nuestra decisión?

Siga los siguientes pasos:

1

Pida una apelación

Debe solicitarla dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Llame o envíe un formulario.

2

Espere nuestra respuesta

Tenemos 16 días para responder. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.

3

Lea nuestra decisión

¿Aún no está de acuerdo? Puede pedirle una revisión al estado. Esto se llama audiencia.

4

Pida una audiencia

Debe solicitarla dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta de decisión de la apelación.

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

Paso 1

Pida una apelación.

Debe solicitarla dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación (NOABD).

Llámenos al 800-431-4135 (TTY: 711) o utilice el formulario Solicitud de revisión de una decisión de atención médica. El formulario se enviará junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.

	<p>Puede enviar el formulario o la solicitud por escrito a la siguiente dirección:</p> <p>PacificSource Community Solutions Attn: Appeals and Grievances PO Box 5729 Bend, OR 97708</p> <p>También puede enviar el formulario o la solicitud por escrito por fax al 541-322-6424.</p> <p>¿Quién puede solicitar una apelación?</p> <p>Usted o alguien con permiso por escrito para hablar en su nombre. Esa persona podría ser su médico o un representante autorizado.</p>
<p>Paso 2</p>	<p>Espere nuestra respuesta.</p> <p>Una vez que recibamos su solicitud, revisaremos la decisión original. Un médico diferente revisará su historia clínica y la solicitud de servicio para verificar que hayamos seguido correctamente las normas. Usted puede enviarnos cualquier información adicional que considere útil para revisar la decisión.</p> <p>Para apoyar su apelación, usted tiene derecho a hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información y testimonio en persona o por escrito • Presentar argumentos legales y fácticos en persona o por escrito <p>Debe hacer esto dentro de los plazos de apelación indicados más abajo.</p> <p>¿Cuánto tiempo tengo para revisar mi apelación?</p> <p>Tenemos 16 días para revisar su solicitud y darle una respuesta. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta. Tenemos hasta 14 días más para responder.</p> <p>¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida?</p> <p>Puede solicitar una apelación rápida. Esto también se denomina apelación acelerada. Llámenos o envíenos por fax el formulario de solicitud. El formulario se enviará junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review. Solicite una apelación rápida si esperar la apelación regular podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Lo llamaremos y le enviaremos una carta, dentro de 1 día hábil, para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación rápida.</p> <p>¿Cuánto tiempo tarda una apelación rápida?</p> <p>Si solicita una apelación rápida, tomaremos una decisión tan pronto como su salud lo requiera, y no más de 72 horas después de recibir la</p>

	<p>solicitud. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted y su proveedor por teléfono para informarle nuestra decisión. También recibirá una carta.</p> <p>Si usted lo solicita o si necesitamos más tiempo, podemos extender el plazo hasta 14 días.</p> <p>Si se deniega una apelación rápida o se necesita más tiempo, lo llamaremos y usted recibirá un aviso por escrito dentro de los dos días. Una solicitud de apelación rápida denegada pasará a ser una apelación estándar y se deberá resolver en 16 días, con la posibilidad de extenderse otros 14 días.</p> <p>Si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de la apelación o si se deniega una apelación rápida, tiene derecho a presentar una queja.</p>
Paso 3	<p>Lea nuestra decisión.</p> <p>Le enviaremos una carta con nuestra decisión sobre la apelación. La carta de decisión de apelación se llama Aviso de resolución de apelación (NOAR). Si usted está de acuerdo con la decisión, no debe hacer nada.</p>
Paso 4	<p>¿Aún no está de acuerdo? Pida una audiencia.</p> <p>Usted tiene derecho a solicitar al estado que revise la decisión de la apelación. A esto se le llama solicitar una audiencia. Debe solicitar una audiencia dentro de los 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión de apelación (NOAR).</p> <p>¿Qué pasa si necesito una audiencia más rápida?</p> <p>Puede solicitar una audiencia rápida. Esto también se llama audiencia acelerada.</p> <p>Utilice el formulario de audiencia en línea en https://bit.ly/ohp-hearing-form para solicitar una audiencia normal o una audiencia más rápida.</p> <p>También puede llamar al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o utilizar el formulario de solicitud que se enviará con la carta. Obtenga el formulario en https://bit.ly/request2review. Puede enviar el formulario a la siguiente dirección:</p> <p>OHA Medical Hearings 500 Summer St NE E49 Salem, OR 97301 Fax: 503-945-6035</p> <p>El estado decidirá si usted puede tener una audiencia rápida dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud.</p>

¿Quién puede solicitar una audiencia?

Usted o alguien con permiso por escrito para hablar en su nombre. Esa persona podría ser su médico o un representante autorizado.

¿Qué sucede en una audiencia?

En la audiencia, usted podrá informar al juez de derecho administrativo de Oregón por qué no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. El juez tomará la decisión final.

Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias

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

Usted debe recibir una carta de denegación antes de poder solicitar una apelación.

Los proveedores no deberían negar un servicio. Ellos deben pedir a PacificSource Community Solutions que apruebe el servicio.

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

¿Qué pasa si PacificSource Community Solutions no cumple con el plazo para responder a la apelación?

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

¿Puede representarme otra persona o ayudarme en una audiencia?

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

Para recibir asesoramiento y posible representación sin costo, llame a la Línea directa de beneficios públicos al 1-800-520-5292; TTY 711. La línea directa es una asociación entre Ayuda Legal de Oregón y el Centro Legal de Oregón. También puede encontrar información sobre ayuda jurídica gratuita en OregonLawHelp.org.

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

Si ha estado recibiendo el beneficio o servicio que le fue denegado y dejamos de brindarlo, usted o su representante autorizado, con su permiso por escrito, puede solicitarnos que lo continuemos durante el proceso de apelación y audiencias.

Debe solicitarlo dentro de los 10 días siguientes a la fecha de este aviso o antes de la fecha en que la decisión entre en vigor, lo que ocurra último. Puede presentar su solicitud por teléfono, carta o fax.

- Puede llamarnos al 800-431-4135 (TTY: 711).
- Utilice el formulario de solicitud de revisión de una decisión de atención médica. El formulario se enviará junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.
- **Responda "sí" a la pregunta sobre la continuación de servicios en la casilla 8 de la página 4 del formulario de Solicitud de revisión de una decisión de atención médica.**

Puede enviar el formulario por correo a la siguiente dirección:

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

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

¿Tengo que pagar por el servicio continuado?

Si decide seguir recibiendo el servicio denegado, es posible que tenga que pagararlo. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación o si el juez está de acuerdo con usted en la audiencia, no tendrá que pagar.

Si cambiamos nuestra decisión y no estaba recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o brindaremos el servicio o beneficio tan pronto como su salud lo requiera. No tardaremos más de 72 horas desde el día en que recibimos el aviso de que nuestra decisión fue revocada.

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

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

¿Qué pasa si quiero ver los registros que se utilizaron para tomar la decisión sobre mis servicios?

Puede comunicarse con PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) para solicitar copias gratuitas de todos los documentos utilizados para tomar la decisión.

Palabras que debe conocer

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

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

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

Atención de enfermería especializada: ayuda de un enfermero con la atención de heridas, terapia o administración de medicamentos. Puede recibir atención de enfermería especializada en un hospital, un hogar de ancianos o en su propio hogar con la atención médica a domicilio.

Atención de urgencia: atención que necesita el mismo día debido a un dolor intenso. También incluye la atención para evitar que una lesión o enfermedad empeore considerablemente o para prevenir la pérdida de la función en alguna parte del cuerpo.

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

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: ocurre cuando se realiza una cirugía o un tratamiento en un hospital y usted se va después.

Atención médica a domicilio: servicios que usted recibe en su hogar para ayudarle a vivir mejor después de una cirugía, enfermedad o lesión. Ayuda con medicamentos, comidas y baños son algunos de estos servicios.

Atención preventiva o prevención: atención médica que le ayuda a mantenerse en buen estado. Algunos ejemplos son vacunarse contra la gripe o hacerse un control médico cada año.

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

Condición dental de emergencia: atención inmediata necesaria para tratar problemas o lesiones graves en dientes y encías. Algunos ejemplos incluyen dolor dental intenso, hinchazón inusual, un diente avulsionado y sangrado que no se detiene.

Condición médica de emergencia: una enfermedad o lesión que requiere atención inmediata. Esto puede ser un sangrado que no se detiene, un dolor intenso o huesos rotos. También puede ser algo que hará que alguna parte de su cuerpo deje de funcionar. Una condición de salud mental de emergencia es la sensación de estar fuera de control o sentir que podría hacerse daño a usted mismo o a otra persona.

Coordinación de la atención: un servicio disponible para todos los miembros que brinda educación, apoyo y recursos comunitarios. Le ayuda a manejar su salud y orientarse en el sistema de atención médica.

Copago: cantidad de dinero que una persona debe pagar por servicios como recetas o visitas. Los miembros de OHP no tienen copagos. Los seguros de salud y Medicare a veces sí.

Coseguro: la cantidad que alguien debe pagar a un plan de salud para recibir atención. Suele ser un porcentaje del costo, como un 20%. El seguro paga el resto.

Crisis: un momento de dificultad, problemas o peligro. Puede convertirse en una situación de emergencia si no se atiende.

Declaración de tratamiento de salud mental: un formulario que puede completar cuando tiene una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones sobre su atención. Describe las opciones sobre la atención que desea y no desea. También le permite designar a un adulto que pueda tomar decisiones sobre su atención.

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

Dentista de atención primaria (PCD): el dentista al que usted suele acudir y que se encarga de sus dientes y encías.

Denunciante: persona que informa sobre desperdicios, fraudes, abusos, corrupción o riesgos para la salud y la seguridad pública.

Derivación: una derivación es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio. Trabaje con su proveedor para obtener una derivación.

Diagnóstico y tratamiento de detección temprana y periódica (EPSDT): el programa de EPSDT ofrece servicios de atención médica integral y preventiva a personas menores de 21 años que estén cubiertas por Oregon Health Plan (OHP). El EPSDT proporciona servicios médicamente necesarios y apropiados para tratar condiciones físicas, dentales, visuales, del desarrollo, nutricionales, mentales y de salud conductual. La cobertura para el EPSDT incluye todos los servicios cubiertos por

Oregon Health Plan (OHP) cuando el EPSDT es médicaamente necesario y el EPSDT es médicaamente apropiado para la persona con EPSDT.

Diagnóstico: se trata del momento en el que un proveedor identifica el problema, la condición o la enfermedad.

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

Dispositivos para habilitación y rehabilitación: suministros para ayudarle con los servicios de terapia u otras tareas cotidianas. Estos son algunos ejemplos:

- Andadores
- Bastones
- Muletas
- Glucómetros
- Bombas de infusión
- Prótesis y órtesis
- Ayudas para la baja visión
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Máquina de respiración asistida

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

ER o ED: se trata de la sala de emergencias o el departamento de emergencias. Este es el lugar en un hospital donde usted puede recibir atención por una emergencia médica o de salud mental.

Especialista: un proveedor médico que tiene capacitación especial para ofrecer atención para una determinada parte del cuerpo o tipo de enfermedad.

Evaluación de riesgos de salud: una encuesta sobre la salud de un miembro. La encuesta pregunta sobre la salud emocional y física, los comportamientos, las condiciones de vida y los antecedentes familiares. Las CCO la utilizan para conectar a los miembros con la ayuda y el apoyo adecuados.

Evaluación: revisión de información sobre la atención, problemas de salud y necesidades de un paciente. Esto se utiliza para determinar si la atención debe cambiar y para planificar la atención futura.

Exención del acuerdo de pago de OHP (OHP 3165 o 3166): un formulario que usted firma si acepta pagar por un servicio que OHP no paga. Solo tiene validez para el servicio y las fechas exactas que se indiquen en el formulario. Puede consultar el

formulario de exención en <https://bit.ly/OHPwaiver>. ¿No está seguro de si firmó un formulario de exención? Puede preguntar en el consultorio de su proveedor. Para idiomas adicionales, visite: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Facturación de saldos (facturación sorpresa): la facturación de saldos ocurre cuando recibe una factura de su proveedor por un monto adeudado. Esto sucede cuando el plan no cubre el costo total de un servicio. También se llama facturación sorpresa. Los proveedores de OHP no deben facturar saldos a los miembros.

Hospitalización: ocurre cuando alguien es ingresado en un hospital para recibir atención.

124:

Ley Federal y Estatal de Reclamaciones Falsas: leyes que establecen que es un delito que una persona, a sabiendas, presente un registro falso o una reclamación falsa para obtener atención médica.

Leyes del consumidor: reglas y leyes destinadas a proteger a las personas y detener las prácticas comerciales deshonestas.

Medicaid: un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica para personas con bajos ingresos. En Oregón, se llama Oregon Health Plan.

Médicamente necesario: servicios y suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición o sus síntomas. También puede significar servicios que son de tratamiento estándar.

Medicamentos con receta: medicamentos que su médico le indica que tome.

Medicare: un programa de atención médica para personas de 65 años o más. También ayuda a personas con determinadas discapacidades de cualquier edad.

Organización de Atención Coordinada (CCO): una CCO es un plan local de OHP que le ayuda a utilizar sus beneficios. Las CCO están compuestas por distintos tipos de proveedores de atención médica en una comunidad. Trabajan juntas para atender a los miembros de OHP en un área o una región del estado.

Plan: una organización de salud o CCO que paga los servicios de atención médica de sus miembros.

POLST: órdenes portátiles de tratamiento para el sustento de vida. Un formulario médico que puede utilizar para asegurarse de que los proveedores médicos cumplan con sus deseos sobre la atención cerca del final de la vida.

Prima: el costo del seguro.

Proveedor dentro de la red o participante: cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Puede acudir a proveedores dentro de la red de forma gratuita. Algunos especialistas dentro de la red requieren una derivación.

Proveedor fuera de la red o no participante: un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga para que los miembros acudan a ellos. Debe obtener una aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red.

Proveedor o médico de atención primaria (PCP): un profesional médico que se encarga de su salud. Por lo general, es la primera persona a la que usted llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, un enfermero practicante, un asistente médico, un osteópata o, en algunos casos, un naturópata.

Proveedor: cualquier persona o agencia que brinda un servicio de atención médica.

Prueba de detección: una encuesta o un examen para controlar las condiciones de salud y necesidades de atención.

Reclamo: una queja formal que usted puede presentar si no está satisfecho con su CCO, sus servicios de salud o su proveedor. OHP llama a esto una queja. La ley indica que las CCO deben responder a cada queja.

Red: los proveedores médicos, de salud mental, dentales, de farmacia y de equipos que tienen un contrato con una CCO.

Representante: una persona elegida para actuar o hablar en su nombre.

Salud conductual: incluye la salud mental, las enfermedades mentales, las adicciones y los trastornos por consumo de sustancias. Puede afectar su estado de ánimo, forma de pensar o comportamiento.

Seguro de salud: un programa que paga por la atención médica. Después de inscribirse, una empresa o agencia gubernamental paga por los servicios de salud cubiertos. Algunos programas de seguro requieren pagos mensuales, que se denominan *primas*.

Servicios de emergencia: atención que mejora o estabiliza condiciones médicas o de salud mental graves y repentina.

Servicios de hospicio: servicios para brindar comodidad a una persona que está muriendo y ayudar a su familia. El hospicio es flexible y puede incluir tratamiento para el dolor, asesoramiento y cuidado de relevo.

Servicios de rehabilitación: servicios que le ayudan a recuperar su salud. Por lo general, sirven de ayuda después de una cirugía, una lesión o el consumo de sustancias. Los dispositivos de rehabilitación son herramientas que ayudan con la recuperación.

Servicios excluidos: lo que un plan de salud no cubre. Ejemplo: OHP no paga servicios para mejorar su apariencia, como una cirugía estética, o asuntos que mejoran solos, como un resfriado.

Servicios médicos: servicios que recibe de un médico.

Servicios posteriores a la estabilización: servicios después de una emergencia para ayudarle a mantenerse estable o para mejorar o corregir su condición.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios y dispositivos que enseñan habilidades para la vida diaria. Un ejemplo es la terapia del habla para un niño que aún no ha comenzado a hablar.

Suicidio: el acto de quitarse la vida.

Telesalud: atención por video o por teléfono en lugar de en el consultorio del proveedor.

Trabajador de salud tradicional (THW): un trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para servir a una comunidad o clínica. Un trabajador de salud tradicional (THW) se asegura de que los miembros reciban un trato justo. No todos los THW están certificados por el estado de Oregón. Hay seis (6) tipos diferentes de THW, incluidos los siguientes:

- Trabajadores de salud comunitarios
- Especialistas en bienestar entre pares
- Navegadores de salud personales
- Especialistas en apoyo entre pares
- Doulas de nacimiento
- Trabajadores tradicionales de salud tribales

Transición de la atención: algunos miembros que cambian de plan de OHP aún pueden recibir los mismos servicios y acudir a los mismos proveedores. Esto significa que su atención no cambiará cuando usted cambie de plan de la CCO o si se cambia a un plan de pago por servicio de OHP o vuelve de él. Esto se denomina transición de la atención. Si tiene problemas de salud graves, sus planes nuevos y antiguos deben trabajar juntos para garantizar que reciba la atención y los servicios que necesita.

Transporte médico de emergencia: utilizar una ambulancia o Life Flight para recibir atención médica. Los técnicos médicos de emergencia brindan atención durante el traslado o vuelo.