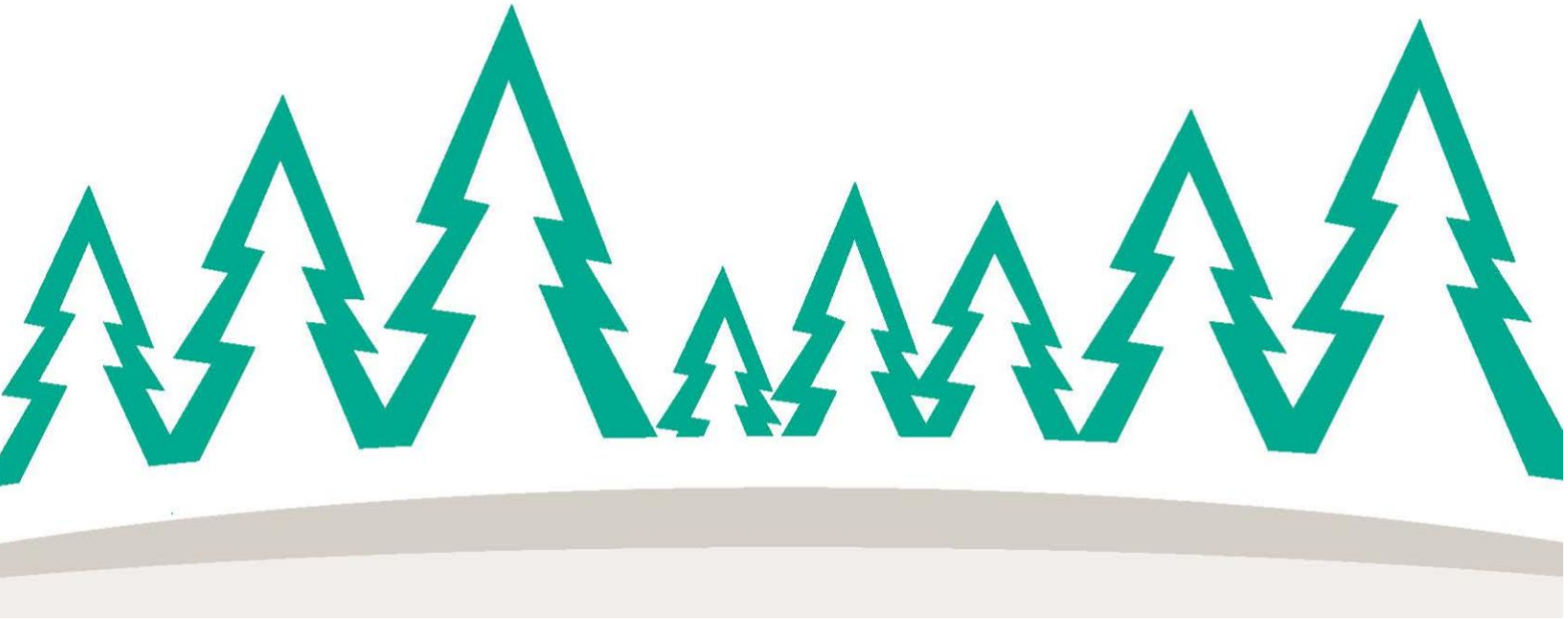
Columbia Pacific CCO

Manual para miembros

Actualizado al 1 de julio de 2025



Ayúdenos a mejorar este manual.

El Oregon Health Plan (OHP, Plan de salud de Oregón) quiere saber de usted. Queremos asegurarnos de que tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a Columbia Pacific CCO y al OHP a mejorar los manuales para miembros.

Haga la encuesta sobre el manual. Escanee el código QR o vaya a www.surveymonkey.com/r/tellOHP para responder algunas preguntas.

ESCANEE PARA LA ENCUESTA

Actualizaciones del manual

Se envía por correo a los miembros nuevos y recurrentes un manual cuando se afilian a Columbia Pacific CCO. Usted podrá encontrar la actualización más reciente del manual en ***colpachealth.org/handbook***. Si requiere asistencia o tiene alguna duda, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206.

Comenzando

Le enviaremos una encuesta de salud para ayudar a Columbia Pacific a conocer el apoyo que necesita. Le preguntaremos sobre sus necesidades de atención de salud físicas, del comportamiento, odontológicas y sociales. Para saber más sobre esta encuesta, vaya a la sección “Encuesta sobre su salud”.

Complete y envíe de regreso su encuesta a través de cualquiera de los siguientes medios:

- Teléfono: 855-722-8206
- Fax: 503-416-1313
- Servicio postal: Columbia Pacific CCO
  315 SW Fifth Ave
  Portland, OR 97204
- Correo electrónico: ***customerservice@careoregon.org***

Consulte al final del manual la definición de términos que podría ser de utilidad conocer.

Si está buscando:

- Beneficios. Consulte la página 35
- Proveedores de atención primaria. Consulte la página 27
- Aprobaciones previas y referencias. Consulte la página 36
- Derechos y responsabilidades. Consulte la página 21
- Traslados gratuitos para atención. Consulte la página 69
- Care coordination (Coordinación de Atención). Consulte la página 33
- Prescripciones. Consulte la página 77
- Atención de emergencia. Consulte la página 81

- Cuánto tiempo lleva recibir atención médica. Consulte la página 61
- Denuncias, quejas y apelaciones. Consulte la página 103
- Siempre lleve con usted sus tarjetas de identificación de Plan de Salud de Oregón (OHP por sus siglas en inglés) y de Columbia Pacific.
    - Nota: Estas le llegarán por separado, y usted recibirá su tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregón antes que la de Columbia Pacific.

Su tarjeta de identificación de usuario tiene la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de identificación
- La información de su plan
- Información y nombre de su clínica de atención médica primaria
- Número telefónico de Servicio al Cliente
- Número de teléfono de acceso lingüístico

Asistencia gratuita en otros idiomas y formatos.

Todos tienen el derecho de conocer los programas y servicios de Columbia Pacific CCO. Todos los afiliados tienen el derecho de saber la forma de cómo utilizar nuestros programas y servicios. Proporcionamos los siguientes tipos de asistencia gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas
- Intérpretes calificados y certificados
- Material escrito en otros idiomas
- Braille
- Letra más grande
- Audio y otros formatos

Usted puede consultar este manual para usuarios en nuestro sitio web ***colpachealth.org/handbook***. Si requiere asistencia o tiene alguna duda, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206.

Puede obtener información en otro idioma o formato.

Usted o su representante pueden obtener material para afiliados, como por ejemplo este manual o avisos de la CCO (por sus siglas en inglés, Organización de Atención Coordinada) en otros idiomas, letra más grande, braille o cualquier formato de su preferencia. Cada formato tiene la misma información. Usted recibirá el material dentro de los cinco días siguientes a su solicitud. Esta asistencia es gratuita. Cada formato contiene la misma información. Ejemplos de material para afiliados son:

- Este manual
- Lista de medicamentos cubiertos
- Listado de proveedores
- Correspondencia, como avisos de quejas, rechazos y apelaciones

El uso de beneficios, quejas, apelaciones o audiencias no serán negados o limitados en función a que los requiera en otro idioma o formato.

Columbia Pacific CCO puede enviarle un correo electrónico con los materiales.

Usted puede solicitar material vía electrónica. Complete el formato de contacto seguro en nuestro sitio web ***colpachealth.org/contact-us***. Por favor indíquenos los documentos que desearía que le enviemos por correo electrónico. También puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8206.

Usted puede tener un intérprete.

Usted, su representante, familiares y cuidadores pueden solicitar un intérprete certificado y calificado en atención médica. También, puede

solicitar intérpretes para lenguaje de señas y escrito, o asistencia y servicios auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Informe al consultorio de su proveedor de atención médica si requiere un intérprete durante su visita. Mencione el idioma o formato que usted necesite. Obtenga más información acerca de Intérpretes en Atención Médica certificados en ***Oregon.gov/OHA/OEI***.

Si necesita ayuda, llámenos al 855-722-8206 o llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 o TTY 711. Consulte la Página 103 para obtener información sobre "Quejas, apelaciones y derechos a audiencias."

Si no obtiene la ayuda con intérprete que necesita de Columbia Pacific CCO, llame al coordinador del programa de servicios de acceso lingüístico del estado al 844-882-7889 o TTY 711, o envíe un correo electrónico a LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov.

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 855-722-8206 or TTY 711. We accept relay calls. You can get help from a certified and qualified health care interpreter.

Español

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 855-722-8206 o TTY 711. Aceptamos todas las

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

Russian

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 855-722-8206 или TTY 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи. Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского 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 855-722-8208 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp. Quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ từ một thông dịch viên có chứng nhật và 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 المفضّلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 855-722-8206 أو المبرقة الكاتبة 711. 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 855-722-8206 ama TTY 711. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta. Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaanka daryeelka caafimaadka oo xirfad leh isla markaana 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 855-722-8206 **或** TTY 711。**我**们会接听所有的转接来电。**您可以从**经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

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 855-722-8206 或聽障專線 711。我們接受所有傳譯電話。您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

Korean

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

지원해 드립니다. 855-722-8206 또는 TTY 711 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다. 공인 및 자격을 갖춘 의료서비스 전문 통역사의 도움을 받으실 수 있습니다.

Romanian

Puteți obține această scrisoare în alte limbi, cu scris cu litere majuscule, în Braille sau într-un format preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la 855-722-8206 sau TTY 711. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute.

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

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 855-722-8206 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.

Amheric

ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርሶ በሚመርጡት መልኩ ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅም ይችላሉ። ይህ ድጋፍ

የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ 855-722-8206 ወይም TTY 711 ይደውሉ። የሪሌይ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

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

Burmese

ဤစာကို အျခားဘာသာစကားမ်ား၊ ပုံ့ိပ္စာလုံးၾကီး၊ မ်ကျမင်္ဃားအတြက် ဘေရးလ် သို့မဟုတ် သင့်ပြိုးစ္သက္သည့ ပုံစံျဖင့ ရယူနိုင်ပါသည်။ သင္သည် စကားျပန္တစ္ဦးလည်း ေတာင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ျဖစ်ပါသည်။ 855-722-8206 သို့မဟုတ် 711 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။ ထပ္ဆင့ေခင့ဆိုမ;မ်ားကို ကဖြး့ုပ္တို့ လက်ခံပါသည်။

သင္သည် သင္တန်းဆင်းလက်မွတ်ရ့ဝင့ အရည္အခ်င်းဂြိသည့ က်နှုးမာေရး ေစာင့ေဂြာက်မ; စကားျပန်ထံမွလည်း အကူအညီရယူနိုင်ပါသည်။

Swahili

Unaweza kupata herufi hii kwa lugha zingine, kwa herufi kubwa, kwa lugha ya maandishi kwa vipofu au namna yeyote unayopendelea. Unaweza pia kuomba mkalimani. Msaada huu ni wa bure. Piga 855-722-8206 au TTY 711. Tunakubali simu za kupitisha ujumbe.

-

Unaweza pata usaidizi kutoka kwa mkalimani wa huduma ya afya aliyeidhinishwa na aliyehitimu.

Farsi

نیز شفاهی مترجم توانیدمی .کنید دریافت دیگری ترجیحی قالب یا بریل ،خط‌درشت ،دیگر
.بگیرید تماس TTY 711 یا 855-722-8206 با .است رایگان کمک این .کنید درخواست
.پذیریم‌می را رله های‌تماس

-

و بهداشت زمینه در کفایت‌با و گواهی دارای شفاهی مترجم یک از توانیدمی

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 855-722-8206 або телетайпу 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять. Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Nuestra política de no discriminación

Discriminar es ilegal. Columbia Pacific CCO debe cumplir con las leyes federales y estatales de derechos civiles. No podemos tratar injustamente a las personas (miembros o miembros potenciales) en ninguno de nuestros programas o actividades por los siguientes motivos:

- Edad
- Discapacidad
- Origen nacional, idioma principal y dominio en el 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 usted siente que fue tratado injustamente por cualquiera de los motivos antes mencionados, puede presentar una queja. Esto también se conoce como presentar una queja formal.

Realice (o presente) una queja en Columbia Pacific CCO en cualquiera de las siguientes formas:

- Teléfono: Contacte a nuestro Coordinador de Sección 1557 al 855-722-8206 o TTY 711
- Fax: 503-416-1313
- Servicio postal: Columbia Pacific CCO
  Attn: Grievance Coordinator
  315 SW Fifth Ave
  Portland, OR 97204
- Correo electrónico: ***customerservice@careoregon.org***
- Sitio web: ***colpachealth.org/contact-us***

Puede leer sobre nuestro proceso de reclamación en colpachealth.org/members/member-resources.

Si tiene una discapacidad, Columbia Pacific CCO ofrece estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en letra grande, audio u otros formatos
- Otros ajustes razonables

Si necesita ayuda lingüística, Columbia Pacific CCO ofrece estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

¿Requiere asistencia para presentar una queja? ¿Necesita ayuda lingüística o ajustes razonables? Llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 para hablar con un especialista en bienestar entre iguales, o un asistente en salud personal. También tiene el derecho de presentar una queja ante cualquiera de las siguientes organizaciones:

Derechos Civiles de Oregon Health Authority (OHA)

- Teléfono: 844-882-7889 o TTY 711
- Sitio web: ***oregon.gov/OHA/EI***
- Correo electrónico: ***OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov***

- Servicio postal: Office of Equity and Inclusion Division
  421 SW Oak St, Suite 750
  Portland, OR 97204

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

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

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR por sus siglas en inglés) (Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)

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

Mantenemos la privacidad de su información

Sólo compartimos sus expedientes con personas quienes requieren verlos. Ello podría ser por motivos de tratamientos o de pago. Usted puede limitar el acceso a sus expedientes. Comuníquenos por escrito si usted no desea que alguien tenga acceso a sus expedientes, **o bien**, si quisiera compartirlos con alguien. Puede enviar un correo electrónico: ***customerservice@careoregon.org***. Puede solicitarnos una lista de las personas con quienes hemos compartido sus expedientes.

Una ley denominada Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA por sus siglas en inglés) (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos) protege sus expedientes médicos y mantiene su privacidad. Esto también es llamado confidencialidad. Contamos con un documento denominado Aviso de Prácticas de Privacidad que explica la forma en que utilizamos la información personal de nuestros afiliados. Se lo enviaremos en caso de que usted lo requiera. Solo llame a Servicio al Cliente y solicite nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También puede consultarlo en ***link.careoregon.org/jcc-privacy***.

Expedientes médicos

Un expediente médico contiene sus condiciones de salud y los servicios que ha utilizado. También muestra las referencias que se han hecho para usted.

¿Qué puede usted hacer con los expedientes médicos?

- Solicitar que se envíen a otro proveedor de atención médica.
- Solicitar una modificación o corrección a sus expedientes.
- Obtener una copia de sus expedientes, incluyendo, pero no limitado a:
    - Expedientes médicos de parte de su proveedor de atención médica.
    - Expedientes dentales de parte de su proveedor de atención dental.
    - Expedientes de Columbia Pacific.

Es posible que reciba un cargo por una cantidad razonable al solicitar una copia de sus expedientes.

Puede haber ocasiones en que la ley restrinja su acceso.

No se pueden compartir las notas y los registros de psicoterapia preparados para procesos judiciales.

Los proveedores tampoco pueden compartir registros cuando, a su criterio profesional, esto podría causar daño sustancial a usted u otra persona.

Si un proveedor le niega a usted o a su representante autorizado copias de sus registros médicos, el proveedor debe darle un aviso por escrito. El aviso debe explicar el motivo por el cual la solicitud fue rechazada, así como también sus derechos de tener otro proveedor que revise el rechazo. El aviso también le indicará cómo presentar un reclamo al proveedor o secretario de salud y servicios humanos.

Índice

Actualizaciones del manual 2
Comenzando 2
Asistencia gratuita en otros idiomas y formatos. 3
Nuestra política de no discriminación 10
Mantenemos la privacidad de su información 12
Expedientes médicos 13
Índice …. 14
¡Bienvenidos a Columbia Pacific CCO! 16
Contáctenos 19
Sus derechos y responsabilidades 21
Afiliados que sean Indios Americanos y Nativos de Alaska 25
Nuevos afiliados que necesiten servicios de inmediato 26
Proveedores de atención primaria (PCP) 27
Segundas opiniones 30
Encuesta acerca de su salud 30
Afiliadas que están embarazadas 32
Reciba asistencia para organizar su atención médica con Care Coordination 33
Sus beneficios 35
Health-related social needs 56

Acceso a la atención que usted necesita 59
Beneficios integrales y preventivos para afiliados menores de 21 años 63
Traditional health workers (THW) 67
Servicios adicionales 68
Acudiendo a las citas de atención médica 69
Recibiendo atención médica por video o teléfono 74
Medicamentos prescritos 77
Hospitales 79
Atención urgente 79
Atención de emergencia 81

Atención lejos de casa 86
Facturación de servicios 87
Afiliados con OHP y Medicare 91
Cambiando CCO y la atención médica 92
Decisiones sobre el final de la vida 98
Reportando un fraude, despilfarro y abuso 101
Quejas, denuncias, apelaciones y audiencias imparciales 103
Palabras a saber 110

¡Bienvenidos a Columbia Pacific CCO!

Nos da mucho gusto que sea parte de Columbia Pacific. Estamos encantados de apoyarle con su salud. Deseamos brindarle la mejor atención posible. Somos un grupo de diversos tipos de proveedores de atención médica que trabajamos juntos para la gente de Oregon Health Plan (OHP) en su comunidad. Este modelo es conocido como Coordinated Care Organization (Organización de Atención Coordinada), o CCO (Por sus siglas en inglés).

Con un CCO, usted puede obtener todos los servicios de atención médica dentro del mismo plan. Ello incluye atención médica física, dental y mental, así como servicios de tratamiento por el consumo de sustancias.

Es importante conocer cómo utilizar su plan. Este manual contiene información acerca de nuestra empresa, cómo recibir atención médica, y cómo obtener el máximo de sus beneficios.

Cómo OHP y Columbia Pacific CCO trabajan juntos

El Oregon Health Plan (OHP) es una cobertura de atención médica sin costo para los habitantes de Oregón. OHP es el programa de Medicaid de Oregon. Cubre servicios de atención médica física, dental, social y de salud del comportamiento (tratamientos de salud mental y trastornos por el consumo de sustancias). OHP también apoya con prescripciones y en la obtención de citas.

OHP cuenta con planes locales de salud que le apoyan para utilizar sus beneficios. Los planes se llaman Coordinated Care Organizations o CCO. Columbia Pacific es una CCO. Atendemos a los condados de Clatsop, Columbia y Tillamook. Columbia Pacific es operada por CareOregon, un proveedor de seguros que apoya a los afiliados de Medicaid.

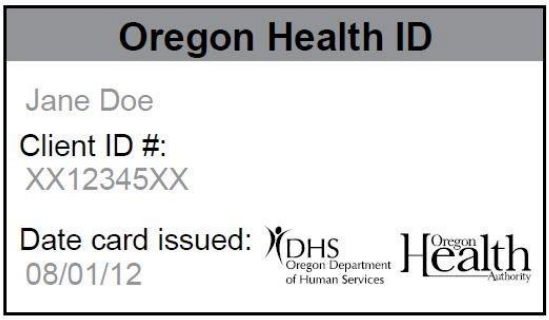
Trabajamos con otras organizaciones para ayudar a administrar algunos de sus beneficios, como servicios odontológicos y beneficios de transporte. Si desea ver una lista completa de estas organizaciones y servicios, consulte la sección “Contáctenos”.

Las CCO se organizan y pagan por su atención médica. Le pagamos a médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar la atención que usted recibe. Ello contribuye a asegurar que los proveedores se enfoquen en mejorar su salud en general. Usted tiene el derecho a consultar la forma en que pagamos a los proveedores. Los incentivos o pagos a proveedores no modificarán su atención médica o la manera en que usted recibe beneficios. Para más información, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206. Cuando solicite esta información, la enviaremos dentro de 5 días hábiles

Todas las organizaciones de atención coordinada ofrecen los mismos beneficios de OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales, como artículos para recién nacidos y membresías a gimnasios. Conozca más sobre los beneficios de Columbia Pacific en las secciones “Sus beneficios” y “Servicios adicionales”.

Al afiliarse en OHP, usted recibirá una tarjeta de identificación de Oregon Health. Ésta será enviada por correo junto con su documento de cobertura. Cada afiliado de OHP recibe en su hogar una tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación Oregon Health se verá así:



Cuando usted se afilia a una CCO, también recibirá una tarjeta de identificación de usuario CCO. Esta tarjeta es muy importante. Muestra que usted está afiliado a Columbia Pacific y contiene otra información como números telefónicos de importancia. Su proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) también se muestra en su tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación Columbia Pacific CCO se verá así:

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific cada vez que acuda a una cita médica o en la farmacia.

Su documento de cobertura y la tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific le indicarán la CCO a la que usted se encuentra afiliado. También le mostrarán el nivel de atención médica que cubre su plan. Use su tarjeta de identificación y la tabla a continuación para saber con qué tipo de atención tiene cobertura.

CCO o OHP: ¿Quién organiza y paga su atención?			
Tipo de cobertura	**Salud física**	**Salud odontológica**	**Salud del comportamiento**

CCO-A	Columbia Pacific CCO	Columbia Pacific CCO	Columbia Pacific CCO
CCO-B	Columbia Pacific CCO	OHP	Columbia Pacific CCO
CCO-E	OHP	OHP	Columbia Pacific CCO
CCO-F*	Sin cobertura	Columbia Pacific CCO	Sin cobertura
CCO-G	OHP	Columbia Pacific CCO	Columbia Pacific CCO
Tarjeta abierta**	OHP	OHP	OHP

*CCOF: solo cubre atención de salud odontológica, a menos que tenga la tarjeta de salud CCO-F plus para atención de salud física y del comportamiento
**La tarjeta abierta también se conoce como pago por servicio.

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

Community Advisory Council (CAC por sus siglas en inglés, Consejo Asesor Comunitario)

Ya que cada CCO es única para su comunidad y cuenta con sus propios líderes locales, las voces de la comunidad son muy importantes. Columbia Pacific CCO tiene un CAC en cada condado al que atiende, formado por afiliados como usted, así como por proveedores y miembros de la comunidad. El CAC es su voz en el plan de salud.

La mayoría de los miembros del CAC (más de la mitad) son afiliados de Columbia Pacific CCO. Ello le brinda la oportunidad de tomar un rol activo en mejorar su propia salud, la de su familia y la de otras personas en su comunidad.

Algunas de las tareas del CAC incluyen:

- Compartir experiencias sobre cómo mejorar la salud en clínicas y en la comunidad
- Encontrar alternativas para mejorar los programas existentes de Columbia Pacific CCO, así como sugerir programas futuros
- Asesorar al consejo de directores sobre cómo apoyarnos en dar respuesta a las necesidades de los afiliados y hacer planes para la salud comunitaria
- Organizar actividades y proyectos sobre temas de atención médica para otros afiliados de Columbia Pacific CCO y la comunidad

- Apoyar con una Evaluación de Necesidades Comunitarias de Salud y un Plan de Mejora Comunitaria de Salud para todos quienes vivan en el área de Columbia Pacific CCO

Para más información acerca del CAC o para aplicar, visite ***colpachealth.org/CAC*** o llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206. Usuarios TTY pueden llamar al 711. También puede enviar un correo electrónico a ***CACCoordinator@colpachealth.org***

Contáctenos

Las oficinas de Columbia Pacific CCO están abiertas de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Estamos cerrados en:

- Día de Año Nuevo*: 1 de enero de 2025
- Día de Martin Luther King, Jr.: 20 de enero de 2025
- Día de la Conmemoración de los Caídos: 26 de mayo de 2025
- Día de la Emancipación*: 19 de junio de 2025
- Día de la Independencia*: 4 de julio de 2025
- Día del Trabajo: 1 de septiembre de 2024
- Día de Acción de Gracias: 27 de noviembre de 2025
- El día siguiente al Día de Acción de Gracias: 28 de noviembre de 2025
- Nochebuena*: 24 de diciembre de 2025
- Navidad*: 25 de diciembre de 2025

Para días festivos marcados con asterisco (*): Si el día festivo cae en fin de semana, estamos cerrados el día de la semana más cercano (lunes o viernes).

Si hay un cierre de oficina de emergencia, CPC se comunicará con usted mediante mensaje de texto, llamada telefónica o correo electrónico. Esto también se anunciará en redes sociales. CPC también pondrá carteles en las puertas de sus oficinas administrativas.

La ubicación de nuestras oficinas y la dirección postal es:

Columbia Pacific CCO
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Llamada sin costo: 855-722-8206 o TTY 711

Fax: 503-416-1313

Sitio web: ***colpachealth.org/contact-us***

Números telefónicos de importancia

- **Atención y beneficios médicos**
  Llame a Servicio al Cliente: 855-722-8206 Usuarios TTY por favor llamar al 711.
  Horario: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
  Conozca sobre beneficios médicos y atención en la sección "Beneficios de salud física".

- **Beneficios de farmacia**
  Optum RX – Llamada sin costo: 800-356-3477

  Horario: las 24 horas del día
  Consulte sobre beneficios de farmacia y atención en la sección "Medicamentos recetados".

- **Salud del comportamiento, atención y beneficios en tratamientos de trastornos por el consumo de drogas, alcohol y sustancias**
  Llame a Servicio al Cliente: 855-722-8206 Usuarios TTY por favor llamar al 711.
  Horario: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
  Conozca sobre beneficios de salud del comportamiento en la sección "Beneficios de atención de salud del comportamiento.

- **Atención y beneficios dentales**
  Advantage Dental - Llamada sin costo: 866-268-9631
  Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
  CareOregon Dental - Llamada sin costo: 888-440-9912
  Horario: de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.
  ODS - Llamada sin costo: 800-342-0526
  Horario: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.
  Willamette Dental - Llamada sin costo: 855-433-6825
  Conozca sobre los beneficios odontológicos en la sección "Beneficios odontológicos".
  Horario: de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:30 p. m.

- **Apoyo en traslados para citas**
  NW Rides - Llamada sin costo: 888-793-0439

  Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
  Consulte acerca de la atención y beneficios de transportación en la página 69.

Contacte a Oregon Health Plan

Servicio al Cliente de OHP puede apoyarlo en:

- Cambiar la dirección, el número telefónico, la situación familiar u otra información de casos.
- Reposición por extravío de la tarjeta de identificación de Oregon Health.
- Obtener ayuda en la aplicación o renovación de beneficios.

- Obtener apoyo local de un socio comunitario.

Cómo contactar a Servicio al Cliente de OHP.

- Llamada: Sin costo al 800-699-9075 o TTY 711
- Sitio web: ***OHP.Oregon.gov***
- Correo electrónico: Use el sitio seguro de correo electrónico en ***secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt*** para enviar un correo electrónico a OHP.mailto:
    - Para preguntas o cambios sobre su caso de OHP, envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
    - Para preguntas sobre organizaciones de atención coordinada o cómo usar sus beneficios médicos, envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.

Indique al OHP su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Oregon Health, domicilio y número telefónico.

Sus derechos y responsabilidades

Como un afiliado de Columbia Pacific CCO, usted tiene derechos. También existen responsabilidades o cosas que tiene que hacer cuando obtiene OHP. Si tiene alguna pregunta acerca de los derechos y responsabilidades aquí mencionadas, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206.

Usted tiene el derecho de ejercer sus derechos de afiliado sin una mala respuesta o discriminación. Usted puede presentar una queja si siente que sus derechos no han sido respetados. Consulte más detalles acerca de la presentación de quejas en la Página 103. También puede llamar a un Ombudsperson (Defensor) de Oregon Health Authority al 877-642-0450 o a TTY 711. Usted puede enviarles un correo electrónico seguro a ***oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx***.

Existen ocasiones en las que personas menores de 18 años (menores de edad) pueden requerir o necesitar de servicios de atención médica por cuenta propia. Los menores de 15 años o más pueden obtener atención médica y odontológica sin consentimiento de los padres. Para conocer más al respecto, consulte “Derechos de Menores de Edad: Acceso y Consentimiento a Atención Médica.” Este manual le indica los tipos de servicios a los que los menores de cualquier género pueden acceder por su cuenta y cómo se pueden compartir sus registros médicos. Puede consultarlo en ***OHP.Oregon.gov***. Acceda en “Derechos de menores de edad y acceso a atención.” O ingrese a ***sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf***

Sus derechos como un afiliado de OHP

Usted tiene el derecho de ser tratado así
• Ser tratado con dignidad, respeto, y consideración por su privacidad.

- Ser tratado por los proveedores de la misma forma que otra gente que busca atención médica
- Tener una relación estable con un equipo que es responsable de administrar su atención médica integral.
- No ser reprimido o ser apartado de personas porque sería más fácil:
    - Cuidar de usted,
    - Castigarlo, o
    - Que usted realice algo que no quiera hacer.

Usted tiene el derecho de obtener esta información

- Material diseñado de una manera y en un idioma que usted pueda entender. (Consulte la página 3)
- Materiales como este manual que le cuentan sobre organizaciones de atención coordinada y cómo usar el sistema de atención a la salud.
- Material escrito que le informe sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo recibir servicios, y qué hacer en caso de una emergencia. (Este Manual para Usuarios es una buena opción para ello.)
- Información acerca de su estado de salud, tratamientos y alternativas, qué está cubierto, y qué no está cubierto. Esta información le será de utilidad en la toma de buenas decisiones sobre su atención médica. Reciba esta información en el idioma y en un formato que sea de utilidad para usted.
- Un expediente médico que mantenga un registro de su estado de salud, los servicios que recibe, y referencias. (Consulte la página 13). Usted puede:
    - Tener acceso a sus expedientes médicos
    - Compartir sus expedientes médicos con un proveedor.
- Notificación por escrito enviada a usted por correo sobre un rechazo o cambio de un beneficio antes de que ello suceda. Usted podría no recibir una notificación si ello no es requerido por las normas federales o estatales.
- Notificación por escrito enviado a usted por correo acerca de los proveedores quienes ya no forman parte de la red. La red significa los proveedores o especialistas que trabajan con Columbia Pacific. (Consulte la página 27)
- Ser avisado oportunamente si una cita es cancelada.

Usted tiene el derecho de recibir esta atención

- Atención y servicios que lo ubiquen al centro. Recibir atención que le proporcione elección, independencia y dignidad. Esta atención será en función a sus requerimientos médicos y cumplirá con los estándares de la práctica.

- Servicios que tomen en cuenta sus preferencias culturales y de idioma y que se ubiquen cerca de donde usted vive. Si están disponibles, usted puede recibir servicios en formas no convencionales, como por ejemplo en línea. (Consulte la página 74)
- Care Coordination (Coordinación de Atención), atención basada en la comunidad, y asistencia con una atención diseñada y adaptada de manera tal que sea acorde con su cultura e idioma. Esto será de utilidad para mantenerle fuera de un hospital u otras instalaciones médicas.
- Servicios que requieren conocer cuál es su estado de salud.
- Asistencia para utilizar el sistema de atención médica. Recibir la asistencia cultural y de idioma que usted requiere (consulta la página 3). Esto podría ser:
    - Intérpretes certificados o calificados en atención médica.
    - Traditional health workers certificados.
    - Trabajadores de la salud comunitarios.
    - Especialistas en bienestar entre iguales.
    - Especialistas en apoyo entre iguales.
    - Doulas (acompañantes durante el embarazo, el parto, el postparto y cuidados del recién nacido).
    - Asistentes en salud personal.
- Asistencia del personal de la CCO totalmente capacitado en las políticas y procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos cubiertos. (Consulte la página 32)
- Urgencias y servicios de emergencia sin aprobación o permiso las 24 horas al día, siete días de la semana. (Consulte la página 79)
- Referencias hacia proveedores especializados en servicios coordinados cubiertos que son requeridos con base en su estado de salud. (Consulte la página 38)
- Soporte adicional de un Defensor de OHP (consulte la página 20)

Usted tiene el derecho de realizar estas cosas

- Elegir sus proveedores y modificar dichas elecciones. (Consulte la página 27)
- Obtener una segunda opinión. (Consulte la página 30)
- Que un amigo, miembro de la familia o ayudante le acompañe a sus citas.
- Estar activamente involucrado en el diseño de su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar servicios. Saber qué pudiera suceder con base en su decisión. No se puede rechazar un servicio ordenado por un tribunal.
- Acudir por cuenta propia a servicios de salud del comportamiento o de planeación familiar sin el permiso de un proveedor.
- Realizar una declaración de voluntad para un tratamiento. Esto significa su voluntad para aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud del comportamiento.

También significa el derecho de formular directrices y otorgar poderes a terceros para atención médica, según lo dispone ORS 127 (por sus siglas en inglés, Estatutos Modificados de Oregón). (Consulte la página 98)

- Presentar una queja o solicitar una apelación. Obtener una respuesta de Columbia Pacific CCO cuando usted realice esto. (Consulte la Página 103)
    - Solicitar al estado (de Oregon) una revisión si usted no está de acuerdo con la decisión de Columbia Pacific Esto se llama una audiencia.
- Recibir de manera gratuita intérpretes certificados o calificados en atención médica para todos los idiomas distintos al inglés y lenguaje de señas. (Consulte la página 4)

Sus responsabilidades como un afiliado de OHP

Usted debe tratar a los demás de esta manera

- Tratar con respeto al personal de Columbia Pacific CCO proveedores y otros.
- Ser honesto con sus proveedores para que puedan brindarle la mejor atención.

Usted debe comunicar a OHP esta información

Si tiene un OHP, debe informar determinados cambios sobre usted y su familia. Su carta de aprobación de OHP le indicará lo que debe informar y cuándo.

Puede informar cambios de una de las siguientes maneras:

- Usar su cuenta en línea de ONE en One.Oregon.gov para informar cambios en línea.
- Visitar cualquier Oregon Department of Human Services Office (Oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregón) en Oregón. Puede encontrar una lista de oficinas en: www.oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx
- Comuníquese con un socio comunitario local certificado de OHP. Puede encontrar un socio comunitario en: healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx
- Llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075.
- Envíe un fax al 503-378-5628.
- Envíe por correo postal a ONE Customer Service Center, PO Box 14015, Salem, OR 97309.

- Existen otros derechos y responsabilidades que tiene por ser miembro de un OHP. El OHP los compartió cuando solicitó la afiliación. Puede encontrar una copia en www.oregon.gov/odhs/benefits/pages/default.aspx, bajo el enlace “Derechos y responsabilidades".

Usted debe contribuir con su atención en estos aspectos

- Elegir o ayudar a elegir su proveedor o clínica de atención primaria.
- Recibir chequeos médicos anuales, visitas de bienestar y atención preventiva para mantenerse saludable.
- Ser puntual en sus citas. Si llegará tarde, llame para avisar o cancele la cita si no le será posible asistir.
- Lleve consigo a las citas sus tarjetas médicas de identificación. Mencione en el consultorio que usted cuenta con OHP y cualquier otro seguro médico. Informe si sufrió alguna herida en un accidente.
- Apoye a su proveedor a diseñar su plan de tratamiento. Siga el plan de tratamiento y tome parte activa en su atención médica.
- Siga las indicaciones de sus proveedores o solicite otra opción.
- Si usted no entiende, realice preguntas acerca del estado de salud, tratamientos y otros temas relacionados con la atención médica.
- Utilice la información que reciba de sus proveedores y el equipo de atención médica para apoyarle en la toma de decisiones fundamentadas sobre su tratamiento.
- Utilice a su proveedor de atención primaria para exámenes y otros requerimientos de atención médica, salvo en casos de emergencia.
- Acuda a los especialistas de la red o solicite la aprobación de su proveedor en caso de que usted desee o necesite ver a alguien quien no trabaje con Columbia Pacific.
- Utilice los servicios de urgencias y emergencia adecuadamente. Informe a su proveedor de atención primaria dentro de las 72 horas siguientes si usted utilizó estos servicios.
- Ayude a los proveedores a conseguir su registro médico. Es posible que tenga que firmar un formulario para esto, denominado [Autorización de divulgación de información de salud protegida].
- Comunique a Columbia Pacific si tiene algún problema, queja o requiere asistencia.
- Pague los servicios que no están cubiertos por OHP.
- Si recibe dinero con motivo de una lesión, apoye a Columbia Pacifica que reciba el pago de los servicios que le brindamos para atender esa lesión.

Afiliados que sean Indios Americanos y Nativos de Alaska

Indios Americanos y Nativos de Alaska tienen el derecho de elegir dónde recibir atención médica. Ellos pueden utilizar proveedores de atención primaria y otros proveedores que no sean parte de nuestra CCO, tales como:

- Centros de bienestar tribales.
- Indian Health Services (IHS por sus siglas en inglés, Clínicas de Servicios de Salud para Indios). Encuentre una clínica en ***ihs.gov/findhealthcare***

- Native American Rehabilitation Association of the Northwest (NARA por sus siglas en inglés. Asociación del Noroeste para Rehabilitación de Nativos Americanos). Obtenga más información o encuentre una clínica en ***naranorthwest.org***

Puede utilizar otras clínicas que no estén dentro de nuestra red. Consulte más detalles acerca de referencias y preautorizaciones en la página 34.

Indios Americanos y Nativos de Alaska no requieren una referencia o permiso para recibir atención médica de estos proveedores. Estos proveedores deben facturar a Columbia Pacific CCO. Solo pagamos por beneficios cubiertos. Si un servicio requiere aprobación, el proveedor debe solicitarlo primero.

Indios Americanos y Nativos de Alaska tienen el derecho de salir de Columbia Pacific en cualquier momento y cuentan con Pago-Por-Servicio (FFS por sus siglas en inglés) de OHP para cubrir su atención médica. Consulte más detalles acerca de salir o cambiar su CCO en la página 92.

Si desea que Columbia Pacific sepa que es nativo americano o nativo de Alaska, comuníquese con Servicio al cliente de OHP al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov para informarlo.

Es posible que se le asigne un estatus tribal apto si cualquiera de los siguientes enunciados es verdadero. Estas preguntas también se formulan en la aplicación de OHP.

- Es un miembro inscripto de una tribu federalmente reconocida o un accionista en una corporación regional nativa de Alaska.
- Recibe servicios de Indian Health Services (Servicios de Salud Indígenas), Tribal Health Clinics (Clínicas de Salud Tribal) o Urban Indian Clinics (Clínicas Indígenas Urbanas).
- Tiene un padre o abuelo que es un miembro inscripto de una tribu federalmente reconocida o un accionista en una corporación o villa regional nativa de Alaska.

Nuevos afiliados que necesiten servicios de inmediato

Es posible que nuevos afiliados a OHP o Columbia Pacific CCO requieran a la brevedad posible de prescripciones, suministros u otros artículos o servicios. Si no puede acudir con su proveedor de atención primaria (PCP) o su proveedor dental primario (PDP por sus siglas en inglés) durante los primeros 30 días con Columbia Pacific:

- Mientras espera para programar una cita, puede llamar a Coordinación de la atención médica al 855-722-8206. Pueden ayudarlo a recibir la atención que necesita. La coordinación de la atención médica también puede ayudar a miembros de OHP con Medicare. (Consulte la sección Coordinación de la atención médica para obtener más información)
    - Si es un afiliado nuevo de Medicare, consulte la sección “Miembros con OHP y Medicare” para obtener más información.

- Agende una cita con su PCP tan pronto como le sea posible. Usted puede encontrar el nombre y número en su tarjeta de identificación de Columbia Pacific.
- Llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 si tiene alguna pregunta y desea saber más acerca de sus beneficios. Ellos pueden apoyarle en lo que usted requiere.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es quien lo atenderá regularmente en consultas, prescripciones y atención médica. Usted puede elegir uno, o podemos asistirlo para ello.

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser médicos, enfermera(o) practicantes y más. Usted tiene el derecho de elegir un PCP en la red de Columbia Pacific. Si no elige un proveedor dentro de los 90 días a partir de su afiliación, Columbia Pacific le asignará una clínica o seleccionará un PCP para usted. Columbia Pacific le notificará a su PCP sobre la asignación y enviará una carta a usted con la información de su proveedor.

Podemos apoyarle en encontrar un PCP cuyo consultorio sea conveniente para usted y quien acepte nuevos pacientes. También puede buscar en la sección de Clínicas de Atención Primaria de nuestro directorio de proveedores, disponible en línea en ***colpachealth.org/providerdirectory***

Su PCP trabajará con usted para ayudarle a estar lo más saludable posible. Ellos mantienen un registro de todos sus requerimientos básicos y especializados. Su PCP:

- Le conocerá a usted y su historial médico.
- Le proporcionará atención médica.
- Mantendrá sus expedientes médicos actualizados y en un solo lugar.

Su PCP lo referirá con especialistas o lo ingresará a un hospital, si se requiere.

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

No olvide preguntar a Columbia Pacific acerca de un dentista, proveedor de salud mental y farmacia. Consulte cómo encontrar un proveedor en la sección "Directorio de proveedores" más adelante.

Contamos con cuatro planes de atención dental con los que estamos asociados. Usted será asignado con uno de estos cuatro. Ellos son:

- Advantage Dental Service
- CareOregon Dental
- ODS
- Willamette Dental Group

Cada miembro de su familia debe tener un dentista que será su dentista de atención primaria. Acudirá a su dentista de atención primaria para la mayoría de sus necesidades de atención odontológica. Su dentista lo enviará a un especialista si necesita ir a uno.

Usted encontrará su plan dental asignado en su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific.

Su dentista es muy importante porque:

- Es su primer contacto cuando usted requiere atención dental.
- Administra sus servicios y tratamientos de salud dental.
- Organiza su atención especializada.

Por favor contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. si quisiera cambiar su PCP, dentista u otros proveedores. Usted puede visitar a su nuevo PCP, dentista u otros proveedores el día en que este cambio sea hecho.

Proveedores dentro de la red

Columbia Pacific CCO trabaja con algunos proveedores, pero no con todos ellos. Los proveedores con quienes trabajamos son llamados dentro la red o proveedores participantes. Los proveedores con quienes no trabajamos son llamados proveedores fuera de la red. Es posible que usted consulte proveedores fuera de la red en caso de requerirse, pero ellos deben trabajar con el Oregon Health Plan.

Es posible que usted consulte un proveedor fuera de la red para atención primaria si:

- Está cambiando de CCO o se traslada de OHP de pago-por-servicio a una CCO (consulte la página 92).
- Usted es Indio Americano o Nativo de Alaska (consulte la página 25).

Directorio de proveedores

Usted puede elegir su PCP u otros proveedores del directorio de proveedores en ***colpachealth.org/providerdirectory***. También puede llamar a Servicio al Cliente para asistencia al 855-722-8206 o TTY 711. Aquí tiene ejemplos de información que puede encontrar en el directorio de proveedores:

- Si un proveedor está aceptando nuevos pacientes.
- Tipo de proveedor (médico, dental, salud del comportamiento, farmacia, etc).
- Cómo contactarlos.
- Opciones de atención por video y vía telefónica (Telehealth).
- Asistencia de idiomas (incluyendo traductores e intérpretes).
- Instalaciones para personas con discapacidad.

Puede obtener una copia impresa del directorio. Puede recibirla en otro formato (como en otros idiomas, letra más grande, o braille) sin costo. Contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Usted puede elegir su proveedor dental primario (PDP) desde el directorio de proveedores de planes dentales, que se encuentra en nuestro sitio web. O puede llamar a su número de servicio al cliente y ellos le asistirán. Algunos planes dentales le asignan un PDP. Es posible que el nombre y número de dicho consultorio dental se mencione en su tarjeta de identificación de Columbia Pacific.

Advantage Dental Service
Directorio de proveedores: ***providerportal.advantagedental.com/provider/search***
Servicio al Cliente: Sin costo al 866-268-9631 o TTY 711

CareOregon Dental
Directorio de proveedores: ***careoregondental.org/member-resources/find-a-dentist***
Servicio al Cliente: Sin costo al 888-440-9912 o TTY 711

ODS
Directorio de proveedores: ***modahealth.com/ProviderSearch/faces/webpages/home.xhtml***
Servicio al Cliente: Sin costo al 800-342-0526 o TTY 711

Willamette Dental Group
Directorio de proveedores: ***locations.willamettedental.com***
Servicio al Cliente: Sin costo al 855-433-6825 o TTY 711

Agende una cita

Usted puede agendar una cita con su proveedor tan pronto como elija uno.

Su PCP debe ser su primera llamada cuando requiera de atención médica. Ellos le agendarán una cita o le ayudarán a decidir el tipo de atención que usted requiere. Su PCP puede también referirle hacia otros servicios o recursos cubiertos. Contáctelos directamente para agendar una cita.

Si usted es un nuevo paciente para su PCP, agende una cita para un chequeo médico. De esta manera ellos pueden conocerle y a su historial médico antes de que se presente un problema o molestia. Esto permitirá evitar retrasos la primera vez que requiera utilizar sus beneficios.

Antes de su cita, lleve por escrito:

- Preguntas que tenga para su PCP u otros proveedores.
- Historial de problemas médicos familiares.
- Prescripciones, medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos que toma.

Llame para agendar una cita en horas hábiles y mencione:

- Que usted es afiliado a Columbia Pacific CCO.
- Su nombre y su número de identificación de usuario de Columbia Pacific.
- El tipo de cita que requiere.
- Si necesita un intérprete y el idioma requerido.

Mencione si usted está enfermo y necesita ser atendido por alguien ese día.

Le podemos apoyar en agendar su cita. Consulte más detalles acerca de opciones de transportación gratuita en la página 64.

Faltas a citas

Trate de no faltar a las citas. Si requiere faltar a una, llame a su PCP y cancele de inmediato. Ellos programarán otra visita para usted. Si usted no avisa al consultorio de su proveedor con antelación, es posible que no estén de acuerdo en atenderle en otra ocasión.

Cada proveedor tiene sus propias reglas acerca de faltas a citas. Consulte con ellos sus reglas.

Cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Si requiere asistencia, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Cambios a los proveedores de Columbia Pacific CCO

Le informaremos cuando uno de nuestros proveedores regulares deje de trabajar con Columbia Pacific. Usted recibirá una carta 30 días antes de que ocurra el cambio. Si este cambio ya fue hecho, le enviaremos una carta dentro de los 15 días posteriores al cambio.

Segundas opiniones

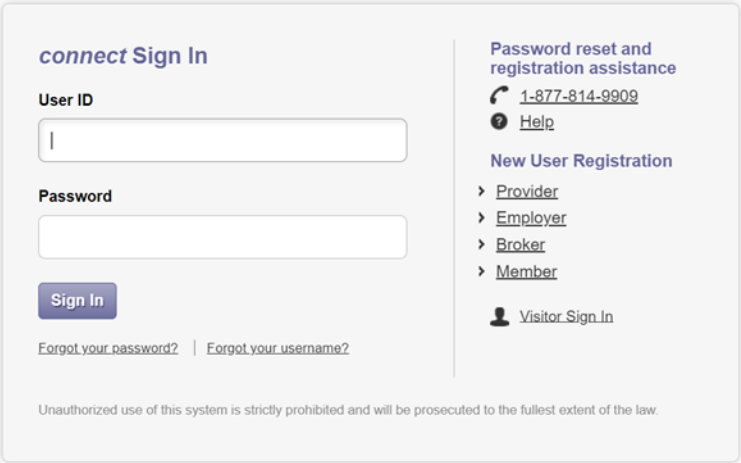
Usted tiene el derecho de obtener una segunda opinión acerca de su estado de salud o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si usted desea una segunda opinión, contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific y díganos que quiere consultar a otro proveedor.

Si no hubiera un proveedor calificado dentro de nuestra red y usted desea consultar a uno fuera de la misma para una segunda opinión, contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific para asistencia. Nosotros organizaremos la segunda opinión sin costo.

Encuesta acerca de su salud

Poco después de afiliarse o si sufre un cambio relacionado con la salud, Columbia Pacific le enviará por correo una encuesta sobre su salud. Esto se llama “evaluación de riesgo de salud”.

Puede completar la encuesta por correo o llamar al 855-722-8206 o TTY 711 para que un miembro del equipo de coordinación de la atención médica lo ayude a completarla. Para completar la encuesta en línea, vaya a colpachealth.org/members/member-portal



La encuesta realiza preguntas sobre su salud en general con el propósito de ayudar a reducir riesgos de la salud, mantenerse saludable, y prevenir enfermedades.

La encuesta pregunta acerca de:

- Su acceso a alimentos y vivienda.
- Sus hábitos (como ejercicio, hábitos alimenticios, y si usted fuma o bebe alcohol).
- Cómo se está sintiendo (para determinar si usted tiene depresión o requiere un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, salud dental e historia médica.
- Su idioma principal.
- Cualquier requerimiento de atención médica especial, como embarazo de alto riesgo, estado de salud crónico, trastornos en la salud del comportamiento, y discapacidades, etc.
- Si desea puede contactarle un miembro de nuestro equipo de Care Coordination.

Sus respuestas nos ayudarán a determinar:

- Si usted requiere algún examen médico, incluyendo exámenes de la vista o dentales.
- Si usted tiene necesidades de atención médica habitual o especial.
- Su estado de salud crónico.
- Si usted requiere servicios de ayuda y apoyo de largo plazo.
- Problemas de seguridad.
- Problemas que pueda tener para recibir atención médica.
- Si necesita un apoyo adicional de Care Coordination. Consulte la página 30 para Care Coordination.

Un miembro del equipo de Care Coordination analizará su encuesta. Ellos le contactarán para platicar acerca de sus necesidades y ayudarle a comprender sus beneficios.

Si no recibimos su encuesta, nos comunicaremos con usted para asegurarnos de que esté completa dentro de los 90 días de inscripción o antes si fuera necesario. Si desea que le enviemos una encuesta puede llamar a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711, y se la haremos llegar.

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

Afiliadas que están embarazadas

Si usted está embarazada, OHP proporciona servicios adicionales que le ayudan a usted y a su bebé a mantenerlos saludables. Cuando usted está embarazada, Columbia Pacific CCO puede asistirle en obtener la atención que requiere. Además, puede cubrir el parto y su atención médica durante el año posterior al embarazo. Cubriremos los beneficios posparto durante un año completo, sin importar cómo termina el embarazo.

A continuación, encontrará lo que debe hacer cuando sepa que está embarazada:

- ☐ **Informe al OHP que está embarazada ni bien lo sepa y pregunte sobre sus beneficios de embarazo.** Llame al 800-699-9075 o TTY 711, o ingrese a su cuenta en línea en ***ONE.Oregon.gov***.
- ☐ **Informe a OHP su fecha prevista del parto.** Usted no requiere conocer la fecha exacta ahora mismo. Si está lista para el parto, contáctenos de inmediato.

Una vez que termine su embarazo:

- ☐ **Contacte a OHP o solicite al hospital que envíe una notificación de recién nacido a OHP.** OHP cubrirá a su bebé desde que nazca. Su bebé estará cubierto además por Columbia Pacific CCO.
- ☐ **Reciba una visita gratuita de un(a) enfermero(a) en su domicilio con Family Connects Oregon.** Es un programa de visita de un(a) enfermero(a) en su domicilio que es gratuito para todas las familias con recién nacidos. Un(a) enfermero(a) le visitará para un chequeo médico, consejos y recursos para el recién nacido.

La prevención de problemas de salud es importante

Queremos prevenir problemas de salud antes de que sucedan. Usted puede hacerlo como una parte importante de su atención médica. Por favor reciba chequeos médicos y dentales de manera regular para saber lo que está ocurriendo con su salud.

Algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Chequeos y limpieza dental
- Mamografías (rayos-X de las glándulas mamarias)
- Prueba de Papanicolaou
- Atención del embarazo y del recién nacido
- Exámenes para el bienestar

- Valoración médica de la próstata para hombres
- Chequeos médicos anuales
- Exámenes del niño-sano

Una boca saludable también mantiene su corazón y cuerpo sanos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al 855-722-8206 o TTY 711.

Reciba asistencia para organizar su atención médica con Care Coordination

Columbia Pacific CCO puede ayudarle a organizar su atención. Columbia Pacific CCO tiene personal que es parte de su equipo de Care Coordination. Nuestro personal está comprometido a brindar soporte a los afiliados en sus necesidades de atención y pueden asistirle en encontrar sus requerimientos médicos, de desarrollo, dentales, del comportamiento y sociales, en dónde y cuándo usted los necesite.

Usted recibe Care Coordination de su Patient-Centered Primary Care Home (PCPCH por sus siglas en inglés, Hogar de atención primaria centrada en el paciente), de su proveedor de atención primaria, de Columbia Pacific CCO, o de otros equipos de atención primaria. Usted, sus proveedores o un representante pueden preguntar sobre coordinación de la atención por cualquier motivo, en especial si tiene una necesidad de atención nueva o sus necesidades no están satisfechas. Puede llamar al número que aparece a continuación o visitar ***colpachealth.org/care-coordination*** para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

El objetivo de la coordinación de la atención médica es mejorar su salud en general.

Columbia Pacific debe tener procesos vigentes para ayudarnos a conocer sus necesidades de atención médica. Lo ayudaremos a hacerse cargo de su salud y bienestar.

Su equipo de coordinación de la atención médica:

- Le ayudará a que entienda sus beneficios y cómo funcionan.
- Utilizará programas de atención para apoyarle en administrar estados de salud crónicos tales como diabetes, enfermedades cardíacas y asma.
- Le apoyará con temas de salud del comportamiento incluyendo depresión y trastornos por el uso de sustancias.
- Le asistirá en encontrar formas para recibir los servicios y recursos adecuados con el fin de asegurar que usted se sienta satisfecho, seguro y bien atendido.

- Le ayudará a identificar a aquellas personas en su vida o comunidad que pueden ser un apoyo.
- Le ayudará a elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Le proporcionará atención y asesoría que sea fácil de seguir.
- Le apoyará en agendar citas y exámenes médicos.
- Le asistirá en organizar transportación para acudir a sus citas médicas.
- Le ayudará en la transición de su atención cuando sea necesario.
- Le apoyara en recibir atención de proveedores especializados.
- Le asistirá en asegurar que sus proveedores se comuniquen entre sí acerca de sus requerimientos de atención médica.
- Diseñará un plan de atención que cumpla sus necesidades médicas.

Su equipo de Care Coordination puede ayudarlo a encontrar y tener acceso a otros recursos en su comunidad, como apoyo para necesidades no médicas. Algunos ejemplos son:

- Asistencia en conectar con recursos para viviendas
- Apoyo con alquileres y servicios
- Servicios de nutrición
- Transportación
- Entrenamientos y clases
- Soporte familiar
- Servicios sociales
- Aparatos para condiciones climáticas extremas

Trabajando juntos para su atención

El propósito de Care Coordination es mejorar su salud en general. Trabajaremos juntos para ayudarle a identificar sus requerimientos de atención médica y apoyarle a que tome el mando de su salud y bienestar.

Su equipo de coordinación de la atención médica trabajará estrechamente con usted. Este equipo incluirá distintas personas que trabajarán juntas para satisfacer sus necesidades, como proveedores, especialistas y programas comunitarios en los que participe. El equipo lo conectará con la comunidad y recursos de apoyo social que podrían ayudarlo. El trabajo de su equipo de atención médica es asegurarse de que las personas adecuadas sean parte de su atención para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Trabajaremos juntos para brindarle apoyo. Si por algún motivo su coordinador de atención médica asignado cambia, el coordinador de atención médica actual le notificará con anticipación o recibirá un aviso mediante el portal para miembros.

Es posible que necesite un plan de atención médica

Usted y su equipo de atención médica asignado decidirán si es necesario un plan de atención médica. Este plan le ayudará a satisfacer sus necesidades y está hecho con usted, su equipo de atención y proveedores. Su plan enumerará apoyos y servicios necesarios para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Este plan aborda necesidades médicas, odontológicas, culturales, del desarrollo, del comportamiento y sociales para que

obtenga resultados positivos de salud y bienestar. El plan se revisará y actualizará al menos anualmente y a medida que sus necesidades cambien o si solicita una revisión y actualización. Usted, sus representantes y sus proveedores obtendrán una copia de su plan de atención médica. Si desea solicitar copias adicionales, comuníquese con Servicio al cliente.

Usted, un representante autorizado o un proveedor puede solicitar una copia de su plan de atención médica o solicitar el desarrollo de un plan de atención por parte de Columbia Pacific CCO.

Horarios de coordinación de la atención médica e información de contacto

Los servicios de Care Coordination están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

- Todos los afiliados a Columbia Pacific tienen designado un equipo de Care Coordination, conocido como su equipo de atención regional. Usted recibirá un paquete de bienvenida que explica cómo contactar a su equipo de atención regional. Este equipo puede apoyarle en coordinar servicios.
- Llame a Servicio al Cliente de Columbia Pacific CCO al 855-722-8206 para obtener más información acerca de Care Coordination.

Afiliados con Medicare

Usted también puede recibir asistencia con sus beneficios de OHP y Medicare. El personal del equipo de Care Coordination de Columbia Pacific CCO trabaja con usted, sus proveedores, su plan Medicare Advantage y/o su cuidador. Nos asociamos con estas personas para brindarle servicios sociales y de soporte, tales como servicios específicos culturalmente basados en la comunidad.

Sus beneficios

Cómo Oregon decide lo que OHP cubrirá

Como un afiliado de OHP, muchos servicios están disponibles para usted. Oregon decide qué servicios pagar con base en la **Prioritized List of Health Services** (**Lista Priorizada de Servicios de Salud)**. Esta lista está compuesta por diferentes afecciones médicas (llamadas diagnósticos) y los tipos de procedimientos para tratar las enfermedades. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos ordinarios trabajan juntos para elaborar la lista. Este grupo es conocido como Oregon Health Evidence Review Commission (HERC por sus siglas en inglés. Comisión de Revisión de Evidencia de Salud de Oregon). Son nombrados por la gobernadora.

La lista contiene combinaciones de todas las enfermedades y sus tratamientos. Estas son conocidas como parejas de enfermedades/tratamientos.

Las parejas de enfermedades/tratamientos están clasificadas en la lista en función a qué tan grave es cada enfermedad y qué tan efectivo es cada tratamiento.

Para afiliados de 21 años de edad y mayores:

No todas las parejas de enfermedades y tratamientos están cubiertas por OHP. Existe un punto de referencia en la lista denominado “la línea” o “el nivel de cobertura de pago.” Las parejas arriba de la línea están cubiertas, mientras que las parejas debajo de la línea no lo están. Algunas enfermedades y tratamientos arriba de la línea tienen ciertas reglas y es posible que no estén cubiertas.

Para afiliados menores de 21 años:

Servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados pueden estar cubiertos, con base en sus requerimientos particulares y su historial médico. Ello incluye conceptos “debajo de la línea” en la lista priorizada, así como servicios que no aparecen en dicha lista, como Equipo Médico Duradero. Consulte la página 55 para más información en la cobertura para afiliados menores de 21 años.

Para más información acerca de la Lista Priorizada visite ***link.careoregon.org/ohp-prioritized-list***

Acceso directo

Usted cuenta con “acceso directo” a proveedores cuando no requiere una referencia o preautorización para un servicio. Siempre tiene acceso directo a servicios de emergencia y urgencias. Los siguientes cuadros mencionan servicios que son de acceso directo y no requieren de una referencia o preautorización.

No se requiere referencia o preautorización

Usted no requiere una referencia o preautorización para algunos servicios. Esto se llama acceso directo.

Estos servicios no requieren una referencia o preautorización:

- Servicios de emergencia (para salud física, odontológica o del comportamiento) disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
- Servicios de atención de urgencia (para salud física, odontológica o del comportamiento) disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
- Servicios de salud para la mujer (para atención de rutina y preventiva)
- Pruebas de abuso sexual
- Valoraciones de salud del comportamiento y servicios de evaluación
- Servicios de salud del comportamiento ambulatorios y entre iguales (de un proveedor dentro de la red)
- Servicios de Care Coordination (disponibles para todos los afiliados)

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 38.

Obtener preautorización (a veces se conoce como “autorización previa”)

Algunos servicios, como los de cirugía u hospitalización, requieren autorización antes de recibirlos. Esto es para asegurar que la atención es médicamente necesaria y adecuada para usted. Su proveedor se encargará de ello. Es posible que en ocasiones su proveedor nos envíe información para respaldar que usted reciba el servicio. Incluso si no es necesario que el proveedor nos envíe información, es posible que Columbia Pacific CCO aún deba revisar su caso por motivos médicos.

Usted debe saber que estas decisiones se basan únicamente en determinar si la atención médica o servicio es adecuada(o) para usted y si está cubierta(o) por Columbia Pacific. Columbia Pacific no recompensa a proveedores o cualquier otra persona por emitir negaciones de cobertura o atención médica. Jamás se proporciona dinero adicional a cualquier persona quien tome la decisión de negar una solicitud de atención médica. Contacte a Servicio al Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 si usted:

- Tiene preguntas
- Requiere acceso a nuestro Utilization Management department (Departamento de Administración de la Utilización)
- Necesita una copia de las guías clínicas

Usted podría no recibir el servicio si éste no es aprobado. Revisamos las solicitudes de preautorización tan rápido como lo requiera su estado de salud. La mayoría de las decisiones de los servicios se toman dentro de los 14 días siguientes. En ocasiones una decisión puede llevar hasta 28 días. Ello únicamente sucede cuando estamos en espera de información adicional. Si usted o su proveedor considera que seguir el plazo estándar pone en peligro su vida, salud o capacidad para funcionar, podemos tomar una decisión más rápida que se conoce como “autorización de servicio acelerada”. Las decisiones de servicio urgente normalmente se toman en un plazo de 72 horas, aunque pudiera haber una prórroga de 14 días. Usted tiene el derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de una prórroga. Consulte la Página 90 para saber cómo presentar una queja.

Si necesita una preautorización para una prescripción, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas siguientes. Si requerimos más información para tomar la decisión, podría llevar 72 horas. Consulte la página 77 para obtener más información sobre recetas médicas.

Usted no requiere autorización para servicios de emergencia o de urgencia o para servicios de postratamiento de emergencia. Consulte la página 81 para información acerca de servicios de emergencia.

No se requiere una aprobación previa para estos servicios.

- **Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios o servicios prestados por colegas (dentro de la red)**
- **Evaluación de salud del comportamiento y servicios de evaluación**
- **Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias** (primeros 30 días)
- **Tratamiento comunitario asertivo y servicios de asistencia integral** (se requiere un examen de detección)

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 38.

Referencias del proveedor y referencias por cuenta propia

Con el fin de que usted reciba atención del proveedor adecuado, se podría requerir una referencia. Una **referencia** es una orden por escrito emitida por su proveedor indicando que se requiere un servicio. Por ejemplo: Si su proveedor de atención primaria (PCP) o su proveedor dental primario (PDP) no puede brindarle los servicios que usted requiere, puede referirlo hacia un especialista. Si se necesita una preautorización para el servicio, su proveedor solicitará a Columbia Pacific CCO su aprobación.

Si no hubiera un especialista cerca de donde usted vive o un especialista quien trabaje con Columbia Pacific (también llamado dentro de la red), es posible que se tenga que trabajar con el equipo de Care Coordination a fin de encontrar atención médica fuera de la red. Para consultar con un proveedor fuera de la red, debe trabajar con el Plan de salud de Oregón. No existe un costo adicional si esto ocurre.

Muchas veces su PCP/PDP pueden brindar los servicios que usted requiere. Si usted considera que puede necesitar una referencia hacia un especialista de atención médica, consulte a su PCP/PDP. Usted no requiere una referencia si tiene una emergencia.

Servicios que requieren una referencia

- Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por el consumo de sustancias (los primeros 30 días del tratamiento no requieren preautorización)
- Servicios de médicos especialistas

  Si usted requiere de atención médica especial, su equipo de atención médica puede trabajar en conjunto para darle acceso a médicos especialistas sin una referencia.

- **Servicios de asistencia integral**
- Si utiliza un proveedor de atención dental distinto a su dentista de atención primaria, es posible que requiera una referencia para servicios dentales:

- Exámenes orales
- Dentaduras parciales o completas
- Extracciones
- Endodoncias

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 38.

Algunos servicios no requieren una referencia de su proveedor. Esto se llama una referencia por cuenta propia.

Una **referencia por cuenta propia** significa que usted puede buscar en el directorio de proveedores el tipo de proveedor que le gustaría que lo atendiera. Usted puede llamar a ese proveedor para agendar una cita sin una referencia. Consulte más detalles acerca del directorio de proveedores en la página 27.

Servicios que pueden ser de referencia por cuenta propia:

- Citas con su PCP
- Atención por infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios de Traditional health worker
- Proveedores oftalmólogos de rutina dentro de la red
- Citas con su proveedor dental primario (PDP)
- Servicios de planificación familiar (incluidos fuera de la red)
- Servicios de salud mental por problemas con alcohol u otras drogas
- Assertive Community Treatment (ACT por sus siglas en inglés, Tratamiento Comunitario Asertivo)
- Servicios de salud del comportamiento (dentro de la red)

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 38.

Es posible que se requiera preautorización por un servicio cuando utilice una referencia por cuenta propia. Consulte a su PCP o contacte a Servicio al Cliente si tiene preguntas acerca de si se requiere una preautorización para recibir un servicio.

Símbolos clave en los cuadros de beneficios		
Servicios que requieren preautorización	**Servicios que requieren una referencia**	**No se requiere referencia o preautorización**

Algunos servicios requieren autorización antes de recibirlos. Su proveedor debe solicitar la aprobación a la CCO. Esto se conoce como preautorización.	Una referencia es una orden por escrito emitida por su proveedor indicando que se requiere un servicio. Usted debe solicitar la referencia al proveedor.	Usted no requiere una referencia o preautorización para algunos servicios. Esto se llama acceso directo.

Beneficios de salud física

Abajo se incluye una lista de beneficios médicos que están disponibles para usted sin ningún costo. Observe la columna de "Servicio" para saber cuántas veces usted puede recibir cada servicio de forma gratuita. Observe la columna "Cómo acceder" para saber si usted requiere obtener una referencia o preautorización para el servicio. Columbia Pacific CCO coordinará servicios de manera gratuita si usted requiere apoyo.

Un asterisco (*) en el cuadro de beneficios significa que es un servicio que es posible que esté cubierto por arriba de los límites para afiliados menores a 21 años, si médicamente es necesario y adecuado. Consulte la página 64 para más información.

Para ver un resumen de los beneficios y la cobertura de OHP, visite OHP.Oregon.gov/Benefits. Puede recibir un documento o copia electrónica del resumen si llama al 800-273-0057.

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Care coordination services (Servicios de coordinación de atención) Los coordinadores de atención escuchan sus necesidades, y se aseguran de que sus proveedores se comuniquen entre sí, y apoyan con suministros y servicios adicionales. Sin límite, frecuencia e intensidad con base en la situación/necesidad. Consulte la página 30 para más información.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Comfort care Comfort Care (Cuidados Paliativos) ayudan a aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida en personas quienes tienen una enfermedad terminal o se encuentran en etapa terminal. Algunos ejemplos podrían ser reducir la cantidad de pruebas, medicamentos que ayudan con el dolor, y brindar soporte emocional. Tal y como se recomiende.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de Hospice Los servicios de Hospice (Servicios de Cuidados Paliativos) son la atención médica diseñada para la etapa final de la vida de		

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
una persona. Los servicios de Hospice están cubiertos para afiliados quienes han sido certificados como enfermos terminales. Algunos ejemplos podrían ser atención y cuidados en el hogar, medicamentos que ayudan con el dolor, y servicios sociales. Con base en las guías de OHP, llame a Servicio al Cliente para más detalles.	Se requiere preautorización	
Servicios de diagnóstico y laboratorio Estos servicios ayudan a encontrar un diagnóstico. Algunos ejemplos podrían ser análisis de sangre y orina, y rayos-X. Tal y como se recomiende. Consulte a su PCP o proveedor de salud mental. Consulte con su PCP acerca de las extracciones de sangre y rayos-X. Se requiere autorización para tomografías computarizadas (CT por sus siglas en inglés) o resonancias magnéticas (MRI por sus siglas en inglés). Los servicios están sujetos a las Guías de Diagnóstico sobre la Prioritized List of Health Services	Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios	Todos los afiliados
Durable medical equipment Durable medical equipment (DME por sus siglas en inglés, equipo médico duradero) incluye suministros y equipo que no se desgasta. Algunos ejemplos podrían ser caminadoras, suministros para diabéticos y prótesis. Con base en las guías de OHP, llame a Servicio al Cliente.	Se requiere preautorización para algunos equipos	Todos los afiliados
Servicios de Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT por sus siglas en inglés, Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos) EPSDT cubre todos los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados para miembros menores de 21 años, incluyendo detecciones y evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental. Algunos ejemplos podrían ser visitas del niño sano, vacunas, atención dental y más. Consulte la página 63 para más información.	No se requiere referencia ni aprobación previa para control infantil, pruebas de detección y algunas evaluaciones.	Afiliados de 0-20 años de edad

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
	Es posible que se requieran referencias o aprobaciones previas para otros servicios.	
Cirugías/procedimientos electivos Estas son cirugías y procedimientos que usted elige tener— esto es, médicamente no son necesarios — y pueden programarse con anticipación. Algunos ejemplos podrían ser cirugía plástica, eliminación de verrugas y lunares, y algunas prótesis articulares. Contacte a Servicio al Cliente acerca de los límites.	Se requiere preautorización o referencia	
Transportación médica de emergencia Un ejemplo de este tipo de transportación es una ambulancia. Le puede llevar a un hospital o con un proveedor cuando tenga una emergencia. Sin límite.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de emergencia Esto es ayuda médica inmediata, con frecuencia en un hospital, cuando usted tiene una emergencia, o cuando se requiere atención médica urgente o el consultorio de su proveedor no está disponible. Algunos ejemplos podrían ser problemas para respirar o hemorragias que no se detienen. Sin limite; sin cobertura fuera de los EE.UU. o en territorios de los EE.UU.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de planificación familiar Estos servicios le ayudan a planificar la procreación de hijos (o la decisión de no tenerlos), incluyendo el número de los hijos y el momento de tenerlos. Sin límite. Algunos ejemplos son controles natales y pruebas anuales.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Atención de afirmación de género Esta atención apoya a personas quienes requieren un tratamiento relacionado con su transición de género o disforia (sensación de incomodidad o algo equivocado). Algunos	Se requiere una referencia o	Todos los afiliados.

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
ejemplos podrían ser supresión de la pubertad, visitas a médicos de atención primaria y especialistas, consultas de salud mental, terapia hormonal, análisis de laboratorio y algunas cirugías. La cobertura se basa en las guías de OHP y ciertos requisitos deben cumplirse para recibir los servicios.	preautorización para algunos servicios	
Servicios auditivos * Estos servicios incluyen pruebas auditivas o apoyos para que usted escuche mejor, tales como audiología y aparatos auditivos. Los afiliados de 21 años de edad y mayores quienes cumplan con los requisitos están limitados a un aparato auditivo cada cinco años (pudieran ser autorizados dos si se cumplen ciertos requisitos). Los afiliados menores de 21 años quienes cumplan con los requisitos tienen derecho a dos aparatos auditivos cada tres años, o según sea médicamente necesario.	Se requiere preautorización preautorización	Todos los afiliados
Home health services (Servicios de atención médica a domicilio) Estos servicios son proporcionados en su domicilio, con frecuencia durante una enfermedad o después de una lesión. Algunos ejemplos podrían ser terapias físicas y ocupacionales. Los límites se determinan con base en las guías de OHP. Llame a Servicio al Cliente para más detalles.	Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Inmunizaciones y vacunas para viajes Vacunas que ayudan a mantenerle saludable — como la anual contra la gripe o refuerzos contra COVID — o aquéllas que usted pueda necesitar antes de un viaje. No existe límite para las vacunas recomendadas por Centers for Disease Control and Prevention (CDC por sus siglas en inglés, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades).	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de hospitalización La atención que recibe cuando está internado. El número de días se determina con base en la aprobación de su plan de salud. Algunos ejemplos de por qué alguien podría requerir hospitalización serían rotura de huesos, quemaduras graves, y algunos tratamientos para enfermedades crónicas. La	Se requiere preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
aprobación se realiza basándose en si el servicio requerido está cubierto o si es médicamente necesario/adecuado.		
Servicios de intérpretes Alguien que pueda interpretar el idioma de su elección y le acompañe a sus citas médicas, en llamadas para atención médica, o para otros requerimientos relacionados con atención médica. Sin límite.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de maternidad Ejemplos de atención de maternidad incluyen visitas prenatales con su proveedor, atención al recién nacido (los primeros 28 días después del nacimiento), nacimiento y parto, y atención postparto (atención para la madre por hasta seis meses posteriores al nacimiento). Sin límite.	Sin referencia o preautorización	Afiliadas embarazadas
Servicios Non-emergent medical transportation (NEMT por sus siglas en inglés, Transporte médico para casos que no son de emergencia) Estos servicios le apoyan para acudir a sus citas de atención médica. Algunos ejemplos podrían ser reembolso de millas, abonos de transporte, y traslados. Consulte la página 69 para más información, incluyendo detalles acerca de estos servicios.	Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Servicios de hospitalización ambulatorio Servicios médicamente necesarios en un hospital que no requieren que usted pase la noche en el hospital. Algunos ejemplos podrían ser quimioterapias, radiación, y tratamientos para el dolor. Tal y como se recomiende. Estos servicios están sujetos a la Prioritized List of Health Services	Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios	Todos los afiliados
Cuidados paliativos **La atención para miembros con enfermedades graves, que pueden incluir servicios como coordinación de la atención médica, servicios de salud mental, servicios de trabajo social, servicios de atención espiritual, control del dolor y síntomas y soporte telefónico clínico las 24 horas.**	Se necesitan referencias	Miembros con una enfermedad grave y pronóstico terminal

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Servicios farmacéuticos (medicamentos prescritos) Los medicamentos que usted requiere tomar para ayudarle a mantener o mejorar su salud. Muchos medicamentos están disponibles con una prescripción. Una lista completa de medicamentos prescritos puede encontrarse en nuestro listado en ***colpachealth.org/druglist***. Es posible que requiera una autorización además de su prescripción. Su médico se lo hará saber. Algunos medicamentos para la salud mental son pagados por OHP. Éstos no son pagados por Columbia Pacific CCO como otros medicamentos prescritos. Su farmacéutico sabrá a dónde enviar la factura. Pregunte a su proveedor acerca de cuáles prescripciones están cubiertas.	Se requiere prescripción	Todos los afiliados
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje Estos servicios le ayudan a recuperar las funciones normales del movimiento y del habla. Un total de 30 visitas por año de terapia de rehabilitación y un total de 30 visitas por año de terapia de habilitación (terapia física, ocupacional y del lenguaje) están cubiertas cuando sean médicamente adecuadas. Es posible que visitas adicionales puedan ser aprobadas con base en la Guía de OHP y las necesidades médicas. Se pueden autorizar visitas adicionales, sin superar las 30 visitas al año de terapia de rehabilitación y 30 visitas al año de terapia de habilitación, en casos de una lesión aguda nueva, cirugía u otro cambio significativo en el estado funcional. Los menores de 21 años pueden tener visitas adicionales autorizadas más allá de estos límites si es médicamente apropiado*. La masoterapia (CPT 97124), quiropráctica y acupuntura están incluidas en estos límites de servicio.	Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Servicios preventivos Servicios preventivos son citas para mantenerle sano antes de que se enferme. Algunos ejemplos podrían ser: exámenes físicos, detecciones (cáncer, etc.), prevención de diabetes, consejos nutricionales, servicios para dejar de fumar, etc.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Visitas a su proveedor de atención primaria (PCP) Su PCP es quien mejor conoce su salud, y es con frecuencia el primer proveedor a quien usted consulta cuando está enfermo. Algunos ejemplos de visitas al PCP podrían ser chequeos médicos normales, problemas médicos no urgentes, y atención preventiva. Sin límite, pero usted debe estar asignado a un PCP. Consulte la página 27 para más información.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Pruebas de abuso sexual Se presentan después de que ocurre un abuso sexual, y con frecuencia incluyen exámenes físicos y pruebas de laboratorio. Usted tiene acceso directo a estas pruebas. Consulte la página 33 para más detalles.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de médicos especialistas Son servicios que van más allá de la atención de rutina que usted recibe de su PCP. Algunos ejemplos podrían ser un cardiólogo para problemas cardíacos, un ortopedista para problemas de huesos, o un endocrinólogo para problemas de hormonas o diabetes grave. La cobertura se basa en las guías de OHP y ciertos requisitos deben cumplirse para recibir los servicios.	Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios	Todos los afiliados. parapara aquellas personas con necesidades s de atención médica especial o el programa Long-Term Services and Supports (LTSS, Servicios y apoyos a largo plazo), hable con la coordinación de la atención médica para obtener acceso directo a especialistas.)
Intervenciones quirúrgicas Existen muchos tipos de cirugías que pueden ser médicamente necesarias. Algunos ejemplos podrían ser cirugías del corazón, extirpación de tumores, o cirugías para reparar huesos rotos. La cobertura se basa en las guías de OHP y ciertos requisitos	Se requiere preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
deben cumplirse para recibir los servicios. Contacte a Servicio al Cliente para conocer los límites.		
Servicios de Telehealth Telehealth (Telesalud) incluye citas por video, correo electrónico, llamadas telefónicas, o por medio de dispositivos como teléfonos inteligentes, tabletas o computadoras. Consulte la página 66 para más información.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de Traditional Health Workers (THW, Trabajadores tradicionales de la Salud) Estos servicios ofrecen ayuda de alguien con experiencias de vida similares. Algunos ejemplos de THWs podrían ser doulas (acompañantes durante partos), trabajadores de salud comunitarios, especialistas en bienestar entre iguales y asistentes en salud personal. Consulte la página 67 para más información.	**No se necesitan referencias**	Todos los afiliados
Servicios de atención urgente Son los servicios médicos que usted recibe cuando su PCP u otro proveedor normal no están disponibles, y su necesidad es más urgente. Sin límite. Consulte la página 79 para más información.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de salud para la mujer (adicionales al PCP) para atención de rutina y cuidados preventivos Algunos ejemplos de servicios de salud para la mujer podrían ser mamografías, terapia hormonal, y ginecología. La cobertura se basa en las guías de OHP y ciertos requisitos deben cumplirse para recibir los servicios.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios rutinarios de la vista * No embarazadas (21 años y mayores) están cubiertas para: • Exámenes rutinarios de la vista cada 24 meses • Exámenes médicos de la vista cuando se requieran • Lentes correctivos/accesorios para ciertas afecciones Afiliados menores de 21 años*, adultas embarazadas, adultas hasta 12 meses después del parto están cubiertos para:	Contacte a Servicio al Cliente	Afiliados y afiliadas embarazadas Tal y como se recomiende para todos los demás Es posible que se requiera referencia o

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
• Exámenes rutinarios de la vista cuando se requieran, y al menos cada 24 meses • Exámenes médicos de la vista cuando se requieran • Lentes correctivos/accesorios cuando se requieran Algunos ejemplos de afecciones médicas de la vista podrían ser afaquia, queratocono o aquéllas que se presenten después de cirugías de cataratas		preautorización para el tratamiento de algunas afecciones

La tabla en la parte superior no es una lista completa de servicios que requieren preautorización o referencia. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Columbia Pacific CCO Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Beneficios de atención de salud del comportamiento

Abajo se incluye una lista de beneficios de salud del comportamiento que están disponibles para usted sin ningún costo. Salud del comportamiento significa salud mental, consumo de sustancias y tratamiento por problemas con apuestas. Observe la columna de "Servicio" para saber cuántas veces usted puede recibir cada servicio de forma gratuita. Observe la columna "Cómo acceder" para saber si usted requiere obtener una referencia o preautorización para el servicio. Columbia Pacific CCO coordinará servicios de manera gratuita si usted requiere apoyo.

Un asterisco (*) en el cuadro de beneficios significa que es un servicio que es posible que esté cubierto por arriba de los límites para afiliados menores a 21 años, si médicamente es necesario y adecuado. Consulte la página 61 para más información.

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Care coordination services (Servicios de coordinación de atención) Los coordinadores de atención escuchan sus necesidades, y se aseguran de que sus proveedores se comuniquen entre sí, y apoyan con suministros y servicios adicionales. Sin límite, frecuencia e intensidad con base en la situación/necesidad. Consulte la página 30 para más información.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Assertive Community Treatment (ACT por sus siglas en inglés, Tratamiento Comunitario Asertivo) ACT es un servicio comunitario para personas con enfermedades mentales graves y duraderas. Algunos ejemplos de ACT podrían ser intervención de crisis, tratamiento por el consumo de sustancias y servicios de apoyo al empleo. No existen límites para los afiliados para recibir servicios de ACT.	Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Wraparound services (Servicios integrales) Estos servicios integran a las personas o familias para atender múltiples tipos de necesidades, como atención médica, necesidades sociales, y más. Un ejemplo de servicios integrales podría ser un proceso impulsado por la familia, guiado por los jóvenes, en el cual un coordinador de atención organiza apoyo en la vida de los jóvenes. Esto podría incluir familia, amigos, vecinos y coaches, o apoyo profesional como un terapeuta o trabajador de bienestar infantil. No existen límites para los afiliados.	Se requiere referencia	Niños y jóvenes quienes cumplan con los requisitos médicos
Valoraciones de salud del comportamiento y servicios de evaluación Esto puede incluir preguntas, pruebas mentales y físicas, y otras formas a través de las cuales los proveedores conocen a los pacientes y sus posibles afecciones de salud mental, como juego o consumo de sustancias.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Psychiatric Residential Treatment Services (PRTS por sus siglas en inglés, Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico) para salud del comportamiento Estos servicios ofrecen un lugar donde los afiliados pueden permanecer a corto o largo plazo mientras reciben tratamiento de salud mental. Contacte a Servicio al Cliente acerca de los límites.	Se requiere referencia y detección	Jóvenes menores de 21 años

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Tratamiento residencial por consumo de sustancias y servicios de desintoxicación Estos servicios ofrecen un lugar donde los afiliados pueden permanecer a corto o largo plazo mientras reciben tratamiento por el consumo de sustancias. Sin límite.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Medication-Assisted Treatment (MAT por sus siglas en inglés, Tratamiento asistido con medicamentos) para Substance Use Disorder (SUD por sus siglas en inglés, trastorno por abuso de sustancias) Este tratamiento utiliza medicamentos, orientación y otras terapias para ayudar a tratar el consumo de sustancias. No se requiere preautorización por los primeros 30 días de tratamiento.	Se necesitan referencias	Todos los afiliados
Servicios de salud del comportamiento ambulatorios y entre iguales (de un proveedor dentro de la red) Prestados por un proveedor dentro de nuestra red, que no requieren permanecer en un hospital. Algunos ejemplos de estos servicios podrían ser orientación, terapia y servicios de apoyo entre iguales.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de especialistas de salud del comportamiento Estos son servicios especiales para ciertas necesidades en tratamientos de salud mental o por el consumo de sustancias. Algunos ejemplos de especialistas de salud del comportamiento serían psiquiatría, psicólogos, musicoterapeutas y trabajadores sociales.	Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Servicios de substance use disorder (SUD por sus siglas en inglés, Trastornos por abuso de sustancias) Estos son servicios que ayudan a tratar el consumo de sustancias, como desintoxicación, comunidades terapéuticas, y orientación. Es posible que se requiera preautorización para proveedores fuera del área.	Es posible que se requiera preautorización y referencia	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Servicios ambulatorios para el tratamiento de problemas de juego Estos servicios pueden incluir orientación, terapia de habilidades, y grupos de apoyo.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios Non-Emergent Medical Transportation (NEMT por sus siglas en inglés, Transporte médico para casos que no son de emergencia) Estos servicios incluyen reembolso de millas, abonos de transporte, y traslados a sus citas de atención médica. Consulte la página 69 para más información, incluyendo detalles acerca de estos servicios.	Se requiere preautorización y referencia	Todos los afiliados

La tabla en la parte superior no es una lista completa de servicios que requieren preautorización o referencia. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Columbia Pacific CCO Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Beneficios dentales

Todos los afiliados en Oregon Health Plan tienen cobertura dental. OHP cubre limpiezas anuales, rayos-X, obturaciones, y otros servicios que mantienen sus dientes sanos.

Unos dientes sanos son importantes a cualquier edad. Estos son algunos puntos importantes acerca de su atención dental:

- Puede ayudar a prevenir dolor.
- Unos dientes sanos también mantienen su corazón y su cuerpo sanos.
- Usted debe visitar a su dentista una vez al año.
- Cuando usted está embarazada, mantener sus dientes y encías sanos puede proteger la salud de su bebé.
- Solucionar problemas dentales puede ayudarlo a controlar su nivel de azúcar en la sangre.
- Los niños deben tener su primera revisión dental a la edad de 1 año.
- Infecciones en su boca pueden expandirse a su corazón, cerebro y cuerpo.

Su Proveedor Dental Primario (PDP) puede referirlo con un especialista para ciertos tipos de atención. Los tipos de especialistas dentales incluyen:

- Endodoncistas (para endodoncias)

- Pediodoncista (para adultos con necesidades especiales, y niños)
- Periodoncista (para las encías)
- Ortodoncista (para frenos o brackets)
- Cirujanos bucales (para extracciones que requieren sedación o anestesia general).

Por favor consulte la tabla en la parte inferior que incluye los servicios dentales que están cubiertos. Todos los servicios cubiertos son gratuitos en la medida en que su proveedor decida que usted los necesita. Observe la columna de "Servicio" para saber cuántas veces usted puede recibir cada servicio de forma gratuita. Observe la columna "Cómo acceder" para saber si usted requiere obtener una referencia o preautorización para el servicio.

Un asterisco (*) en el cuadro de beneficios significa que es un servicio que es posible que esté cubierto por arriba de los límites para afiliados menores a 21 años, si médicamente es necesario y adecuado. Consulte la página 63 para más información.

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Care coordination services (Servicios de coordinación de atención) Los coordinadores de atención escuchan sus necesidades, y se aseguran de que sus proveedores se comuniquen entre sí, y apoyan con suministros y servicios adicionales. Sin límite, frecuencia e intensidad con base en la situación/necesidad. Consulte la página 30 para más información.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Atención dental de emergencia y urgente Ejemplos: Dolor extremo o infección, hemorragia o inflamación, lesiones en dientes o encías. Sin límite.	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Revisiones bucales * Los proveedores dentales revisan la salud de sus dientes y encías, y llevan a cabo detecciones de cáncer bucal. Afiliados menores de 21 años: Dos veces al año. Todos los demás afiliados: Una vez al año, o más con cobertura si médicamente es necesario y dentalmente adecuado.	Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Todos los afiliados
Limpiezas bucales * Higienistas dentales limpian sus dientes y encías. Afiliados	Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
menores de 21 años: Dos veces al año. Todos los demás afiliados: una vez al año.	si consulta a su proveedor dental primario	
Barniz de fluoruro * Los proveedores dentales aplican una fina capa de fluoruro en sus dientes para protegerlos. Afiliados menores de 21 años: Dos veces al año. Para afiliados de 21 años de edad y mayores: Una vez al año. Cualquier afiliado de alto riesgo: Hasta cuatro veces al año.	Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Todos los afiliados
Rayos-X bucales * Rayos-X o radiografías que se aplican en su boca para ayudar a los proveedores a obtener una visión más profunda de sus dientes. Una vez al año, o más con cobertura si médicamente es necesario y dentalmente adecuado.	Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Todos los afiliados
Selladores dentales * Una fina capa de plástico utilizada para rellenar los surcos en sus molares. Menores de 16 años, en molares: Una vez cada cinco años.	Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Menores de 16 años
Obturaciones Material plateado o de color del diente utilizado para rellenar cavidades. Sin límite. El reemplazo de un relleno de coloración dental para un diente no visible al sonreír se limita a uno cada 5 años.	Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Todos los afiliados
Dentaduras parciales o completas Las dentaduras son dientes postizos. Las dentaduras parciales rellenan el espacio de dientes que se han perdido. Las dentaduras completas son utilizadas cuando usted pierde la	Se requiere	Afiliados de 16 años o mayores

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
totalidad de sus dientes superiores e inferiores. Parcial: Una vez cada cinco años. Dentaduras completas: Una vez cada 10 años. Solo disponible para afiliados que cumplen requisitos o incidencias, contacte a su plan de salud dental para más detalles	preautorización	
Coronas dentales * Las coronas dentales son fundas para dientes dañados. Los beneficios varían por tipo de corona dental, atención específica que requieren los dientes, edad, y estado del embarazo. Consulte su plan de salud dental. Las coronas no están cubiertas para todos los dientes. Se cubren cuatro coronas cada 7 años.	Se requiere preautorización	Afiliadas embarazadas o menores de 21 años
Extracciones Extraer un diente que necesita ser removido para mantenerle sano. Es posible que se requiera autorización para las muelas del juicio, así como para otras extracciones.	Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Endodoncias * Una endodoncia es un proceso que repara los dientes con caries o infectados. Menores de 21 años: No se cubren los terceros molares (muelas del juicio). Afiliadas embarazadas: Se cubren los primeros molares. Todos los demás afiliados: Sólo en dientes frontales y premolares.	Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Ortodoncia En casos como labio leporino y paladar hendido, o cuando el habla, la masticación y otras funciones se ven afectadas. Debe obtener aprobación de su dentista y no tener caries o enfermedades de las encías.	Se requiere preautorización	Menores de 21 años:
Servicios Non-Emergent Medical Transportation (NEMT por sus siglas en inglés, Transporte médico para casos que no son de emergencia) Estos servicios incluyen reembolso de millas, abonos de transporte, y traslados a sus citas de atención médica.	Se requiere preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Consulte la página 69 para más información, incluyendo detalles acerca de estos servicios.		

La tabla en la parte superior no es una lista completa de servicios que requieren preautorización o referencia. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Miembros de programas dentales para Veteranos y afiliados al Compact of Free Association (COFA por sus siglas en inglés, Pacto de Libre Asociación)

Si usted está afiliado a un Programa Dental para Veteranos o un Programa Dental COFA ("OHP Dental"), Columbia Pacific CCO **únicamente** proporciona beneficios dentales y traslados gratuitos (NEMT) para citas dentales.

OHP y Columbia Pacific no proporcionan acceso a servicios de salud física o salud del comportamiento o traslados gratuitos para estos servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura y los beneficios que están disponibles, contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

OHP Bridge para adultos con ingresos más altos

OHP Bridge es un paquete de beneficios nuevo del Plan de Salud de Oregón (OHP) que cubre a adultos con ingresos más altos. Las personas que obtengan OHP Bridge deben:

- Tener de 19 a 65 años de edad;
- Tener un ingreso entre 138 % y 200 % del nivel de pobreza federal (FPL);
- Tener un estado de ciudadanía o inmigración eligible para calificar; y,
- No tener acceso a ningún otro seguro de salud asequible.

Averigüe más sobre la elegibilidad para OHP Bridge en *OHP.Oregon.gov/bridge*

OHP Bridge es casi lo mismo que OHP Plus.

Los dos paquetes de beneficios son casi lo mismo. Hay muy pocas cosas que OHP Bridge no cubre. Para aprender más sobre lo que OHP Bridge no cubre, por favor vea la tabla a continuación.

OHP Bridge cubre	OHP Bridge no cubre

• Cuidado médico, dental y conductual
  ○ Averigüe más en la página 40
• Ayuda con viajes a citas de salud
  ○ Averigüe más en la página 69
	• Servicios y apoyo a largo plazo
	• Necesidades sociales relacionadas con la salud
	  ○ Averigüe más en la página 56

OHP Bridge es gratis para los miembros.
Al igual que OHP Plus, OHP Bridge es gratis para los miembros. Esto significa que no hay primas, ni copagos, ni coseguros ni deducibles.

Puede que los miembros de OHP con cambios en sus ingresos sean trasladados a OHP Bridge de forma automática.
Si ahora tiene OHP, no tiene que hacer nada para obtener OHP Bridge. Si usted reporta un ingreso más alto cuando renueve su plan con OHP, puede que sea trasladado a OHP Bridge.

Las personas que no tienen OHP ahora mismo pueden aplicar para OHP Bridge.
Vaya a Benefits.Oregon.gov para aplicar. También puede usar ese enlace para obtener información sobre cómo puede hacer la aplicación en persona, obtener ayuda en su proceso de aplicación o cómo obtener una solicitud de aplicación por escrito. Para aplicar por teléfono, llame al Centro de Servicio al Cliente de ONE al -800-699-9075 (número gratuito, todas las llamadas de retransmisión son aceptadas).

Servicios pagados por OHP

Columbia Pacific paga su atención médica, aunque existen algunos servicios que no cubrimos. Éstos siguen estando cubiertos y serán pagados por el programa Fee-For-Service (Pago-Por-Servicio) de Oregon Health Plan. En ocasiones las CCOs denominan a estos servicios como beneficios “no cubiertos”. Existen dos tipos de servicios que OHP paga directamente:

1. Servicios donde usted recibe Care Coordination de parte de Columbia Pacific.
2. Servicios donde usted recibe Care Coordination de parte de OHP.

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN, por sus siglas en inglés) son necesidades sociales y económicas que afectan su capacidad de estar sano y sentirse bien. Estos servicios ayudan a los miembros que están atravesando grandes cambios en sus vidas. Obtenga más información en: https://www.oregon.gov/OHA/HSD/Medicaid-Policy/Pages/HRSN.aspx

Pregunte a Columbia Pacific CCO cuáles son los beneficios gratuitos de HRSN que están disponibles. Estos beneficios incluyen:

- Servicios de vivienda: Ayudar con el alquiler y los servicios públicos, tarifas de almacenamiento, reformas y servicios de restauración en el hogar y servicios para brindarle apoyo como inquilino.
- Ayudas relacionadas con el clima: Ayudar a conseguir aires acondicionados, calefactores, dispositivos de filtración de aire, suministros de energía portátiles y frigobares relacionados con la salud.
- Servicios de nutrición: Ayudar a las personas a mantener una dieta saludable, incluida educación nutricional, fondos para comprar provisiones, comidas calientes o frutas y verduras, así como también entrega de comidas médicamente personalizadas para personas con condiciones médicas específicas.

Puede obtener algunos o todos los beneficios de las HRSN si es miembro de un OHP y se identifica con uno o más de los enunciados que se detallan a continuación:

- No tiene hogar o tiene un ingreso que es un 30 % o menos del ingreso medio del área, y no tiene recursos ni apoya redes para prevenir la situación de calle.
- Le dieron de alta de una institución para enfermedades mentales en los últimos 12 meses.
- Fue puesto en libertad en los últimos 12 meses.
- Está o estuvo involucrado en el sistema de prestaciones sociales infantiles de Oregón.
- Es un adulto joven con necesidades especiales de atención médica.

Además, debe cumplir con otros criterios. En caso de tener preguntas o si desea realizar una prueba de detección, comuníquese con Columbia Pacific CCO. Podemos ayudarlo a programar citas para recibir beneficios de HRSN.

Tenga en cuenta que para realizar pruebas de detección y obtener beneficios de HRSN, se deben recopilar sus datos personales y usar para referencias. Puede limitar la forma en que se comparte su información.

En caso de aprobarse, puede elegir cómo obtener dichos beneficios. Los beneficios de HRSN son gratuitos para usted, por lo que puede quedar excluido voluntariamente en cualquier momento. Si obtiene beneficios de HRSN, su equipo de coordinación de atención médica trabajará con usted para asegurarse de que se actualice su plan de atención. Consulte la página 30 para saber sobre coordinación de la atención médica y planes de atención. Tenga en cuenta que, si le niegan los servicios de HRSN, tiene derecho a apelar.

Notas importantes:

- Los viajes para recibir atención no se pueden usar para servicios de HRSN.
- OHP Bridge no cubre servicios de HRSN.

Servicios de Columbia Pacific Care Coordination

Columbia Pacific continúa brindando Care Coordination para algunos servicios. Servicios de Care Coordination significa que usted recibirá traslados gratuitos de NW Rides por servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para servicios no cubiertos.

Comuníquese con Columbia Pacific CCO para los siguientes servicios:

- Servicios de Planned Community Birth (PCB por sus siglas en inglés, Parto comunitario planificado) que incluyen atención prenatal y postparto para personas que tienen un embarazo de bajo riesgo, determinado conforme a la OHA Health Systems Division (División de Sistemas de Salud de la OHA). OHA es responsable de proporcionar y pagar por servicios primarios de PCB, incluyendo como mínimo, para los afiliados aprobados para PCBs, evaluación inicial del recién nacido, prueba de detección de manchas de sangre en el recién nacido, incluyendo el equipo de detección, atención durante el parto, visitas médicas prenatales y atención postparto.
- Long term Services and Supports (LTSS por sus siglas en inglés, Servicios y apoyos a largo plazo) no pagados por Columbia Pacific CCO.
- Servicios de Family Connects Oregon, que proporciona apoyo para familias con recién nacidos. Obtenga más información en ***familyconnectsoregon.org***.
- Apoyando a afiliados a tener acceso a servicios de salud del comportamiento. Algunos ejemplos de estos servicios son:
    - Ciertos medicamentos para algunas afecciones de salud del comportamiento.
    - Pago de grupo terapéutico a domicilio para afiliados menores de 21 años de edad.
    - Atención psiquiátrica a largo plazo (salud del comportamiento) para afiliados de 18 años de edad y mayores.
    - Atención personal en hogares de acogida para adultos para afiliados de 18 años y mayores.
- Y otros servicios.

Para más información o consultar una lista completa de estos servicios, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Servicios que paga OHP y proporciona Care Coordination

Comuníquese con OHP para los siguientes servicios:

- Servicios de Comfort care (hospicio) para afiliados quienes viven en centros de enfermería especializada.
- Servicios escolares que se prestan en virtud de Individuals with Disabilities Education Act (IDEA por sus siglas en inglés, Ley para la Educación de Personas con Discapacidades). Para niños quienes reciben servicios médicos en la escuela, como terapia de lenguaje.
- Exámenes médicos para determinar si usted califica para un programa de apoyo o planificación de casos.
- Servicios prestados a miembros de Healthier Oregon Program (programa Oregón más saludable)

- Abortos y otros procedimientos para poner fin al embarazo.
- Suicidio asistido por un médico bajo Oregon Death with Dignity Act (Ley de Muerte con Dignidad de Oregon) y otros servicios.

Contacte al equipo de Care Coordination Acentra de OHP al 800-562-4620 para más información y asistencia con estos servicios.

Usted puede continuar recibiendo traslados gratuitos de NW Rides para cualquiera de estos servicios. Consulte la página 69 para más información. Llame a NW Rides al 888-793-0439 o TTY 711 para agendar un traslado o para cualquier pregunta.

Objeciones de conciencia morales o religiosas

Columbia Pacific CCO no limita servicios en base a objeciones de conciencia morales o religiosas. Es posible que haya proveedores dentro de nuestra red que tengan objeciones morales o religiosas. Si tiene alguna pregunta sobre esto, llámenos al 855-722-8206. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que preste el servicio.

Acceso a la atención que usted necesita

Acceso significa que usted puede recibir la atención que necesite. Usted puede tener acceso a la atención de la forma que cumpla sus necesidades culturales y de idioma. Columbia Pacific CCO se asegurará de que su atención esté coordinada para satisfacer sus necesidades de acceso. Consulte la página 30 para obtener más información sobre coordinación de la atención médica.

Si Columbia Pacific CCO no trabaja con un proveedor quien cumpla con sus requerimientos de acceso, usted puede recibir estos servicios fuera de la red. Columbia Pacific se asegura que los servicios estén cerca de donde usted vive o cerca de donde usted desea recibir la atención. Esto significa que existen suficientes proveedores en el área y diferentes tipos de proveedores para que usted pueda elegir.

Llevamos un control de nuestra red de proveedores para asegurar que contamos con la atención primaria y de especialistas que usted necesita. También nos aseguramos de que usted tenga acceso a todos los servicios cubiertos en su área.

Columbia Pacific CCO sigue las reglas del estado respecto a qué tan lejos tendría usted que trasladarse para visitar a un proveedor. Las reglas son diferentes en función al proveedor que necesita visitar y el área donde usted vive. Proveedores de atención primaria son Nivel 1, lo que significa que estarán más cerca de usted que un especialista como un dermatólogo, que es Nivel 3. Si usted vive en un área remota, tomará más tiempo visitar a un proveedor respecto a si vive en un área urbana. Si necesita ayuda con el transporte hacia y desde sus citas, consulte la página 69.

Los cuadros en la parte inferior listan los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) en donde ellos están ubicados respecto a donde usted vive.

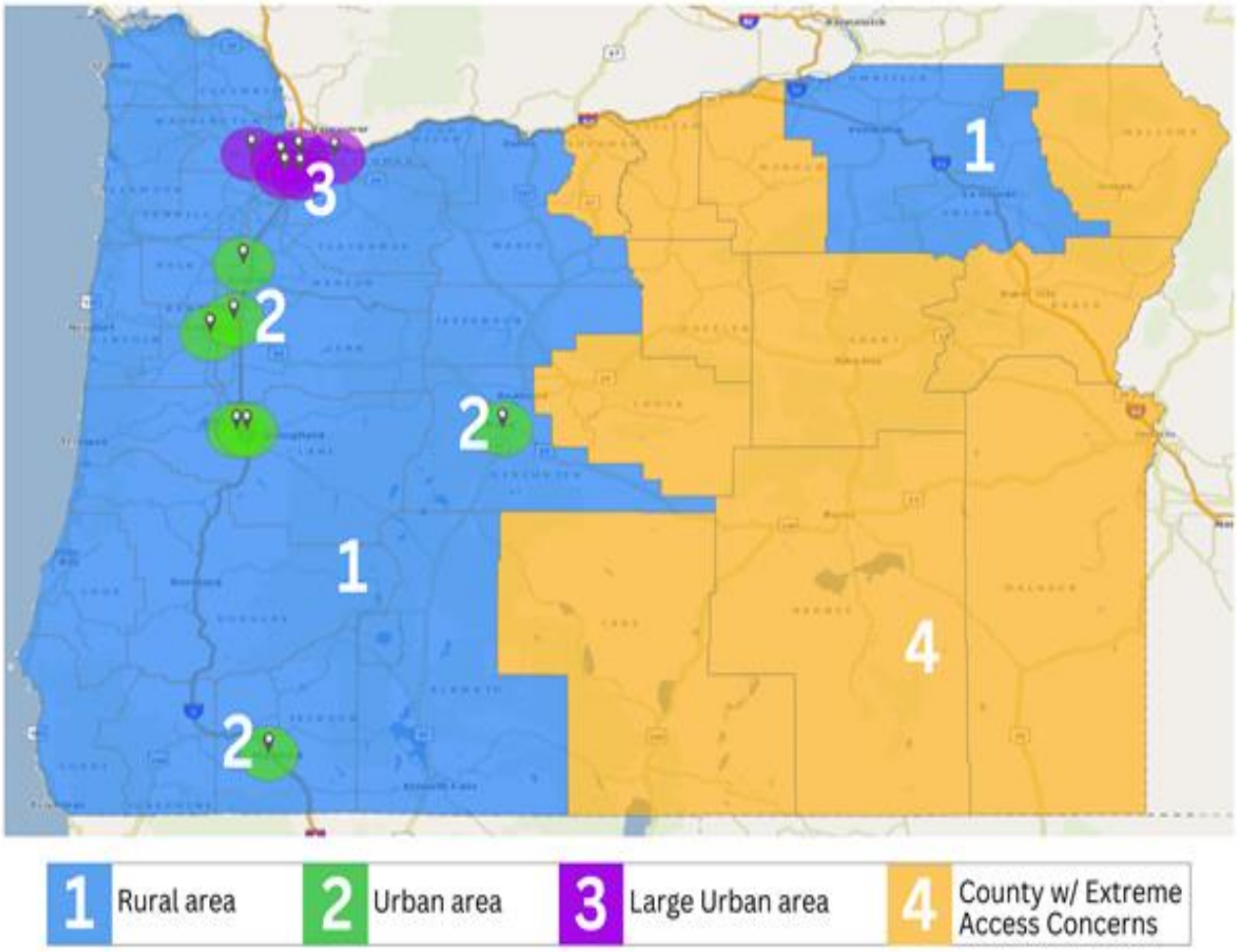
	Urbano grande	Urbano	Rural	Condado con problemas extremos de acceso
Nivel 1	10 minutos o 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos o 85 millas
Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45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

Para más información acerca de cuáles proveedores se ubican en los diferentes niveles, visite el sitio web de OHA's Network Adequacy en ***oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/network.aspx***

Tipos de área

- **Urbano grande (3):** Áreas urbanas conectadas, como arriba se define, 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.
- **Urbano (2):** Igual o menor de 10 millas de un centro de 40,000 habitantes o más.
- **Rural (1):** Mayor de 10 millas de un centro de 40,000 habitantes o más con una densidad de población del condado mayor a 10 personas por milla cuadrada.
- **Condado con problemas extremos de acceso (4):** Condados con 10 o menos personas por milla cuadrada.

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



Nuestros proveedores también se asegurarán de que usted tenga acceso físico, adaptaciones adecuadas y equipo accesible si usted tiene discapacidades físicas y/o mentales. Contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific CCO al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar adaptaciones. Los proveedores se aseguran además de que el horario de oficina sea el mismo para los afiliados de OHP y todos los demás.

Cuánto tiempo lleva recibir atención médica

Trabajamos con los proveedores para asegurar que usted será atendido, tratado o referido dentro del tiempo mencionado a continuación:

Tipo de atención	Período de tiempo
Atención médica física	
Citas regulares	Dentro de las siguientes cuatro semanas

Tipo de atención	Período de tiempo
Atención urgente	Dentro de las siguientes 72 horas o según se indique en la valoración médica inicial
Atención de emergencia	Inmediato o es referido a un departamento de emergencia dependiendo de su estado de salud
Atención bucal y dental para niños y personas no embarazadas	
Citas regulares para atención bucal	Dentro de las siguientes ocho semanas excepto si existe una razón clínica para esperar más tiempo
Atención urgente bucal	Dentro de las siguientes dos semanas
Servicios de emergencia dentales	Atendido o tratado en las siguientes 24 horas
Atención bucal y dental para mujeres embarazadas	
Atención rutinaria bucal	Dentro de las siguientes cuatro semanas excepto si existe una razón clínica para esperar más tiempo
Atención urgente dental	Dentro de la siguiente semana
Servicios de emergencia dentales	Atendido o tratado en las siguientes 24 horas
Salud del comportamiento	
Atención rutinaria de salud del comportamiento para población no prioritaria	Evaluaciones dentro de los siete días a partir de la solicitud, con una segunda cita agendada cuando clínicamente sea adecuado
Atención urgente de salud del comportamiento para toda la población	Dentro de las siguientes 24 horas
Atención especializada de salud del comportamiento para población prioritaria*	
Personas embarazadas, veteranos y sus familiares, personas con niños, cuidadores sin paga, familias, y niños de 0-5 años, afiliados con HIV/AIDS (por sus siglas en inglés, Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA) o tuberculosis, afiliados con riesgo de un primer episodio psicótico y la población con Intellectual or Developmental Disabilities (I/DD por sus	Evaluación e ingreso inmediato. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores con visitas, el tratamiento en el nivel adecuado de atención debe tener lugar dentro de los 120 días siguientes a partir del momento en que se incluye al paciente en una lista de espera.

Tipo de atención	Período de tiempo
siglas en inglés, Discapacidades Intelectuales o de Desarrollo)	
Consumidores de drogas IV (por sus siglas en inglés, intravenosas), incluyendo heroína	Evaluación e ingreso inmediato. La admisión para los servicios en un nivel de atención residencial es requerida dentro de los 14 días a partir de la solicitud, o, es colocada dentro de los siguientes 120 días cuando se pone en una lista de espera al no haber proveedores disponibles.
Trastorno por consumo de opiáceos	Evaluación e ingreso dentro de las siguientes 72 horas
Tratamiento con medicamentos	Lo más pronto posible, pero no más de 72 horas a partir de la evaluación e ingreso

* Para servicios de atención especializada de salud del comportamiento, si no se tiene habitación o un lugar disponible:

- Será puesto en una lista de espera.
- Usted recibirá otros servicios dentro de las siguientes 72 horas.
- Estos servicios serán provisionales hasta que exista una habitación o lugar disponible.

Si tiene alguna pregunta acerca de acceso a la atención, contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Beneficios integrales y preventivos para afiliados menores de 21 años

El programa Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT por sus siglas en inglés, Detección Sistemática, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico) proporciona servicios integrales y preventivos de atención médica para afiliados de OHP desde su nacimiento hasta que cumplen 21 años. Este programa le proporciona la atención que usted necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar y ayudar a resolver problemas desde una fase temprana, tratar enfermedades y apoyar a niños con discapacidades.

Usted no tiene que afiliarse por separado a EPSDT. Si es menor de 21 años y está afiliado en OHP, usted recibirá estos beneficios. A partir de 2025, los adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (entre 19 y 25 años) también pueden cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios de EPSDT. Para más información, comuníquese con Columbia Pacific CCO.

El EPSDT cubre:

- Cualquier servicio que se necesite para detectar o tratar enfermedades, lesiones u otros cambios en la salud.
- Pruebas médicas de “visitas de niño sano” o “visitas de adolescente sano”, servicios de detecciones y diagnóstico para determinar si existe alguna afección física, dental, de desarrollo y de salud mental para afiliados menores de 21 años.
- Referencias, tratamientos, terapias, y otras medidas para ayudar a tratar afecciones detectadas.

Para afiliados menores de 21 años, Columbia Pacific CCO tiene que brindar:

- Pruebas y evaluaciones periódicas de salud física, mental, de desarrollo, bucal/dental, crecimiento y estado nutricional.
    - Si Columbia Pacific no cubre su atención bucal/dental, usted aún puede recibir estos servicios a través de OHP llamando al 800-273-0557.
- Todos los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados deben ser cubiertos para afiliados menores de 21 años, independientemente si fueron cubiertos en el pasado (esto incluye conceptos que están “por debajo de la línea” en la Lista Priorizada). Para más información acerca de la Lista Priorizada, consulte la página 35.

Bajo EPSDT, Columbia Pacific CCO no negará un servicio sin primero analizar si el mismo es médicamente necesario y médicamente adecuado para usted.

- *Médicamente necesario* por lo general significa un tratamiento que se requiere para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, o para apoyar el crecimiento, desarrollo, independencia, y participación en la escuela.
- *Médicamente adecuado* por lo general significa que el tratamiento es seguro, efectivo, y de utilidad para que usted participe en atención médica y actividades. Es posible que Columbia Pacific CCO elija cubrir la opción menos costosa que sea de utilidad para usted.

Usted debe recibir siempre un aviso por escrito cuando algo sea negado, y tiene el derecho a presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con la decisión. Para más información, consulte la Página 105.

Esto incluye *todos* los servicios de:

- Atención médica física
- Salud del comportamiento
- Atención dental y
- Necesidades de atención médica social

Si usted o algún familiar requiere los servicios EPSDT, consulte a su proveedor de atención primaria (PCP) o platique con un coordinador de atención llamando al 855-722-8206 o TTY 711. Ellos pueden apoyarle en recibir la atención que usted requiere. Si alguno de los servicios requiere aprobación, ellos se encargarán del

proceso. Consulte a su dentista de atención primaria para los servicios dentales que necesite. Todos los servicios EPSDT son gratuitos.

Apoyo para recibir los servicios EPSDT

- Contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Ellos también pueden apoyarle en activar los servicios dentales o brindarle más información.
- Llame a su plan dental para activar los servicios dentales o para más información.
- Usted puede recibir traslados gratuitos de ida y vuelta para atender citas cubiertas con proveedores de EPSDT. Contacte NW Rides al 888-793-0439 para agendar un traslado o para más información.
- También puede preguntar a su PCP o visitar nuestro sitio web **en** colpachealth.org/epsdt para conocer el programa de periodicidad. Este programa le indica cuándo los niños necesitan ver a su PCP.

Valoraciones médicas

Las visitas de valoración médica cubiertas son ofrecidas en intervalos adecuados para cada edad (incluyendo visitas del niño sano y del adolescente sano). Columbia Pacific CCO y su PCP se apegan a las guías de American Academy of Pediatrics and Bright Futures (Academia Americana de Pediatría y Futuros Brillantes) para todas las detecciones de atención preventiva y visitas del niño sano. Bright Futures puede encontrarse en ***aap.org/brightfutures***. Puede usar la herramienta Well Visit Planner para prepararse para estos chequeos. Su PCP le ayudará a recibir estos servicios y tratamientos cuando así lo requieran las guías.

Las visitas de detección incluyen:

- Detección de desarrollo.
- Pruebas de detección de plomo:
    - Los niños deben practicarse pruebas de detección de plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad. Cualquier niño entre 24 y 72 meses sin un registro previo de una prueba de detección de plomo debe practicarse una.
    - El llenado del cuestionario de evaluación de riesgos no da por cumplido el requisito de la prueba de detección de plomo en los niños en OHP. Todos los niños intoxicados con plomo pueden recibir seguimiento a través de servicios de administración de casos.
- Otras pruebas de laboratorio que se requieran (como pruebas de anemia, pruebas de detección de células falciformes y otras) con base en la edad y el riesgo.
- Evaluación del estado nutricional.
- Examen físico general sin ropa con revisión de dientes y encías.
- Historia completa de salud y desarrollo (incluyendo la revisión del desarrollo tanto físico como mental).
- Inmunizaciones (vacunas) que cumplan con los estándares médicos:
    - Programa de inmunización para niños (desde el nacimiento hasta los 18 años): ***link.careoregon.org/CDC-child-vaccines***

    - Programa de inmunización para adultos (19+): http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html
- Guía de salud y educación para padres y niños.
- Referencias para tratamientos de salud física y mental médicamente necesarios
- Pruebas auditivas y de la vista que se requieran.
- Y otros.

Las visitas cubiertas también incluyen chequeos médicos o pruebas no agendadas que pueden ocurrir en cualquier momento en virtud de enfermedades o algún cambio en la salud o el desarrollo.

Referencias, diagnósticos y tratamientos EPSDT

Su proveedor de atención primaria puede referirlo en caso de detectar alguna afección física, de salud mental, por abuso en el consumo de sustancias o dental. Otro proveedor le apoyará con diagnósticos y/o tratamientos adicionales.

El proveedor de detección explicará la necesidad de la referencia al niño y a los padres o tutores. Si está de acuerdo con la referencia, el proveedor se encargará de los trámites.

Columbia Pacific CCO u OHP también apoyará con Care Coordination, en caso de requerirse.

Es posible que las detecciones indiquen la necesidad de los siguientes servicios, así como de otros:

- Diagnóstico y tratamiento para deficiencias de la vista y auditivas, incluyendo lentes y aparatos auditivos.
- Atención dental, a una edad tan temprana como sea necesario, que se requiera para alivio del dolor e infecciones, restauración de los dientes y preservar la salud mental.
- Inmunizaciones (si al practicar la detección se determina que la inmunización es necesaria y adecuada para aplicarse en ese momento, entonces el tratamiento de inmunización debe ser proporcionado enseguida).

Estos servicios deben ser proporcionados a los afiliados menores de 21 años quienes cumplan los requisitos y los necesiten. Los tratamientos que se ubican “debajo de la línea” en la Prioritized List of Health Services están cubiertos para afiliados menores de 21 años, si son médicamente necesarios y médicamente adecuados para esa persona (consulte más información en la parte superior).

- En caso de que le comuniquemos que el servicio no está cubierto por OHP, usted aún tiene el derecho de objetar la decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la Página 103.

Columbia Pacific CCO brindará apoyo con referencias a los afiliados o sus representantes para servicios sociales, programas de educación, programas de asistencia en nutrición y otros servicios.

Para más información acerca de la cobertura EPSDT, puede visitar ***Oregon.gov/EPSDT*** y consultar una hoja informativa para afiliados. Columbia Pacific CCO también tiene información en ***colpachealth.org/epsdt***.

Traditional health workers (THW)

Traditional health workers (THW por sus siglas en inglés, Trabajadores tradicionales de la salud) proporcionan apoyo y ayuda con preguntas que usted tenga acerca de sus necesidades de atención médica y social. Ellos le apoyan en la comunicación entre sus proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su atención. También pueden contactarlo con personas y servicios en la comunidad que puedan ayudarle.

Existen diferentes tipos de Traditional health workers:

- **Birth doula (Doula):** Es una persona que brinda apoyo no-médico a la gente y sus familias. Ellos ayudan durante el embarazo, el parto y después del nacimiento del bebé.
- **Community health worker (CHW por sus siglas en inglés, Trabajador de la salud comunitario):** Es alguien que comprende a la gente y a la comunidad donde usted vive. Ellos le apoyan en acceder servicios de salud y comunitarios. Un Community health worker le ayuda a iniciar una conducta saludable. Ellos normalmente comparten su origen étnico, idioma y experiencias de vida.
- **Personal health navigator (PHN por sus siglas en inglés, Asistente en salud personal):** Una persona quien brinda información, herramientas y apoyo para ayudarle a que tome las mejores decisiones acerca de su salud y bienestar, con base en su situación.
- **Peer support specialist (PSS por sus siglas en inglés, Especialista en apoyo entre iguales):** Alguien que tiene experiencias de vida con salud mental, adicciones y su recuperación o rehabilitación. Un PSS también puede haber sido un miembro de la familia quien recibió un tratamiento de salud mental o para adicciones. Da apoyo, ánimo y ayuda a quienes se enfrentan a adicciones y problemas de salud mental.
- **Peer wellness specialist (PWS por sus siglas en inglés, Especialista en bienestar entre iguales):** Una persona quien trabaja como parte de un equipo de salud en el hogar y habla por cuenta de usted y de sus necesidades. Ellos brindan apoyo a la salud general de las personas en su comunidad y pueden ayudarle en la rehabilitación de adicciones, así como de afecciones físicas o de salud mental.

THW puede asistirle en muchos aspectos, tales como:

- Trabajar con usted y su coordinador de atención para encontrar un proveedor nuevo.
- Comprobar que reciba la atención que usted busca y necesita.
- Conectarlo con otras personas para explicar sus beneficios.
- Proporcionar información sobre salud mental o servicios y apoyo contra las adicciones.
- Brindar información y referencias sobre recursos comunitarios que podría usar.
- Ser alguien de su comunidad con quien hablar.
- Acompañarlo a citas con un proveedor

Los THWs pueden encontrarse en organizaciones comunitarias y en clínicas y son un beneficio gratuito. No se requiere referencia. Para más información o para comunicarse con un THW local, contacte nuestro THW Liason (Enlace THW) al 503-416-3453 o por correo electrónico en ***colpacthwliaison@careoregon.org***. En caso de que cambie el nombre o la información de contacto para THW Liason, usted puede encontrar detalles

actualizados en nuestro sitio web en ***colpachealth.org/members/more-services/traditional-health-workers***. Para recibir los servicios prestados por iguales, pregunte a su proveedor si cuenta con ese tipo de especialistas que puedan ser incorporados a su equipo de tratamiento. También puede visitar ***traditionalhealthworkerregistry.oregon.gov*** para localizar información de contacto de especialistas en apoyo entre iguales.

Servicios adicionales

Health-related services

Health-related services (HRS por sus siglas en inglés, servicios relacionados con la salud) son servicios adicionales que ofrece Columbia Pacific CCO y no son beneficios habituales de OHP. Los HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar del afiliado y de la comunidad. Los HRS incluyen servicios flexibles para los afiliados e iniciativas de beneficio comunitario para y la comunidad en general. Dado que los HRS no son beneficios habituales de OHP, los miembros no tienen derechos de apelación para HRS de la misma forma que tienen para servicios cubiertos.

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son artículos o servicios para ayudar a los afiliados a mantenerse sanos o estar más sanos. Columbia Pacific CCO ofrece servicios flexibles incluyendo:

- Un teléfono celular para un mejor contacto con los proveedores
- Cupones para mercados de alimentos o de agricultores
- Artículos que mejoran la movilidad
- Somníferos

Otros ejemplos de servicios flexibles son:

- Apoyos para alimentos, como entrega de comestibles, cupones para alimentos, o comidas médicamente adaptadas
- Apoyos de vivienda a corto plazo, como depósitos de renta para costear los gastos de mudanza, ayudas de renta durante un período corto de tiempo, o pagos por la instalación de servicios públicos
- Alojamiento temporal o refugio mientras se recupera de la hospitalización
- Teléfonos o dispositivos móviles para acceder a telesalud o aplicaciones de salud
- Artículos de apoyo para actividades saludables, como zapatos o ropa deportiva
- Otros artículos que le mantengan sano, como un aire acondicionado o un dispositivo de filtración de aire

Consulte más detalles acerca de servicios relacionados con la salud en ***sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf***

Cómo recibir servicios flexibles para usted o sus familiares
Usted puede consultar a su proveedor para solicitar servicios flexibles o puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 para obtener ayuda solicitando un servicio flexible.

Servicios flexibles no son un beneficio cubierto para afiliados y las CCO no están obligadas a proporcionarlos. Las decisiones para aprobar o negar las solicitudes de servicios flexibles se toman considerando caso por caso. Si la solicitud de su servicio flexible es negada, usted recibirá una carta detallando sus opciones. Usted no puede apelar un servicio flexible que ha sido negado, pero tiene el derecho de presentar una queja. Consulte más detalles acerca de apelaciones y quejas en la Página 103.

Si usted tiene OHP y tiene problemas para recibir atención, por favor contacte el Programa OHA Ombuds. Los Ombuds (Defensores) son abogados para los afiliados de OHP y pondrán su mejor esfuerzo para asistirle. Por favor envíe un correo electrónico a ***OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov*** o deje un mensaje en el 877-642-0450.

Otro recurso para apoyos y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame a 211 o visite ***211info.org*** para asistencia.

Community benefit initiatives

Community benefit initiatives (Iniciativas en beneficio de la comunidad) son financiación para programas y para la comunidad en general, incluidos miembros de organizaciones de atención coordinada, para mejorar la salud y el bienestar de la comunidado.

Algunos ejemplos de iniciativas en beneficio de la comunidad son:

- Clases para la educación de los padres y apoyo a la familia.
- Programas comunitarios que ayudan a las personas a tener acceso 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 estable y segura.
- Mejoras del transporte activo, como carriles para bicicletas y aceras seguras.
- Programas escolares que fomenten un entorno enriquecedor para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los alumnos.
- Formación para profesores y organizaciones comunitarias dedicadas específicamente a la niñez sobre prácticas informadas del trauma.

Acudiendo a las citas de atención médica

Traslados gratuitos a las citas para todos los afiliados en Columbia Pacific CCO.

Si necesita asistencia para acudir a una cita, llame a NW Rides. Usted puede recibir un traslado gratuito para

acudir a cualquier visita de atención física, dental, de farmacia o de salud del comportamiento que sea cubierta por Columbia Pacific CCO.

Usted o su representante puede solicitar apoyo con un traslado. Usted puede recibir un boleto de autobús, dinero para un taxi, o disponer de un chófer que vaya por usted. Puede que le reembolsemos si usted, un miembro de su familia o un amigo puede llevarlo. No existe costo para usted por este servicio. Columbia Pacific nunca le facturará los traslados de ida o vuelta hacia o desde la atención cubierta.

Agende un traslado

Llame a NW Rides al 888-793-0439 o TTY 711 para agendar un traslado o para cualquier pregunta.

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

Cerrado en: Día de Año Nuevo, Día de la Conmemoración de los Caídos, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Navidad

Por favor llame al menos dos días hábiles previos a la cita para agendar un traslado. Ello será de utilidad para asegurar que podemos cumplir con sus necesidades. **Si tiene necesidades urgentes fuera del horario laboral o en un día festivo, llámenos al 888-793-0439 y nuestro centro de llamadas fuera del horario laboral le brindará ayuda.**

Usted puede recibir un traslado para el mismo día o el siguiente. Por favor llame a NW Rides.

Usted o alguien más a quien conozca puede concertar más de un traslado a la vez para acudir a varias citas. Usted puede agendar traslados para citas futuras hasta con 90 días de anticipación.

Qué esperar cuando usted llame

NW Rides cuenta con personal en un centro de llamadas quien puede asistirlo con viajes en su idioma de preferencia y de la manera que usted pueda entender. Esta asistencia es gratuita.

La primera vez que usted llame le informaremos acerca del programa y hablaremos sobre sus necesidades de transportación. Le preguntaremos acerca de sus capacidades físicas y si usted requiere que alguien lo acompañe en el traslado.

Cuando llame para agendar un traslado, le solicitaremos:

- Su nombre completo.
- Su domicilio y número de teléfono.
- Su fecha de nacimiento.
- Nombre del médico o la clínica que necesita visitar.
- Fecha de la cita.
- Duración de la cita.
- Hora de pasar por usted después de la cita.

- Si requiere un asistente para ayudarle.
- Cualquier otra necesidad especial (como una silla de ruedas o un animal de servicio).

Verificaremos si usted está con Columbia Pacific CCO y si su cita es para un servicio que esté cubierto. Su traslado será aprobado o negado durante la llamada para agendar el servicio. Es posible que lleve más tiempo aprobar o negar las solicitudes de traslados para citas fuera del área de servicio de Columbia Pacific. Los detalles de su traslado serán confirmados durante la llamada para agendar el servicio. Si agenda un traslado con conductor, le informaremos con antelación acerca de quién está asignado a su viaje. La asignación de los traslados está sujeta a cambios.

Si usted solicita un traslado con menos de dos días de antelación a la hora agendada para pasar por usted, le proporcionaremos el número telefónico de la compañía que se encargará del servicio. Es posible que también le indiquemos el nombre y número telefónico del conductor quien pasará por usted. Usted recibirá los detalles acerca de la solicitud del traslado en la forma que elija (llamada telefónica, correo electrónico, fax).

Pasar y dejar

Usted recibirá el nombre de la compañía de traslado o del conductor y el número antes de su cita. Es posible que el conductor le contacte al menos dos días antes del traslado para confirmar detalles. Ellos pasan por usted a la hora agendada. Por favor sea puntual. Si usted está retrasado, ellos le esperarán durante 15 minutos después de la hora agendada. Ello significa que si su traslado está agendado a las 10 a.m., ellos le esperarán hasta las 10:15 a.m.

Ellos le dejarán en su cita al menos 15 minutos antes de que ésta inicie.

- **Primera cita del día:** Le dejaremos no más de 15 minutos antes de que abra el consultorio.
- **Última cita del día:** Regresamos por usted no más de 15 minutos después de que cierre el consultorio, salvo que se estime que la cita no terminará dentro de los 15 minutos siguientes después de cerrar.
- **Solicitando tiempo adicional:** Usted puede solicitar que pasen más temprano o le dejan más tarde que estos horarios. Su representante, padre o madre o tutor pueden también solicitarlo.
- **Llame si su conductor no ha llegado dentro de los 10 minutos siguientes a la hora agendada:** Si su conductor no ha llegado dentro de los 10 minutos siguientes a la hora agendada, llame a NW Rides. El personal le indicará si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachador antes de salir del lugar de donde pasan por usted.
- **Llame si usted no tiene una hora para que regresen:** Si no está agendada una hora para su traslado de regreso, llámenos cuando esté listo. Su conductor estará con usted dentro de la hora siguiente a la llamada.

NW Rides es un programa de traslados compartidos. Otros pasajeros pueden ser recogidos y dejados en el camino. Si usted tiene varias citas, es posible que se le solicite que las agende en el mismo día. Ello nos ayudará a realizar menos traslados.

Usted puede solicitar que un amigo o familiar le lleve a su cita. Ellos pueden recibir el reembolso (pago) por las millas que condujeron.

Usted tiene derechos y responsabilidades como viajero

Usted tiene el derecho a:

- Tener transportación segura y confiable que cumpla con sus requerimientos.
- Ser tratado con respecto.
- Solicitar los servicios de intérprete cuando llame a servicios al cliente.
- Recibir materiales en el idioma o formato que cumpla con sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando un traslado sea negado.
- Presentar una queja acerca de su experiencia de traslado.
- Solicitar una apelación o una audiencia, o ambas, si usted considera que el servicio fue negado injustamente.
- Llevar consigo los artículos que necesite, pero no muchos. Por ejemplo, usted podría llevar:
    - Tres bolsas de comestibles, o
    - Una caja de alimentos, o
    - Dos artículos de mano

Sus responsabilidades son:

- Tratar con respeto a los conductores y otros pasajeros.
- Llamar lo más pronto posible para agendar, cambiar o cancelar un traslado.
- Utilizar cinturones de seguridad y otro equipo de seguridad que es requerido por ley (por ejemplo: asientos de seguridad para niños).
- Solicitar paradas adicionales, como en la farmacia, por anticipado.
- Tener cuidado de sus pertenencias durante el traslado. No dejar sus cosas en un vehículo de NW Rides durante una cita, aun y cuando usted crea que el mismo vehículo será utilizado para su viaje de regreso. Revisar los asientos y el piso antes de salir del vehículo para asegurar que lleva consigo sus pertenencias.
- Realizar cambios o cancelar un traslado antes del mismo. Para llevar a cabo esto, por favor llame a NW Rides al 503-861-0657 o 888-518-8160 con la mayor antelación posible.
- Solicitar paradas adicionales a NW Rides con antelación. Esto incluye paradas en la farmacia. Solo está permitido que los conductores realicen las paradas que han sido aprobadas.
- Estar listo para salir a la hora proporcionada por NW Rides. Cuando usted es puntual en la salida, le ayuda al conductor a llegar a su cita a tiempo. Además, le permite al conductor atender con puntualidad otros traslados.
- Aceptar no estar bajo la influencia o tomar drogas o alcohol durante los traslados.
- Aceptar no fumar o usar vaporizadores dentro o cerca de los vehículos o conductores de NW Rides. Por favor manténgase al menos 25 pies alejado del vehículo.
- Aceptar no participar en actividades ilegales dentro o cerca de los vehículos o conductores de NW Rides, o de otros afiliados.
- Usar el cinturón de seguridad, que es requerido por la ley de Oregon.

- Aceptar el cumplimiento de reglas adicionales en casos de emergencia de salud pública, como usar un cubrebocas.
- Nunca abusar o intimidar a conductores u otros pasajeros. Esto no está permitido en ningún caso.
- No tener un comportamiento que discrimine a los conductores, a otros pasajeros o al personal o conductores de NW Rides.
- Aceptar siempre mantener bajo control a los animales de servicio. No está permitido que los animales de servicio estén en los asientos de los pasajeros.
- Proporcionar el tamaño correcto del asiento de seguridad para niños viajando con usted, instalar el asiento, y asegurar a los niños en el asiento. Consulte la Guía de Traslados de NW Rides para información sobre cuándo se requiere utilizar asientos de seguridad para niños. Por favor retire del vehículo el asiento de seguridad para niños al final de cada traslado. Los artículos personales no deben permanecer en el vehículo mientras los afiliados están en sus citas.

Cancele o cambie su traslado

Llame a NW Rides cuando tenga conocimiento que necesita cancelar o reagendar un traslado, al menos dos horas antes de la hora programada para ir por usted.

Puede contactar a NW Rides de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Deje un mensaje si no puede llamar durante las horas hábiles. Llame a NW Rides si tiene alguna pregunta o cambios en los traslados. En caso de tener un requerimiento urgente fuera del horario establecido, llámenos al 888-518-8160 y nuestro centro de llamadas fuera del horario le asistirá.

Cuando usted no se presenta

Un “no-show” (no se presenta) es cuando usted no está listo a tiempo para un traslado que proporcione NW Rides. Su conductor esperará al menos 15 minutos después de la hora agendada antes de retirarse. Es posible que se le restrinjan traslados futuros si usted tiene muchos no-shows.

Tener una restricción significa que podría limitarse el número de traslados que usted puede realizar, limitarlo a un conductor, o solicitar que llame antes de cada traslado. Puede que también limitemos su servicio de NEMT al uso de transporte público o a que alguien más lo lleve.

Si su traslado es negado

Usted recibirá una llamada para informarle que su solicitud ha sido negada. Todos los casos negados son revisados por dos miembros del personal antes de que sean enviados a usted. Si su traslado es negado, le enviaremos por correo una carta de negación dentro de las 72 horas siguientes a la decisión. El aviso señala la regla y la razón por la cual fue negado el servicio.

Usted puede solicitar una apelación a Columbia Pacific CCO si no está de acuerdo con la negación. Tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de negación para solicitar una apelación. Después de la apelación, si la negación prevalece, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia estatal.

También le enviaremos a su proveedor una carta por correo, si el proveedor es parte de nuestra red y solicitó la transportación por cuenta de usted.

Quejas

Usted tiene el derecho de presentar una queja o denuncia en cualquier momento, aun y cuando ya la hubiera presentado con anterioridad. Algunos ejemplos de una queja o denuncia son:

- Problemas acerca de la seguridad del vehículo
- Calidad de los servicios
- Interacciones con conductores y proveedores (como descortesía o rudeza)
- El servicio de traslado no fue proporcionado como se solicitó
- Derechos del consumidor

Consulte más detalles acerca de quejas, denuncia, apelaciones y audiencias en la Página 103.

Guía del Viajero

Consulte la Guía del Viajero de NW Rides en ***nwconnector.org/nw-rides***. Usted o su representante también puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar una copia impresa gratuita. Será enviada en cinco días hábiles. La copia impresa puede ser en el idioma y formato que usted prefiera.

La guía contiene más información, como

- Sillas de ruedas y ayuda para movilidad
- Seguridad del vehículo
- Funciones y reglas del conductor
- Qué hacer en caso de una emergencia o si hace mal tiempo.
- Citas de largo recorrido por distancia
- Reembolso de comidas y hospedaje

Recibiendo atención médica por video o teléfono

Telehealth (Telesalud, también llamado telemedicina y teledontología) es una forma en la que usted recibe atención médica sin tener que acudir a la clínica o consultorio. Telehealth significa que usted puede tener su cita a través de una llamada telefónica o videollamada. Columbia Pacific CCO cubrirá las citas de Telehealth. Telehealth le permite que la cita con su proveedor sea utilizando:

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

Las citas de Telehealth son totalmente gratuitas. Para citas de video, usted necesita un teléfono inteligente, computadora o tableta con una cámara y conexión segura a internet. Pregunte a su proveedor si están disponibles artículos o servicios relacionados con la salud para apoyarle en sus necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta o desea conocer más acerca de las citas de Telehealth, contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Si no tiene Internet o acceso a video, hable con su proveedor sobre lo que funcionaría en su caso.

Cómo encontrar proveedores de Telehealth

No todos los proveedores cuentan con opciones de Telehealth. Usted debe preguntar acerca de Telehealth cuando llame para agendar una cita. Usted puede consultar nuestro Directorio de Proveedores en ***colpachealth.org/providerdirectory***—en los detalles del proveedor se menciona si ofrece o no Telehealth.

Si tiene algún problema de audio o video para su cita de Telehealth, por favor asegúrese de ponerse en contacto con su proveedor.

Cuándo utilizar Telehealth

Los afiliados de Columbia Pacific CCO que utilicen Telehealth tienen el derecho a recibir los servicios de atención médica física, dental y de salud del comportamiento que necesiten.

Algunos ejemplos en los cuales puede utilizar Telehealth son:

- Cuando su proveedor desea una consulta con usted antes de renovar una prescripción.
- Servicios de asesoramiento.

- Seguimiento a una cita presencial.
- Cuando usted tiene preguntas médicas de rutina.
- Si usted está en cuarentena o practica el distanciamiento social en virtud de una enfermedad.
- Si temporalmente no se encuentra en su hogar y no puede reunirse con su médico en persona.
- Si no está seguro si requiere acudir a la clínica o consultorio.

No se recomienda Telehealth para emergencias. Si siente que su vida está en peligro, por favor llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana. Consulte en la página 79 la lista de hospitales con salas de emergencia.

Si usted desconoce los servicios u opciones de Telehealth que ofrece su proveedor, llame y pregunte.

Las citas de Telehealth son privadas

Los servicios de Telehealth que ofrece su proveedor son privados y seguros. Cada proveedor cuenta con su propio sistema para citas de Telehealth, pero todo sistema debe apegarse a la ley.

Consulte en la página 11 información adicional acerca de privacidad y de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

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

Usted tiene el derecho a:

- Recibir los servicios de Telehealth en el idioma que necesite.
- Contar con proveedores que respeten sus requerimientos de cultura e idioma.
- Recibir servicios de interpretación calificados y certificados para usted y su familia. Consulte más detalles en la página 3.
- Tener citas presenciales, no solo de Telehealth.
    - Columbia Pacific CCO se asegurará que usted pueda elegir cómo desea tener sus citas. Un proveedor no puede obligarle a utilizar Telehealth, a menos que exista un estado de emergencia declarado o que una instalación esté aplicando su plan de catástrofes.
- Reciba apoyo y tenga las herramientas necesarias para Telehealth.
    - Columbia Pacific le ayudará a identificar cuál herramienta de Telehealth es la mejor para usted.
    - Columbia Pacific se asegurará que su proveedor lleve a cabo una evaluación para ver si la telesalud es adecuada para usted. Esto incluye, entre otros:
        - Necesidad de formato alternativo;
        - Acceso a dispositivos necesarios;
        - Acceso a ubicación privada y segura;
        - Acceso a servicio de Internet;
        - Comprensión de dispositivos digitales;

- Problemas culturales.

Hable con su proveedor acerca de la telesalud. Si necesita o prefiere visitas en persona y su proveedor solo se dedica a telesalud, hágaselo saber. Puede derivarlo a otro proveedor e informarle a Columbia Pacific CCO. Puede elegir cómo recibir su atención y Columbia Pacific puede ayudarlo a coordinar la atención con otro proveedor. También puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Medicamentos prescritos

Para surtir una prescripción, puede acudir a cualquier farmacia dentro de la red de Columbia Pacific. Usted puede consultar una lista de farmacias con las que trabajamos en nuestro directorio de proveedores en ***colpachealth.org/druglist***.

Para todas las prescripciones cubiertas por Columbia Pacific, lleve a la farmacia lo siguiente:

- La prescripción.
- Su tarjeta de identificación de Columbia Pacific, su tarjeta de identificación de Oregon Health u otro comprobante de cobertura como la tarjeta de identificación de Medicare Part D o la tarjeta de seguro privado. Es posible que sin ellos no pueda surtir la prescripción.

Prescripciones cubiertas

La lista de medicamentos cubiertos de Columbia Pacific se encuentra en ***colpachealth.org/druglist***.

- Si usted no está seguro de que su medicamento se encuentre en nuestra lista, contáctenos. Lo revisaremos por usted.

Si su medicamento no se encuentra en la lista, informe a su proveedor. Su proveedor puede solicitarnos que se cubra.

- Columbia Pacific requiere autorizar algunos medicamentos de la lista antes de que su farmacia pueda surtirlos. Para estos medicamentos, su proveedor nos solicitará la autorización.

Columbia Pacific también cubre algunos over-the-counter (OTC por sus siglas en inglés, medicamentos sin prescripción) cuando su proveedor o farmacia se los prescriba. Los medicamentos OTC son aquéllos que usted normalmente compraría en una tienda o farmacia sin una prescripción, como aspirinas.

Solicitar que Columbia Pacific CCO cubra las prescripciones

Cuando su proveedor solicita a Columbia Pacific autorizar o cubrir una prescripción:

- Médicos y farmacéuticos de Columbia Pacific revisarán la solicitud de su proveedor.
- Tomaremos una decisión dentro de las 24 horas siguientes.

- Si requerimos más información para tomar la decisión, podría llevar 72 horas.

Usted recibirá una carta de Columbia Pacific en caso de que se decida no cubrir la prescripción. Esta carta explicará:

- Su derecho de apelar la decisión
- Cómo solicitar una apelación si usted no está de acuerdo con nuestra decisión. La carta incluirá además una forma que puede utilizar para solicitar una apelación.

Contacte a Servicio al Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 si usted:

Farmacias que surten ventas por correo

Optum RX puede enviar por correo algunos medicamentos a su domicilio. Esto se llama farmacias que surten ventas por correo. Farmacias que surten ventas por correo puede ser una buena opción, en caso de que le resulte complicado recoger una prescripción en una farmacia. Contacte a***colpachealth.org/for-members/medications*** o llame a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 si usted:

- Conozca más acerca de farmacias que surten ventas por correo.
- Contacte a una de ellas.

OHP paga los medicamentos para la salud del comportamiento

Columbia Pacific CCO no paga la mayoría de los medicamentos utilizados para tratar afecciones de la salud del comportamiento. Sin embargo, son pagados por OHP. Si usted necesita medicamentos para la salud del comportamiento:

- Columbia Pacific y su proveedor pueden ayudarle a recibir los medicamentos que usted requiere.
- La farmacia enviará la factura de su prescripción directamente a OHP. Columbia Pacific y su proveedor pueden ayudarle a recibir los medicamentos que usted requiere. Platique con su proveedor si tiene alguna pregunta. También puede llamar a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

Cobertura de prescripciones para afiliados en Medicare

Columbia Pacific y OHP no cubren medicamentos que son cubiertos por Medicare Part D.

Si usted califica para estar en Medicare Part D pero decide no afiliarse, usted tendrá que pagar por estos medicamentos.

Si usted tiene Part D, muestre en la farmacia su tarjeta de identificación de Medicare y su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific.

Si Medicare Part D no cubre su medicamento, su farmacia puede facturarlo a Columbia Pacific. Si OHP cubre el medicamento, éste será pagado por Columbia Pacific.

Conozca más acerca de los beneficios de Medicare en la página 91.

Surtiendo prescripciones antes de un viaje

Si planea viajar fuera del estado, asegúrese que cuenta con medicamentos suficientes para su viaje. Para ello, solicite una prescripción para ser surtida en forma anticipada. Esto se llama anular el sistema por o por vacaciones. Por favor contacte a Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 para determinar si esta opción es de utilidad para usted.

Hospitales

Trabajamos con los hospitales que a continuación se indican para atención hospitalaria. Usted puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital. Algunos hospitales ofrecen una sala de emergencias completa para ayudar a alguien que sufre una crisis de salud mental, pero puede dirigirse a cualquier hospital para solicitar ayuda.

Adventist Health Tillamook

Sala de emergencias completa: sí
1000 3rd St, Tillamook
503-842-4444 o TTY 711, ***adventisthealth.org***

Columbia Memorial Hospital Urgent Care

Sala de emergencias completa: sí
2111 Exchange St, Astoria
503-325-4321 o TTY 711, ***columbiamemorial.org***

Providence Seaside Hospital

Sala de emergencias completa: sí
725 S Wahanna Rd, Seaside
503-717-7000 o TTY 711, ***providence.org***

Atención urgente

Un problema urgente es lo bastante serio como para ser tratado en el momento, pero no lo suficiente grave como para recibir un tratamiento inmediato en una sala de emergencias. Estos problemas urgentes pueden ser físicos, de salud del comportamiento o dentales.

Usted puede recibir atención urgente sin preautorización las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Usted no requiere una referencia para atención urgente o de emergencia. Más adelante se incluye una lista de centros de atención urgente y de clínicas ambulatorias.

Atención urgente física

Algunos ejemplos de atención urgente física son:

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

Si tiene un problema urgente, llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Usted puede llamar en cualquier momento, día o noche, o en fines de semana y días festivos. Que usted es afiliado a Columbia Pacific CCO. Usted recibirá asesoría o una referencia. En caso de que no pueda contactar a su PCP para atender un problema urgente, o si su PCP no puede atenderle lo suficientemente pronto, acuda a un centro de atención urgente o a una clínica ambulatoria. Usted no necesita una cita. Consulte a continuación la lista de centros de atención urgente y de clínicas ambulatorias. Si requiere asistencia, llame a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

Si usted no sabe si su problema es urgente, de cualquier forma llame al consultorio de su proveedor, inclusive si está cerrado. Consulte la información de contacto en el Directorio de Proveedores en ***colpachealth.org/find-a-provider***. Si llama a su proveedor fuera del horario de atención, es posible que le atienda un servicio de respuesta automática. Deje su mensaje y mencione que usted está afiliado en Columbia Pacific. Es posible que le aconsejen o le refieran a otro lugar al que puede llamar. Usted recibirá una llamada de respuesta de un representante de Columbia Pacific dentro de los 30-60 minutos siguientes a su llamada, para platicar acerca de los pasos a seguir. Todos nuestros proveedores dentro de nuestra red ofrecen asistencia después del horario — usted puede contactarlos las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para asistencia que no es urgente y citas, por favor llame durante el horario de labores.

Centros de atención urgente y clínicas ambulatorias en el área de Columbia Pacific CCO

Legacy Urgent Care
475 S Columbia River Hwy, St. Helens
503-397-7119

Columbia Memorial Hospital Urgent Care
2265 Exchange St, Astoria
503-338-4050

Columbia Memorial Hospital Urgent Care
1639 SE Ensign Lane, Suite B103, Warrenton
503-338-4500

Urgent Care NW
2120 Exchange St, Suite 111, Astoria
503-325-0333

Adventist Tillamook Urgent Care
1100 3rd St, Tillamook
503-842-5546

Adventist Tillamook Urgent Care
10445 Neahkahnie Creek Rd, Manzanita
503-368-6244

Atención dental de urgencia

Algunos ejemplos de atención urgente dental incluyen:

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

Si tiene un problema urgente dental, llame a su Proveedor Dental Primario (PDP). Si no puede contactar a su PDP o si es fuera del horario de atención, el servicio de respuesta automática desviará su llamada a un dentista de guardia, quien le devolverá la llamada. Si aún no cuenta con un dentista, puede llamar al servicio al cliente dental que aparece en su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific CCO, y ellos le ayudarán a encontrar atención urgente dental, dependiendo de su afección (consulte la página 18 para obtener el número de su plan dental). Usted debe conseguir una cita dentro de las dos semanas siguientes, o en una semana si está embarazada, para una afección urgente dental.

Atención de emergencia

Llame al 911 si necesita una ambulancia o acuda a la sala de emergencia cuando crea que usted está en peligro. Una emergencia requiere atención inmediata y pone su vida en peligro. Puede ser una lesión o una enfermedad repentinas. Las emergencias pueden además causar daño a su cuerpo. Si usted está embarazada, la emergencia también puede causar daño a su bebé.
Usted puede recibir servicios urgentes y de emergencia sin preautorización las 24 horas del día, los siete días de la semana. Usted no necesita una referencia.

Emergencias físicas

La atención de emergencias físicas se presenta cuando usted necesita atención inmediata, y su vida está en peligro.

Algunos ejemplos de emergencias médicas son:

- Fracturas de huesos

- Hemorragia que no se detiene
- Posible ataque cardíaco
- Pérdida de la conciencia
- Convulsiones
- Dolor intenso
- Dificultad para respirar
- Reacciones alérgicas

Más información acerca de la atención de emergencia:

- Llame a su PCP o a Servicio al Cliente de Columbia Pacific CCO dentro de los tres días siguientes de haber recibido atención de emergencia.
- Usted tiene el derecho de utilizar cualquier hospital o establecimiento dentro de los Estados Unidos de América.
- La atención de emergencia incluye servicios de postestabilización (atención posterior). Los servicios de atención posterior están cubiertos respecto a una afección de emergencia. Estos servicios se le brindan una vez que usted esté estabilizado. Le ayudan a mantener su afección estable. Le ayudan a mejorar o a curar su afección.

Consulte la lista de hospitales con salas de emergencia en la página 79.

Emergencias dentales

Una emergencia dental es cuando requiere atención dental el mismo día. Este tipo de atención está disponible las 24 horas del día los siete días de la semana. Es posible que una emergencia dental requiera tratamiento inmediato. Algunos ejemplos son:

- Cuando se cae un diente (que no sea un diente "de leche" de la infancia)
- Hinchazón facial o infección en la boca
- Hemorragia en sus encías que no se detiene

Para una emergencia dental, por favor llame a su Proveedor Dental Primario (PDP). Usted será atendido dentro de las siguientes 24 horas. Algunos consultorios tienen horario de atención de emergencia sin previa cita. Si usted tiene una emergencia dental y su dentista o PCP no pueden asistirle, no requiere permiso para recibir atención de emergencia dental. Puede ir a la sala de emergencias o llamar a Servicio al cliente para solicitar ayuda para encontrar atención odontológica de emergencia.

Si ninguna de estas opciones le son de utilidad, llame al 911 o visite la Sala de Emergencia. **Si necesita un traslado en ambulancia, por favor llame al 911.** Consulte la lista de hospitales con salas de emergencia en la página 79.

Emergencias y crisis de salud del comportamiento

Una emergencia de salud del comportamiento es cuando usted necesita ayuda en ese momento para sentirse o estar a salvo. Es cuando usted u otras personas están en peligro. Un ejemplo es sentirse fuera de control. Usted podría sentir que su seguridad está en riesgo o tener pensamientos de dañarse a sí mismo o a los demás.

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencia en caso de que usted esté en peligro.

- Los servicios de emergencia de salud del comportamiento no requieren una referencia o preautorización. Columbia Pacific CCO ofrece a sus afiliados servicios y apoyo de crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud del comportamiento puede apoyarle a recibir servicios para mejorar y estabilizar la salud mental. Trataremos de ayudarle y apoyarle después de sufrir una crisis.

Números locales de crisis 24 horas, centros de crisis ambulatorios y de acogida

Usted puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al 988. El 988 es un teléfono de ayuda en casos de suicidio y crisis en el que puede recibir apoyo afectuoso y compasivo de consejeros de crisis capacitados, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si usted está atravesando por una crisis de salud mental, su atención está totalmente cubierta. Usted no necesita autorización para llamar a la línea de crisis o recibir servicios de emergencia. Por favor llame al siguiente número de crisis:

- Condado de Clatsop: 503-325-5724 o TTY 711
- Condado de Columbia: 503-782-4499 o TTY 711
- Condado de Tillamook: 503-842-8201 ext. 294 or TTY 711

Centros de crisis ambulatorios y de acogida en los condados de Columbia y Tillamook:

- Columbia County Mental Health: 58646 McNulty Way, St Helens
    - Para adultos: Lunes y martes de 1-3 p.m, jueves y viernes de 9-11 a.m.
    - Para jóvenes: Lunes de 9-11 a.m., jueves de 3-5 p.m.
- Tillamook Family Counseling Center: 906 Main Ave, Tillamook, de lunes a viernes 8 a.m. a 5 p.m.

Una crisis de salud del comportamiento es cuando usted necesita ayuda rápidamente. Si no es atendido, la afección puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas locales de crisis 24 horas indicadas con anterioridad o llame al 988 si experimenta alguna de las siguientes situaciones o no está seguro de que se trate de una crisis. Queremos ayudarle y apoyarle en prevenir una emergencia.

Ejemplos de factores a considerar si usted o un miembro de su familia está sufriendo una emergencia o crisis de salud del comportamiento:

- Pensar en el suicidio
- Escuchar voces que le piden dañarse a sí mismo o a otra persona
- Dañar a otras personas, animales o propiedades
- Comportamientos peligrosos o muy perturbadores en la escuela, trabajo o con amigos o familiares

Algunas acciones que Columbia Pacific realiza para apoyar la estabilización en la comunidad son:

- Una línea de emergencia de crisis para llamar cuando un afiliado necesite ayuda
- Un equipo móvil de crisis que pueda atender a un afiliado que requiera ayuda
- Centros de crisis ambulatorios y de acogida
- Respiro para crisis (atención de corto plazo)
- Lugares de estancia a corto plazo para estabilizarse
- Servicios de postestabilización y servicios urgentes de atención. Este tipo de atención está disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana. Los servicios de atención postestabilización son servicios cubiertos, relacionados con una emergencia médica o de salud del comportamiento, que son proporcionados para mantener la estabilización o resolver la afección, una vez que la emergencia es estabilizada.
- Servicios de respuesta de crisis, 24 horas al día, para afiliados que reciban tratamiento intensivo a domicilio de salud del comportamiento.

Consulte en la página 48 acerca de los servicios de salud del comportamiento que se ofrecen.

Prevención del suicidio

Si padece una enfermedad mental y no es tratada, es posible que tenga riesgo de suicidio. Con el tratamiento adecuado, su vida puede mejorar.

Señales comunes de advertencia de suicidio
Obtenga ayuda si identifica alguna señal de que usted o alguien a quien conoce está pensando en el suicidio. Al menos 80 % de las personas que piensan acerca del suicido desean ayuda. Tome con seriedad las señales de advertencia.

Algunas señales de advertencia de suicidio son:

- Hablar sobre el deseo de morir o suicidarse
- Planear una forma de morir, como por ejemplo, comprar un arma
- Sentirse sin esperanza o sin motivos para vivir
- Sentirse atrapado o con un dolor insoportable
- Hablar acerca de ser una carga para los demás
- Regalar bienes preciados
- Pensar y hablar mucho acerca de la muerte
- Consumir más alcohol o drogas

- Actuar con ansiedad o agitado
- Comportamiento imprudente
- Retraerse o sentirse aislado
- Tener cambios extremos de humor

¡Nunca mantenga en secreto pensamientos o conversaciones acerca del suicidio!

Si usted desea platicar con alguien fuera de Columbia Pacific, contacte cualquiera de las siguientes opciones:

- Consulte la lista de líneas de crisis en la página 83
- National Suicide Prevention Lifeline (Linea Nacional de Prevencion del Suicidio): Llame al 988 o visite ***988lifeline.org***
- La línea de esperanza conmemorativa de David Romprey: 800-698-2392
- Línea de Texto de Crisis: Envíe un texto al 741741
- Para la prevención del suicidio de adolescentes: YouthLine: 877-968-8491 o envíe el texto teen2teen al 839863
- También puede buscar en línea el número para crisis de salud mental de su condado. Esta línea puede proporcionar pruebas de detección y ayudarlo a recibir los servicios que necesita.

Para prevención del suicidio de adolescentes:

También puede buscar en línea el número para crisis de salud mental de su condado. Esta línea puede proporcionar pruebas de detección y ayudarlo a recibir los servicios que necesita.

- YouthLine: 877-968-8491 o envíe el texto teen2teen al 839863

Atención de seguimiento después de una emergencia

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Ello incluye cualquier cosa que usted necesite después de salir de la sala de emergencia. La atención de seguimiento no es una emergencia. OHP no cubre atención de seguimiento cuando usted se encuentra fuera del estado. Contacte a su proveedor de atención primaria o a su dentista de atención primaria para programar cualquier atención de seguimiento.

- Usted debe recibir la atención de seguimiento de su proveedor regular o dentista regular. Puede solicitar al médico de emergencia que llame a su proveedor para programar la atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor o dentista lo más pronto posible después de que usted reciba atención urgente o de emergencia. Mencione a su proveedor o dentista el lugar y las razones por las que fue tratado con ese tipo de atención.
- Su proveedor o dentista organizará su atención de seguimiento y agendará una cita en caso de requerirse.

Atención lejos de casa

Atención planeada fuera del estado

Columbia Pacific CCO le ayudará a localizar un proveedor fuera del estado y pagará un servicio cubierto cuando:

- Usted necesite un servicio que no esté disponible en Oregon, o
- El servicio sea rentable en función a costo y calidad

Para saber más acerca de cómo podría obtener una prescripción para surtir medicamentos antes de su viaje, consulte la página 79.

Atención de emergencia lejos de casa

Es posible que usted necesite atención de emergencia cuando se encuentre lejos de su casa o fuera del área de servicio de Columbia Pacific CCO. **Llame al 911 o acuda a cualquier departamento de emergencia.** Usted no requiere preautorización para servicios de emergencia. Los servicios de emergencia médicos están cubiertos en todo Estados Unidos de América. Ello incluye salud del comportamiento y afecciones de emergencia dentales.

No pague por atención de emergencia. Si usted paga la factura de la sala de emergencia, Columbia Pacific no puede pagarle un reembolso. Consulte la página 87 para saber qué hacer si usted recibe una factura.

Por favor siga los pasos que se mencionan a continuación en caso de que necesite atención de emergencia lejos de su casa

1. Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación de Oregon Health y su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific CCO, cuando viaje fuera del estado.
2. Muestre su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific y solicite que facturen a Columbia Pacific.
3. No firme ningún papel hasta que sepa que el proveedor facturará a Columbia Pacific. En ocasiones Columbia Pacific no puede pagar su factura si un formulario de acuerdo de pago ha sido firmado. Para más información acerca de este formulario, consulte la página 89.
4. Usted puede solicitar a la sala de emergencia o a la oficina de facturación del proveedor que contacte a Columbia Pacific en caso de que quieran verificar su seguro o si tienen cualquier pregunta.
5. Si requiere asesoría sobre qué hacer o necesita atención que no sea de emergencia lejos de su domicilio, llame a Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 para asistencia.

En momentos de emergencia, los pasos antes mencionados no siempre son posibles. Estar preparado y saber qué pasos seguir para atención de emergencia fuera del estado puede solucionar problemas de facturación mientras usted se encuentre lejos. Estos pasos pueden ayudar a prevenir que usted reciba una factura por

servicios que Columbia Pacific puede cubrir. Columbia Pacific no puede pagar un servicio si el proveedor no nos ha enviado una factura.

Facturación de servicios

Los afiliados en OHP no pagan facturas por servicios cubiertos

Cuando concerté su primera cita con un proveedor, informe al consultorio que usted está con Columbia Pacific CCO. También mencione si usted tiene otro seguro. Esto ayudará al proveedor a saber a quién facturar. Lleve con usted su tarjeta de identificación de usuario a todas sus citas médicas.

Columbia Pacific paga todos los servicios cubiertos médicamente necesarios y adecuados de conformidad con la Prioritized List of Health Services (consulte la página 35). Los servicios deben ser médicamente o bucalmente adecuados.

Un proveedor dentro de la red de Columbia Pacific (para consultar una lista de proveedores dentro de la red, véase la página 25) o alguien quien trabaje para ellos, no puede facturarle o intentar cobrar cualquier dinero adeudado por Columbia Pacific con motivo de servicios por los cuales usted no es responsable de cubrir.

Los afiliados no pueden recibir facturas por faltar a las citas o por errores.

- Faltar a una cita no es facturable a usted o a OHP.
- Si su proveedor no envía los papeles correctos o no obtiene una aprobación, usted no puede recibir una factura por eso. Esto se llama error del proveedor.

Los afiliados no pueden recibir saldos a pagar o facturación sorpresa.

Cuando un proveedor factura el monto remanente en la factura, una vez que Columbia Pacific pagó, se llama facturación del saldo. Esto también se conoce como facturación sorpresa. El monto es la diferencia entre la cantidad realmente facturada y el importe que Columbia Pacific paga. Esto sucede frecuentemente cuando usted visita a un proveedor fuera de la red. Usted no es responsable de estos costos.

Si tiene alguna pregunta, contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Para más información acerca de facturación sorpresa, visite ***dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf***

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

Llame a Columbia Pacific CCO para asistencia en ese momento al 855-722-8206 o TTY 711.

También puede contactar a la oficina de facturación del proveedor y asegurarse que ellos saben que usted cuenta con OHP.

Es posible que existan servicios que usted tenga que pagar

Normalmente, con Columbia Pacific CCO, usted no tendrá que pagar ninguna factura médica. Aunque en algunas ocasiones, usted tendrá que hacerlo. Cuando usted necesite atención, platique con su proveedor acerca de las opciones. El consultorio del proveedor checará con Columbia Pacific si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si usted elige recibir un servicio que no está cubierto, es posible que usted tenga que pagar la factura.

Usted tiene que pagar al proveedor si:

- **Recibe atención rutinaria fuera de Oregon.** Usted recibe servicios fuera de Oregon que no son de atención urgente o de emergencia.
- **No le menciona al proveedor que usted tiene OHP.** Usted no le mencionó al proveedor que tiene Columbia Pacific, otro seguro o proporcionó un nombre que no coincidía con el que aparece en la tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacifical momento o después de que el servicio fue proporcionado, por lo que el proveedor no pudo facturar a Columbia Pacific. Los proveedores deben verificar que usted cumple con las condiciones y requisitos como afiliado en Columbia Pacific al momento de prestar el servicio y antes de facturar o realizar cobros. Ellos deben procurar obtener información sobre su cobertura antes de facturarle a usted.
- **Usted continúa recibiendo un servicio negado.** Usted o su representante solicitaron la continuidad de beneficios durante una apelación y el proceso de audiencia del caso impugnado, y la decisión final no fue favorable para usted. Usted tendrá que pagar cualquier cargo incurrido por los servicios negados a partir de o con posterioridad a la fecha efectiva de notificación del recurso o la notificación de resolución de la apelación.
- **Usted recibe dinero para pagar servicios con motivo de un accidente.** En caso de que un tercero pagador, como una aseguradora de autos, le hubiera enviado cheques para cubrir los servicios que usted recibió de su proveedor, pero usted no utilizó ese dinero para pagarle al proveedor.
- **Nosotros no trabajamos con ese proveedor.** Cuando elige consultar un proveedor que no está dentro de la red de Columbia Pacific, es posible que usted tenga que pagar sus servicios. Antes de consultar un proveedor que no está dentro de la red de Columbia Pacific, usted debe llamar a Servicio al Cliente o discutirlo con su PCP. Es posible que se requiera una preautorización o pudiera haber un proveedor dentro de la red que cumpla sus necesidades. Para consultar una lista de los proveedores dentro de la red, véase la página 28.
- **Usted eligió recibir servicios que no están cubiertos.** Usted tiene que pagar cuando elija recibir servicios que el proveedor le mencionó que no están cubiertos por Columbia Pacific. En este caso:
    - El servicio se refiere a un concepto que no cubre su plan.
    - Antes de recibir el servicio, usted firmó un formulario de Acuerdo de Pago válido. Conozca más de este formulario en la parte inferior.

- Siempre contacte primero a Servicio al Cliente de Columbia Pacific para saber lo que está cubierto. Si recibe una factura, por favor contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific en ese momento.
- Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son:
  - Algunos tratamientos, como los medicamentos sin receta, para afecciones que usted puede atender en su domicilio o que mejoran por sí solas (resfriados, gripe leve, ampollas, callosidades, etc.)
  - Cirugías o tratamientos cosméticos sólo para la apariencia
  - Servicios de ayuda para embarazarse
  - Tratamientos que suelen no ser efectivos
  - Ortodoncia, excepto para maloclusiones discapacitantes y para tratar el paladar hendido en niños

Si tiene alguna pregunta acerca de los servicios cubiertos o no cubiertos, por favor contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

Es posible que le sea solicitado firmar un formulario de Acuerdo de Pago

Un formulario de un Acuerdo de Pago es utilizado cuando usted solicita un servicio que no está cubierto por Columbia Pacific CCO u OHP. Este formulario también es conocido como Waiver (renuncia). Solo pueden facturarle un servicio si firma el formulario de Acuerdo de pago. No se debería sentir obligado a firmar el formulario. Usted puede consultar una copia del formulario en ***bit.ly/OHPwaiver***.

No tiene que firmar el formulario de Acuerdo de pago si no lo desea. Si no está seguro si debería firmar el formulario de Acuerdo de pago o tiene alguna pregunta acerca de si el beneficio está cubierto, comuníquese con el Servicio al cliente de Columbia Pacific CCO al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar ayuda. Si Columbia Pacific o su proveedor le informan que el servicio no está cubierto por el OHP, aún tiene derecho a desafiar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la página 103.

Los siguientes aspectos deben cumplirse para que un formulario de Acuerdo de Pago sea válido:

- El formulario debe señalar el costo estimado del servicio. Debe ser el mismo que se muestre en la factura.
- El servicio es agendado dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que usted firme el formulario.
- El formulario indica que OHP no cubre el servicio.
- El formulario señala que usted está de acuerdo en pagar por cuenta propia el servicio.
- Usted solicitó pagar por cuenta propia un servicio cubierto. Si usted elige esto, es posible que el proveedor le facture a usted siempre y cuando previamente le comunique lo siguiente:
  - Se trata de un servicio que está cubierto y que Columbia Pacific pagaría la totalidad del mismo,

    - El costo estimado, incluyendo todos los cargos adicionales relacionados, que Columbia Pacific pagaría por el servicio. El proveedor no puede facturarle una cantidad mayor que la que Columbia Pacific pagaría; y,
    - Usted acepta consciente y voluntariamente pagar por el servicio cubierto.
- Los documentos del proveedor por escrito, firmados por usted o su representante, en los cuales le comunicaron la información antes citada, y:
    - Le dieron la oportunidad de realizar preguntas, obtener más información, y consultar a su trabajador social o representante.
    - Usted acuerda pagar por cuenta propia. Usted o su representante firman el acuerdo que contiene toda la información para efectuar el pago por cuenta propia.
    - El proveedor debe proporcionarle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar un reclamo a Columbia Pacific por el servicio cubierto mencionado en el acuerdo.

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

Considerando que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas de OHP Oregon (Medicaid), es posible que le facturen directamente a usted. No deberían facturarle por atención de emergencia o posterior a la hospitalización. Si recibe una factura, por favor contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific en ese momento. Disponemos de recursos para ayudar.

Contáctenos de inmediato si usted recibe facturas de proveedores fuera del estado. Algunos proveedores envían las facturas pendientes de pago a agencias de cobro e incluso pueden presentar demandas ante los tribunales para que se les pague. Es muy difícil solucionar el problema una vez que ocurre. Tan pronto como usted reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Contacte lo antes posible a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711. Horario: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
- Si está lista para el parto, contáctenos de inmediato. También puede llamar a un abogado o a Public Benefits Hotline (Línea Directa de Beneficios Públicos) al 800-520-5292 para asesoría legal gratuita. Existen leyes del consumidor que pueden ayudarle cuando le facturen indebidamente mientras se encuentre en OHP.
- Si ha recibido una factura porque Columbia Pacific ha negado su pago, contacte a Servicio al Cliente. Consulte en la Página 103 más información acerca de negaciones, su derecho a una apelación, y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros.
    - Usted también puede apelar enviando a Columbia Pacific una carta indicando que no está de acuerdo con la factura porque usted se encontraba en OHP al momento de recibir el servicio.

Consejos importantes acerca del pago de servicios y facturas

- Le recomendamos seriamente que llame a Servicio al Cliente antes de que acepte pagar a un proveedor.
- Si su proveedor le solicita cubrir un copago, ¡no lo pague! Solicite al personal del consultorio que llame a Columbia Pacific.
- Columbia Pacific paga todos los servicios cubiertos de conformidad con la Prioritized List of Health Services, consulte la página 35.
- Para obtener una breve lista de los beneficios y servicios cubiertos por sus beneficios de OHP con Columbia Pacific, que también cubre administración de casos y Care Coordination, consulte la página 35. Si tiene alguna duda acerca de lo que está cubierto, puede preguntar a su PCP o llamar a Servicio al Cliente de Columbia Pacific.
- Ningún proveedor dentro de la red de Columbia Pacific (para consultar una lista de proveedores dentro de la red, consulte la página 25) o alguien que trabaje para ellos, puede facturar a un afiliado, enviar la factura de un afiliado a una agencia de cobros, o ejercer una acción civil contra un afiliado para cobrar cualquier dinero adeudado por Columbia Pacific con motivo de servicios por los cuales usted no es responsable con el proveedor contratado.
- Nunca se cobra a los afiliados por traslados para acudir a citas médicas. Consulte la página 69. Los afiliados pueden solicitar reembolsos por conducir a las visitas cubiertas o recibir boletos de autobús para utilizar ese medio para acudir a las visitas cubiertas.
- Por lo general, los medios de defensa por estar recibiendo una factura sólo se aplican si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía OHP. Además, éstos solo se aplican a los proveedores que trabajan con OHP (pero la mayoría de los proveedores lo hacen).
- En ocasiones, su proveedor no realiza correctamente el proceso documental. Cuando ello ocurre, podrían no recibir el pago. Eso no significa que usted debe pagar. Si usted ya recibió el servicio y nosotros negamos el pago a su proveedor, de cualquier forma éste no podrá facturarle.
- Es posible que usted reciba un aviso de parte nuestra indicando que no pagaremos el servicio. Ese aviso no significa que usted tenga que pagar. El proveedor absorberá los cargos.
- Si Columbia Pacific o su proveedor le comunican que el servicio no está cubierto por OHP, usted aún tiene el derecho de objetar la decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la Página 103.
- En el eventual caso de un cierre de Columbia Pacific, usted no será responsable de pagar los servicios que nosotros cubramos o prestemos.

Afiliados con OHP y Medicare

Algunas personas cuentan con OHP (Medicaid) y Medicare al mismo tiempo. OHP cubre algunos conceptos que Medicare no. Si usted tiene ambos, Medicare es su principal cobertura médica. OHP puede pagar por cosas como medicamentos que Medicare no cubre.

Si cuenta con ambos, usted no es responsable por:

- Copagos
- Deducibles
- Cobro del Coseguro de los servicios de Medicare

Esos cargos están cubiertos por OHP.

Es posible que usted necesite cubrir un copago por algunos costos de prescripciones.

Es posible que en ocasiones usted tenga que pagar deducibles, coseguros o copagos, si es que decide visitar un proveedor fuera de la red. Contacte a su oficina local de Aging and People with Disabilities (APD por sus siglas en inglés, Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) o Area Agency on Aging (AAA por sus siglas en inglés, Agencia del Área para Adultos Mayores). Ellos le ayudarán a saber más acerca de cómo utilizar sus beneficios. Llame a Aging and Disability Resource Connection (ADRC por sus siglas en inglés, Conexión de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) al 855-673-2372 para obtener el número telefónico de su oficina local de APD o AAA.

Contacte a Servicio al Cliente para saber más acerca de los beneficios que son pagados por Medicare y OHP (Medicaid), o para tener asistencia para encontrar un proveedor y cómo recibir servicios.

Los proveedores facturarán a su Medicare y Columbia Pacific CCO. Columbia Pacific trabaja con Medicare y tienen un acuerdo para que todos los reclamos les sean enviados y así puedan pagarlos.

- Proporcione al proveedor su número de identificación OHP y mencione que usted está cubierto por Columbia Pacific. Si aun así le dicen que usted debe dinero, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Nosotros podemos ayudarle.
- Consulte en la página 87 acerca de los pocos casos en los que un proveedor puede enviarle una factura.

Los afiliados con Medicare pueden cambiar o dejar la CCO que utilizan para atención médica física en cualquier momento. Sin embargo, los afiliados en Medicare deben utilizar una CCO para atención dental y de salud del comportamiento.

Cambiando CCO y la atención médica

Usted tiene el derecho de cambiar de CCO o dejar una CCO.

Si usted no cuenta con una CCO, su OHP es llamado pago-por-servicio o tarjeta abierta. Se le llama “pago-por-servicio” ya que el estado cubre a los proveedores un pago por cada servicio que proporcionan. Los afiliados de pago-por-servicio reciben los mismos tipos de beneficios de atención física, dental y de salud del comportamiento que los afiliados de CCO.

La CCO que usted tiene depende del lugar donde vive. Las reglas acerca de cambiar o dejar una CCO son diferentes cuando existe solo una CCO en el área y cuando se tienen más en una misma área.

Los afiliados en Medicare y OHP (Medicaid) pueden dejar o cambiar la CCO que utilicen para atención médica física en cualquier momento. Sin embargo, los afiliados en Medicare deben utilizar una CCO para atención dental y de salud del comportamiento.

Indios Americanos y Nativos de Alaska que demuestren Acervo Indio quienes deseen recibir atención en otro lugar pueden hacerlo en un centro de atención de Indian Health Services (Servicios de Salud para Indios), programas/clínicas tribales de salud, o clínicas urbanas y a través de OHP pago-por-servicio.

Áreas de servicio con únicamente una CCO

Los afiliados con únicamente una CCO en su área de servicio pueden solicitar desafilarse (dejar) una CCO y recibir atención de pago-por-servicio de OHP en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones "con motivo":

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas acerca del servicio que usted desea.
- Usted cuenta con una razón médica. Cuando servicios relacionados no están disponibles dentro de la red y su proveedor menciona que obtener los servicios por separado implicaría un riesgo innecesario. Por ejemplo: una cesárea y un ligamiento de trompas al mismo tiempo.
- Otras razones incluyendo, pero no limitado a: atención deficiente, falta de acceso a servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores dentro de la red con experiencia en sus necesidades específicas de atención médica.
- Los servicios no son proporcionados en su idioma de preferencia.
- Los servicios no son proporcionados de una manera culturalmente adecuada.
- Corre el riesgo de tener una falta de atención médica continua.

Si se muda a un lugar en el que su CCO no presta servicios, puede cambiar de plan tan pronto como se lo comunique al OHP. Por favor 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

Es posible que los afiliados con más de una CCO en su área de servicio soliciten dejar o cambiar a una CCO diferente en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones "con motivo":

- Se mudó del área de servicio.
    - Si se muda a un lugar en el que su CCO no presta servicios, puede cambiar de plan tan pronto como se lo comunique al OHP. Por favor llame a OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en ***ONE.Oregon.gov***.
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas acerca del servicio que usted desea.
- Usted cuenta con una razón médica. Cuando servicios relacionados no están disponibles dentro de la red y su proveedor menciona que obtener los servicios por separado implicaría un riesgo innecesario. Por ejemplo: una cesárea y un ligamiento de trompas al mismo tiempo.

- Otras razones incluyendo, pero no limitado a: atención deficiente, falta de acceso a servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores dentro de la red con experiencia en sus necesidades específicas de atención médica.
- Los servicios no son proporcionados en su idioma de preferencia.
- Los servicios no son proporcionados de una manera culturalmente adecuada.
- Corre el riesgo de tener una falta de atención médica continua.

También es posible que los afiliados con más de una CCO en su área de servicio soliciten dejar o cambiar una CCO en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones "sin motivo":

- Dentro de los 30 días siguientes a la afiliación si:
    - No desea el plan en el que fue inscrito o
    - Usted solicitó un plan específico y el estado le asignó en uno diferente.
- Durante los primeros 90 días después de que se unió en OHP o
    - Si el estado le envía una carta de cobertura en la que se indique que usted es parte de la CCO después de su fecha de inicio, dispone de 90 días a partir de la fecha de esa carta.
- Después de haber estado con la misma CCO durante seis meses.
- Cuando renueve su OHP.
- Si pierde el OHP por menos de dos meses, es reinscrito en una CCO y perdió su oportunidad de elegir la CCO cuando hubiera renovado su OHP.
- Cuando una CCO es suspendida para aceptar nuevos afiliados.
- Al momento de reinscripción automática si la pérdida temporal de elegibilidad a Medicaid le ha causado perderse de la oportunidad anual de desafiliación.
- Cuando la elegibilidad de un miembro se re-determina a través de OHA.
- Cuando OHA ha impuesto sanciones en el CCO, incluyendo la suspensión de todas las inscripciones nuevas (de acuerdo con 42 CFR 438.702(a)(4).
- También, los miembros elegibles para beneficios dobles completes y los miembros que son beneficiarios de indios americanos o nativos de Alaska pueden cambiar planes o desafiliarse para planes de pago por servicio en cualquier momento.
- Al menos una vez cada 12 meses si no aplican las opciones anteriores.

Usted puede preguntar acerca de estas opciones por teléfono o por escrito. Por favor llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 o envíe un correo electrónico ***Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov***.

Cómo cambiar o dejar su CCO

Aspectos a considerar Columbia Pacific CCO quiere asegurarse que usted reciba la mejor atención posible. Columbia Pacific puede brindarle algunos servicios que pago-por-servicio (FFS por sus siglas en inglés) o tarjeta abierta no proporcionan. Cuando tenga un problema para recibir la atención adecuada, por favor permítanos tratar de ayudarle antes que deje a Columbia Pacific.

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

Informe a OHP si usted quiere cambiar o dejar su CCO. Usted y/o su representante puede llamar a Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075, 800-273-0557 o TTY 711 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Puede usar su cuenta en línea en ***ONE.Oregon.gov*** o enviar un correo electrónico a OHP ***Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov***.

Usted puede recibir atención mientras cambia su CCO. Consulte la página 92 para más información.

Columbia Pacific CCO puede solicitar que usted deje el plan por algunas razones

Es posible que Columbia Pacific solicite a OHA retirarle de nuestro plan si usted:

- Es abusivo, no coopera o molesta a nuestro personal o proveedores, a menos que el comportamiento se deba a su necesidad de atención médica especial o discapacidad.
- Cometer un fraude u otros actos ilegales, como permitir que otra persona utilice sus beneficios de atención médica, cambiar una prescripción, robo u otros actos delictivos.
- Es violento o amenaza con violencia. Esto puede ser directamente a un proveedor de atención médica, su personal, otros pacientes o personal de Columbia Pacific. Cuando el acto o la amenaza con violencia perjudique gravemente la capacidad de Columbia Pacific para prestarle servicios a usted o a otros afiliados.

Tenemos que solicitar al estado (Oregon Health Authority) que revise y apruebe que se retire de nuestro plan. Usted recibirá una carta si se aprueba la solicitud de desafiliarle (retirar) de la CCO. Usted puede presentar una queja si no está satisfecho con el proceso o si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la Página 103 para checar la forma de presentar una queja o solicitar una apelación.

Columbia Pacific CCO no puede solicitar retirarle de nuestro plan en virtud de las razones relacionadas con lo siguiente (pero no limitadas a):

- Su estado de salud empeora.
- No utiliza servicios.
- Utiliza muchos servicios.
- Está a punto de utilizar servicios o de ser ingresado en un centro asistencial (como un centro de cuidados a largo plazo o un centro residencial de tratamiento psiquiátrico).
- Comportamiento con necesidades especiales que puede ser perturbador o poco cooperativo.
- Su clase protegida, estado de salud o historial médico indican que probablemente necesitará en el futuro muchos servicios o muy costosos.
- Su discapacidad física, intelectual, de desarrollo o mental.

- Usted está bajo la custodia de ODHS Child Welfare, Bienestar Infantil del Departamento de Servicios Humanos de Oregon.
- Por presentar una queja, estar en desacuerdo con una decisión o solicitar una apelación o audiencia.
- Usted tomó una decisión acerca de su atención con la cual Columbia Pacific no está de acuerdo.

Para más información o preguntas sobre otras razones por las cuales podría ser desafiliado, tener excepciones temporales o exenciones de su afiliación, llame a Plan de Salud de Oregón al 855-722-8206 o TTY 711, o contacte a Servicios al Cliente de OHP al 800-273-0557.

Usted recibirá una carta con sus derechos de desafiliación al menos 60 días antes de que necesite renovar su OHP.

Atención médica mientras usted cambia o deja una CCO

Algunos afiliados que cambien de plan podrían continuar recibiendo los mismos servicios, cobertura de medicamentos prescritos y acudir a los mismos proveedores, aunque no estén dentro de la red. Ello significa que la atención será coordinada cuando realice un cambio entre CCO o se cambie de OHP pago-por-servicio a una CCO. Algunas veces esto es llamado “Transición de la Atención”.

Si tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental que requiera hospitalización, su nuevo y su antiguo plan deben trabajar juntos para asegurar que usted reciba la atención y los servicios que necesita.

Cuando usted necesita la misma atención médica mientras cambia de planes

Esto ayuda cuando usted tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental que requiera hospitalización. A continuación, se incluye una lista de algunos ejemplos por los cuales usted puede recibir esta ayuda:

- Atención a la enfermedad de insuficiencia renal terminal
- Es un niño médicamente frágil
- Afiliados del programa de tratamiento del cáncer de mama y/o de cuello uterino
- Recibe ayuda de Care Assist (Asistencia Médica) a causa del VIH/SIDA
- Atención pretrasplante y postrasplante
- Está embarazada o acaba de tener un bebé
- Recibe tratamiento para el cáncer
- Cualquier afiliado que, de no recibir servicios continuos, pueda sufrir un perjuicio grave para su salud o correr el riesgo de necesitar atención hospitalaria o en una institución.

El tiempo que dura esta atención es:

Tipo de afiliación	Cuánto tiempo puede usted recibir la misma atención
OHP con Medicare (beneficio completo con doble elegibilidad)	90 días
Solo OHP	30 días para atención médica física y dental* 60 días para atención de salud del comportamiento

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

Si está dejando Columbia Pacific CCO trabajaremos con su nueva CCO u OHP para asegurarnos de que pueda recibir los mismos servicios que se indican a continuación.

Si necesita atención médica mientras cambia de planes o tiene alguna pregunta, por favor contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711. Nuestro horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Columbia Pacific CCO se asegurará que los afiliados que necesiten la misma atención mientras cambian de planes reciban:

- Acceso continuo a atención médica y los traslados relativos.
- Servicios de sus proveedores aun cuando no estén dentro de la red de Columbia Pacific, hasta que suceda alguno de estos hechos:
  - Se ha completado el tratamiento prescrito mínimo o aprobado o
  - Su proveedor decide que su tratamiento ya no es necesario. Si la atención la presta un especialista, el plan de tratamiento será revisado por un proveedor calificado.
- Algunos tipos de atención continuarán hasta completarse con el proveedor actual. Estos tipos de atención son:
  - Atención antes y después del embarazo/parto (prenatal y postparto).
  - Servicios de trasplante hasta el primer año post-trasplante.
  - Radiación o quimioterapia (tratamiento contra el cáncer) para su tratamiento.
  - Medicamentos con un tratamiento mínimo definido que sea mayor que los plazos de transición de atención arriba indicados.

Usted puede recibir una copia de las Políticas de Transición de Atención de Columbia Pacific llamando a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. También se encuentra en nuestro sitio web en ***colpachealth.org/members/transition-of-care*** Por favor contacte a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta.

Decisiones sobre el final de la vida

Advance directives (Voluntad anticipada)

Todos los adultos tienen el derecho de tomar decisiones acerca de su atención. Esto incluye el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento. Una enfermedad o lesión puede impedir comunicarle a su médico, familiares o representante acerca de la atención que usted desea recibir. La ley de Oregon permite que usted establezca sus deseos, creencias y objetivos por anticipado, antes de que necesite ese tipo de atención. La forma que usted utiliza se llama **advance directive** (**voluntad anticipada).**

Usted puede consultar nuestras políticas completas de advance directive en ***link.careoregon.org/advance-directive-policy***. Columbia Pacific pone a disposición de su personal capacitación sobre advance directive. Esta capacitación ayuda al personal a proporcionar educación, apoyo y recursos a afiliados, a fin de que éstos tengan conocimiento de sus derechos acerca de advance directives.

Una advance directive le permite:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos relativos a atención médica, si usted no puede expresarlos por sí mismo.
- Nombrar una persona para que tome sus decisiones de atención médica, si usted no puede hacerlo por sí mismo. Esta persona es llamada su representante de atención médica y debe estar de acuerdo con asumir este rol.
- El derecho de compartir, negar o aceptar tipos de atención médica y el derecho de compartir sus decisiones acerca de su atención médica en el futuro.

Cómo obtener más información acerca de advance directives

Podemos proporcionarle un folleto gratuito sobre advance directives. Es conocido como “Making Health Care Decisions” (Toma de Decisiones sobre Atención Médica). Solo llámenos para saber más, recibir una copia del folleto y el formulario de Advance Directive. Contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711

Está disponible una Guía de Usuarios de Advance Directive. Proporciona información sobre:

- Las razones por una Advance Directive.
- Las secciones en el formulario de Advance Directive.
- Cómo llenar una Advance Directive o recibir ayuda para ello.
- Quién debe recibir una copia de una Advance Directive.
- Cómo hacer cambios a una Advance Directive.

Para descargar una copia de la Guía de Usuarios de Advance Directive o del formulario de Advance Directive, por favor visite ***oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx***

Otra información de utilidad acerca de advance directive

- Completar la Advance Directive es su decisión. Si usted decide no llenar o firmar la Advance Directive, su cobertura o acceso a atención será la misma.
- Usted no será tratado de diferente manera por Columbia Pacific si decide no llenar o firmar una Advance Directive.
- Si completa una Advance Directive, asegúrese de platicar con sus proveedores y su familia acerca de ello y entregarles copias.
- Columbia Pacific respetará cualquier decisión que haya incluido en la Advance Directive que usted haya completado y firmado.

Cómo informar si Columbia Pacific CCO no siguió los requisitos de la Advance Directive

Usted puede presentar una queja ante la Health Licensing Office (Oficina de Licencias de Salud) si su proveedor no lleva a cabo lo que se solicitó en la Advance Directive.

Health Licensing Office
503-370-9216 o TTY 711
Horario: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Envíe por correo una queja a:
1430 Tandem Ave NE, Suite 180
Salem, OR 97301
Correo electrónico: ***hlo.info@odhsoha.oregon.gov***

En línea: ***www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/Regulatory-Compliance.aspx***

Puede presentar una queja al Health Facility Licensing and Certification Program (Programa de autorización y certificación de centros de salud) si un centro, como un hospital, no hace lo que solicita en sus voluntades anticipadas.

Health Facility Licensing and Certification Program
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:
www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/HEALTHCAREPROVIDERSFACILITIES/HEALTHCAREHEALTHCAREREGULATIONQUALITYIMPROVEMENT/Pages/complaint.aspx

Contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 para recibir una copia en papel del formulario para queja.

Cómo cancelar una Advance Directive

Para cancelar, solicite que le devuelvan las copias de la Advance Directive y destrúyalas. También puede escribir CANCELADO en letras más grandes, y firmar con la fecha en que ello ocurra. Para preguntas o más información contacte a Oregon Health Decisions al 800-422-4805, 503-692-0894 o TTY 711.

¿Cuál es la diferencia entre una POLST (por sus siglas en inglés, Órdenes Portátiles para Tratamientos de Soporte Vital) y una Advance Directive?

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

Una POLST es un formulario médico que usted puede utilizar para asegurarse de que sus deseos de tratamiento cerca del final de la vida sean seguidos por los proveedores médicos. Usted nunca está obligado a llenar una POLST, pero si tiene una enfermedad grave u otros motivos por los que no desearía recibir todo tipo de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario. La POLST es diferente a la Advance Directive en lo siguiente:

	Advance Directive	POLST
¿Qué es?	Documento legal	Orden médica
¿Quién debe recibirla?	Todos los adultos mayores de 18 años	Personas que padecen una enfermedad grave o son mayores, frágiles y podrían no querer todos los tratamientos
¿Mi proveedor necesita aprobarla/firmarla?	No requiere aprobación del proveedor	Necesita ser firmada y aprobada por el proveedor de atención médica
¿Cuándo se utiliza?	Atención o afecciones futuras	Atención y afecciones actuales

Para saber más, visite: ***oregonpolst.org***, email ***polst@ohsu.edu*** o llame a Oregon POLST al 503-494-3965.

Declaration for Mental Health Treatment

Oregon tiene un formulario para comunicar sus deseos para atención médica mental. Este formulario se llama Declaration for Mental Health Treatment (Declaración para Tratamiento de Salud Mental). Este formulario es para cuando usted tiene una crisis de salud mental, o no puede tomar decisiones acerca de su tratamiento de salud mental. Usted tiene la opción de completarlo, cuando no esté en crisis, y pueda comprender y tomar decisiones acerca de su atención.

¿Para qué me sirve este formulario?

El formulario indica qué tipo de atención desea recibir en caso de que alguna vez no pueda tomar decisiones por sí mismo. Únicamente un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no puede tomar decisiones acerca de su salud mental.

Este formulario le permite elegir acerca de los tipos de atención que usted desea y los que no. Puede ser usado para nombrar un adulto para que tome decisiones acerca de su atención. La persona que usted nombre debe estar de acuerdo en hablar por usted y seguir sus deseos. Si sus deseos no están por escrito, esta persona decidirá lo que usted desearía.

El formulario de declaración solo es válido por tres años. Si usted queda incapacitado para decidir durante esos tres años, su formulario surtirá efectos. Se mantendrá en vigor hasta que usted pueda tomar decisiones nuevamente. Es posible que cancele su declaración cuando usted pueda tomar decisiones acerca de su atención. Debe entregarlo tanto a su PCP como a la persona que nombre para tomar decisiones por cuenta de usted.

Para saber más acerca de Declaration for Mental Health Treatment, visite el sitio web del Estado de Oregon en ***link.careoregon.org/or-declaration-mental-health***

Si su proveedor no sigue sus deseos incluidos en el formulario, usted puede presentar una queja. Un formulario para ello se encuentra en ***www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/Regulatory-Compliance.aspx***. Envíe su queja a:

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

Reportando un fraude, despilfarro y abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero para atención médica sea gastado en ayudar a nuestros afiliados a estar sanos y saludables. Necesitamos su ayuda para hacerlo.

Si usted cree que ha sido cometido un fraude, despilfarro, o abuso, denúncielo tan pronto como le sea posible. Su denuncia puede ser anónima. Las leyes de denuncia de irregularidades protegen a las personas quienes denuncian un fraude, despilfarro y abuso. Usted no perderá su cobertura si presenta una denuncia. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a alguien quien denuncia un fraude, despilfarro o abuso.

Un Fraude en Medicaid es contra la ley y Columbia Pacific CCO se lo toma muy en serio.

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

- Un proveedor le cobra un servicio cubierto por Columbia Pacific CCO
- Un proveedor le factura servicios que usted no recibió.
- Un proveedor le proporciona un servicio que usted no necesita con base en su estado de salud.

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

- Acudir con varios médicos para recibir prescripciones de medicamentos que ya le han sido prescritos.
- Alguien quien utiliza la identificación de otra persona para recibir beneficios.

Columbia Pacific se compromete a prevenir un fraude, despilfarro y abuso Acataremos todas las leyes relativas, incluyendo la False Claims Act (Ley de Reclamaciones Falsas) del estado y la False Claims Act (Ley de Reclamaciones Falsas) Federal.

Cómo presentar una denuncia de fraude, despilfarro y abuso

Usted puede presentar una denuncia de fraude, despilfarro y abuso de varias formas:
Llamada telefónica, fax, enviarla en línea o escribir directamente a Columbia Pacific. **Denunciamos todas las sospechas de fraude, despilfarro y abuso cometidas por proveedores y afiliados a las agencias estatales que enseguida se mencionan.**

Columbia Pacific CCO
Attn: FWA
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204
Llamar a: 855-722-8206 o TTY 711
Fax: 503-416-3662
Correo electrónico: ***customerservice@careoregon.org***

Si así lo desea, también puede realizar una denuncia anónima llamando a Ethics Point al 888-331-6524 o llenando una denuncia en ***ethicspoint.com***

O

Denuncie los fraudes, despilfarros y abusos de los afiliados llamando, enviando un fax o escribiendo a:

ODHS Fraud Investigation Unit
P.O. Box 14150
Salem, OR 97309
Hotline 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)
Fax: 503-373-1525 Attn: Línea directa
En línea: ***www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/Pages/fraud.aspx***

O (específico para proveedores)

OHA Office of Program Integrity
500 Summer St. NE E 36

Salem, OR 97301
Hotline 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

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

Correo electrónico seguro: opi.referrals@oha.oregon.gov

O

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: ***www.doj.state.or.us/consumer-protection/sales-scams-fraud/medicaid-fraud/***

Para reportar un fraude en línea: ***link.careoregon.org/oha-report-fraud***

Quejas, denuncias, apelaciones y audiencias imparciales

Columbia Pacific CCO se asegura que todos los afiliados tengan acceso a un sistema de denuncias (quejas, denuncias, apelaciones y audiencias). Tratamos de facilitar a los afiliados la presentación de una queja, denuncia o apelación y a obtener información sobre cómo solicitar una audiencia ante Oregon Health Authority.

Díganos si necesita ayuda con alguna parte del proceso de la queja, denuncia, apelación y/o audiencias. Además, podemos proporcionarle más información acerca de cómo gestionamos quejas/denuncias y apelaciones. También están disponibles copias de nuestro modelo de notificación. Si requiere asistencia o le gustaría saber más información sobre el contenido del folleto, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Usted puede presentar una queja

- Una **queja** es informarnos que usted no está satisfecho.
- Una **disputa** es cuando usted no está de acuerdo con Columbia Pacific o un proveedor.

- Una **denuncia** es una queja que usted puede presentar si no está contento con Columbia Pacific, sus servicios de atención médica, o su proveedor. Una disputa también puede ser una denuncia.

Para facilitarlo, OHP también utiliza la palabra **queja** para denuncias y disputas.

Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está satisfecho con cualquier parte de su atención médica. Intentaremos que las cosas mejoren. Solo llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711, o envíenos una carta al domicilio que se muestra a continuación. Usted también puede presentar una queja ante OHA u Ombuds. Puede contactar a OHA al 800-273-0557 u Ombuds al 877-642-0450. O escribir a:

Columbia Pacific CCO
Attn: Appeals and Grievances
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

También puede encontrar un formulario de queja en la parte inferior de la página en ***colpachealth.org/contact-us***

Puede presentar una queja acerca de cualquier asunto que no sea una negación de servicio o beneficios y en cualquier momento de forma oral o por escrito. Si usted presenta una queja ante OHA, se le enviará copia a Columbia Pacific.

Algunos ejemplos de razones por las cuales podría presentar una queja son:

- Problemas para agendar citas o para obtener un traslado.
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de donde usted vive.
- No sentirse respetado o comprendido por proveedores, el personal de éstos, conductores o Columbia Pacific CCO.
- Atención de la que usted no estaba seguro, pero que recibió de cualquier forma.
- Facturas por servicios que usted no acordó pagar.
- Disputas sobre las propuestas de prórroga de Columbia Pacific para tomar decisiones de aprobación.
- Seguridad de un conductor o vehículo.
- Calidad del servicio recibido.

Un representante o su proveedor puede preparar (presentar) una queja por cuenta de usted, con su autorización por escrito para ello.

Analizaremos su queja y le informaremos qué es lo que se puede hacer tan rápido como lo requiera su estado de salud. Ello será hecho dentro de los cinco días hábiles siguientes al día en que recibamos su queja.

Si requerimos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los siguientes cinco días hábiles. Le informaremos las razones por las cuales necesitamos más tiempo. Solo le solicitaremos más tiempo si es lo mejor para usted. Todas las cartas serán escritas en el idioma de su preferencia. Le enviaremos una carta dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la queja explicando cómo la gestionaremos.

Si usted no está satisfecho sobre cómo gestionamos su queja, puede compartirlo con la Unidad de Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557, o por favor contacte al Programa Ombuds de OHA. Los Ombuds son abogados defensores para los afiliados de OHP y pondrán su mejor esfuerzo para ayudarle. Por favor envíe un correo electrónico a ***OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov*** o deje un mensaje en el 877-642-0450.

Otro recurso para apoyos y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 211 o visite el sitio web ***211info.org*** para asistencia.

Columbia Pacific CCO sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden:

- Impedir que un afiliado utilice cualquier parte del proceso del sistema de quejas y apelaciones, o tomar medidas disciplinarias contra un proveedor quien solicite un resultado urgente o apoye la apelación de un afiliado.
- Alentar el retiro de una queja, apelación o audiencia ya presentadas.
- Utilizar la presentación o el resultado de una queja, apelación o audiencia como una razón para actuar contra un afiliado o para solicitar su desafiliación.

Usted puede solicitarnos cambiar una decisión que tomamos acerca de un servicio. Esto se conoce como una apelación.

Usted puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique las razones por las cuales el plan debe cambiar su decisión.

Para apoyar su apelación, usted tiene el derecho a:

- Proporcionar información y testimonio en persona o por escrito.
- Presentar argumentos legales y de hecho en persona o por escrito.

Usted debe realizar estas acciones dentro de los plazos de apelación mencionados más adelante.

Si negamos, suspendemos o reducimos un servicio médico, dental o de salud del comportamiento, le enviaremos una carta de negación informando acerca de nuestra decisión. Esta carta de negación también es llamada Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD por sus siglas en inglés, Aviso de Determinación Adversa de Beneficios). También le informaremos a su proveedor acerca de nuestra decisión.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene el derecho de solicitarnos que se cambie. Esto se conoce como una apelación porque usted está apelando nuestra decisión.

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

1	**Solicite una apelación** Debe solicitarlo dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de rechazo. Llama o envía 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 estás de acuerdo? Puedes pedirle al estado que revise el caso. Esto se llama audiencia.
4	**Solicitar una audiencia** Debe solicitarlo dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta de decisión de la apelación.

Conozca más acerca de los pasos para solicitar una apelación o audiencia	
Paso 1	**Solicite una apelación.** Debe solicitarla dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la carta de negación (NOABD). Llámenos al 855-722-8206 o TTY 711, o utilice el formulario Request to Review a Health Care Decision, Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica. El formulario será enviado junto con la carta de negación. También puede obtenerlo en: ***bit.ly/request2review***. Puede enviar por correo el formulario o la solicitud por escrito a:

	Columbia Pacific CCO Attn: Appeals and Grievances 315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204 También puede enviar por fax el formulario o la solicitud por escrito al 503-416-8118 **¿Quién puede solicitar una apelación?** Usted o alguien con autorización por escrito para hablar por cuenta de usted. Podría ser su médico o un representante autorizado.
Paso 2	**Espere nuestra respuesta.** Una vez que recibamos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un nuevo médico revisará sus expedientes médicos y el servicio solicitado para determinar si seguimos las reglas correctamente. Puede proporcionarnos cualquier información adicional que usted considere que nos ayudaría en la revisión de la decisión. Para respaldar su apelación, tiene derecho a: • Proporcionar información y testimonio en persona o por escrito. • Presentar argumentos legales y fácticos en persona o por escrito. Debe hacerlo dentro de los plazos de apelación indicados a continuación. **¿Cuánto tiempo requieren para revisar mi apelación?** Contamos con 16 días para revisar su solicitud y responder. Si requerimos más tiempo, le enviaremos una carta. Contamos con 14 días adicionales para responder. **¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida?** Puede solicitar una apelación rápida. Esto también es llamado una apelación urgente. Llámenos o envíe por fax el formulario de solicitud. Será enviado junto con la carta de negación. También puede obtenerlo en ***bit.ly/request2review***. Solicite una apelación rápida en caso de que el tiempo de espera por una apelación regular pudiera poner en peligro su vida, salud o capacidad funcional. Le llamaremos y enviaremos una carta, dentro del día hábil siguiente, para informarle que hemos recibido su solicitud para una apelación rápida. **¿Cuánto tiempo tarda una apelación rápida?** Si solicita una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan rápido como lo requiera su estado de salud, en un plazo no mayor a 72 horas a partir de que la solicitud de apelación rápida sea recibida. Pondremos nuestro mejor esfuerzo para contactar por teléfono a usted y a su proveedor e informarles nuestra decisión. También recibirá una carta.

	Por solicitud suya o si requerimos más tiempo, podemos ampliar el plazo hasta por 14 días adicionales. Si una apelación rápida es negada o se requiere más tiempo, le llamaremos y recibirá un aviso por escrito dentro de los dos días siguientes. Una apelación rápida negada se convierte en una apelación estándar, y requiere ser resuelta en un plazo de 16 días o posiblemente ser ampliado 14 días adicionales. Si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de la apelación, o si una apelación rápida es negada, usted tiene el derecho de presentar una queja.
Paso 3	**Lea nuestra decisión.** Le enviaremos una carta con nuestra decisión de apelación. Esta carta de decisión de apelación también es llamada Notice of Appeal Resolution (NOAR por sus siglas en inglés, Aviso de Resolución de Apelación). Si usted está de acuerdo con nuestra decisión, no tiene que hacer nada más.
Paso 4	**¿Aún no está de acuerdo? Solicite una audiencia.** Tiene derecho a solicitar al estado una revisión de la decisión de apelación. Esto se llama una audiencia. Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta de decisión de apelación (NOAR). **¿Qué pasa si necesito una audiencia más rápida?** Puede solicitar una audiencia rápida. Esto también es llamado una audiencia urgente. Utilice en línea el formulario de audiencia en ***bit.ly/ohp-hearing-form*** para solicitar una audiencia normal o una audiencia más rápida. También puede llamar al estado al 800-273-0557 o TTY 711, o utilizar el formulario de solicitud que le enviaremos junto con la carta. Obtenga la forma en: ***bit.ly/request2review***. Puede enviar el formulario a: OHA Medical Hearings 500 Summer St NE E49 Salem, OR 97301 Fax: 503-945-6035 El estado decidirá si usted puede tener una audiencia rápida dos días hábiles después de haber recibido su solicitud. **¿Quién puede solicitar una audiencia?** Usted o alguien con autorización por escrito para hablar por cuenta de usted. Podría ser su médico o un representante autorizado.

	¿Qué sucede en una audiencia? En una audiencia, usted puede decir al Oregon Administrative Law Judge (Juez de lo Contencioso Administrativo de Oregon), por qué no está de acuerdo con nuestra decisión acerca de su apelación. El juez tomará una decisión final.

Preguntas y respuestas acerca de apelaciones y audiencias

¿Qué pasa si no recibo una carta de negación? ¿Aun así puedo solicitar una apelación?
Usted tiene que recibir una carta de negación antes de que solicite una apelación.

Los proveedores no deberían negarle un servicio. Deben preguntarle a Columbia Pacific CCO si puede obtener la aprobación para un servicio.

Si su proveedor menciona que usted no puede recibir un servicio o que tiene que pagar por el mismo, puede solicitarnos una carta de negación (NOABD). Una vez que tenga la carta de negación, puede solicitar la apelación.

¿Qué pasa si Columbia Pacific CCO no cumple con el plazo de la apelación?
Si nos lleva más de 30 días responder a una apelación, puede solicitar una revisión al estado. Esto se llama una audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 o TTY 711, o utilice el formulario de audiencia en línea en ***bit.ly/request2review***.

¿Puede alguien más representarme o apoyarme en una audiencia?

Usted tiene el derecho de contar con otra persona de su elección para que lo represente en la audiencia. Puede ser cualquier persona, como un amigo, familiar, abogado, o su proveedor. También tiene el derecho de representarse a sí mismo en caso de que así lo decida. Si contrata un abogado, usted debe pagar sus honorarios.

Para asesoría y una posible representación sin costo, llame a Public Benefit Hotline al 800-520-5292 o TTY 711. La línea directa es una asociación entre Legal Aid of Oregon (Ayuda Legal de Oregon) y el Oregon Law Center (Centro de Leyes de Oregon). También puede encontrar información acerca de asistencia legal gratuita en ***OregonLawHelp.com***

¿Aún puedo seguir recibiendo el beneficio o servicio mientras estoy esperando una decisión?
Si ha estado recibiendo la prestación o el servicio que se le negó y dejamos de proporcionarlo, usted o su representante autorizado, con su permiso por escrito, puede solicitarnos su continuidad durante el proceso de apelación y audiencias.

Usted necesita:

- Solicitarlo en un plazo de 10 días a partir de la fecha de este aviso o antes de la fecha en que esta decisión entre en vigor lo que ocurra más tarde. Puede realizar la petición mediante teléfono, carta o fax.
- Puede llamarnos al 855-722-8206 o TTY 711,

o

- Utilice el formulario Request to Review a Health Care Decision. Este será enviado junto con la carta de negación. También puede obtenerlo en ***bit.ly/request2review***.
- **Responda "si" a la pregunta acerca de continuar con los servicios en el cuadro 8 de la página 4 del formulario Request to Review a Health Care Decision**.

Puede enviar por correo el formulario a:

Columbia Pacific CCO
Attn: Appeals and Grievances
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

¿Tengo que pagar por la continuidad de los servicios?
Si usted eligió continuar recibiendo el beneficio o servicio negado, es posible que tenga que pagar por ello. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación, o si el juez está de acuerdo con usted en la audiencia, no tendrá que pagar.

Si cambiamos nuestra decisión y usted no estuvo recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o proporcionaremos el servicio o beneficio tan rápido como lo requiera su estado de salud. Tardaremos no más de 72 horas a partir del día en que recibamos el aviso de que nuestra decisión fue revocada.

¿Qué pasa si además tengo Medicare? ¿Tengo más derechos de apelación?
Si usted cuenta tanto con Columbia Pacific CCO como con Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los antes mencionados. Contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 para más información. También puede llamar a Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227) para conocer más sobre sus derechos de apelación.

¿Qué pasa si deseo consultar los expedientes que fueron utilizados para tomar la decisión acerca de mi(s) servicio(s)?
Puede contactar a Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar copias gratuitas de toda la documentación utilizada para tomar la decisión.

Palabras a saber

Acción civil – Una demanda presentada para recibir un pago. Esto no es una demanda por un delito. Algunos ejemplos son daños personales, cobro de facturas, negligencia médica y fraude.

Advance directive – Un formulario legal que le permite expresar sus deseos sobre atención médica para el final de la vida. Puede elegir a alguien para que tome las decisiones de atención médica por cuenta de usted, en caso de que no pueda hacerlo por sí mismo.

Afección de emergencia dental - Un problema de salud dental con base en sus síntomas. Algunos ejemplos serían dolor intenso dental o inflamación.

Afección de emergencia médica – Una enfermedad o lesión que necesita atención en ese momento. Esto puede ser hemorragia que no se detiene, dolor intenso o huesos rotos. Puede ser algo que ocasiona que alguna parte de su cuerpo deje de funcionar. Una afección de emergencia de salud mental es la sensación de sentirse fuera de control o sentir como si quisiera dañar a sí mismo o a alguien más.

Aparatos para habilitación y rehabilitación – Suministros que le ayudan con servicios de terapia u otras tareas cotidianas. Algunos ejemplos podrían ser:

- Caminadoras
- Bastones
- Muletas
- Aparatos para medir la glucosa
- Bombas de infusión
- Prótesis y órtesis
- Ayudas para visión baja
- Aparatos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Respiradores artificiales

Aparatos y servicios de habilitación – Servicios y aparatos que enseñan habilidades para la vida diaria. Un ejemplo sería una terapia del lenguaje para un niño quien no ha comenzado a hablar.

Apelación – Cuando solicita a su plan cambiar una decisión con la que usted no está de acuerdo acerca de un servicio ordenado por su médico. Usted puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique las razones por las cuales el plan debe cambiar su decisión. Esto se conoce como una apelación.

Atención de enfermería especializada – Ayuda de un(a) enfermero(a) en la atención de heridas, terapia o a tomar sus medicamentos. Usted puede recibir atención de enfermería especializada en un hospital, en un asilo de adultos mayores o en su propio domicilio con atención médica a domicilio.

Atención en sala de emergencia – Atención que usted recibe cuando tiene un problema médico serio y no es seguro esperar. Esto puede suceder en una ER.

Atención ambulatoria hospitalaria–Cuando se realiza una cirugía o tratamiento en un hospital, pero luego se retira. Cuando la cirugía o tratamiento se lleva a cabo en un hospital y después sale del mismo.

Atención médica a domicilio – Servicios que usted recibe en su domicilio para ayudarle en la recuperación después de una cirugía, una enfermedad o lesión. Algunos de estos servicios son ayuda con medicamentos, comidas y asistencia para bañarse.

Atención preventiva o prevención – Atención médica que ayuda a mantenerle bien. Algunos ejemplos son recibir una vacuna para la gripe o un chequeo médico cada año.

Atención urgente – Atención que usted necesita el mismo día por un dolor severo. También incluye atención para evitar que una lesión o enfermedad empeore mucho más o para evitar la pérdida de funcionalidad de una parte del cuerpo.

Care Coordination (Coordinación de atención) – Un servicio que le brinda educación, apoyo y recursos comunitarios. Le ayuda a trabajar en su salud y encontrar su camino en el sistema de atención médica.

Cobertura de medicamentos prescritos – Seguro médico o plan que ayuda al pago de medicamentos.

Copagar o copago – Una cantidad de dinero que una persona debe pagar por servicios como prescripciones o citas médicas. Los afiliados en OHP no tienen copagos. Los seguros médicos privados y Medicare en ocasiones tienen copagos.

Coseguro – La cantidad que alguien debe pagar a un plan médico por atención. Con frecuencia es un porcentaje del costo, como 20%. El seguro paga el resto.

Crisis – Un momento de dificultad, problema, o peligro. Si no se atiende, puede ocasionar una situación de emergencia.

Declaration of Mental Health Treatment (Declaración para Tratamiento de Salud Mental)– Un formulario que usted puede llenar cuando sufre una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones acerca de su atención. Le permite elegir acerca de los tipos de atención que usted desea y los que no. También le permite nombrar un adulto para que tome decisiones acerca de su atención.

Deducible – La cantidad que usted paga por servicios de atención médica cubierta antes de que su seguro cubra el resto. Esto solo aplica para Medicare y seguros médicos privados.

Denuncia – Es una queja formal que usted puede presentar si no está contento con su CCO, sus servicios de atención médica, o su proveedor. OHP le llama a esto una queja. La ley establece que las CCO deben responder a cada una de las quejas.

Denunciante – Alguien quien denuncia despilfarro, fraude, abuso, corrupción o peligros para la salud y seguridad pública.

Detección – Detección, valoración o prueba para revisar afecciones médicas y necesidades de atención.

Diagnóstico – Cuando un proveedor detecta un problema, afección o enfermedad.

Durable Medical Equipment (DME) – Artículos como sillas de ruedas, caminadoras y camas de hospital de larga duración. No se consumen como los suministros médicos.

Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT, Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos): este programa ofrece servicios de atención médica integral y preventiva a personas menores de 21 años que cuentan con cobertura del Oregon Health Plan (OHP, Plan de salud de Oregón). EPSDT presta servicios médicamente necesarios de EPSDT y servicios cubiertos por Medicaid médicamente adecuados para tratar cualquier condición médica física, odontológica, de la visión, del desarrollo, nutricional y del comportamiento. La cobertura para EPSDT incluye todos los servicios cubiertos bajo el Oregon Health Plan (OHP), cuando EPSDT es médicamente necesario y EPSDT es médicamente adecuado para la persona que cuenta con el programa.

ER o ED – Sala de emergencia (ER por sus siglas en inglés) o departamento de emergencia (ED por sus siglas en inglés). Es el lugar en un hospital donde puede recibir atención por una emergencia médica o de salud mental.

Evaluación – Revisión de información acerca de la atención, problemas de atención médica y necesidades de un paciente. Esto se utiliza para saber si la atención médica requiere cambiarse y planear la atención para el futuro.

Evaluación de riesgo de salud: una encuesta sobre la salud de un miembro. La encuesta pregunta sobre salud física y emocional, comportamientos, condiciones de vida y antecedentes familiares. Las organizaciones de atención coordinada la usan para conectar a los miembros con el derecho de recibir ayuda y apoyo.

Factura del saldo (facturación sorpresa) - Facturación del saldo es cuando usted recibe una factura de su proveedor por una cantidad remanente. Esto sucede cuando un plan no cubre el costo total del servicio. También es llamado una factura sorpresa. Se supone que los proveedores de OHP no deben facturar saldos a los afiliados.

Federal and state False Claims Act – Leyes que tipifican como delito que alguien, con conocimiento de causa, realice un registro falso o presente una reclamación falsa por atención médica.

Hospitalización – Cuando alguien es internado en un hospital para atención.

Leyes del consumidor – Reglas y leyes creadas para proteger a las personas y evitar prácticas deshonestas de negocios.

Medicaid – Un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica para personas con bajos ingresos. En Oregon se denomina Oregon Health Plan.

Médicamente necesario – Servicios y suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. También puede significar servicios que son parte de un tratamiento estándar.

Medicamentos prescritos – Medicamentos que su médico le indica que debe tomar.

Medicare – Un programa de atención médica para personas de 65 años o mayores. También ayuda a personas de cualquier edad con ciertas discapacidades.

Médico especialista – Un proveedor médico quien tiene capacitación especial para atender ciertas partes del cuerpo o tipo de enfermedad.

Non-Emergent Medical Transportation (NEMT) – Traslados para citas de atención médica prestados por nuestro socio TransLink.

OHP Agreement to Pay (OHP 3165 or 3166) Waiver (Renuncia)- Un formulario que usted firma si está de acuerdo con pagar un servicio que OHP no cubre. Solo es válido por el servicio exacto y fechas indicadas en el formulario. Usted puede consultar una copia en blanco del formulario Waiver en ***bit.ly/OHPwaiver***. ¿No está seguro si firmó un formulario Waiver? Puede preguntar al consultorio de su proveedor. Para otros idiomas, por favor visite ***oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx***

Organización de atención coordinada (CCO) – Una CCO en un plan local de OHP que le ayuda a utilizar sus beneficios. Las CCO están formadas por todo tipo de proveedores de atención médica en una comunidad. Ellos trabajan juntos para atender a los afiliados en OHP en un área o región del estado.

Plan – Una organización médica o CCO que paga los servicios de atención médica de sus afiliados.

POLST – **Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, por sus siglas en inglés, Órdenes Portátiles para Tratamientos de Soporte Vital)** – Un formulario que usted utiliza para asegurarse que sus deseos de atención médica cerca del final de la vida sean seguidos por los proveedores médicos.

Preautorización (autorización previa, o PA por sus siglas en inglés) – Un documento que menciona que su plan pagará un servicio. Algunos planes y servicios requieren una PA antes de que usted reciba el servicio. Los médicos normalmente se encargan de ello.

Prima – El costo del seguro.

Proveedor – Cualquier persona o agencia que proporciona un servicio de atención médica.

Proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) – Un profesional médico quien cuida de su salud. Son normalmente la primera persona a quien usted llama cuando tiene problemas médicos o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, enfermero profesional, asistente médico, osteópata o a veces naturópata.

Proveedor dental primario (PDP por sus siglas en inglés) – El dentista al que normalmente acude y quien cuida sus dientes y encías.

Proveedor dentro de la red o participante – Cualquier proveedor que trabaja con su CCO. Usted puede visitar a los proveedores dentro de la red gratuitamente. Algunos especialistas dentro de la red requieren referencia.

Proveedor fuera de la red – Un proveedor quien no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga a los afiliados quienes los consultan. Usted debe tener autorización para consultar un proveedor fuera de la red.

Red – Los proveedores médicos, de salud mental, farmacia y equipo que tienen un contrato con una CCO.

Referencia – Una referencia es una orden escrita de su proveedor indicando la necesidad de un servicio. Trabaje con su proveedor para solicitar la referencia.

Representante – Una persona elegida para actuar o hablar por usted en su nombre.

Salud del comportamiento – Es salud mental, enfermedad mental, tratamiento por adicción y consumo de sustancias. Puede cambiar su estado de ánimo, forma de pensar o la manera de actuar.

Seguro médico – Un programa que paga la atención médica. Después de suscribirse, una compañía o agencia gubernamental paga los servicios médicos cubiertos. Algunos programas de seguros requieren pagos mensuales, conocidos como *primas*.

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

Servicios de Hospice (Cuidados paliativos) – Servicios para consolar a una persona quien está muriendo y apoyar a su familia. Los servicios de Hospice son flexibles y pueden ser tratamientos para el dolor, asesoramiento y cuidados para dar alivio.

Servicios de rehabilitación – Servicios que ayudan a recuperar su salud integral. Estos normalmente son de ayuda después de cirugía, lesión o abuso de sustancias.

Servicios excluidos – Los que no paga un plan médico. Por ejemplo: OHP no paga por servicios para mejorar su apariencia, como cirugía plástica o cosas que mejoran por sí mismas, como un resfriado.

Servicios médicos – Servicios que usted recibe de su médico.

Servicios de post-estabilización – Servicios después de una emergencia para ayudar a mantenerle estable, o para mejorar o curar su afección.

Telehealth – Atención por video o por teléfono en vez de acudir al consultorio del proveedor.

Traditional health worker (THW) – Un trabajador público de la salud quien trabaja con proveedores de atención médica para servir a una comunidad o clínica. Un THW se asegura que los afiliados reciban un trato justo. No todos los THWs están certificados por el estado de Oregon. Existen seis diferentes tipos de THWs:

- Trabajador de la salud comunitario
- Especialista en bienestar entre iguales
- Asistente en salud personal
- Especialista en apoyo entre iguales
- Doula
- Tribal Traditional health workers

Transición de la atención – Algunos afiliados quienes cambien de planes en OHP aún pueden recibir los mismos servicios y visitar a los mismos proveedores. Ello significa que la atención no se modificará cuando realice un cambio de planes de CCO o se cambie a/de OHP pago-por-servicio. Esto es llamado transición de la atención. Si tiene problemas de salud graves, su nuevo y su antiguo plan deben trabajar juntos para asegurar que usted reciba la atención y los servicios que necesita.

Transportación de emergencia médica – Utilizar una ambulancia o Life Flight (transporte aéreo) para recibir atención médica. Los técnicos de emergencia médica brindan atención durante el traslado o vuelo.

Columbia Pacific CCO

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

Teléfono: 503-488-2822

Llamada sin costo: 855-722-8206

TYY: 711

Mensaje seguro: ***colpachealth.org/portal***

colpachealth.org/contact-us

facebook.com/ColumbiaPacificCCO

OHP-CPC-25-4487

CPC-25954300-070125-SP

Columbia Pacific CCO™

Parte de la familia CareOregon