



TRI-COUNTY LIVRET DE MEMBRE 2022

le 10 mars 2022
1-877-600-5472
TTY 711

TrilliumOHP.com



COMTES CLACKAMAS-MULTNOMAH-WASHINGTON

Avez-vous besoin d'aide pour connaître vos prestations ? Appelez-nous. Nous voulons vous aider à obtenir les meilleurs soins possibles.

Trillium Community Health Plan OHP

(y compris Trillium Behavioral Health)

13221 SW 68th Parkway, Ste. 500, Tigard, OR 97223

Nos bureaux sont accessibles en fauteuil roulant.

Horaires* : Lundi - Vendredi, 8 a.m. - 5 p.m.

Appel local : **541-485-2155**

Numéro gratuit : **1-877-600-5472**

(TTY : 711)

Fax : **844-805-3991**

<http://www.trilliumohp.com>

Si vous avez besoin d'un transport pour venir ou repartir de vos rendez-vous médicaux, veuillez appeler le :

MTM (Gestion de transport médical)

Numéro gratuit : 877-583-1552 (TTY : 711)

Vous pourriez bénéficier d'une aide pour le paiement de vos trajets.

*Si vous avez besoin d'aide en dehors de ces heures, veuillez laisser un message ou appeler votre prestataire de soins primaires (PCP, Primary Care Provider). Votre PCP vous répond au téléphone 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Pour les services d'urgence en santé mentale, veuillez consulter la section « Services d'urgence et d'urgence en santé mentale ». En cas d'urgence, appelez le 911.

Organisations de soins dentaires

Advantage Dental Services

Service à la clientèle Numéro gratuit 1-866-268-9631
TTY : 711

Capitol Dental Care

1-503-585-5205 ou numéro gratuit 1-800-525-6800
TTY : 1-800-735-2900

Oregon Dental Service

1-503-243-2987 ou numéro gratuit 1-800-342-0526
TTY : 1-503-243-3958 ou 1-800-466-6313

CALENDRIER DES JOURS DE FÊTE 2022 : FERMETURE DES BUREAUX DE TRILLIUM

Jour de l'an	lundi, le 3 janvier 2022
Anniversaire de Martin Luther King Jr.'s	lundi, le 17 janvier 2022
Memorial Day	lundi, le 30 mai 2022
Independence Day (chômé)	lundi, le 4 juillet 2022
Labor Day	lundi, le 5 septembre 2022
Thanksgiving	jeudi, le 24 novembre 2022
Le jour suivant Thanksgiving	vendredi, le 25 novembre 2022
Réveillon de Noël	vendredi, le 23 décembre 2022
Jour de Noël (chômé)	lundi, le 26 décembre 2022
Réveillon du Nouvel An	vendredi, le 30 décembre 2022

Assistance linguistique et interprétation

Tous les membres ont le droit d'être informés sur l'utilisation de nos programmes et services. Nous fournissons ces services gratuits :

- Langue des signes ;
- Interprètes en langue parlée ;
- Documents dans d'autres langues et
- en braille, en gros caractères, en audio et sous toute forme qui vous convienne.

Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions, veuillez appeler les Services aux membres au 1-877-600-5472 (TTY 711).

Vous pouvez bénéficier des services d'interprète en langue des signes ou parlée lors de votre rendez-vous si vous le souhaitez. Lorsque vous appelez pour un rendez-vous, précisez que vous avez besoin d'un interprète et dans quelle langue.

Si vous avez besoin d'un interprète en langue des signes ou parlée pour des visites médicales, vous pouvez :

1. Appeler Trillium.
2. Appeler le cabinet de votre médecin et demander à prévoir un interprète pour votre visite.

L'information sur les interprètes de soins de santé est disponible à www.Oregon.gov/oha/oei.

Si usted necesita esta información en otro idioma, en letra grande, Braille o audio, llame a Trillium en uno de los números mencionados anteriormente.

Tous les nouveaux membres recevront un dossier de bienvenue et un exemplaire du Guide du membre. Vous pouvez obtenir un exemplaire au format papier du Guide du membre gratuitement. Appelez les Services aux membres au 1-877-600-5472 ; TTY : 711. Nous vous posterons un guide dans un délai de 5 jours ouvrables. Vous pouvez consulter sa version numérique sur notre site Web à l'adresse : www.trilliumohp.com/memberhandbook

Si vous demandez à recevoir le guide par courriel, nous le noterons dans votre dossier. Vous devez nous donner votre accord pour un envoi par courriel.

Anglais : ATTENTION : Si vous ne parlez pas anglais, des services d'assistance linguistique, gratuits, sont à votre disposition, y compris des traductions écrites, des interprétations orales, des interprètes certifiés qualifiés en langue des signes et parlée, des formats alternatifs et des aides et services auxiliaires, y compris écrits. Appelez le 1-877-600-5472 ; TTY : 1-877-600-5473.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si no habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo, que incluye traducciones, interpretaciones, intérpretes certificados y calificados de lenguaje hablado y de señas, formatos alternativos y servicios y asistencia auxiliares, incluidos formatos escritos. Llame al 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị không nói tiếng Anh, chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ hỗ trợ miễn phí cho quý vị, bao gồm dịch vụ biên dịch tài liệu, thông dịch trực tiếp, thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu và ngôn ngữ nói có trình độ, định dạng khác, dịch vụ và công cụ hỗ trợ, bao gồm cả tài liệu dạng văn bản. Vui lòng gọi số 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

简体中文 (Chinese): 注意:如果您不會說英語,您可以免費獲得語言協助服務,包括書面翻譯、口譯、經過認證和合格的口語和手語翻譯、其他格式的文件以及包括書面交流在內的輔助工具和服務。請致電 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473。

Русский язык (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы не говорите на английском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода, в том числе письменный и устный перевод, услуги присяжных и квалифицированных устных переводчиков и переводчиков жестового языка, альтернативные форматы и вспомогательные средства и услуги, в том числе письменные. Звоните по номеру 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

한국어 (Korean): 주의: 영어를 구사하지 않으시면, 번역, 통역, 인증되고 자격을 갖춘 통역사 및 수화 통역사, 대체 형식, 보조 지원 및 서비스, 서면 형식 등으로 언어 지원 서비스를 무료로 제공해드립니다. 1-877-600-5472번, TTY: 1-877-600-5473번으로 전화해 주십시오.

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, вам доступні безкоштовно послуги письмового та усного перекладу, зокрема професійний усний переклад та сурдопереклад, альтернативні формати та інша допомога, зокрема письмова. Звертайся за телефоном: 1-877-600-5472; Телетайп: 1-877-600-5473.

日本語 (Japanese): 注意事項: 英語以外での対応をご希望の方は、無料の言語支援サービスをご利用ください。文書での翻訳、口頭での通訳、認定や資格を取得している手話通訳士による口語と手話の通訳、その他の方法、筆談等の補助的支援やサービスをご利用いただけます。電話 1-877-600-5472、TTYサービス: 1-877-600-5473。

العربية: (Arabic) تنبيه: إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً، بما في ذلك الترجمات الكتابية والترجمات الشفوية ومترجمي لغة الإشارة والمترجمين المرخصين والمؤهلين والتنسيقات البديلة والمساعدات والخدمات المساعدة بما في ذلك الكتابية. اتصل بالرقم 1-877-600-5472: الهاتف النصي: 1-877-600-5473.

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă nu vorbiți limba engleză, vă sunt disponibile servicii de asistență lingvistică gratuite, inclusiv traduceri scrise, interpretări orale, interpreți autorizați și calificați pentru limbajul semnelor și limbajul vorbit, formate alternative, precum și dispozitive și servicii auxiliare, inclusiv servicii în scris. Apelați numărul de telefon 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

ខ្មែរ (Cambodian) ប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេសមិនបានទេនោះ សេវាជំនួយខាងភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ មានសម្រាប់អ្នក រួមបញ្ចូលទាំងការបកប្រែសំណេរ ការបកប្រែផ្ទាល់មាត់ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញានិងភាសានិយាយ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងមានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ ទម្រង់ផ្សេងៗជំនួស និងជំនួយនិងសេវានានា រួមទាំងសំណេរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473

XIYYEEFFANNAA (Cushite): HUBADHAA: Afaan Ingilizii kan hin dubbanne yoo taatan, tajaajilootni gargaarsa afaanii, kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif qophaa'aniiru: hiikkaa barreeffamaa, hiikkaa faanii/sagalee, hiiktota afaan dubbatamuu fi afaan mallattoo waraqaa ragaa qabanii fi ga'umsa qaban, filannoo foormaatii biroo, fi deggersa meeshaalee fi tajaajiloota, kan barreeffamaa dabalatee of-keessatti kan hammatu. 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473 irratti bilbilaa.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie kein Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung, darunter schriftliche Übersetzungen, mündliche Dolmetscher, zertifizierte und qualifizierte Dolmetscher für Laut- und Gebärdensprache, alternative Formate sowie Hilfsmittel und Dienstleistungen, auch schriftlich. Rufnummer: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

فارسی کتبی، (Farsi): توجه: چنانچه انگلیسی نمی دانید، خدمات کمک زبان رایگان، از جمله ترجمه ترجمه شفاهی، مترجمان زبان گفتاری و اشاره دارای گواهی و واجد شرایط، فرمت های جایگزین، و وسایل و خدمات کمکی، از جمله موارد کتبی، در دسترس شماست. با شماره تماس بگیرید 1-877-600-5473؛ TTY: 1-877-600-5472.

Français (French) ATTENTION : Si vous ne vous exprimez pas en anglais, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Il s'agit notamment de la traduction des documents écrits, de l'interprétation des discours, de l'interprétation certifiée et adéquate en langue parlée et en langue des signes, d'autres formats, ainsi que des aides et services auxiliaires, y compris écrits. Composez le numéro 1-877-600-5472 ; TTY : 1-877-600-5473.

ภาษาไทย (Thai) โปรดทราบ: หากคุณไม่ได้พูดภาษาอังกฤษ เรามีบริการผู้ช่วยแปลภาษาให้บริการฟรี ซึ่งรวมถึงการแปลเป็นลายลักษณ์อักษร การแปลปากเปล่า ล่ามแปลภาษาและล่ามภาษามือที่ได้รับการรับรองและมีคุณสมบัติรูปแบบการแปลอื่นๆ รวมถึงความช่วยเหลือและบริการเสริมอื่นๆ ซึ่งรวมการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรด้วย โทร 1-877-600-5472 หรือส่งข้อความทางโทรศัพท์: 1-877-600-5473

Trillium Community Health Plan OHP (Trillium) tient à offrir les meilleurs soins et services à ses membres. Pensez-vous avoir été traité de manière injuste dans le cadre du Trillium Community Health Plan OHP (Trillium) ?

Trillium est tenu de respecter la législation nationale et fédérale en matière de droits civils. Il ne peut pas traiter les gens de façon injuste dans le cadre d'aucun de ses programmes ou activités en raison de :

- | | | | |
|---------------------|---------------------|------------|------------------------|
| • Âge | • Identité de genre | • Race | • Orientation sexuelle |
| • Couleur | • État civil | • Religion | • Handicap |
| • Origine nationale | • Sexe | | |

Vous avez le droit d'entrer, de sortir et d'utiliser les bâtiments et les services. Vous avez le droit d'obtenir les informations de manière compréhensible. Trillium apportera toutes les modifications raisonnables aux politiques, pratiques et procédures en s'entretenant avec vous sur vos besoins.

Pour signaler des problèmes ou pour obtenir plus d'informations, veuillez contacter :

Trillium Community Health Plan

555 International Way, Building B, Springfield, OR 97477

Numéro gratuit 877-600-5472 (TTY 711)

<https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html>

Veuillez contacter les Services aux membres au 541-485-2155 ; Numéro gratuit : 1-877-600-5472 ; TTY: 1-877-600-5473, du lundi au vendredi, 8 h à 17 h. Vous pouvez laisser un message en dehors de ces horaires, y compris les week-ends et les jours fériés. Nous vous rappellerons le jour ouvrable suivant. Vous avez le droit de faire valoir vos droits de membre sans qu'aucune action défavorable ou discrimination ne vous soit infligée. Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous pouvez déposer une réclamation.

Vous pouvez également contacter un médiateur via l'Oregon Health Authority au 1-877-642-0450 ou TTY : 711. L'appel est gratuit.

Vous pouvez également contacter le coordinateur anti-discrimination de Trillium :

Geno Allen, coordinateur non-discrimination

Envoyer un courriel à : gilbert.e.allen@trilliumchp.com

Ou par courrier à : 555 International Way, Building B, Springfield, OR 97477

Tél. : 541-650-3618, numéro gratuit 877-600-5472 ou TTY 711

Vous avez le droit de déposer une réclamation pour violation des droits civils auprès des organismes suivants :

Bureau des droits civils des États-Unis (Office for Civil Rights ou OCR) du département de la Santé et des Services sociaux

Web : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Courriel : OCRComplaint@hhs.gov

Tél. : 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

par courrier : **Bureau des droits civils (Office for Civil Rights)**

200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, D.C. 20201

Droits civils auprès de l'Oregon Health Authority (OHA)

Web : www.oregon.gov/OHA/OEI

Courriel : OHA.PublicCivilRights@state.or.us

Téléphone : 844-882-7889 (TTY 711)

par courrier : **Office of Equity and Inclusion Division**

421 SW Oak St., Suite 750, Portland, OR 97204

Bureau du travail et de l'industrie, division des droits civils (Bureau Labor and Industries Civil Rights Division)

Courriel : crdemail@boli.state.or.us

Téléphone : 971-673-0764

par courrier : **Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division**

800 NE Oregon St., Suite 1045, Portland, OR 97232

TABLE DES MATIÈRES

Assistance linguistique et interprétation.....	2
BIENVENUE AU TRILLIUM COMMUNITY HEALTH PLAN	11
QU'EST-CE QUE LE OREGON HEALTH PLAN (OHP) ?	11
Liste des services de santé par ordre de priorité.....	12
Qu'est-ce qu'un organisme de soins médicaux coordonnés (CCO, Coordinated Care Organization) ?	12
Qu'est-ce que les soins rationalisés et le paiement à l'acte ?	12
Que faire si je ne veux pas que Trillium soit mon CCO ?	13
Comment puis-je passer à un autre CCO ?	13
INFORMATIONS SUR LE REGIME	14
Qui dois-je appeler si j'ai des questions ?	14
Qu'est-ce que les services de coordination des soins intensifs (ICC) ?	17
Conseil consultatif communautaire	21
Lettre de couverture de l'OHP	21
Où puis-je obtenir un interprète ?	22
QUELS SONT MES DROITS ET RESPONSABILITES EN TANT QUE MEMBRE ?	22
Droits des membres	23
Responsabilités des membres.....	24
Droits des passagers	25
Responsabilités des passagers	26
COMMENT OBTENIR DES SOINS MEDICAUX LORSQUE VOUS EN AVEZ BESOIN.....	27
Comment trouver un médecin ou un prestataire ?	27
Qu'est-ce qu'un soin primaire ?.....	27
Comment dois-je choisir un prestataire de soins primaires (PCP) ?.....	27
Comment prendre rendez-vous avec mon PCP ?	28
Comment changer de PCP ?.....	28
Voici quelques conseils pour vous aider à avoir une bonne relation avec votre PCP :.....	28
Nous couvrons les deuxièmes avis.....	29
Que faire si je ne peux pas me rendre à mon rendez-vous ?.....	29
Que faire en cas de besoin de soins immédiats?	29

Que faire si j'ai besoin de consulter un spécialiste ou un autre prestataire ?	30
Que faire si je reçois un accompagnement et des soins à long terme ?.....	30
Comment puis-je obtenir l'accord pour les services ?	31
Autres prestations couvertes par l'OHP	31
Les nouvelles technologies sont-elles couvertes ?	33
Primes aux médecins.....	33
Puis-je bénéficier d'un moyen de transport pour me rendre à mon rendez-vous ?	34
Comment obtenir rendez-vous avec un interprète ?.....	34
PRESTATIONS ET SERVICES COUVERTS	34
Que couvre l'OHP ?	34
Comment trouver de l'aide pour arrêter de fumer ?	36
Liste résumée des services de santé pris en charge	38
Services de planification familiale et de contrôle des naissances.....	43
Que faire si je suis enceinte ?	43
Comment puis-je obtenir mes médicaments sur ordonnance ?	44
Quels médicaments ne sont pas couverts ?	45
SERVICES D'URGENCE MÉDICALE ET DE SOINS D'URGENCE	47
Qu'est-ce qu'une urgence médicale ?.....	47
Services d'ambulance.....	47
Comment puis-je obtenir des soins après une urgence ?	47
Comment obtenir des soins d'urgence ?	48
Adresses des soins d'urgence.....	48
VOS SERVICES ET PRESTATIONS DENTAIRES.....	49
Que sont les services dentaires ?	49
Comment dois-je choisir mon assurance dentaire ?.....	50
Comment puis-je utiliser mes prestations dentaires ?.....	50
Comment dois-je choisir un prestataire de soins dentaires principal ?.....	50
Comment prendre rendez-vous avec mon dentiste de soins principal (DSP) ?	50
Puis-je être transporté jusqu'à mon rendez-vous ?	50
Comment puis-je changer de dentiste de soins principal (PCD) ?	51
Que faire si j'ai besoin de consulter un spécialiste ou un autre prestataire ?	51
QUELLES SONT LES PRESTATIONS DENTAIRES DONT JE DISPOSE ?	52
Résumé des prestations et des services	52

URGENCES DENTAIRES ET SERVICES DE SOINS DENTAIRES D'URGENCE	53
Qu'est-ce qu'une urgence dentaire ?	53
Qu'est-ce qu'un service de soins dentaires d'urgence ?	53
Que faire si je suis en dehors de la ville ou de l'État et que j'ai besoin de soins dentaires urgents ? ...	53
Comment puis-je obtenir des soins après une urgence ?	53
PRESTATIONS EN SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE	54
Qu'est-ce que les services de santé mentale ?	54
Services de santé mentale pour adultes	54
Services de santé mentale pour enfants	54
COMMENT UTILISER MES PRESTATIONS DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCE CHIMIQUE ?	55
Comment trouver un traitement pour la dépendance chimique (alcool ou drogue) ?	55
Comment puis-je trouver un prestataire de services de santé mentale ?	55
Que faire si j'ai besoin d'aide pour choisir un prestataire en santé mentale ?	56
Comment puis-je prendre rendez-vous avec mon prestataire en santé mentale ?	56
Comment puis-je obtenir mes médicaments sur ordonnance ?	56
SERVICES DE CRISE ET D'URGENCE EN SANTÉ MENTALE	57
Qu'est-ce qu'une urgence en santé mentale ?	57
Que faire si je suis en dehors de la ville ou de l'État et que j'ai besoin d'un traitement ?	57
Puis-je bénéficier d'un moyen de transport pour me rendre à mon rendez-vous ?	58
PLAINTES (RÉCLAMATIONS) ET APPELS	58
Comment puis-je déposer une réclamation ou une réclamation ?	58
Si un service est refusé, comment puis-je faire appel ?	58
Comment faire appel d'une décision	59
Si mon appel est rejeté, comment puis-je obtenir une audience administrative ?	59
Que faire si j'ai besoin d'une audience rapide (accélérée) ?	60
Mes services seront-ils interrompus ?	60
Que dois-je faire si je reçois une facture ?	60
Responsabilité des frais	61
Quand devrais-je payer pour des services médicaux couverts par OHP ?	61
COMMENT PARTAGER MES DÉCISIONS CONCERNANT MA FIN DE VIE ?	62
Décisions de fin de vie et planification préalable (testaments biologiques)	62
Déclaration pour un traitement de santé mentale	63

MES INFORMATIONS PERSONNELLES SONT-ELLES PRIVÉES ?	64
Vos dossiers sont privés	64
Comment puis-je déposer une réclamation ou signaler un problème de confidentialité ?	65
AVIS DE CONFIDENTIALITÉ	65
COMMENT PUIS-JE SIGNALER UNE SUSPICION DE FRAUDE, DE GASPILLAGE OU D'ABUS ?	67
CONNECTER VOS SOINS DE SANTÉ	68
GLOSSAIRE.....	70
REMARQUES.....	72

BIENVENUE AU TRILLIUM COMMUNITY HEALTH PLAN

Nous aidons les personnes bénéficiant du Oregon Health Plan (OHP) depuis 1977. Nous sommes heureux d'être à votre service. Nous vous envoyons ce guide parce que vous recevez des prestations médicales de l'OHP. Veuillez prendre le temps de le lire. Vous y trouverez un grand nombre de réponses à vos questions sur les services, les prestations ainsi que sur la manière d'obtenir de l'aide en cas de besoin. Vous pouvez demander une copie de ce guide à tout moment.

Trillium est un organisme de soins médicaux coordonnés (CCO). Notre société collabore avec des prestataires de soins médicaux et des partenaires communautaires pour les personnes bénéficiant de l'OHP.

Les prestations de notre CCO comprennent : la santé physique, la santé comportementale, la santé dentaire et la gestion du transport médical (MTM, Medical Transportation Management).

Le CCO Trillium offre des trajets gratuits aux rendez-vous, y compris vers les services de santé physique, mentale et dentaire.

Trillium coordonne les soins en collaborant avec chaque membre et ses prestataires de soins médicaux pour trouver le meilleur moyen de répondre à ses besoins médicaux et non médicaux. Les Foyers de soins primaires centrés sur le patient (PCPCH, Patient Centered Primary Care Homes) peuvent également aider à coordonner les besoins médicaux et non médicaux des membres.

QU'EST-CE QUE LE OREGON HEALTH PLAN (OHP) ?

Le Oregon Health Plan (OHP) est un programme qui prend en charge les soins médicaux des habitants d'Oregon à faibles revenus. L'État de l'Oregon et le programme Medicaid du gouvernement des États-Unis le prennent en charge.

L'OHP PREND EN CHARGE :

- les visites médicales
- les médicaments sur ordonnance
- les hospitalisations
- les soins dentaires
- les services de santé mentale
- l'aide à l'arrêt du tabac, de l'alcool ou des drogues
- les trajets vers les services médicaux couverts.

L'OPH peut fournir des prothèses auditives, de l'équipement médical et des soins médicaux à domicile si vous y êtes éligible.

L'OPH ne couvre pas tout. Une liste des maladies et des affections couvertes, dénommée Liste des services de santé par ordre de priorité, est accessible en ligne à : <http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx>

Les autres maladies et affections ne sont habituellement pas couvertes par l'OHP. Ces affections peuvent être couvertes si, en les traitant, l'affection couverte du patient peut être améliorée. Par exemple, un patient peut avoir une pathologie qui est couverte et une autre qui ne l'est pas. La pathologie non prise en charge peut être couverte si elle permet d'améliorer la première pathologie. Pour plus d'informations sur la liste prioritaire (ordonnée) des services de santé, vous pouvez appeler Trillium au 1-877-600-5472.

Liste des services de santé par ordre de priorité

Les prestations du membre du Oregon Health Plan dépendent de la présence ou non de son affection et ses traitements sur la Liste des services de santé par ordre de priorité. La Commission d'examen des preuves de santé (HERC) de l'Oregon a établi cette liste et se réunit régulièrement pour la mettre à jour. L'HERC est composée de médecins, d'infirmiers ainsi que d'autres personnes concernées par les questions relatives aux soins médicaux.

Le Oregon Health Plan ne couvre pas tout. Le diagnostic et le traitement des soins figurant sous la ligne de la liste prioritaire (ordonnée) ne sont pas financés par le Oregon Health Plan. Tous les régimes de santé rationalisés et les prestataires de soins médicaux doivent utiliser la Liste prioritaire (ordonnée) pour vérifier s'ils peuvent fournir un service dans le cadre de l'OHP. Toutes les pathologies et tous les soins au-dessus de la ligne de la Liste prioritaire (ordonnée) ne sont pas couverts car il existe d'autres critères qui doivent être remplis.

L'OHP couvre les services nécessaires permettant d'identifier la source des problèmes de la personne souffrante. Ils comprennent le diagnostic d'une affection qui n'est pas couverte. Si un prestataire de soins médicaux décide d'un diagnostic ou d'un traitement qui n'est pas couvert, l'OHP ne payera plus aucun service pour cette affection.

Trillium prend en charge tous les services couverts conformément à la Liste prioritaire des soins de santé et lorsqu'ils sont fournis, comme spécifié dans les déclarations d'intention pertinentes et les directives de la liste prioritaire, tant que les soins sont médicalement ou oralement appropriés.

Quelle est la différence entre ma formule d'assurance et OHP ?

L'OHP est le Régime de santé de l'État de l'Oregon. L'État a conclu un contrat avec un grand nombre d'organismes de soins médicaux coordonnés (CCO) pour gérer les services médicaux des personnes qui ont obtenu l'OHP. Trillium est un de ces CCO. L'État de l'Oregon définit les prestations que vous recevez. L'OHP utilise un grand nombre de CCO différents pour servir ses membres. Trillium est l'un de ces CCO.

Qu'est-ce qu'un organisme de soins médicaux coordonnés (CCO, Coordinated Care Organization) ?

Le Trillium Community Health Plan est un organisme de soins médicaux coordonnés (CCO). Nous regroupons tous les types de prestataires de soins médicaux qui travaillent ensemble pour les personnes bénéficiant de l'OHP dans notre communauté. Les prestataires de notre CCO incluent Trillium, Trillium Behavioral Health, Advantage Dental Services, Capitol Dental Care, Oregon Dental Services et MTM. Le CCO de Trillium propose des trajets gratuits, également appelés transports non urgents (NETM), ainsi que des services de santé physique, mentale et des soins dentaires dans l'ensemble des comtés de Washington, Clackamas et Multnomah.

Qu'est-ce que les soins rationalisés et le paiement à l'acte ?

Les CCO (Organismes de soins médicaux coordonnés) sont un type de soins rationalisés. L'Autorité de santé de l'Oregon (Oregon Health Authority, ou OHA) souhaite que les personnes bénéficiant de l'OHP voient leurs soins de santé rationalisés par des entreprises privées créées uniquement dans cet objectif. L'OHA verse chaque mois aux entreprises de soins rationalisés un montant fixe pour fournir à leurs membres les prestations de santé dont ils ont besoin.

QUE FAIRE SI JE SOUHAITE UNE CARTE OUVERTE OHP AU LIEU DE TRILLIUM ?

Les services de santé pour les membres de l'OHP qui ne sont pas en soins rationalisés sont payés directement par l'OHA. Cette opération est dénommée paiement à l'acte car l'OHA paye aux prestataires un montant pour les services qu'ils fournissent. Elle est également appelée carte ouverte. Les Amérindiens/autochtones de l'Alaska peuvent appartenir à un CCO mais peuvent demander un changement pour une carte ouverte OHP à tout moment. Vous pouvez également demander une carte ouverte OHP si vous êtes couvert par l'assurance-santé Medicare en plus de l'OHP. Les personnes qui sont à la fois couvertes par l'assurance-santé et l'OHP peuvent appartenir à un CCO mais peuvent demander

à modifier leur allocation indemnité physique pour une carte ouverte OHP à tout moment. Tout membre d'un CCO ayant un motif médical pour obtenir des paiements à l'acte peut demander à quitter les soins rationalisés. Le service client d'OHP au 1-800-273-0557 peut vous aider à comprendre et à choisir la meilleure manière de percevoir votre aide médicale.

Que faire si je ne veux pas que Trillium soit mon CCO ?

Si vous avez des problèmes pour obtenir les soins appropriés, demandez-nous de vous aider avant de changer de CCO. Appelez les Services aux membres au 1-877-600-5472, TTY 711 pour demander un coordonnateur de soins. Si vous souhaitez toujours quitter ou changer votre CCO, appelez le service client de l'OHP. Ses numéros sont le 503-378-2666 et le 1-800-699-9075.

UN CCO PEUT DEMANDER À L'AUTORITÉ DE SANTÉ DE L'OREGON DE VOUS RETIRER DE CET ORGANISME SI VOUS :

- êtes violent vis-à-vis du personnel du CCO ou de vos prestataires ;
- commettez une fraude, comme permettre à une autre personne de bénéficier de vos prestations médicales.
- commettez un acte de violence physique ou menacez de manière crédible de le faire à l'encontre d'un prestataire de soins de santé, du personnel du prestataire, d'autres patients ou du personnel de Trillium, de sorte que cela compromette sérieusement la capacité de Trillium à fournir des services à vous ou à d'autres membres.

Un comportement abusif basé sur votre état de santé ne constitue pas un motif valable d'exclusion.

UN CCO NE PEUT PAS DEMANDER À L'AUTORITÉ SANITAIRE DE L'OREGON DE VOUS RETIRER SI VOUS :

- présentez un changement négatif dans votre état de santé ;
- sollicitez des services de santé de façon excessive ;
- agissez de manière non coopérative ou perturbatrice en raison de vos besoins particuliers ;
- êtes membre d'une classe protégée qui montre que vous pourriez avoir besoin de beaucoup de services médicaux ;
- avez un problème de santé ou des antécédents qui montrent que vous pourriez avoir besoin de beaucoup de services médicaux ; ou
- avez une déficience physique, intellectuelle, développementale ou mentale.

Pour des renseignements supplémentaires appelez les Services aux membres Trillium au 1-877-600-5472. Vous pouvez également appeler les services à la clientèle OHP au 1-800-273-0557 ou 800-699-9075. Vous pouvez demander quels sont les cas dans lesquels le CCO peut demander de mettre fin à votre adhésion (désinscription), des exceptions d'inscription temporaires ou des exemptions d'inscription.

Les membres recevront un avis écrit de leurs droits de désinscription au moins 60 jours avant le début de chaque période d'inscription.

Comment puis-je passer à un autre CCO ?

Si vous souhaitez changer de CCO, vous ou votre représentant pouvez le faire oralement ou par écrit. Vous pouvez appeler le service aux membres OHP au 503-378-2666 ou au 1-800-699-9075.

Le changement entrera en vigueur le premier jour du mois suivant l'approbation de l'OHA. Cela est possible tant qu'il y a un autre CCO ouvert aux inscriptions.

- Si vous ne voulez pas traiter avec le CCO qui vous a été attribué, vous pouvez le changer pendant les 90 jours suivant votre inscription.
- Si vous avez bénéficié de l'OHP auparavant, lors des 30 premiers jours après votre inscription à un CCO.

- Si vous êtes inscrit depuis 6 mois dans votre CCO, vous pouvez demander à changer de CCO.
- Lorsque vous renouvelez votre Oregon Health Plan (généralement une fois par an)
Vous pouvez changer de CCO une fois par an pour toute autre raison.

VOUS POUVEZ DEMANDER À CHANGER DE CCO À TOUT MOMENT SI :

- Vous quittez la zone de service d'un CCO, veuillez contacter le centre d'éligibilité virtuel de l'OHP au 800-699-9075 ou l'unité des services à la clientèle au 800-273-0557 dès que possible.
- En raison d'objections morales ou religieuses, Trillium ne couvre pas le service que vous recherchez
- Lorsque vous avez besoin des soins connexes reçus en même temps, mais que tous les soins connexes ne sont pas disponibles au sein du réseau, et lorsque votre prestataire de soins primaires ou un autre prestataire détermine que des soins reçus séparément vous exposeraient à un risque inutile (par exemple, une césarienne et une ligature des trompes).

Si l'OHA approuve la désinscription, vous recevrez un avis à cet effet. En cas d'insatisfaction avec le processus, vous pouvez déposer une réclamation ou demander une audience si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de désinscription.

Comment fonctionne Trillium ?

Trillium coordonne les soins qui vous sont fournis en collaborant avec chaque membre et ses prestataires de soins médicaux pour trouver le meilleur moyen de répondre à ses besoins médicaux et non médicaux. Pour les besoins non médicaux, les Foyers de soins

primaires centrés sur le patient (PCPCH) aideront les patients souffrant d'anxiété, de dépression et ceux souhaitant arrêter le tabac, l'alcool ou les drogues. Trillium surveille son réseau via les types de prestataires pour garantir un réseau adéquat.

Nous fournissons parfois des services que le paiement à l'acte de l'OPH ne couvre pas. Vous avez le droit de demander et de recevoir des informations complémentaires sur la structure et les opérations de Trillium. Pour obtenir des informations complémentaires sur la structure et les opérations de Trillium, veuillez contacter Trillium au 1-877-600-5472, ou TTY 711.

Qu'est-ce qu'un Foyer de soins primaires centrés sur le patient (PCPCH) ?

Nous voulons vous aider à obtenir les meilleurs soins possibles. Un des moyens de le faire est de demander à nos prestataires d'être considérés par l'Autorité de Santé de l'Oregon (OHA) comme un Foyer de soins primaires centrés sur le patient (PCPCH). Cela signifie qu'ils peuvent recevoir des fonds supplémentaires pour suivre plus assidûment leurs patients afin de s'assurer que leurs besoins médicaux, dentaires et en santé comportementale sont satisfaits.

Vous pouvez demander à votre clinique ou à votre prestataire s'il s'agit d'un PCPCH. Les soins médicaux que vous recevez sont importants pour nous ! Nous prenons soin de vos prestations et de vos questions localement. Si vous avez besoin de soins immédiatement, appelez-nous et nous vous aiderons à obtenir les soins nécessaires. Nous vous remercions de nous permettre de vous servir.

INFORMATIONS SUR LE REGIME

Qui dois-je appeler si j'ai des questions ?

APPELEZ TRILLIUM SI :

- vous êtes un nouvel inscrit à Trillium et vous avez besoin de vous soigner immédiatement.

- vous voulez changer de prestataire de soins primaires (PCP) ou vous avez du mal à en trouver un.
- vous voulez changer de dentiste ou vous avez du mal à en trouver un.

- vous avez besoin d'aide pour obtenir des services médicaux.
- vous avez des questions sur une réclamation ou sur vos prestations.
- vous avez besoin d'une nouvelle carte d'identité Trillium OHP.
- vous avez une réclamation relative à votre couverture de soins médicaux.
- vous avez été impliqué dans un accident ou vous avez été blessé et les coûts pourraient être supportés par quelqu'un d'autre.

APPELEZ LES SERVICES AUX MEMBRES DE L'OHP SI :

- vous déménagez en dehors de la zone des services de Trillium.
- vous êtes tombée enceinte ou vous avez fait une fausse couche.
- vous avez un bébé.
- vous avez des questions sur votre éligibilité.
- vous avez obtenu ou perdu une autre assurance de santé.
- vous souhaitez changer de régime de santé.
- vous avez besoin d'une nouvelle carte d'identité de l'Oregon Health.
- les informations présentes sur votre carte d'identité médicale de l'Oregon ou sur la lettre de couverture médicale sont fausses.
- vous avez des questions sur la lettre de couverture médicale de l'OHP que vous avez reçue de la part de l'Autorité de santé de l'Oregon.

Que faire en cas de besoin de soins immédiats ?

Si vous êtes un nouveau membre de Trillium et que vous avez besoin de soins médicaux ou de prescriptions immédiatement, veuillez nous appeler. Prenez également rendez-vous avec votre PCP dès que vous le pouvez pour vous assurer que vous recevrez tous les soins courants nécessaires. Si vous avez besoin de services de santé comportementale immédiatement, vous pouvez appeler tout prestataire listé dans le répertoire des prestataires de Trillium ou appeler le département des services des membres de Trillium au 1-877-600-5472, TTY 711.

ACCÈS AUX SOINS

Trillium fournit l'accès aux soins, y compris, mais sans se limiter aux :

- Services, soutiens et tout document dans la langue et/ou la culture que vous préférez

- Services qui sont les plus proches possibles de la résidence des membres ou des services de recherche ;
 - À moins de 30 km ou 30 minutes de votre domicile si vous vivez dans une zone urbaine
 - À moins de 60 km ou 60 minutes de votre domicile si vous vivez dans une zone rurale
- Choix des prestataires ;
- accès en temps opportun aux soins et aux prestations couvertes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 lorsque cela est médicalement approprié. Nous organisons un accès rapide aux soins pour les populations prioritaires.
 - Soins médicaux physiques ou de santé comportementale d'urgence : accès immédiat ou redirection vers un service d'urgence.
 - Soins bucco-dentaires d'urgence absolue : traitement ou examen dans les 24 heures
 - Soins physiques urgents : dans les 72 heures ou selon les besoins, en se basant sur l'examen initial
 - Soins bucco-dentaires d'urgence : sous deux semaines ou selon les besoins, en se basant sur l'examen initial
 - Soins de santé comportementaux urgents pour toutes les populations : dans les 24 heures
 - Bien-être physique : sous quatre semaines
 - Soins buccaux de routine : sous huit semaines, à moins qu'il n'y ait un motif de santé spécifique qui permette une attente supérieure à huit semaines.
 - Soins de santé comportementaux courants : évaluation dans les sept jours suivant la demande, avec une seconde visite dès que nécessaire
 - Services spécialisés de soins de santé comportementale et de traitement de la toxicomanie : immédiat.
 - Si le calendrier ne peut être respecté en raison de capacité insuffisante, vous devez être inscrit sur une liste d'attente. Vous obtiendrez des services à court terme dans les 72 heures à compter de l'inscription sur une liste d'attente. Les services à court terme doivent être identiques aux services que vous avez demandés initialement.

- Services spécialisés de soins de santé comportementale et de traitement de la toxicomanie : immédiat. Si le calendrier ne peut être respecté en raison de capacité insuffisante, vous devez être inscrit sur une liste d'attente. Vous obtiendrez des services à court terme dans les 72 heures à compter de l'inscription sur une liste d'attente. Les services à court terme doivent être identiques aux services que vous avez demandés initialement. Les personnes prioritaires en matière de santé comportementale spécialisée sont :

- les femmes enceintes,
- les anciens combattants et leurs familles,
- les femmes avec enfants,
- les soignants non rémunérés,
- les familles,
- les enfants âgés de 0 à 5 ans,
- les personnes atteintes du VIH/sida,
- les personnes atteintes de tuberculose,
- les personnes qui présentent un risque de premier épisode de psychose, ou
- les personnes ayant une déficience intellectuelle/développementale

- Services de traitement de la toxicomanie
 - Les membres qui utilisent des drogues par voie intraveineuse, y compris de l'héroïne, feront l'objet d'une évaluation immédiate et pourront bénéficier d'un traitement dans les 14 jours ou 120 jours suivant leur inscription sur une liste d'attente.
 - Les membres qui éprouvent un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes auront une évaluation et un traitement dans les 72 heures.
 - Les membres nécessitant des services de traitement assisté par des médicaments (MAT) seront évalués dans les 72 heures. Trillium travaillera avec des prestataires sous-traitants pour s'assurer que des services à court terme sont fournis. Vous ne serez pas obligé de suivre une cure de désintoxication avant de recevoir un traitement. Vous pouvez bénéficier d'au moins 2 rendez-vous de suivi, dont un ayant lieu une semaine après le bilan. Le bilan comprend :
 - o Un examen physique complet et d'autres évaluations qui analysent vos besoins biologiques, psychosociaux et spirituels.

- o Le prestataire examinera les résultats d'évaluations pour déterminer le meilleur traitement à utiliser afin d'éviter les risques ou les dommages pouvant survenir à défaut d'avoir une information suffisante à votre égard.

Pour plus d'informations sur l'accès à ces services, visitez notre site Web : <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services.html>

- Un traitement, un plan de santé ou une transition de plan de santé intégrant la santé physique, comportementale et bucco-dentaire
- Une source permanente de soins primaires, une personne qui prend soin de coordonner les services médicaux couverts
- Pour les femmes enceintes : En cas d'urgence dentaire absolue, vous serez examinée ou traitée sous 24 heures, 1 semaine pour les soins dentaires urgents, en moyenne sous quatre semaines pour les soins dentaires de routine et quatre semaines pour une évaluation ou un examen dentaire initial.

Qu'est-ce qu'un dépistage des risques pour la santé ?

Un dépistage des risques pour la santé est une enquête téléphonique rapide que nous utilisons pour mieux comprendre les domaines de votre vie qui pourraient bénéficier de soutiens supplémentaires. Lors du dépistage, on vous posera des questions sur votre santé et les éléments qui peuvent avoir un impact sur votre santé. Par exemple, nous vous demanderons comment vous vous sentez. Nous vous demanderons si vous vous êtes récemment rendu aux urgences. Nous vous poserons également des questions sur votre situation de vie et si vous avez besoin d'aide dans vos activités de la vie quotidienne. L'équipe peut également vous mettre en contact avec des accompagnants sociaux et coordonner les soins.

COMMENT L'INFORMATION VOUS AIDE-T-ELLE ?

Une fois le dépistage des risques pour la santé terminé, nos équipes d'assistance peuvent vous contacter pour établir le contact. Nous découvrirons comment nous pouvons vous accompagner dans votre expérience de soins de santé. Notre équipe de gestion des soins peut discuter avec vous de :

- accès aux soins
- pathologies chroniques

- prévention des chutes et sécurité
- vos objectifs de santé physique, comportementale ou dentaire

Lors de vos entretiens avec notre équipe, nous pourrions être amenés à faire plus d'évaluations. Cela nous aidera à déterminer les objectifs de votre formule de soins.

À QUELLE FRÉQUENCE FAUT-IL EFFECTUER UN DÉPISTAGE DES RISQUES POUR LA SANTÉ ?

Nous vous contacterons peu de temps après votre adhésion à Trillium pour vous souhaiter la bienvenue dans le régime d'assurance et vous proposer un dépistage des risques pour la santé. Le dépistage des risques pour la santé vous facilitera l'accès aux prestations de santé que nous offrons pour assurer une transition en douceur vers notre régime d'assurance. Nous proposons également des dépistages tous les 12 mois ou plus fréquemment selon l'évolution de vos besoins de santé. Cela continuera pendant toute la durée de votre adhésion au CCO Trillium.

QUI A ACCÈS À MES INFORMATIONS DE DÉPISTAGE DES RISQUES POUR LA SANTÉ ?

Les informations du dépistage des risques pour la santé font partie de votre dossier médical. Nous partageons les résultats de votre dépistage lorsque cela peut aider à assurer une transition de soins en douceur. Nous partageons également les résultats lorsque cela peut aider votre (vos) prestataire(s) à prendre en charge vos soins. Nous demandons votre autorisation lorsque les réglementations nationales ou fédérales l'exigent. Nous pouvons également vous contacter par courriel si nous ne parvenons pas à vous joindre par téléphone. Si vous avez besoin de quelque chose avant que nous ne vous contactions, veuillez appeler le département des services aux membres au 1-877-600-5472.

Qu'est-ce que les services de coordination des soins intensifs (ICC) ?

Les Services ICC offrent de l'aide et des ressources aux membres qui ont des besoins particuliers en matière de soins de santé. La population prioritaire pour les services ICC peut inclure des membres qui :

1. sont des personnes âgées, malentendantes, sourdes, aveugles ou ayant d'autres handicaps ;

2. ont des besoins de soins de santé complexes ou de niveau élevé, ou des pathologies multiples ou des maladies chroniques ;
3. ont une maladie mentale grave et persistante ; ou
4. bénéficient des services et de soutiens de soins de longue durée financés par Medicaid ;
5. sont des enfants âgés de 0 à 5 ans :
 - a) qui présentent des signes précoces de problèmes sociaux/émotionnels ou comportementaux ;
 - b) qui ont un diagnostic de trouble émotionnel grave ;
6. suivent un traitement médicamenteux pour un trouble lié à l'utilisation de stupéfiants (SUD, Substance Use Disorder) ;
7. sont des femmes ayant reçu un diagnostic de grossesse à haut risque ;
8. sont des enfants atteints du syndrome d'abstinence néonatale ;
9. sont des enfants placés en établissement de protection de l'enfance ;
10. sont des utilisateurs de drogues intraveineuses ;
11. ont des troubles liés à l'utilisation des stupéfiants (SUD) nécessitant une gestion du sevrage ;
12. sont atteints du VIH/SIDA ou de la tuberculose ;
13. sont des anciens combattants et leurs familles ; et
14. sont à risque de premier épisode psychotique, et
15. sont des personnes au sein des populations ayant une déficience intellectuelle et développementale (IDD, developmental disability populations).

Vous n'avez pas besoin d'une référence pour accéder aux services ICC ou demander un dépistage des risques pour la santé pour les services ICC. De plus, un membre de votre équipe de santé peut établir une référence en votre nom. Pour référer un membre ou demander un dépistage des risques pour la santé, vous pouvez appeler les Services aux membres au 1-877-600-5472 et demander les services ICC. Vous recevrez une réponse dans un délai d'un jour ouvrable.

Il est possible que vous soyez contacté directement pour vous proposer des services ICC. Cela peut arriver lorsque nous recevons des informations indiquant que vos besoins en matière de soins de santé pourraient augmenter. Cela se produit également lorsque vous recevez un nouveau diagnostic qui vous range dans la population prioritaire.

Que vous demandiez une recommandation ou que nous vous contactions pour offrir des services ICC, nous vous demanderons de procéder à une vérification des risques ICC. Le dépistage examine de nombreux domaines pour déterminer ce dont vous pourriez avoir besoin du point de vue de la santé sociale, physique et comportementale.

En cas d'éligibilité, des services ICC vous seront proposés.

Si vous choisissez de bénéficier des services ICC, un coordinateur de soins ICC vous sera attribué. Le coordinateur des soins de l'ICC sera votre seul point de contact pour vos besoins en matière de soins. Son nom et son numéro de téléphone vous seront communiqués. Votre coordinateur sera disponible pendant les horaires de bureau, du lundi au vendredi.

Si vous n'êtes pas éligible ou si vous n'êtes pas intéressé par les services ICC, d'autres programmes internes de coordination des soins ou de gestion des soins peuvent vous être proposés en fonction des résultats de votre dépistage.

Le coordinateur des soins de l'ICC travaillera avec vous, votre représentant (si vous en avez un) et votre équipe médicale pour coordonner vos soins.

Un plan ICC sera élaboré dans les 10 jours suivant votre choix de rejoindre les services ICC. Il comprendra vos besoins, des obstacles, des activités et des ressources identifiés pour vous aider à atteindre et à maintenir vos objectifs personnels, votre santé et votre sécurité. Ceci est votre régime d'assurance et il est important qu'il soit mis en œuvre de manière harmonieuse avec vous et votre équipe.

Selon vos besoins et vos obstacles, le régime peut impliquer plusieurs membres de l'équipe qui seront responsables de leurs domaines d'expertise. Ces domaines peuvent inclure, mais sans s'y limiter, les domaines physique, oral, comportemental, social, développemental, éducatif, spirituel, culturel et financier. Le régime ICC est actualisé avec les informations en provenance de vous et de votre équipe au moins tous les 90 jours, ou plus fréquemment si nécessaire.

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER PENDANT LES TRANSITIONS DE SOINS :

Trillium sait que l'adhésion à un nouveau régime de santé peut être difficile. Si vous passez à un Trillium Community Health Plan depuis un autre CCO ou depuis une carte ouverte OHP, nous pouvons vous contacter pour vous aider dans cette transition vers vos nouvelles prestations. Pendant les transitions entre les régimes, votre couverture auprès de vos prestataires se poursuit comme suit :

Les soins des membres à double admissibilité aux prestations complètes (FBDE, Full Benefit Dual Eligible) seront couverts ;

- Prestataire de soins primaires jusqu'à quatre-vingt-dix (90) jours
- Prestataire de santé bucco-dentaire jusqu'à quatre-vingt-dix (90) jours
- Prestataire de santé comportementale jusqu'à quatre-vingt-dix (90) jours

Tous les soins des autres membres seront couverts ;

- Prestataire de soins primaires jusqu'à trente (30) jours
- Prestataire de santé bucco-dentaire jusqu'à trente (30) jours
- Prestataire de santé comportementale jusqu'à soixante (60) jours

Remarque : Les délais peuvent être ajustés pour respecter un plan de traitement actif ou un traitement prescrit.

NOUVEAUX MEMBRES QUI ONT BESOIN DE SERVICES IMMÉDIATS

Si vous êtes un nouveau membre de Trillium ou si vous êtes nouveau à Medicare et que vous êtes inscrit à Trillium, vous aurez peut-être besoin de soins médicaux, de produits sur ordonnance (médicaments), ou d'autres articles ou services nécessaires. Si vous avez besoin de l'un de ces services au cours de votre premier mois d'inscription et que vous ne pouvez pas rencontrer un PCP, un dentiste de soins primaires (PDP) ou un autre prestataire, nous pouvons vous aider. Appelez gratuitement les Services aux membres : 1-877-600-5472 (TTY 711).

Nous vous aiderons à obtenir immédiatement tous les services de santé nécessaires (requis) dont vous avez besoin. Si vous êtes nouveau chez Trillium ou Medicare, nous vous aiderons et vous donnerons des informations.

Nous voulons que votre transition se passe en douceur. Tous les membres peuvent accéder à des soins de santé de transition complets, y compris des transferts appropriés pour les soins de suivi lorsqu'ils entrent ou quittent un établissement de soins actifs ou de soins de longue durée.

Pour les membres souffrant de maladies continues ou chroniques, ou qui ont besoin de soins de longue durée ainsi qu'un accompagnement et des services à long terme, Trillium travaillera avec vos prestataires, y compris les prestataires Medicare, pour s'assurer qu'un plan de transition des soins est en place pour les membres qui :

- ont des besoins spéciaux en soins de santé,
- reçoivent des services et un accompagnement à long terme,
- sont en transition depuis un hôpital ou un établissement de soins infirmiers qualifiés,
- sont en transition depuis des établissements de soins de santé comportementale qu'ils soient institutionnels ou hospitaliers,
- reçoivent des services communautaires et à domicile pour des problèmes de santé comportementale, et
- sont des membres FBDE inscrits dans les régimes affiliés à MA sous-traitant ou des régimes doubles DSN (Dual Special Needs) pour besoins spéciaux.

Cela réduit la duplication des activités d'évaluation et de planification des soins et améliore la coordination.

NOUS VEILLONS À CE QUE L'ACCÈS AUX SOINS SOIT POURSUIVI POUR :

- les enfants fragiles du point de vue médical
- les personnes participant à des programmes de traitement du cancer du sein et du col de l'utérus
- les personnes utilisant l'aide CareAssist pour le VIH/SIDA
- les personnes en programmes de traitement pour :
 - une maladie rénale terminale (insuffisance rénale)
 - les soins prénatals ou soins postnatals (avant et après la grossesse)
 - les services de transplantation
 - les services de radiothérapie ou de chimiothérapie (traitements du cancer)
- toute personne qui encourrait de graves problèmes de santé si elle ne poursuivait pas son traitement

Pendant cette transition, vous pouvez continuer à consulter votre ancien prestataire même s'il est hors réseau.

Les éléments que vous recevez, comme les ordonnances ou les fournitures médicales, continueront à vous être fournis pendant la transition, ou jusqu'à ce que vous soyez en mesure de rencontrer un nouveau PCP, dentiste ou prestataire de santé comportementale pour obtenir de nouvelles ordonnances ou des mises à jour de votre plan de traitement. Veuillez à montrer votre nouvelle carte d'assurance sociale à votre prestataire ou de l'informer de votre nouvelle assurance maladie.

Si vous renouvelez une ordonnance ou l'accès à un des services précédemment utilisés et que l'on vous informe que vous n'avez pas de couverture sociale, veuillez nous en informer immédiatement afin que nous puissions vous aider !

Pour certains membres, Trillium recevra des informations de votre CCO précédent pour vous aider dans votre accès permanent à des soins médicaux, dentaires ou de santé comportementale importants.

Certains membres sont éligibles à la fois à Medicare et Medicaid (OHP). Si vous êtes un nouveau bénéficiaire de Medicare, en fonction de votre régime de santé Medicare et de votre niveau de couverture, nous pouvons vous aider à intégrer ou vous assister pour adapter vos soins à votre nouveau plan de santé. Si vous conservez Trillium en tant qu'assurance secondaire, nous serons toujours disponibles pour subvenir à vos besoins pour les éléments non couverts par votre couverture Medicare.

Notre aide vise à garantir que vous recevrez des soins sans interruption et que vous suivrez les plans de traitement définis par votre prestataire sans aucun retard. Si vous pensez avoir besoin d'aide, veuillez contacter un coordonnateur de soins ou un responsable de cas Trillium au 1-877-600-5472. Vous pouvez également consulter notre politique ici : [https://www.trilliumohp.com/content/dam/centene/trillium/mcicaid/pdfs/CCO Transitions of Care Policy 10.29.2019 FINAL.pdf](https://www.trilliumohp.com/content/dam/centene/trillium/mcicaid/pdfs/CCO%20Transitions%20of%20Care%20Policy%2010.29.2019_FINAL.pdf)

QUELS SONT LES SERVICES LIÉS À LA SANTÉ ?

Les services liés à la santé sont fournis en complément des services de soins de santé couverts. Il existe deux types de services liés à la santé :

- des services flexibles, qui sont des services rentables offerts à un membre individuel pour compléter les prestations couvertes, et

- les initiatives communautaires, qui sont des interventions communautaires axées sur l'amélioration de la santé de la population et de la qualité des soins de santé. Ces initiatives incluent les membres, mais ne sont pas forcément limitées qu'aux membres.

Les services flexibles sont des produits ou des services qui ne font pas l'objet de la facturation médicale habituelle. Ces produits ou services peuvent vous aider à obtenir de meilleurs résultats pour votre santé, bien qu'ils ne soient pas de nature médicale. Les exemples incluent, mais ne sont pas limités à :

- abri temporaire pour permettre à une personne de guérir ou de se rétablir après un séjour à l'hôpital lorsqu'elle n'a pas son propre logement
- boîte à médicaments électronique pour aider à prendre les médicaments à temps
- accès à une piscine thérapeutique pour une meilleure mobilité articulaire
- climatiseurs pour les membres qui éprouvent des difficultés à respirer pendant les épisodes de chaleur accablante

Pour accéder aux services flexibles, vous pouvez contacter votre médecin ou tout membre de votre équipe soignante. Vous pouvez également appeler Trillium au 1-877-600-5472 et demander à parler à un gestionnaire de soins. Un membre de votre équipe de soins ou un gestionnaire de soins Trillium remplira un formulaire. Il est important d'être certain du bénéfice que le produit ou le service apportera à votre santé. Il est également important de s'assurer que le produit ou le service ne fait pas partie des prestations déjà offertes. Le traitement de la demande peut prendre jusqu'à 10 jours. Une fois la demande traitée, nous commanderons le service ou le produit. Dans certains cas, la livraison de l'article peut prendre plus de temps. Si une demande de service liée à la santé est refusée, Trillium vous en avisera. Vous avez le droit de déposer une réclamation.

Qui sont les représentants de connexion des membres (MCR, Member Connection Representatives) ?

Les MCR sont des agents de santé communautaires, certifiés par l'État de l'Oregon et employés par Trillium.

Les MCR travaillent pour connecter les membres aux services nécessaires. Les MCR peuvent vous aider à accéder à vos prestations et à prendre des rendez-vous médicaux. Ils peuvent également coordonner les besoins sociaux comme le logement et la nourriture. Ils peuvent vous mettre en contact avec des ressources communautaires. Les MCR travaillent en étroite collaboration avec votre centre médical de soins primaires et l'équipe interne de Trillium. Ils peuvent vous contacter par téléphone, vidéo ou à votre domicile. Ils peuvent vous aider, par exemple, en vous rappelant de prendre vos médicaments à temps. Ils peuvent également vous aider avec vos demandes d'aide au logement ou au chauffage ou trouver les articles nécessaires par le biais des systèmes sociaux. Les MCR peuvent offrir une éducation aux patients atteints de diabète ou d'asthme. Les MCR sont très efficaces et connaissent leur communauté. Si vous souhaitez travailler avec un MCR, veuillez appeler le 1-877-600-5472 et demander un représentant de Member Connections.

Qu'est-ce que la coordination des soins et la gestion de cas ?

Trillium est là pour vous aider à atteindre vos objectifs en termes de soins médicaux. Nous travaillons, par le biais d'une approche collaborative, à coordonner les soins en nous basant sur vos besoins spécifiques. Nous travaillons avec vous, avec vos prestataires et toute personne que vous désignerez afin de créer un parcours global vers le bien-être et la prévention. Nous utilisons une approche coordonnée avec les ressources collectives et notre équipe de soins pour nous assurer que vos besoins sont satisfaits. Cette approche vous aide à naviguer dans le système médical pour atteindre un bien-être personnel, notamment en matière de santé physique, de traitement de la santé comportementale et de santé bucco-dentaire, et vous aide à éliminer les obstacles.

Lorsque vous êtes dans un programme de coordination de soins, de gestion de cas ou de services de coordination de soins intensifs, un gestionnaire de soins vous sera assigné. Votre gestionnaire de soins travaillera avec vous pour développer un plan de soins. Ce plan comprendra des activités pour vous aider à répondre à vos besoins. Vous et votre équipe de soins participerez à la création d'objectifs destinés à améliorer votre santé et votre bien-être. Cette équipe de soins est composée de votre médecin, votre thérapeute et votre famille ou toute personne importante pour obtenir des effets sur votre

santé. Les plans de soins sont mis à jour annuellement, mais ils peuvent aussi l'être plus tôt si nécessaire, lorsque vous atteignez vos objectifs ou si vos besoins changent. Vous pouvez demander un coordonnateur de soins à tout moment. Appelez les Services aux membres au 1-877-600-5472 (TTY : 711). Demandez à parler à un coordonnateur de soins. Nous pouvons également vous contacter si votre prestataire ou une autre ressource communautaire nous demande de l'aide.

Éducation sanitaire adaptée à la culture

Nous respectons la dignité et la diversité de nos membres et communautés dans leur environnement. Nous voulons être au service des besoins des personnes de toutes les cultures, langues, races, origines ethniques, capacités, religions, genres, orientations sexuelles, identifications sexuelles et tous les autres besoins spécifiques de vos membres. Tout le monde doit se sentir le bienvenu et bien couvert par notre régime.

Nous avons de nombreux programmes et activités de vie saine à votre disposition. Nos programmes d'éducation en matière de santé comprennent des soins auto-administrés, de la prévention et de l'autogestion des maladies. Pour obtenir des renseignements complémentaires à propos des services, appelez le service clients au 1-877-600-5472 (TTY 711).

Conseil consultatif communautaire

Trillium a deux conseils consultatifs communautaires (CAC, Community Advisory Councils). Un CAC représente le comté de Lane dans le sud. Un CAC représente les comtés de Clackamas, Multnomah et Washington dans le Nord. Plus de la moitié des membres des CAC sont des membres de Trillium OHP ou des parents/grands-parents de membres de Trillium OHP. Les autres membres sont issus des agences et des organisations qui travaillent avec les membres de Trillium. Le CAC partage son expérience et donne des conseils pour améliorer les programmes et les services de Trillium. Il conseille également Trillium sur les initiatives communautaires. Le CAC est un partenaire clé de l'évaluation des besoins en santé communautaire et du plan d'amélioration de la santé communautaire. Si vous souhaitez faire partie du CAC, obtenir des renseignements supplémentaires

à ce sujet ou partager une idée, veuillez nous appeler ou visiter la page <https://www.trilliumohp.com/about-us/public-notices/community-advisory-council-public-notices.html>

Lettre de couverture de l'OHP

L'Autorité de Santé de l'Oregon vous enverra une lettre de couverture listant les numéros de téléphone des membres de l'OHP, l'ensemble de vos avantages sociaux et votre régime de soins rationalisés. Cette lettre réunit les informations pour toute personne de votre domicile possédant une carte de santé de l'Oregon.

Cartes d'identité (ID)

Carte d'identité de l'Oregon Health

DHS vous enverra une carte d'identité de l'Oregon Health comportant votre nom, votre numéro de client et la date d'émission. Chaque personne inscrite à l'OHP reçoit sa propre carte d'identité de l'Oregon Health. Veuillez prendre cette carte avec vous à chaque rendez-vous.

Carte d'identité Trillium

Trillium vous enverra également une carte d'identité qui atteste que vous êtes un membre de l'OHP de Trillium. Elle comportera votre nom, le nom de votre PCP, de votre organisme de soins dentaires ainsi que le numéro de téléphone du département des services aux membres, de la pré-approbation, des urgences, des transports (trajets) et des pharmacies. Veuillez prendre cette carte avec vous avec votre carte d'identité de l'Oregon Health à chaque rendez-vous.

Que se passe-t-il si j'ai Medicare et l'OHP ?

Si vous avez l'OHP et que vous êtes éligible à Medicare, Trillium coordonnera vos services. Vous n'avez pas à payer la coassurance qui est déductible, à moins que vous :

- ayez reçu des services de la part de prestataires qui n'appartiennent pas à Trillium et que ces services n'aient pas été destinés à une urgence ;
- ayez reçu des services qui n'étaient pas couverts par vos prestations Medicare et OHP au moment où vous les avez reçus.

En fonction de votre plan de santé Medicare et de votre niveau de couverture, nous pouvons vous aider à intégrer

ou à vous rapprocher de la coordination des soins entre vos différentes compagnies d'assurance. Si vous bénéficiez de Medicare, il s'agit de votre première ligne pour la couverture. Trillium travaillera avec vous, votre prestataire et votre compagnie d'assurance Medicare pour s'assurer que vous obteniez les soins dont vous avez besoin et que vous souhaitez.

Si vous êtes un membre ayant des besoins particuliers et bénéficiant d'une couverture Trillium Medicare et Trillium Medicaid, un gestionnaire de cas vous sera toujours attribué et vous contactera régulièrement afin de répondre à l'ensemble de vos besoins. Notre aide est disponible pour garantir que vous recevrez des soins de qualité et que vous suivrez les plans de traitement définis par votre prestataire sans aucun retard. Si vous pensez avoir besoin d'aide, veuillez contacter un coordonnateur de soins ou un responsable de cas Trillium au 1-877-600-5472.

Où puis-je obtenir un interprète ?

Vous pouvez bénéficier des services d'interprète en langue des signes ou parlée lors de votre rendez-vous si vous le souhaitez. Lorsque vous appelez pour un rendez-vous, précisez que vous avez besoin d'un interprète et dans quelle langue. Ce service est gratuit pour vous. Si vous avez besoin d'un interprète en langue des signes ou parlée pour des visites médicales, vous pouvez :

1. Appeler Trillium.
2. Appeler le cabinet de votre médecin et demander à prévoir un interprète pour votre visite.

L'information sur les interprètes de soins de santé est disponible à l'adresse www.Oregon.gov/oha/oei.

QUELS SONT MES DROITS ET RESPONSABILITES EN TANT QUE MEMBRE ?

Cette déclaration vous explique vos droits et responsabilités en tant que membre du Plan de santé communautaire Trillium.

En tant que membre du Trillium Community Health Plan, vous bénéficiez de certains droits. Vous avez aussi certaines responsabilités. Si vous avez des questions sur les droits et les responsabilités énumérés, contactez les Services aux membres au 1-877-600-5472. Demandez à parler au gestionnaire de cas.

Vous avez le droit de faire valoir vos droits de membre sans qu'aucune action défavorable ou discrimination ne vous soit infligée. Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous pouvez déposer une réclamation. Vous pouvez également contacter un médiateur via l'Oregon Health Authority au 1-877-642-0450 ou TTY 711.

Vous pouvez également contacter le coordinateur anti-discrimination de Trillium :

Geno Allen, coordonnateur de la lutte contre la discrimination gilbert.e.allen@trilliumchp.com.

555 International Way, Building B,
Springfield, OR 97477

Tél. : 541-650-3618, numéro gratuit 877-600-5472
ou TTY 711.

Il peut arriver que des personnes de moins de 18 ans (mineures) veuillent ou aient besoin d'obtenir elles-mêmes des services de soins de santé. Pour en savoir plus, lisez « Droits des mineurs : consentement et accès aux soins de santé. » Dans cette brochure les types de services que les mineurs peuvent obtenir par eux-mêmes sont listés. Elle décrit également comment les informations sur les soins de santé des mineurs peuvent être partagées. Vous pouvez lire cette brochure en ligne sur <https://www.oregon.gov/oha/PH/HEALTHYPEOPLEFAMILIES/YOUTH/Documents/minor-rights.pdf>

Droits des membres

EN TANT QUE MEMBRE TRILLIUM, VOUS AVEZ LE DROIT DE :

- Être traité avec dignité, respect et considération pour votre vie privée.
- Vous pouvez savoir si un prestataire accepte de nouveaux membres en consultant l'annuaire des prestataires.
- Être traité par les prestataires de la même manière que les autres personnes cherchant des soins de santé.
- Choisir vos prestataires et modifier vos choix.
- Vous tourner de votre propre chef vers des services de santé comportementale ou de planification familiale sans être référé par votre PCP ou un autre prestataire.
- Vous faire accompagner par un ami, un membre de votre famille ou un assistant lors d'un rendez-vous.
- Participer à la détermination de votre plan de traitement.
- Obtenir des informations sur votre maladie, sur ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas, afin de prendre des décisions éclairées concernant votre traitement. Recevoir ces informations dans votre langue et dans un format qui vous convient.
- Accepter ou refuser les traitements et être informé de ce qui pourrait arriver en fonction de votre décision. Un service ordonné par le tribunal ne peut être refusé.
- Obtenir des documents écrits qui vous indiquent vos droits, vos responsabilités, vos prestations, comment bénéficier des services et ce qu'il faut faire en cas d'urgence.
- Vous faire expliquer les documents de manière à ce que vous puissiez les comprendre et dans votre langue.
- Vous renseigner sur les CCO et le système de soins de santé.
- Obtenir des services qui tiennent compte de vos besoins culturels et linguistiques et à proximité de votre lieu de résidence. Obtenir des services dans des environnements non traditionnels, s'ils sont disponibles.
- Bénéficier d'une coordination des soins, des soins communautaires et de l'aide pour les transitions de soins en accord avec votre langue et votre culture afin de réduire le besoin de visites à l'hôpital ou dans un établissement de soins infirmiers.
- Obtenir les services nécessaires pour diagnostiquer votre état de santé.
- Obtenir des soins et des services centrés sur la personne qui vous donnent le choix, l'indépendance et la dignité. Ces soins seront basés sur vos besoins de santé et respecteront les normes de pratique généralement reconnues
- Avoir une relation stable avec une équipe de soins qui est responsable de la gestion globale de vos soins.
- Obtenir de l'aide pour pouvoir utiliser le système de santé et obtenir les ressources dont vous avez besoin. Cela peut inclure :
 1. Interprètes certifiés ou qualifiés en soins de santé
 2. Agents de santé traditionnels certifiés
 3. Agents de santé communautaires
 4. Spécialistes du bien-être par les pairs
 5. Spécialistes du soutien par les pairs
 6. Doulas
 7. Accompagnateur personnel de santé
- Services préventifs couverts.
- Bénéficier des services d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 sans autorisation préalable.
- Obtenir une référence auprès des prestataires spécialisés pour les services coordonnés couverts qui sont nécessaires en fonction de votre état de santé.
- Disposer d'un dossier médical qui contient l'historique de vos problèmes de santé, des soins que vous recevez et des références.
- Accéder à vos dossiers cliniques. Sous certaines circonstances, votre accès peut être limité par la loi.
- Transférer votre dossier clinique à un autre prestataire.
- Faire corriger ou modifier votre dossier clinique pour qu'il soit plus précis.
- Faire une déclaration de vos souhaits de traitement. Il peut s'agir de votre volonté d'accepter ou de refuser un traitement médical, chirurgical ou de santé comportementale. Il peut également contenir des instructions et des procurations pour vos soins.

- Obtenir un avis écrit d'un refus ou d'une modification d'une prestation avant qu'il ne se produise. Il se peut que vous ne receviez pas d'avis si celui-ci n'est pas requis par les réglementations fédérales ou étatiques.
- Déposer une réclamation ou un recours.
- Demandez une audience si vous n'êtes pas d'accord avec une décision prise par le Trillium Community Health Plan ou l'OHP.
- Obtenir des services d'interprètes certifiés ou qualifiés en soins de santé, y compris l'interprétation en langue des signes.
- Recevoir un avis d'annulation de rendez-vous en temps opportun.
- Ne pas être retenu ou tenu à l'écart des gens pour vous faire faire quelque chose que vous ne souhaitez pas faire, en guise de punition ou pour faciliter votre prise en charge.
- Être traité équitablement et pouvoir déposer une doléance pour discrimination si vous estimez avoir été traité injustement en raison de votre :
 1. Âge
 2. Couleur de peau
 3. Handicap
 4. Identité sexuelle
 5. Statut matrimonial
 6. Race
 7. Religion
 8. Sexe
 9. Orientation sexuelle
- Partager l'information avec le Trillium Community Health Plan par voie électronique. Vous pouvez décider si vous voulez le faire ou non.
- Appeler à l'avance si vous pensez être en retard ou annuler votre rendez-vous si vous ne pouvez pas venir.
- Recevoir vos bilans de santé annuels, vos visites de bien-être et vos soins préventifs pour rester en bonne santé.
- Faire appel à votre PCP pour vos besoins de soins de santé, sauf s'il s'agit d'une urgence.
- Utiliser les soins urgents de manière appropriée.
- Informer votre PCP dans les 72 heures si vous avez utilisé les services d'urgence.
- Demander une orientation de votre PCP pour un rendez-vous chez un spécialiste si vous en avez besoin. Dans certains cas, vous n'avez pas besoin d'une référence.
- Être honnête avec vos prestataires afin qu'ils puissent vous administrer les meilleurs soins.
- Aider votre prestataire à établir votre dossier de santé. On pourra vous demander de signer une autorisation de divulgation de vos dossiers.
- Poser des questions si quelque chose n'est pas clair.
- Utiliser les informations du Trillium Community Health Plan, de vos prestataires ou de votre équipe de soins pour faire les meilleurs choix concernant votre santé.
- Aider votre prestataire à créer votre plan de traitement.
- Suivre les consignes de vos prestataires ou demander une autre option.
- Informer votre prestataire que vous avez l'OHP et apporter vos cartes d'identité médicale aux rendez-vous.
- Informer le Oregon Health Plan (OHP) :
 1. Si vous changez de numéro de téléphone.
 2. Si vous changez d'adresse.
 3. Si vous tombez enceinte et si vous accouchez.
 4. Si une famille emménage ou quitte votre domicile.
 5. Si vous avez une autre assurance santé.

Responsabilités des membres

EN TANT QUE MEMBRE TRILLIUM, VOUS AVEZ LE DROIT DE :

- Choisir ou aider à choisir un prestataire de soins primaires et un dentiste de soins primaires.
- Traiter le personnel, les prestataires et le personnel de la clinique du Trillium Community Health Plan avec respect.
- Être à l'heure aux rendez-vous.

- Payer pour les services non couverts.
- Aider le Trillium Community Health Plan à récupérer l'argent que vous recevez à titre d'indemnité pour une blessure. Le montant est plafonné à l'indemnité versée à titre de cette blessure.
- Informer le Trillium Community Health Plan des problèmes, des réclamations ou des doléances.

Si vous bénéficiez de services de transport non urgents (trajets) pour vos consultations, vous avez également les droits et responsabilités de passager suivants :

Droits des passagers

EN TANT QUE MEMBRE DE L'OHP VOUS AVEZ LE DROIT DE :

accéder à des courses sûres, rapides et appropriées 24 heures sur 24, 365 jours par an ;

- faire un trajet dans le véhicule le plus en adéquation avec vos besoins, le lieu de votre rendez-vous et le coût ;
- ne pas être facturé pour des services NEMT (transport) par Trillium ;
- ne pas être facturé pour des services NEMT (transport) par des prestataires de transport en sous-traitance ;
- avoir accès aux politiques et procédures de Trillium pour les NEMT ;
- recevoir des notifications du refus de la demande d'une course dans les 72 heures suivant la décision. que deux employés vérifient une demande avant qu'elle ne soit refusée afin de garantir que cette opération est appropriée ;
- Une copie du refus sera envoyée au prestataire que vous deviez voir. Ce sera le cas si le prestataire fait partie du réseau de Trillium et qu'il demande la course en votre nom.
- recevoir des notifications lorsque votre course est programmée ;
- ne pas être déposé plus de 15 minutes en avance de votre rendez-vous ou devant le bâtiment avant que celui-ci ne s'ouvre, sauf demande de vous-même, ou, selon le cas, votre tuteur, parent ou représentant ; et

- ne pas être pris en charge plus de 15 minutes après la fermeture du bâtiment dans lequel vous avez votre rendez-vous ou plus d'une heure après la prise en charge demandée à moins que vous l'ayez sollicité ou si votre rendez-vous se termine après la fermeture du bâtiment ou si elle a été demandée par vous-même ou, selon le cas, votre tuteur, parent ou représentant ;
- être transporté dans un véhicule :
 - propre et exempt de débris vous empêchant d'être transporté confortablement ;
 - équipé de ceintures de sécurité adéquates, si le véhicule est légalement tenu d'avoir des ceintures de sécurité ;
 - équipé d'une trousse de premiers secours, d'un extincteur, de réflecteurs ou de dispositifs de signalisation, de lampe torche, de dispositifs de traction pour les pneus en cas de mauvais temps et de gants jetables ;
 - disposant de l'équipement nécessaire pour sécuriser une chaise roulante ou une civière, le cas échéant ;
 - en bon état de fonctionnement, avec des rétroviseurs latéraux et arrière, un klaxon, et des clignotants fonctionnels, des phares, des feux arrière et des essuie-glaces ;
- être conduit par un chauffeur qui réponde à toutes les exigences de l'État pour être un chauffeur NEMT :
 - possédant une immatriculation valide et un permis de conduire de l'état
 - ayant des références vérifiées, y compris sur son casier judiciaire, son historique en tant que chauffeur, son statut de délinquant sexuel et son dépistage de la consommation de drogues
 - ayant une formation documentée pour la conduite et l'assistance aux membres atteints de handicaps et ayant des besoins spécifiques.
- demander une modification raisonnable de votre trajet et, le cas échéant, en accord avec les lois étatiques et fédérales. Ceci comprend les cas où :
 - un chauffeur vous met en danger, vous ou les autres passagers,

- il conduit ou a un comportement qui vous place, vous ainsi que les autres passagers, dans une situation dangereuse ou
- il représente une menace directe pour vous ou les autres passagers.
- demander des modifications de votre course pour répondre aux exigences de la loi sur les personnes handicapées et des autres lois et règles applicables ;
- pouvoir déposer une réclamation ou un recours pour un refus de votre course auprès de Trillium et recevoir une réponse ;
- faire des recommandations relatives aux droits des passagers et à la politique de responsabilités de Trillium ;
- déposer une réclamation et demander un appel ou un réexamen.
- recevoir des remboursements pour les services pris en charge.
- voyager depuis et vers un lieu de consultation médicale avec un accompagnateur si vous avez 12 ans ou moins ou si vous avez besoin d'aide pour vous déplacer.
 - L'accompagnateur peut être un parent, un tuteur, un beau-parent, un grand-parent ou votre représentant. S'il ne s'agit pas d'une de ces personnes, votre parent ou tuteur doit fournir une autorisation écrite pour tout adulte de 18 ans et plus pour être votre accompagnateur. Les accompagnateurs doivent avoir plus de 18 ans ;
- apporter et installer tous les sièges de sécurité requis par les lois de l'Oregon pour un transport sécurisé (trajets) ;
- apporter tout autre équipement médical nécessaire pour votre trajet, tel que de l'oxygène, une chaise roulante ou des cannes ;
- collaborer avec Trillium et MTM pour toute modification raisonnable de votre trajet ou voyage si :
 - vous menacez de faire du mal au chauffeur ou aux autres personnes dans le véhicule,
 - vous présentez une menace directe pour le chauffeur ou pour d'autres personnes présentes dans le véhicule,
 - vous adoptez un comportement qui place le chauffeur ainsi que les autres passagers dans une situation à risque,
 - vous adoptez un comportement qui, selon l'avis de Trillium, entraîne le refus des docteurs et des établissements médicaux locaux de continuer à fournir des services sans modification,
 - vous ne vous présentez pas à plusieurs reprises aux déplacements prévus ou
 - vous annulez fréquemment la course le jour même ;

Responsabilités des passagers

EN TANT QUE MEMBRE DE L'OHP VOUS ACCEPTÉZ DE :

- effectuer une évaluation de vos besoins de transport (trajet) lorsque vous faites une demande de course ;
- notifier MTM des changements de votre état de santé qui pourraient affecter le type de véhicule pour votre course ;
- planifier vos trajets le plus tôt possible. Vous ou votre représentant peuvent planifier :
 - des rendez-vous ponctuels, jusqu'à 90 jours à l'avance ;
 - des rendez-vous récurrents, définissez l'ensemble des trajets nécessaires en une seule fois, jusqu'à 90 jours à l'avance ;
 - des rendez-vous le jour même — appelez dès que vous pouvez
- ne pas fumer, ne pas utiliser d'aérosols, ne pas vapoter dans le véhicule ;
- récupérer tous les objets que vous avez amenés avec vous lorsque vous quittez le véhicule ;
- respecter toutes les lois nationales, fédérales, locales, concernant le transport (trajets), relatives aux normes de sécurité des passagers ;
- fournir toutes les informations demandées pour les demandes de remboursement ;
- rembourser le trop-perçu des dédommagements qui vous ont été versés conformément aux règlements de l'état ;
- porter toutes les questions, les plaintes et les griefs à l'attention de Trillium.

COMMENT OBTENIR DES SOINS MEDICAUX LORSQUE VOUS EN AVEZ BESOIN

Comment trouver un médecin ou un prestataire ?

Le répertoire des prestataires de Trillium n'est pas inclus dans ce guide. Une copie vous a été envoyée par courrier avec ce guide lors de votre inscription initiale. Veuillez nous appeler si vous avez besoin d'un autre exemplaire. Si vous avez Internet, vous pouvez rechercher un prestataire ou imprimer le répertoire des prestataires à l'adresse : <https://findaprovider.trilliumhealthplan.com/location>

Certains prestataires de Trillium n'acceptent pas de nouveaux patients. Si vous avez besoin d'aide pour trouver un prestataire acceptant de nouveaux patients ou un prestataire qui parle une langue autre que l'anglais, appelez Trillium. Pour les soins hospitaliers courants, vous devez choisir un hôpital listé dans le répertoire des prestataires de Trillium :

Legacy Meridian Park Hospital

19300 SW 65th Ave., Tualatin, OR 97062
503-692-1212 appel utilisateurs TTY 711
<https://www.legacyhealth.org/locations/hospitals/legacy-meridian-park-medical-center.aspx>

Legacy Mt Hood Medical Center

24800 SE Stark St., Gresham, OR 97030
503-674-1122 appel utilisateurs TTY 711
<https://www.legacyhealth.org/locations/hospitals/legacy-mount-hood-medical-center.aspx>

Legacy Emanuel Medical Center

2801 North Gantenbein Ave., Portland, OR 97227
503-413-2200 appel utilisateurs TTY 71
<https://www.legacyhealth.org/doctors-and-locations/hospitals/legacy-emanuel-medical-center>

Legacy Good Samaritan Hospital and Medical Center

1015 NW 22nd Ave., Portland, OR 97210
(503) 413-7711 appel utilisateurs TTY 711
<https://www.legacyhealth.org/doctors-and-locations/hospitals/legacy-good-samaritan-medical-center>

Oregon Health & Science University

3181 SW Sam Jackson Park Rd., Portland, OR 97239
503-494-8311 appel utilisateurs TTY 711
<https://www.ohsu.edu/visit/ohsu-hospital-portland>

Adventist Health Portland

10123 SE Market St., Portland, OR 97216
503-257-2500 appel utilisateurs TTY 711
www.adventisthealth.org/portland/

Qu'est-ce qu'un soin primaire ?

Un soin primaire est un soin ou un traitement médical général fourni par un prestataire de soins primaires (PCP). Il comprend :

- les soins de santé préventifs qui détectent précocement les problèmes de santé ou les empêchent de survenir. Par exemple, les mammographies (rayons X des seins), les frottis vaginaux ou les vaccinations (injections) ;
- les soins pour les affections chroniques de longue durée, par exemple : le diabète ou l'asthme ;
- les prescriptions ;
- l'orientation vers des soins spécialisés ; et
- les admissions à l'hôpital si nécessaire.

Comment dois-je choisir un prestataire de soins primaires (PCP) ?

Apprendre à connaître votre PCP est important. Les membres de Trillium doivent avoir un PCP. Vous pouvez choisir un PCP affilié à Trillium ou nous pouvons vous en attribuer un. Pour choisir un PCP, appelez-nous et dites-nous quel PCP vous voulez voir. Si vous ne nous appelez pas dans les 30 jours pour nous indiquer le PCP que vous souhaitez voir, nous vous en attribuerons un. Vous devez recourir au PCP que nous vous avons attribué jusqu'à ce que vous choisissiez le vôtre. Une fois que vous avez appelé Trillium pour changer votre PCP, la modification prendra effet le premier jour du mois suivant. Vous pouvez aussi appeler Trillium pour connaître le PCP qui vous a été attribué. Si vous souhaitez choisir un PCP différent, veuillez contacter Trillium.

Les cliniques PCP de Trillium sont listées dans notre répertoire de prestataires. Certains des prestataires y figurant peuvent ne pas accepter de nouveaux patients. Veuillez contacter Trillium pour la liste à jour des prestataires qui prennent de nouveaux patients et les langues parlées par le prestataire.

Trillium vous enverra une nouvelle carte d'identité pour vous faire savoir que votre PCP a été changé. Si vous avez besoin d'aide pour choisir votre PCP, appelez les Services aux membres de Trillium au : 1-877-600-5472 ; TTY : 711 du lundi au vendredi, de 8 a.m. - 5 p.m.

Les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska peuvent recevoir leurs soins à la fois dans les cliniques du Services de santé aux autochtones (IHS) ou à l'Association de réhabilitation du Nord Ouest des Amérindiens (NARA). Cela est vrai si vous êtes dans un CCO ou si vous avez un paiement à l'acte de l'OHP. La clinique doit facturer le même montant que les prestataires du réseau. Si un membre de la tribu inscrit dans un COO reçoit des services dans un I/T/U, l'I/T/U peut renvoyer le membre de la tribu à NARA, si nécessaire. L'acronyme I/T/U identifie trois types de services de santé pour les des Amérindiens :

- I pour Services médicaux aux autochtones (IHS)
- T pour Prestataires médicaux tribaux
- U pour Prestataires médicaux des indiens urbains

Comment prendre rendez-vous avec mon PCP ?

Une fois que vous avez choisi votre PCP ou qu'on vous l'a attribué, prenez rendez-vous dès que vous le pouvez. Cela vous permettra de rencontrer votre PCP avant que ne surgisse un problème médical. Veuillez appeler votre PCP au préalable afin de prendre un rendez-vous de routine, non urgent. Appelez plusieurs semaines à l'avance pour les examens annuels. Appelez votre PCP lorsque vous avez besoin d'un bilan de santé ou lorsque vous ne vous sentez pas bien.

VOTRE PCP :

- connaît vos antécédents médicaux et oriente l'ensemble de vos soins médicaux.
- conserve vos dossiers médicaux dans un seul endroit pour un meilleur service.
- s'assure que vous receviez des soins médicaux à tout moment du jour ou de la nuit, 7 jours par semaine.
- prend les dispositions pour votre spécialiste ou vos soins hospitaliers.

LORS DE RENDEZ-VOUS AVEC VOTRE PCP :

- apportez une liste de toutes les questions ou préoccupations médicales que vous devez aborder avec votre PCP.

- apportez une liste des médicaments et des vitamines que vous prenez et donnez-la à votre PCP.

Comment changer de PCP ?

Si vous voulez changer de PCP, appelez les Services aux membres de Trillium. Vous pouvez changer de PCP s'il y a un autre prestataire dans notre réseau qui accepte de nouveaux patients. Vous pouvez changer votre PCP jusqu'à deux fois par an.

Voici quelques conseils pour vous aider à avoir une bonne relation avec votre PCP :

1. Planifiez et respectez vos rendez-vous avec votre PCP attitré. Votre PCP est responsable de tous les traitements que vous recevez, y compris l'orientation vers les spécialistes.
2. Si vous êtes un nouveau patient de Trillium, appelez rapidement et planifiez un bilan de santé avec votre PCP. Ainsi, votre PCP peut faire connaissance avec vous et vous aider à répondre à vos besoins médicaux spécifiques. Rappel – les bilans de santé et les examens préventifs sont des soins courants et il faut parfois des semaines pour obtenir un rendez-vous. Si vous avez besoin de soins urgents, veuillez le dire à votre clinique.
3. Certaines cliniques exigent que vous contactiez votre ancien cabinet médical avant votre première visite et demandiez à transférer votre dossier médical. Ce dossier permet de fournir un aperçu complet de votre historique médical et aide votre nouveau PCP à poursuivre vos soins.

QU'EST-CE QU'UN AGENT DE SANTÉ TRADITIONNEL ?

Un agent de santé traditionnel (THW, traditional health worker) est une personne qui travaille avec les membres sur la coordination des soins, la navigation et les ressources dans la communauté ou les cliniques. Ils sont supervisés par des prestataires de santé agréés et sont certifiés par l'État de l'Oregon. Trillium couvre de nombreux services des agents de santé traditionnels. Trillium peut vous aider à accéder à leurs services.

Il existe cinq types différents d'agents de santé traditionnels. Chaque type de THW a son propre domaine d'expertise spécifique.

1. Une doula (pour la naissance) fournit un accompagnement personnel et non médical aux femmes et aux familles pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
2. Un spécialiste du soutien par les pairs (PSS, Peer Support Specialist) fournit un soutien à un utilisateur actuel ou ancien d'un traitement de santé comportementale ou de toxicomanie.
3. Un spécialiste du bien-être par les pairs (PWS, Peer Wellness Specialist) a une expérience vécue avec un ou plusieurs troubles psychiatriques (santé mentale) ainsi qu'une formation approfondie. Un PWS travaille dans le cadre d'une équipe de soins à domicile axée sur la personne. Il met en œuvre des outils de santé comportementale et de soins primaires pour aider à atteindre le bien-être et défendre les intérêts des personnes.
4. Un accompagnateur personnel de santé (PHN, Personal Health Navigator) fournit des informations, de l'aide, des outils et un soutien pour permettre à un patient de prendre les meilleures décisions en matière de soins de santé.
5. Un agent de santé communautaire (CHW, Community Health Worker) est un agent de santé publique de première ligne qui est un membre de confiance et/ou qui connaît bien la communauté desservie.

Trillium a un point de contact THW (personne-ressource) qui peut vous aider à entrer en relation avec le bon type de services THW. Il peut également aider à répondre à vos questions sur les services THW. Pour contacter le contact THW, veuillez appeler le 1-877-600-5472. Vous pouvez également envoyer une demande par courriel à THW@TrilliumCHP.com. Vous pouvez trouver ces informations et les coordonnées mises à jour du THW sur notre site Web : <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/wellness/traditional-health-workers.html>

Nous couvrons les deuxièmes avis

C'est gratuit pour vous. Si vous souhaitez un deuxième avis sur vos options de traitement, demandez à votre PCP de vous adresser à un confrère pour un autre avis, sinon nous pouvons en organiser un pour vous. Si vous souhaitez consulter un prestataire en dehors de notre réseau, Trillium s'en chargera pour vous.

Que faire si je ne peux pas me rendre à mon rendez-vous ?

Honorer vos rendez-vous médicaux, dentaires et en santé comportementale fait partie de vos responsabilités en tant que membre Trillium. Si vous devez annuler un rendez-vous, veuillez appeler votre prestataire dès que possible, au moins 1 jour avant le rendez-vous prévu. Si vous ratez vos rendez-vous et que vous ne prévenez pas votre PCP, il pourra vous demander de choisir un nouveau PCP. Les prestataires ne doivent pas vous facturer les rendez-vous manqués.

Que faire en cas de besoin de soins immédiats ?

Si vous êtes un nouveau membre de Trillium et que vous avez besoin de soins médicaux ou de prescriptions immédiatement, veuillez nous appeler et demandez à parler à un coordonnateur de soins. Nous pouvons vous aider à accéder aux soins nécessaires et à d'autres besoins comme des produits ou des ordonnances. Prenez également rendez-vous avec votre PCP dès que possible pour vous assurer que vous recevrez tous les soins nécessaires.

Que faire si j'ai besoin de soins en dehors des heures d'ouverture (soirées, week-ends et vacances) ?

Votre PCP s'occupe de vos soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Même si son cabinet est fermé, appelez sur son numéro de téléphone. Vous parlerez à quelqu'un qui contactera votre PCP ou vous donnera des conseils sur ce qu'il faut faire. Parfois, votre PCP peut ne pas être disponible. Il s'assure néanmoins qu'un autre prestataire le soit pour vous aider.

Que faire si j'ai besoin de consulter un spécialiste ou un autre prestataire ?

Vous pouvez vous référer vous-même aux soins de spécialistes de la santé physique ou comportementale pour le traitement médicalement approprié de vos maladies. Cela signifie que vous pouvez choisir un prestataire pour des soins médicalement appropriés sans avoir l'accord de votre PCP. Cependant, le motif (affection ou diagnostic) de la visite doit être lié à un service couvert et doit se faire auprès d'un prestataire du réseau. Si vous pensez avoir besoin de voir un spécialiste ou un autre prestataire, parlez-en à votre PCP au préalable. Votre PCP peut vous aider à déterminer les consultations de spécialiste dont vous avez besoin.

Que faire si j'ai des besoins spécifiques en soins de santé ?

Si vous avez des besoins de soins de santé particuliers, vous avez un accès direct à des spécialistes de la santé physique et comportementale pour un traitement adapté à vos problèmes de santé. Cela signifie que vous pouvez choisir un prestataire pour des soins médicalement appropriés sans avoir l'accord de votre PCP. Cependant, le motif (affection ou diagnostic) de la visite doit être en rapport avec un service couvert et doit se faire dans la plupart des cas auprès d'un prestataire du réseau. Si vous pensez avoir besoin de voir un spécialiste ou un autre prestataire, parlez-en à votre PCP au préalable. Votre PCP peut vous aider à déterminer les consultations de spécialiste dont vous avez besoin.

De plus, des coordonnateurs et des gestionnaires de cas sont disponibles pour vous aider avec vos besoins particuliers en matière de soins de santé. Appelez le département des services aux membres au 1-877-600-5472. Demandez à parler à un coordonnateur de soins.

Que faire si je reçois un accompagnement et des soins à long terme ?

Si vous recevez un accompagnement et des soins à long terme, vous avez un accès direct à des spécialistes de la santé physique et comportementale pour un traitement médical approprié. Cela signifie que vous pouvez choisir un prestataire sans accord de votre PCP. Le motif (affection ou diagnostic) de la visite doit être lié à un service couvert. Dans la plupart des cas, vous devez

consulter un prestataire du réseau. Si vous pensez avoir besoin de voir un spécialiste ou un autre prestataire, parlez-en à votre PCP au préalable. Votre PCP peut vous aider à déterminer les consultations de spécialiste dont vous avez besoin.

De plus, vous pouvez toujours recevoir les services de coordination des soins intensifs (ICC) de Trillium en appelant les Services aux membres au 1-877-600-5472. Demandez à parler à un coordonnateur ICC ou un gestionnaire de cas.

Vous trouverez ci-dessous une liste des services que vous pouvez recevoir sans ordonnance de votre PCP.

Pour vous adresser directement à ces services, vous devez vous rendre chez un prestataire du réseau. Appelez le prestataire pour vérifier s'il appartient au réseau. Ensuite, vous pouvez prendre votre rendez-vous.

- Traitement médicalement assisté pour une addiction aux opiacés ; (les 30 premiers jours de traitement). Utilisez notre outil Find-a-Provider (Trouver un prestataire) pour choisir un prestataire.
- Services d'agents de santé traditionnels. Utilisez notre outil Find-a-Provider (Trouver un prestataire) pour choisir un prestataire ou appelez les Services aux membres Trillium.
- Traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool. Utilisez notre outil Find-a-Provider (Trouver un prestataire) pour choisir un prestataire.
- Les femmes membres peuvent accéder directement aux spécialistes de la santé des femmes au sein du réseau de prestataires pour les services couverts nécessaires pour des examens de routine aux femmes et des services de soins de santé préventifs pour femmes. Ils comprennent, mais sans s'y limiter, les soins prénatals, examens mammaires, mammographies et frottis vaginaux.
- Soins pendant la grossesse. Utilisez notre outil Find-a-Provider (Trouver un prestataire) pour choisir un prestataire.
- Examens pour violence sexuelle. Appelez votre professionnel de santé.
- Services de planification familiale et de contrôle des naissances. Vous pouvez obtenir ces services auprès de n'importe quel prestataire qui est sous

contrat avec l'Autorité de santé de l'Oregon et qui est habilité à effectuer ces services.

- Services de santé comportementale. Utilisez notre outil Find-a-Provider (Trouver un prestataire) pour choisir un prestataire.
- Aide pour arrêter de fumer. Appelez les Services aux membres de Trillium.
- Services de dialyse. Utilisez notre outil Find-a-Provider (Trouver un prestataire) pour choisir un prestataire.
- Vaccinations (injections). Utilisez notre outil Find-a-Provider (Trouver un prestataire) pour choisir un prestataire.
- Services de coordination des soins intensifs (ICC)
- Les membres qui reçoivent des services ICC, LTSS ou qui ont des besoins de soins de santé spéciaux, peuvent accéder directement à un spécialiste et à des soins de santé physique ou comportementale médicalement appropriés pour le traitement de leur maladie et des besoins identifiés.

Autres prestations couvertes par l'OHP

Certains services ne sont pas pris en charge par le Trillium Community Health Plan mais par l'OHP. Si vous avez besoin d'aide avec ces services, veuillez appeler les Services aux membres de Trillium au 1-877-600-5472. Demandez à parler à un coordonnateur de soins. Si vous avez besoin d'aide pour accéder à ses services, veuillez appeler le numéro gratuit de MTM au 877-583-1552 (TTY : 711). Voici quelques exemples de services couverts par l'OHP qui ne sont pas fournis par Trillium :

Que faire si le prestataire ne fait pas partie du réseau ?

Dans la plupart des cas, vous devez consulter un spécialiste ou un prestataire de Trillium. Si le service est disponible auprès des prestataires de Trillium, nous vous demanderons de recourir à un prestataire de Trillium. Si le service n'est pas disponible auprès des prestataires de Trillium, Trillium peut approuver un prestataire hors du réseau. Nous n'approuvons les rendez-vous en dehors de l'État que lorsque le service n'est pas disponible dans l'Oregon. Vous ne pouvez pas vous adresser directement à un prestataire hors du réseau.

Comment puis-je obtenir l'accord pour les services ?

En plus d'une recommandation, certains services médicaux ont également besoin de l'approbation de Trillium avant que vous n'obteniez le service. Cette approbation d'un service est dénommée autorisation. Le prestataire qui vous offre le service demandera l'approbation auprès de Trillium et vous indiquera il l'aura reçue. Si vous n'avez pas d'ordonnance ou d'autorisation pour ce service, le service pourra vous être refusé ou vous pourriez devoir le payer.

SOINS DE SANTÉ NON PRIS EN CHARGE PAR LE CCO	COORDINATION DES SOINS DISPONIBLE AUPRÈS DE CCO	TRANSPORT DISPONIBLE PAR CCO	QUI CONTACTER
Suicide assisté par un médecin en vertu de la loi Oregon Death with Dignity Act, ORS 127.800-127.897 - Permet aux résidents de l'Oregon en phase terminale d'obtenir et d'utiliser des médicaments donnés par leurs docteurs qu'ils s'administrent eux-mêmes, des médicaments destinés à une assistance en fin de vie.	Non	Oui	KEPRO équipe de coordination des soins au (800)562-4620
Services de soins palliatifs pour les membres qui résident dans un établissement de soins infirmiers qualifiés ; - Permet aux membres d'obtenir des soins médicaux, un soutien à la famille, la défense des droits des patients, une assistance spirituelle, une évaluation et un traitement de la douleur ainsi qu'un accès aux médicaments et à un équipement médical durable afin de soutenir la transition de fin de vie dans un centre de soins infirmiers qualifiés.	Non	Oui	KEPRO équipe de coordination des soins au (800)562-4620
Services de santé en milieu scolaire qui sont des services pris en charge fournis conformément aux dispositions de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées et qui sont remboursés avec le programme de services éducatifs ; - Permet l'accès des étudiants handicapés, les écoles doivent fournir des services médicaux qui leur sont nécessaires afin d'obtenir une éducation dans le cadre de leurs programmes pédagogiques adaptés.	Non	Oui	KEPRO équipe de coordination des soins au (800)562-4620
Examens administratifs demandés ou autorisés conformément à l'OAR 410-130-0230 ; - Permet aux membres d'avoir des examens spécialisés pour certains niveaux de soins.	Non	Oui	KEPRO équipe de coordination des soins au (800)562-4620
Services fournis aux citoyens/étrangers bénéficiaires de soins médicaux d'urgence ou CAWEM Plus-CHIP Couverture prénatale pour CAWEM ; - Permet aux membres bénéficiaires de soins médicaux d'urgence étrangers/non citoyens d'avoir accès à des services médicaux d'urgence et aux soins prénatals.	Non	Oui	KEPRO équipe de coordination des soins au (800)562-4620
Avortements - Permet aux membres d'avoir accès à des services d'interruption de grossesse.	Oui	Oui	KEPRO équipe de coordination des soins au (800)562-4620

SOINS DE SANTÉ NON PRIS EN CHARGE PAR LE CCO	COORDINATION DES SOINS DISPONIBLE AUPRÈS DE CCO	TRANSPORT DISPONIBLE PAR CCO	QUI CONTACTER
Services d'accouchement hors hôpital (OOHB), y compris les soins prénatals et post-accouchement pour les femmes répondant aux critères définis dans l'OAR 410-130-0240 - Permet aux membres d'avoir accès aux soins prénatals, obstétricaux et après l'accouchement en dehors de l'hôpital.	Non	Oui	Services aux membres de Trillium - 877-600-5472
Soins et soutiens à long terme exclus du remboursement par CCO conformément à l'ORS 114.631; - Permet aux membres bénéficiaires des services LTSS de recevoir des soins coordonnés entre le CCO et les services et soutiens à long terme	Oui	Oui	Services aux membres de Trillium - 877-600-5472
Assister les membres pour qu'ils aient accès à des services de santé comportementale. Des exemples de ces services comprennent, mais sans s'y limiter, à : a) certains médicaments pour certaines affections de santé comportementale ; b) des médicaments thérapeutiques pour certaines affections de santé comportementale ; c) des soins psychiatriques à long terme pour les membres de 18 ans et plus ; et d) des soins personnels en foyer d'accueil pour adultes pour les membres âgés de 18 ans et plus. Pour obtenir plus d'informations ou une liste complète de ces services de santé comportementale, appelez les Services aux membres de Trillium.	Oui	Oui	Services aux membres de Trillium - 877-600-5472
Programme Family Connects offrant des visites à domicile gratuites et fondées sur des données probantes pour toutes les familles avec des nouveau-nés. - Le programme Family Connects Oregon accompagne les parents en établissant le lien avec des infirmiers, des ressources communautaires et des familles.	Oui	Oui	Services aux membres de Trillium - 877-600-5472

Pour plus d'informations sur ces services, veuillez appeler le service client de l'OHP au 1-800-273-0557. Si vous avez besoin d'aide pour le transport, veuillez consulter la section « Puis-je bénéficier d'un moyen de transport pour me rendre à mon rendez-vous ».

Les nouvelles technologies sont-elles couvertes ?

L'OHP décide si les nouvelles technologies ou les nouveaux usages de la technologie actuelle sont inclus dans votre ensemble d'avantages sociaux. Si vous avez des questions pour savoir si un service est couvert, veuillez appeler les Services aux membres.

Primes aux médecins

Nous payons un bonus ou une prime à nos prestataires pour vous garder en bonne santé. Nous ne payons pas ni ne récompensons nos prestataires pour limiter les services et les orientations. La prise de décision pour vos demandes de service est basée uniquement sur la pertinence des soins et des services ainsi que sur l'existence d'une couverture. Vous avez le droit de demander et de recevoir des informations complémentaires sur les primes des médecins ainsi que sur la structure et les opérations de Trillium. Pour obtenir des informations complémentaires sur la prime aux médecins, veuillez contacter Trillium au 1-877-600-5472 (TTY 711).

Puis-je bénéficier d'un moyen de transport pour me rendre à mon rendez-vous ?

Si vous avez besoin d'aide pour vos rendez-vous, veuillez appeler le numéro gratuit de MTM au 877-583-1552. Nous pouvons vous aider si vous n'avez aucun moyen de vous rendre chez votre médecin, dentiste ou conseiller. Les personnes de l'OHP reçoivent de l'aide pour payer leurs transports jusqu'à leurs consultations médicales. MTM peut également être en mesure de vous payer le coût du transport jusqu'au lieu du rendez-vous, y compris l'essence, les repas et l'hébergement. Vous avez besoin d'obtenir un accord avant de vous rendre à votre rendez-vous médical. Pour obtenir un accord, appelez le 877-583-1552. Du dimanche au samedi de 8 h à 17 h ou à tout moment pour un transport urgent ou un transport après avoir quitté l'hôpital. Veuillez appeler le 911 pour un transport d'urgence. Les transports gratuits ou les transports médicaux non urgents (trajets) sont fournis par :

MTM (Gestion de transport médical)

Numéro gratuit : 877-583-1552 (TTY : 711)

Si vous avez besoin de prévoir un transport par le biais de MTM, appelez-nous dès que possible. Veuillez noter

que si vous annulez ou changez votre rendez-vous, vous devez immédiatement appeler MTM pour annuler ou changer votre transport. Vous pourrez trouver plus d'informations dans le Guide des transports médicaux sur notre site web à

<https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html>

Comment obtenir rendez-vous avec un interprète ?

Vous pouvez bénéficier des services d'interprète en langue des signes ou parlée lors de votre rendez-vous si vous le souhaitez. Lorsque vous appelez pour un rendez-vous, précisez que vous avez besoin d'un interprète et dans quelle langue. Ce service est gratuit pour vous.

Si vous avez besoin d'un interprète en langue des signes ou parlée pour des visites médicales, vous pouvez :

1. Appeler Trillium.
2. Appeler le cabinet de votre médecin et demander à prévoir un interprète pour votre visite.

L'information sur les interprètes de soins de santé peut être consultée à l'adresse www.Oregon.gov/oha/oei.

PRESTATIONS ET SERVICES COUVERTS

Que couvre l'OHP ?

L'OHP peut fournir des lunettes, des prothèses auditives, de l'équipement médical, des soins de santé à domicile et le transport jusqu'aux rendez-vous médicaux. L'OHP ne couvre pas tout. La liste de ces maladies et pathologies est dénommée Liste des services de santé par ordre de priorité. Vous pouvez la lire en ligne à <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx>.

Les autres maladies et pathologies peuvent être couvertes par l'OHP dans certains cas. Par exemple, un patient peut avoir une pathologie qui est couverte et une autre qui ne l'est pas. La pathologie non prise en charge peut être couverte si elle permet d'améliorer la première pathologie. Pour le résumé des prestations, veuillez consulter « Liste résumée des services de santé ».

Services de télésanté

Les services de télésanté sont des consultations médicales par communication électronique. Il peut s'agir de courriels sécurisés. Il peut également s'agir de portails de membres ou de conférences audio/vidéo en ligne. Les membres de Trillium peuvent bénéficier de consultations audio, vidéo et virtuelles (si elles sont proposées par leur prestataire). Trillium travaille avec nos prestataires pour assurer un accès de qualité aux services. Nous évaluons les capacités de nos membres à utiliser des méthodes approuvées spécifiques à la télésanté. Pour avoir un rendez-vous en téléconsultation, vous devrez utiliser un ordinateur. Vous pouvez aussi utiliser un ordinateur portable, une tablette ou un téléphone. Parfois, vous aurez besoin d'utiliser un smartphone. Interrogez votre prestataire sur les services de télésanté. Vous pouvez avoir accès à des services de télésanté dans tous les centres de santé communautaire.

En 2022, Trillium s'assurera que l'outil Find a Provider (Trouver un prestataire) et l'impression du répertoire de prestataires indiqueront les prestataires proposant des services de télésanté. Appelez les Services aux membres au 1-877-600-5472 (TTY : 711) si vous avez besoin d'aide.

Si vous avez des questions sur la télésanté, veuillez appeler les Services aux membres de Trillium. Vous pouvez également demander à votre gestionnaire de cas de vous aider.

Services de télésanté couverts

La télésanté couvre les consultations médicales physiques, comportementales et bucco-dentaires. Vous pouvez avoir un rendez-vous de télésanté pour obtenir un traitement de routine. Vous pouvez également poser des questions lors d'un rendez-vous de télésanté. Vous pouvez utiliser la télésanté pour vos visites de suivi de santé comportementale. Contactez les Services aux membres pour trouver les prestataires qui utilisent la télésanté.

Services de télésanté Teladoc

Trillium propose également des services de télésanté de Teladoc Health, Inc. Teladoc fournit ces services pour les consultations de santé physique, comportementale et bucco-dentaire. Les services de Teladoc ne nécessitent pas de référence. Pour plus d'informations sur les services Teladoc, veuillez appeler les Services aux membres ou visitez la page Web <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/telehealth.html>

Choix du patient et hébergement

La télésanté est un des moyens de consulter votre prestataire. Certains prestataires peuvent néanmoins avoir besoin de vous voir en personne. Par exemple, votre cardiologue peut avoir besoin de procéder à un examen physique. Votre prestataire ne peut pas vous imposer que les consultations ne se fassent qu'à distance. Trillium collabore avec votre réseau de prestataires pour offrir des services de télésanté qui vous permettent de bénéficier de soins et de traitements efficaces. Les services de télésanté seront culturellement acceptables. Trillium peut vous fournir de la télémedecine dans votre langue préférée, en braille, en gros caractères, en audio ou dans tout autre format qui fonctionne le mieux pour vous. Voir la section « Assistance linguistique ».

Politiques de confidentialité relatives à la télésanté

Teladoc Health, Inc est le prestataire télésanté de Trillium. En vertu de la loi, Teladoc Health, Inc. veille à la confidentialité de vos informations médicales personnelles. Il protège vos informations de la même façon que le fait votre prestataire lorsque vous le rencontrez en personne. Teladoc Health, Inc. doit vous informer de ses obligations légales et de ses politiques de confidentialité.

Que se passe-t-il si un changement affecte votre capacité à accéder aux soins et aux services ?

Trillium envoie une notification écrite aux membres affectés au moins 30 jours avant tout changement. La modification peut être un prestataire, un programme ou un service pris en charge. Nous pouvons faire des modifications plus rapides en cas de problèmes de sécurité importants. Nous enverrons une notification aux membres affectés ultérieurement. En cas de changements chez votre prestataire et que celui-ci ne donne pas un préavis suffisant dudit changement dans les 30 jours, nous vous informerons du changement dans les 15 jours.

Lignes directrices sur les pratiques

Les lignes directrices sur les pratiques permettent d'améliorer votre santé. Les avantages et les inconvénients de nombreuses options de soins sont inclus. Trillium possède des lignes directrices sur les pratiques pour un grand nombre de sujets. Si vous souhaitez obtenir les directives sur les pratiques relatives à un sujet précis, veuillez appeler les Services aux membres. Les lignes directrices sur les pratiques sont également disponibles sur le site Web de Trillium, au chapitre Ressources du prestataire.

Services de prévention

Prévenir les problèmes de santé avant qu'ils n'apparaissent est très important. L'OHP couvre les services de prévention pour vous aider à rester en bonne santé. Ces services n'exigent pas d'autorisation. Les services de prévention comprennent des bilans de santé et des analyses pour trouver ce qui ne va pas. Votre PCP vous suggérera un calendrier pour les bilans de santé et autres services

LES AUTRES SERVICES DE PRÉVENTION COMPRENNENT :

- le programme EPSDT
- les vaccinations (injections) pour les enfants et les adultes (ne concernent pas les voyages à l'étranger ou les vaccinations professionnelles) ;
- les examens de routine ;
- les analyses de laboratoire ;
- les outils pour arrêter de fumer ;
- la maternité et les soins aux nouveau-nés ;
- les examens gynécologiques et les frottis vaginaux ;
- les mammographies (rayons X des seins) pour les femmes ;
- le dépistage du cancer de la prostate pour les hommes ;
- le dépistage du cancer et
- les traitements au fluorure.

Comment trouver de l'aide pour arrêter de fumer ?

La chose la plus importante que vous pouvez faire pour améliorer votre santé et celle de votre famille est d'arrêter de fumer. Trillium prend en charge les médicaments et les consultations téléphoniques avec un coach formé pour vous aider à arrêter de fumer. Si vous consommez du tabac, appelez **Arrêter pour vivre** le numéro gratuit **1-866-784-8454**.

Qu'est-ce que l'EPSDT ?

Le dépistage, le diagnostic et le traitement précoces et périodiques (EPSDT, Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment) est une prestation de soins de santé pour les membres de moins de 21 ans.

L'EPSDT comprend une gamme complète de services de dépistage, de diagnostic et de traitement. Ces dépistages permettent d'identifier des problèmes de santé physique,

comportementale ou de santé développementale qui nécessitent plus de diagnostic et/ou de traitement. L'EPSDT comprend tous les tests de diagnostic et les traitements nécessaires du point de vue médical pour remédier ou améliorer un état de santé physique et comportemental.

L'EPSDT comprend également les services nécessaires pour soutenir un enfant qui a un retard de développement. Ces services peuvent permettre d'empêcher la dégradation de l'état. Ces services peuvent également aider à ralentir les effets du problème de santé chez un enfant. L'EPSDT permet aux enfants et aux jeunes d'accéder aux services de santé de façon précoce et régulière. Un dépistage EPSDT est parfois appelé un bilan de santé ou de bien-être.

Qu'est-ce qui est compris dans l'EPSDT ?

Un bilan de santé ou un dépistage EPSDT, comprend :

- un examen complet des antécédents de santé et de développement
- un examen physique complet
- une éducation du patient et des conseils en fonction de l'âge et des antécédents médicaux
- un test de vue
- un test auditif
- des analyses de laboratoire
- un dépistage de la plombémie
- une analyse des problèmes d'alimentation ou de sommeil
- un statut nutritionnel
- un dépistage de la santé bucco-dentaire et services de santé bucco-dentaire par un PCP qualifié d'ABC Dental (ABCD)
- les vaccinations (injections)
- le dépistage de la santé mentale
- le dépistage des troubles liés à l'utilisation des stupéfiants
- les services médicaux selon les besoins du membre pour des maladies ou pathologies aiguës, épisodiques ou chroniques

Lorsqu'un problème de santé est diagnostiqué par le prestataire médical d'un enfant, le ou les prestataires de l'enfant agiront comme suit :

- traiter l'enfant si cela relève du champ de compétence du prestataire ; ou
- orienter l'enfant vers un spécialiste approprié pour le traitement. Cela peut inclure des examens supplémentaires ou des évaluations spécialisées, tels que :
 - évaluation du développement,
 - santé mentale globale,
 - évaluation de trouble lié à l'utilisation des stupéfiants, ou
 - conseils nutritionnels.

Les services EPSDT n'incluent pas le programme d'assistance nutritionnelle avec des suppléments (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program) ou d'autres programmes de services sociaux. Pour obtenir des informations et une aide à l'orientation pour un traitement et des services non couverts par l'EPSDT, veuillez contacter les Services aux membres au numéro gratuit : 1-877-600-5472 (TTY 711).

Les prestataires traitants communiquent les résultats de leurs services au(x) prestataire(s) de dépistage EPSDT référent(s) et un historique complet de la santé et du développement, y compris des évaluations du développement de la santé physique et mentale, sera maintenu à jour.

Comment puis-je accéder à l'EPSDT ?

Le programme EPSDT est offert gratuitement aux membres jusqu'à 21 ans. Le membre éligible ou quelqu'un de sa famille peut bénéficier d'un moyen de transport (trajets) sans frais. Le membre éligible ou quelqu'un de sa famille peut également obtenir de l'aide pour la planification sans frais. Pour contacter **le programme EPSDT**, appelez les Services aux membres au **1-877-600-5472 (TTY 711)**. Demandez à parler à un coordonnateur de soins.

Les membres jusqu'à 21 ans ont accès au programme EPSDT à titre gratuit. Le membre éligible ou quelqu'un de sa famille peut bénéficier d'un moyen de transport (trajets) sans frais. Le membre éligible ou quelqu'un de sa famille peut également obtenir de l'aide pour la planification sans frais.

Pour contacter le programme EPSDT, appelez les Services aux membres au 1-877-600-5472 (TTY 711). Demandez à parler à un coordonnateur de soins.

Pour plus d'informations sur le programme EPSDT, voir : La fiche d'information Medicaid : https://downloads.aap.org/AAP/PDF/CHIP%20Fact%20Sheets/federaladvocacy_medicaidfactsheet_all_states.pdf
Calendrier de périodicité AAP : https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf

Trillium exige un accord écrit entre vous ou votre représentant autorisé et un prestataire de soins primaires (PCP) fournissant des services EPSDT. Les deux parties doivent signer l'accord écrit. L'accord écrit reflète vos obligations en vertu de l'EPSDT. Cet accord stipule que le prestataire sera votre prestataire régulier pour les services EPSDT pendant une période déterminée. Trillium vous aidera à trouver un prestataire d'orientation approprié. Trillium vous aidera également à prendre des rendez-vous. Le coordonnateur de soins Trillium peut répondre aux besoins ou aux questions liés au programme EPSDT. Vous devriez commencer à recevoir un traitement EPSDT dans les 6 mois suivant votre demande de services de dépistage.

Liste résumée des services de santé pris en charge

Une autorisation préalable est requise pour certains services, procédures et dispositifs médicaux. De façon générale, votre prestataire soumet une demande d'autorisation préalable vous concernant. Ce tableau contient une liste de services, de procédures et de dispositifs médicaux. Il vous renseigne également sur la nécessité d'une autorisation préalable. Pour plus d'informations sur les services nécessitant une autorisation préalable, veuillez appeler les Services aux membres au numéro gratuit : 1-877-600-5472 (TTY 711).

PRESTATION		COÛT POUR VOUS	AUTORISATION PRÉALABLE REQUISE	LIMITES DE SOINS LORSQUE REÇUS PAR UN PRESTATAIRE TRILLIUM
VISITES MÉDICALES	Prestataire de soins primaires	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Spécialiste	0 \$	Non requise pour les prestataires de soins dentaires, de santé des femmes et de santé comportementale. Peut être nécessaire pour d'autres services après deux visites.	Selon les recommandations ou selon les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
SERVICES DE PRÉVENTION	Consultations pédiatriques pour les bébés, les enfants et les adolescents	0 \$	Non requise	Tel que recommandé
	Examens médicaux de routine	0 \$	Non requise	Tel que recommandé
	Visites de prévention pour la santé des femmes	0 \$	Non requise	Tel que recommandé
	les mammographies (rayons X des seins) pour les femmes	0 \$	Non requise	Tel que recommandé
	Examens de la prostate pour les hommes	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Planification familiale	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST)	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Tests et conseils pour VIH et SIDA	0 \$	Non requise	Aucune limite
MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE	Plusieurs médicaments sont disponibles sur prescription d'un professionnel de santé mais pas tous. Une liste complète des médicaments privilégiés par l'Oregon Health Plan peut être consultée.	Aucun coût pour les médicaments pris en charge. Les médicaments en relation avec la santé mentale sont gérés par l'État. Les tickets modérateurs pour ces médicaments varient.	Certains médicaments peuvent nécessiter une autorisation en plus de la prescription.	Si un médicament nécessitant une autorisation est refusé, il ne sera pas couvert

PRESTATION		COÛT POUR VOUS	AUTORISATION PRÉALABLE REQUISE	LIMITES DE SOINS LORSQUE REÇUS PAR UN PRESTATAIRE TRILLIUM
LABORATOIRES ET RADIOGRAPHIE	Prise de sang	0 \$	Référence requise	Aucune limite
	Radiographie	0 \$	Référence requise	Aucune limite
	Scanners	0 \$	Autorisation requise	Aucune limite
	IRM	0 \$	Autorisation requise	Aucune limite
VACCINATIONS/ INJECTIONS	Vaccins	0 \$ pour les vaccins recommandés	Non requise	Tel que recommandé
SOINS PENDANT LA GROSSESSE	Visites prénatales avec votre prestataire	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Soins postnatals (les soins prodigués après l'accouchement)	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Services en santé visuelle de routine	0 \$	Non requise	Disponible pour les femmes enceintes et les enfants de 20 ans et moins
	Aide à l'allaitement, y compris les tire-laits	0 \$	Non requise	Veuillez contacter Trillium pour plus de détails
	Notre programme prénatal peut aider les femmes enceintes qui sont membres à se préparer à l'arrivée de leur bébé	0 \$	Non requise	Veuillez informer Trillium et l'Oregon Health Authority (l'autorité de santé de l'Oregon) lorsque vous êtes enceinte et lorsque votre grossesse est terminée. Vous devrez faire une demande d'OHP pour votre enfant. Les accouchements à domicile ne sont pas payés par Trillium mais par l'OHA. Veuillez contacter le service client de l'OHP pour connaître les possibilités d'accouchement à domicile
HOSPITALISATION	Urgences	0 \$	Non requise	Aucune limite en cas de nécessité médicale
	Interventions chirurgicales programmées y compris services hospitaliers et ambulatoires	0 \$	Autorisation requise	Aucune limite en cas de nécessité médicale

PRESTATION		COÛT POUR VOUS	AUTORISATION PRÉALABLE REQUISE	LIMITES DE SOINS LORSQUE REÇUS PAR UN PRESTATAIRE TRILLIUM
	Rééducation	0 \$	Autorisation requise	Aucune limite en cas de nécessité médicale
	Soins en hospitalisation	0 \$	Urgent ou extrêmement urgent, non requis	Aucune limite en cas de nécessité médicale
	Rééducation à l'hôpital	0 \$	Autorisation nécessaire	Approbation basée sur les directives de l'OHP, appelez Trillium pour plus de renseignements
	Soins hospitaliers ambulatoires	0 \$	Autorisation nécessaire	Approbation basée sur les directives de l'OHP, appelez Trillium pour plus de renseignements
CONSULTATIONS D'URGENCE, SOINS URGENTS OU AUTRES BESOINS DE SERVICES D'URGENCE	Visites aux urgences et soins urgents	0 \$	Non requise	Aucune limite en cas de nécessité médicale
	Transport médical d'urgence	0 \$	Non requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Services de soins d'urgence	0 \$	Non requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP, appelez Trillium pour plus de renseignements
THÉRAPIE	Physiothérapie (PT)	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Ergothérapie (tâches quotidiennes)	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Orthophonie	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
VISION	Examens ophtalmologiques	0 \$	Référence requise	Disponible pour les femmes enceintes et les enfants de 20 ans et moins
	Lunettes	0 \$	Référence requise	Disponible pour les femmes enceintes et les enfants de 20 ans et moins
	Examens médicaux ophtalmologiques	0 \$	Référence requise	Nombre de visites selon acceptation du régime de couverture

PRESTATION		COÛT POUR VOUS	AUTORISATION PRÉALABLE REQUISE	LIMITES DE SOINS LORSQUE REÇUS PAR UN PRESTATAIRE TRILLIUM
SERVICES SPÉCIALISÉS	Équipement et matériel médical	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Prothèses auditives et examens	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Soins de santé à domicile	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Établissements de soins infirmiers spécialisés	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Service de soins de confort	0 \$	Non requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Chiropracteur	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Acupuncture	0 \$	Autorisation requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Agents de santé traditionnels - Doula - Spécialiste du soutien par les pairs* - Spécialiste du bien-être par les pairs* - Accompagnateur personnel de santé - Agent de santé communautaire *Santé comportementale	0 \$	Veuillez contacter le spécialiste du soutien par les pairs Trillium (santé comportementale) avec une organisation ou une personne qui peut vous aider à répondre à vos besoins particuliers.	Aucune limite
	Services de transport médical non urgent (NEMT)	0 \$	Non requise	Veuillez contacter Trillium pour plus de détails
	Services de télésanté	0 \$	Non requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Services d'interprétation	0 \$	Non requise	Veuillez contacter Trillium pour plus de détails

PRESTATION		COÛT POUR VOUS	AUTORISATION PRÉALABLE REQUISE	LIMITES DE SOINS LORSQUE REÇUS PAR UN PRESTATAIRE TRILLIUM
SANTÉ COMPORTEMENTALE	Traitement médicamenteux pour les troubles de la consommation de substances	0 \$	Non requise	Autorisation préalable requise après les 30 premiers jours
	Services de soutien	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Services ambulatoires de santé comportementale	0 \$	Non requise	Autorisation préalable requise après les 30 premiers jours
	Hospitalisations et services psychiatriques	0 \$	Autorisation nécessaire	Besoin d'autorisation
	Tests neurologiques (nerfs et système nerveux) et tests spéciaux	0 \$	Autorisation nécessaire	Besoin d'autorisation
	Services de traitement communautaire dynamique	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Évaluation et de la santé comportementale	0 \$	Non requise	Aucune limite
	Analyse comportementale appliquée	0 \$	Autorisation nécessaire	Besoin d'autorisation
COORDINATION	Services de coordination des soins	0 \$	Non requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Services de gestion des cas	0 \$	Non requise	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails
	Services de coordination des soins intensifs (ICC)	0 \$	Autorisation nécessaire	Besoin d'autorisation

Services de planification familiale et de contrôle des naissances

Services de traitement communautaire dynamique. Vous n'avez pas besoin d'être orienté par votre prestataire de soins primaires (PCP) pour bénéficier du planning familial et des services annexes. Ces services peuvent être reçus auprès de n'importe quel prestataire sous contrat avec l'Autorité de santé de l'Oregon et habilité à effectuer ces services. Les services de planning familial et les services annexes qui n'ont pas besoin d'une recommandation d'un praticien de la santé sont :

- les consultations au planning familial (examens médicaux et éducation autour du contrôle des naissances) ;
- les dispositifs contraceptifs, telles que les pilules contraceptives et les préservatifs ;
- les services de stérilisation (ligatures des trompes et vasectomies) ;
- les frottis ;
- les tests de grossesse et
- le dépistage des MST (Maladies Sexuellement Transmissibles) et des IST (Infections Sexuellement Transmissibles).

Pour plus d'informations sur les avortements, les tests de dépistage du SIDA et du VIH et les conseils, appelez gratuitement les services à la clientèle d'OHP au 1-800-273-0557 (TTY 711).

Que faire si je suis enceinte ?

Les soins durant la grossesse sont extrêmement importants. Les soins prénatals sont essentiels pour votre santé et celle de votre bébé.

TRILLIUM PREND EN CHARGE :

- les soins prénatals (soins pour vous et votre bébé à naître) ;
- le travail et l'accouchement ;
- les soins postnatals (les soins prodigués après l'accouchement) ; et
- les soins pour votre nouveau-né.

Dès que vous prenez connaissance de votre grossesse, veuillez appeler le Service Membre de l'OHP. Il s'assurera que vous ne perdiez pas vos droits à la couverture de santé à l'Oregon OHP pendant votre grossesse.

Chez Trillium, nous avons un programme de suivi de grossesse. Dès réception de l'information de votre grossesse de la part du département des services sociaux (Department of Human Services ou DHS), nous vous appellerons pour vous inscrire à ce programme.

Les membres de l'équipe du programme « Start Smart for Baby » (démarrage du bon pied pour bébé) de Trillium vous contacteront durant votre grossesse pour s'assurer que vous obteniez les soins dont vous avez besoin. Notre équipe vous enverra également des informations concernant d'autres aides dont vous pourriez bénéficier.

Naissances hors centre hospitalier :

Si vous désirez donner naissance hors de l'hôpital (à domicile ou en centre de naissance), ces services sont disponibles à travers l'OHP. Ces services incluent des soins prénatals et après l'accouchement pour les femmes ayant des grossesses à bas risque.

Veuillez aborder ce sujet avec votre prestataire de soins pour plus d'informations. Vous devez également appeler l'équipe de coordination des soins KEPRO au 1-800-562-4620. Si vous avez besoin d'aide pour la coordination ou le transport, appelez Trillium au 1-877-600-5472.

IMPORTANT : Dès que possible après la naissance de votre bébé :

- Appelez les services aux membres de l'OHP. Ils inscriront votre bébé à l'OHP.
- Si vous avez reçu tous vos soins médicaux d'un obstétricien ou d'un prestataire de soins prénatals pendant votre grossesse, vous devez choisir un prestataire de soins primaires PCP. Veuillez appeler Trillium pour vous aider à choisir un professionnel de la santé.
- Les membres de l'équipe de Start Smart for Baby (démarrage du bon pied pour bébé) vous appelleront pour voir comment vous allez et vous apporter un soutien supplémentaire après l'accouchement, notamment en vous aidant à organiser votre visite postnatale.

LES SERVICES DE SANTÉ COMPORTEMENTALE SUIVANTS SONT ACCESSIBLES AVEC LES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES ET AUX MALADES EXTERNES :

- services de traitement : thérapie individuelle, thérapie de groupe (psychothérapeutique et psycho-éducative), thérapie familiale

- services de traitement de la toxicomanie
- suivi psychiatrique et médicamenteux
- formation professionnelle
- promotion de la santé
- services de relève
- services professionnels
- gestion de cas
- soins personnels
- soutien par les pairs
- résidentiel
- logement accompagné
- transport (trajet)
- services de crise

Puis-je passer un examen oculaire et obtenir des lunettes ?

LES MEMBRES (DE LA NAISSANCE À L'ÂGE DE 20 ANS) BÉNÉFICIENT DE PRESTATIONS SUIVANTES :

- examens oculaires, verres, montures et ajustement (parfois appelés services en santé visuelle de routine).
- Examens médicaux pour les maladies oculaires, les blessures oculaires et les urgences (parfois appelés services en santé visuelle non routiniers).
- L'OHP prend en charge les lentilles de contact lorsque le port de lunettes est impossible pour des raisons médicales. Les services de vision non routiniers peuvent nécessiter une autorisation pour consulter un spécialiste.

LES MEMBRES ADULTES ENCEINTES (ÂGÉES DE 21 ANS ET PLUS) PEUVENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS SUIVANTES :

- Un examen oculaire, des lentilles, une monture et un ajustement limités à une fois tous les 24 mois (parfois appelés services de vision de routine).
- Examens médicaux pour les maladies oculaires, les blessures oculaires et les urgences (parfois appelés services en santé visuelle non routiniers).
- L'OHP prend en charge les lentilles de contact sous certaines conditions.

- Le remplacement des lunettes n'est pas un bénéfice couvert pour les adultes sans autorisation préalable. Les services de vision non routiniers nécessitent une recommandation pour consulter un spécialiste.

LES FEMMES ADULTES QUI NE SONT PAS ENCEINTES (ÂGÉES DE 21 ANS ET PLUS) PEUVENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS SUIVANTES :

- Examens médicaux pour les maladies oculaires, les blessures oculaires et les urgences (parfois appelés services en santé visuelle non routiniers).
- Un examen oculaire limité à une fois tous les 2 ans (24 mois) après une chirurgie de la cataracte ou une greffe de cornée.
- Lentilles, montures et ajustements ne sont couverts que dans les 120 jours suivant le retrait de la cataracte.
- L'OHP prend en charge les lentilles de contact sous certaines conditions.
- Les services de vision non routiniers nécessitent une recommandation pour consulter un spécialiste.

Comment puis-je obtenir mes médicaments sur ordonnance ?

Trillium couvre les frais médicaux dans la plupart des pharmacies de l'Oregon. Apportez l'ordonnance que le médecin vous a donnée à la pharmacie de votre choix. Si vous devez utiliser une prescription en dehors de l'Oregon, la pharmacie et le prescripteur doivent être enregistrés auprès de l'État de l'Oregon. S'il s'agit d'une urgence, appelez Trillium pour demander une dérogation. Ce n'est que dans certaines situations que Trillium approuvera un achat hors de la région. Si vous payez vos médicaments, vous pouvez soumettre une demande de remboursement. Trillium procédera au remboursement uniquement dans certaines situations.

Trillium a un formulaire, une liste de médicaments approuvés, pour les médicaments sur ordonnance qui sont couverts par Trillium. Vous pouvez trouver plus d'informations sur les médicaments sur ordonnance couverts et les procédures de gestion de la pharmacie à www.trilliumohp.com. Les médicaments figurant sur la liste sont utilisés parce qu'ils sont efficaces pour traiter votre maladie et coûtent moins cher. Trillium peut ajouter ou supprimer des médicaments ou modifier les exigences de couverture des médicaments. Si nous

retirons un médicament de la liste ou ajoutons une restriction à un médicament que vous prenez, nous vous en informerons à l'avance. Si votre médecin vous prescrit des médicaments qui ne figurent pas sur la liste de Trillium, et qu'il envoie à Trillium une demande pour que les médicaments soient couverts, sa demande sera examinée. Nous vous ferons savoir si la demande a été approuvée ou non. Contactez le prescripteur ou votre PCP pour parler de vos choix.

Quels médicaments ne sont pas couverts ?

- les médicaments dont l'utilisation n'est pas approuvée par l'administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments (Food and Drug Administration) ;
- les médicaments qui ne sont pas médicalement nécessaires ;
- les médicaments expérimentaux ou de recherche ;
- les médicaments pour vous aider à tomber enceinte ;
- les médicaments utilisés pour la perte de poids ;
- les médicaments à visée cosmétique ou pour la repousse des cheveux.

Trillium prend en charge certains médicaments en vente libre (vendus sans ordonnance) qui figurent sur notre liste, comme l'aspirine, si votre médecin vous a prescrit une ordonnance pour ce médicament. Reportez-vous à la liste en suivant le lien <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services.html> pour voir quels médicaments sans ordonnance sont couverts.

Nous ne couvrons pas toutes les prescriptions. La plupart des médicaments que les gens prennent pour leur santé mentale sont payés directement par l'Autorité de santé de l'Oregon (OHA). Veuillez montrer à votre pharmacien votre carte d'identité de l'Oregon Health et votre carte d'identité Trillium. La pharmacie saura à qui envoyer la facture.

Où puis-je obtenir mes médicaments ?

Vous pouvez vous adresser à la pharmacie de votre choix qui accepte votre carte d'identité médicale Trillium. Soyez prêt à présenter votre carte d'identité de l'Oregon Health. Trillium a passé des accords avec la plupart des pharmacies de la région des comtés de Clackamas, Multnomah et Washington.

Vous pouvez obtenir vos prescriptions auprès d'une pharmacie de vente par correspondance. Postal Prescription Services et CVS Caremark Mail Order Pharmacy offrent tous deux des services de vente par correspondance. Si vous avez Internet, vous pouvez rechercher des informations sur les commandes par correspondance à l'adresse : <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services.html> Si vous n'avez pas Internet, vous pouvez appeler Services aux membres Trillium.

Autres restrictions de couverture des médicaments

Certains médicaments de la liste ont des exigences ou des limites de couverture supplémentaires qui peuvent inclure :

- l'utilisation de médicaments génériques, lorsqu'ils sont disponibles
- une approbation préalable par Trillium
- une thérapie par étapes — essayer d'abord des médicaments différents et moins coûteux
- des limites de quantité

Les décisions de Trillium en matière d'autorisation préalable et d'exceptions à la liste de médicaments sont basées uniquement sur les soins appropriés et la couverture. Le personnel de Trillium n'est pas récompensé pour le refus de demandes et n'utilise pas d'incitations financières qui récompensent le refus de services.

Trillium peut approuver jusqu'à trois exécutions d'ordonnance de transition sur un médicament non listé pour les membres qui prenaient ce médicament avant de devenir membre de Trillium ou après leur sortie d'un hôpital ou d'un établissement de soins infirmiers. Vous ou votre médecin pouvez contacter Trillium pour demander de l'aide concernant la couverture d'un médicament de transition.

Et si j'ai une assurance santé Medicare ?

Ces informations concernent tous les membres de votre foyer qui bénéficient de Medicare et de la couverture du Oregon Health Plan (OHP). La prestation pour leurs médicaments est appelée Medicare Part D. Medicare exige des franchises pour la couverture des médicaments de la partie D. La plupart des régimes qui offrent une prestation sur les médicaments facturent une franchise. Trillium continuera à payer pour tous les autres services médicaux couverts.

Assistance en matière de médicaments sur ordonnance — Programme de médicaments sur ordonnance de l'Oregon

Le programme de médicaments sur ordonnance de l'Oregon peut aider à réduire les coûts des prescriptions qui ne sont pas couvertes par votre forfait de prestations OHP. Ce programme est accessible à tous les habitants de l'Oregon. Pour vous inscrire par téléphone, appelez le 1-800-913-4284 ou visitez le site Web de l'Oregon Prescription Drug à :

www.oregon.gov/OHA/pharmacy/OPDP/pages/applicationpage.aspx#What_is_OPDP

Programme d'assistance aux patients (PAP)

Vous pouvez peut-être obtenir gratuitement un médicament qui n'est pas couvert par la compagnie qui le fabrique. Visitez le site Web de la société qui fabrique votre médicament sur ordonnance pour obtenir des informations sur leur PAP.

Les kits de test Covid-19 sont un avantage via votre pharmacie locale

Comment obtenir gratuitement un test COVID-19 à domicile ?

Vous pouvez obtenir gratuitement un test COVID-19 en vente libre, approuvé par la FDA, soumis à l'autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) à faire à domicile, en vous rendant dans l'une des pharmacies du réseau Trillium Community Health Plan. L'obtention d'un kit de test ne nécessite pas de prescription.

IMPORTANT : Récupérez le test directement auprès de la pharmacie. N'achetez pas le test dans un commerce ordinaire. Si vous le faites, vous devrez soumettre un formulaire de demande de prescription pour être remboursé.

Existe-t-il des tests non couverts par la pharmacie ?

Les kits de test COVID qui ne sont pas couverts comprennent :

- les kits qui doivent être envoyés à un laboratoire (kits de collecte)
- les kits qui ne sont pas indiqués comme étant sans ordonnance (OTC)
- les kits COVID obtenus en dehors des États-Unis

J'ai acheté moi-même un test COVID-19 à faire à domicile, serai-je remboursé ?

Oui. Si vous avez acheté un test COVID-19 vendu sans ordonnances et approuvé par la FDA sous l'EUA pour une utilisation à domicile à un endroit ne faisant pas partie de notre réseau de pharmacies (par exemple, Amazon, supermarché, pharmacie, etc.), vous serez remboursé pour le coût des kits de test (jusqu'à 12 \$ par test) suivant la procédure décrite ci-dessous :

- Achetez un test à domicile figurant sur la liste EUA approuvée par la FDA.
- La liste EUA approuvée par la FDA est disponible sur notre site Web à l'adresse <https://www.trilliumohp.com/coronavirus-disease--covid-19-.html>, vous pouvez également contacter à ce sujet les Services aux membres.
- Les tests disponibles sans ordonnance incluent la mention « OTC » (pour les tests en vente libre à faire à domicile) dans la colonne Attributes (attributs).
- Remplissez et soumettez un formulaire de remboursement de demande de prescription distinct pour chaque membre :
 - Pour la procédure complète de soumission des réclamations, visitez notre site Web à l'adresse <https://www.trilliumohp.com/coronavirus-disease--covid-19-.html> ou contactez les Services aux membres.

Si vous avez acheté un test approuvé par la FDA/EUA et commandé par un médecin avant le 15 janvier 2022, le Trillium Community Health Plan vous remboursera lorsque le formulaire de réclamation sera retourné en fonction du prix payé.

Le Trillium Community Health Plan limite-t-il le nombre de tests qu'un membre peut obtenir gratuitement ?

Oui. Le Trillium Community Health Plan prend en charge jusqu'à 8 tests COVID-19 EUA approuvés par la FDA à faire à domicile et vendus sans ordonnance par membre couvert sur une période de 30 jours, sans demande

effectuée par le PCP ni autorisation préalable. Les tests illimités seront couverts à condition qu'il existe une demande émanant d'un prestataire de soins de santé agréé. Et ce, en vertu des directives fédérales publiées le 10 janvier 2022.

Qui dois-je contacter si j'ai des questions ?

Si vous avez des questions sur la couverture des tests COVID-19 à faire à domicile ou sur la soumission d'une demande de remboursement, appelez les Services aux membres au 1-877-600-5472 ; TTY : 711.

SERVICES D'URGENCE MÉDICALE ET DE SOINS D'URGENCE

Qu'est-ce qu'une urgence médicale ?

Une urgence est une blessure grave ou une maladie soudaine, y compris une douleur intense, dont vous pensez qu'elle pourrait entraîner la mort ou des dommages corporels graves si vous ne recevez pas d'aide immédiatement. Cela inclut votre enfant à naître si vous êtes enceinte. Les soins d'urgence immédiate et les soins urgents sont couverts en permanence, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Vous pouvez vous rendre dans n'importe quel hôpital ou autre établissement, partout aux États-Unis, pour une urgence.

Si vous pensez avoir une vraie urgence, appelez le 911 ou rendez-vous au service des urgences de l'hôpital le plus proche. Vous n'avez pas besoin d'autorisation pour vous faire soigner en cas d'urgence.

UNE URGENCE PEUT ÊTRE :

- une douleur à la poitrine ;
- une difficulté à respirer ;
- un empoisonnement ;
- un saignement qui ne s'arrête pas ;
- des fractures ; ou
- une urgence de santé mentale.

Services d'ambulance

Les services d'ambulance sont couverts en cas d'urgence.

Comment puis-je obtenir des soins après une urgence ?

Les soins d'urgence sont couverts jusqu'à ce que vous soyez stable. Appelez votre PCP (prestataire de santé) pour les soins de suivi. Après votre stabilisation, les soins de suivi sont couverts mais ne sont pas considérés comme une urgence.

Les soins d'après stabilisation sont les soins que vous recevez après une urgence et une fois que votre état est stable. Si vous recevez des soins d'urgence dans un hôpital qui n'est pas couvert par le réseau et que vous avez besoin de soins après stabilisation de votre état :

- Vous devez retourner dans un hôpital du réseau pour que vos soins soient couverts, ou
- Vous devez obtenir une autorisation préalable pour que vos soins soient couverts.

Comment obtenir des soins d'urgence ?

Quelqu'un pourra vous aider jour et nuit, même les week-ends et les jours fériés. Si vous n'arrivez pas à joindre le cabinet de votre PCP pour un problème urgent ou s'il ne peut pas vous recevoir assez rapidement, vous pouvez vous rendre aux soins d'urgence sans rendez-vous.

Les problèmes urgents sont des situations comme les infections graves, les entorses et les fortes douleurs. Si vous avez besoin d'un interprète, faites-le savoir à la clinique.

Même si vous n'avez pas encore vu votre PCP, appelez-le en premier si vous pensez que votre état est urgent. Le nom de votre PCP figure sur votre carte d'identité Trillium. Vous pouvez rechercher des prestataires de soins d'urgence à : <https://providersearch.trilliumhealthplan.com/>

Adresses des soins d'urgence

AFC Urgent Care

397 Warner Milne Road, Oregon City, OR 97045
503-305-6262

Eagleton Providers PC

17437 Boones Ferry Road, Suite 100
Lake Oswego, OR 97035
413-887-6030

Urgent Care Oregon, LLC

861 W Main Street, Molalla, OR 97038
503-873-8686

Uptown Providers PC

7033 NE Sandy Boulevard, Portland, OR 97213
503-306-6262

Uptown Providers PC

25 NW 23rd Place, Suite 11, Portland, OR 97210
503-766-2215

Uptown Providers PC

14284 SW Allen Boulevard, Beaverton, OR 97005
503-305-6262

Que se passe-t-il si je suis en dehors de la ville ou de l'État et que j'ai besoin d'un traitement ?

Bien les membres soient couverts par Trillium où qu'ils soient aux États-Unis, ils doivent être conscients de ce

qui peut arriver s'ils voyagent en dehors de l'Oregon et qu'ils ont une urgence. Même si Trillium a approuvé une visite aux urgences dans un autre État, cela ne signifie pas que tous les prestataires qui vous soignent pendant une urgence sont prêts à facturer Trillium. Cela signifie que vous pourriez recevoir une facture pour ces services. N'ignorez pas les factures des personnes qui vous ont soigné à l'hôpital. Si vous recevez d'autres factures, le CCO vous aidera à résoudre le problème.

UNE URGENCE PEUT ÊTRE :

- une douleur à la poitrine ;
- une difficulté à respirer ;
- un empoisonnement ;
- un saignement qui ne s'arrête pas ;
- des fractures ; ou
- une urgence de santé mentale.

Veuillez ne pas utiliser les urgences pour des situations qui peuvent être traitées dans le cabinet de votre médecin. Les problèmes urgents sont des situations comme les infections graves, les entorses et les fortes douleurs.

ÉTAPES À SUIVRE SI POSSIBLE LORS D'UNE VISITE AUX URGENCES HORS DE L'ÉTAT :

- Assurez-vous d'avoir votre carte d'identification Trillium avec vous lorsque vous voyagez hors de l'Oregon ;
- Présentez votre carte dès que possible et demandez s'ils acceptent de facturer Trillium (Medicaid) ;
- Contactez Trillium pour discuter de la situation et demandez des conseils sur ce qu'il faut faire ;
- Ne signez aucun document avant de savoir si le prestataire est prêt à facturer Trillium (Medicaid) ;
- Dans la mesure du possible, demandez à Trillium de parler avec le bureau du prestataire pendant que vous êtes sur place ;

En cas d'urgence, les étapes ci-dessus ne sont pas toujours possibles. Cependant, le fait d'être préparé et de connaître les mesures à prendre en cas d'urgence peut permettre de résoudre les problèmes de facturation pendant que vous êtes encore au cabinet du prestataire dans cet État. En prenant ces mesures, vous éviterez le stress supplémentaire de recevoir des factures pour des services que Trillium couvrira, mais que le prestataire ne facturera pas au CCO.

Que dois-je faire si je reçois une facture ?

N'ignorez pas les factures médicales — appelez-nous immédiatement. De nombreux prestataires envoient les factures impayées à des agences de recouvrement et peuvent même engager des poursuites judiciaires pour être payés. Il est beaucoup plus difficile de régler le problème lorsque cela se produit.

Dès que vous recevez une facture pour un service que vous avez reçu pendant que vous étiez inscrit à l'OHP, vous devez :

- Appelez immédiatement les services aux membres Trillium pour les informer qu'un prestataire vous facture un service OHP. Nous vous aiderons à régulariser la facture. N'attendez pas de recevoir d'autres factures.
- Le cas échéant, vous pouvez faire appel en envoyant à Trillium une lettre indiquant que vous n'êtes pas d'accord avec la facture parce que vous bénéficiez de l'OHP au moment du service. Conservez une copie du courrier dans vos dossiers.

- Faites un suivi pour vous assurer que nous avons payé la facture.
- Si vous recevez des documents judiciaires, appelez-nous immédiatement. Vous pouvez également appeler un avocat ou la ligne directe des prestations publiques (Public Benefits Hotline) au 800-520-5292 pour obtenir des conseils et une aide juridique. Il existe des lois sur la protection des consommateurs qui peuvent vous aider lorsque vous êtes facturé à tort alors que vous bénéficiez de l'OHP. Il existe des lois sur la protection des consommateurs qui peuvent vous aider lorsque vous êtes facturé à tort alors que vous bénéficiez de l'OHP.

Si, pour une raison quelconque, Trillium ne paie pas vos services, vous pouvez faire appel de la décision ou nous demander de la revoir. Voir la section « Plaintes (doléances) et appels » pour plus d'informations.

L'OHP couvre les urgences et les soins urgents partout aux États-Unis, mais pas en dehors des États-Unis. Cela signifie que l'OHP ne paiera aucun soin que vous recevez au Mexique ou au Canada.

VOS SERVICES ET PRESTATIONS DENTAIRES

Que sont les services dentaires ?

Les services dentaires font partie de vos prestations. Passer régulièrement des examens dentaires pour des soins préventifs est important pour votre santé générale et peut aider à prévenir les maladies dentaires. Si vous avez besoin d'aide pour vos services dentaires, appelez Trillium. Nous sommes là pour vous aider à obtenir les soins dont vous avez besoin.

Les membres de Trillium peuvent choisir l'une des assurances dentaires suivantes :

- **Advantage Dental Services** ou
- **Capitol Dental Care** ou
- **Oregon Dental Service.**

Quelle est mon assurance dentaire ?

Vous trouverez votre affectation à un régime de soins dentaires ou votre organisation de soins dentaires (DCO) sur votre carte d'identité de membre Trillium, que vous recevrez par la poste

**Medical-Dental-Behavioral Health**

Name: <John Smith>
Oregon Health Plan#: <123456789101112>
PCP Start Date: <12/05/2016>
Doctor (PCP): <Dr. Jane Doe>
RX: Envolv Rx
RXPCN: MCAIDADV
DCO: <DCO Name>
DCO Phone: <(555) 555-1234>
Mental Health Crisis Hotline:
Multnomah Co.: 503-988-4888 | 800-716-9769
Washington Co.: 503-291-9111 | Clackamas Co.: 503-655-8585

RXBIN: 004336
RXGRP: RX5481

Veuillez montrer votre carte de membre Trillium et votre carte d'identité Oregon Health chaque fois que vous allez chez le dentiste. En cas de perte de votre carte d'identité de membre, veuillez en demander une nouvelle en appelant les Services aux membres au 1-877-600-5472, TTY 711.

Comment dois-je choisir mon assurance dentaire ?

Si aucune assurance dentaire ne vous a été attribuée ou si vous souhaitez changer d'assurance, veuillez contacter le département des services aux membres au 1-877-600-5472, TTY 711.

Comment puis-je utiliser mes prestations dentaires ?

Lorsque vous êtes affecté à un régime d'assurance dentaire, vous devez choisir une clinique ou un cabinet dentaire comme dentiste de soins principal (PCD). Votre PCD travaillera avec vous pour répondre à vos besoins dentaires. Appelez votre PCD avant de demander des soins dentaires.

Comment dois-je choisir un prestataire de soins dentaires principal ?

Vous pouvez choisir un dentiste de soins primaires (PCD) de Trillium Find a Dentist sur notre site Web. <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/benefit-information.html>.

Vous pouvez également appeler le bureau de votre PCD et il vous aidera à organiser votre premier rendez-vous avec un PCD.

Advantage Dental Services

Customer Service
numéro gratuit 1-866-268-9631
TTY 711

Capitol Dental Care

1-503-585-5205 ou numéro gratuit 1-800-525-6800
TTY 1-800-735-2900

Oregon Dental Service

1-503-243-2987 ou numéro gratuit 1-800-342-0526
TTY 1-503-243-3958 ou 1-800-466-6313

Comment prendre rendez-vous avec mon dentiste de soins principal (DSP) ?

- Appelez votre dentiste de soins principal pendant les horaires de bureau. Vous pouvez trouver le numéro de téléphone dans l'annuaire des prestataires de votre régime dentaire ou en appelant le département des services aux membres.
- Indiquez que vous êtes un membre Trillium et la raison pour laquelle vous voulez voir un dentiste.
- N'oubliez pas de prendre votre carte d'identité de membre Trillium et votre carte d'identité Oregon Health avec vous lors du rendez-vous.
- Si vous avez besoin d'un interprète en langue des signes ou parlée lors de votre rendez-vous, n'oubliez pas de l'indiquer au personnel de la clinique lorsque vous prenez rendez-vous.

Pour coordonner vos soins dentaires, votre dentiste de soins primaires :

- conserve vos dossiers dentaires dans un seul endroit pour un meilleur service ;
- fournit un accès aux soins urgents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ;
- est votre premier contact lorsque vous avez besoin de soins dentaires et
- organise des soins dentaires spécialisés, si vous en avez besoin.

Puis-je être transporté jusqu'à mon rendez-vous ?

Si vous avez besoin d'aide pour vous rendre à vos rendez-vous, veuillez appeler le MTM au numéro gratuit 877-583-1552 (TTY : 711). Nous pouvons vous aider si vous n'avez pas de moyen de transport pour vous rendre chez votre médecin, votre dentiste ou votre conseiller. Vous pourriez bénéficier d'une aide pour régler ce transport.

Comment puis-je changer de dentiste de soins principal (PCD) ?

Vous pouvez changer de PCD deux fois par an. Pour choisir un nouveau PCD, utilisez l'annuaire des prestataires de votre régime de soins dentaires.

Que faire si j'ai besoin de consulter un spécialiste ou un autre prestataire ?

Si vous pensez avoir besoin de consulter un spécialiste ou un autre prestataire, prenez rendez-vous avec votre PCD au préalable. Votre PCD décidera des services et des examens dont vous pourriez avoir besoin. Si vous pensez avoir besoin de voir un spécialiste ou un autre prestataire, votre PCD vous orientera. Les recommandations sont faites au cas par cas lorsque votre PCD le juge nécessaire. Votre assurance dentaire doit approuver les recommandations avant que vous ne preniez rendez-vous avec un spécialiste ou un autre prestataire.

Important : Si vous vous rendez chez un spécialiste sans recommandation de votre PCD, votre facture pourrait ne pas être payée. Cela peut signifier que si vous signez une décharge, vous devrez payer la facture

QUELLES SONT LES PRESTATIONS DENTAIRES DONT JE DISPOSE ?

Résumé des prestations et des services

PRESTATIONS		FEMMES ENCEINTES ET MEMBRES MOINS DE 21 ANS	TOUS LES AUTRES ADULTES
SERVICES D'URGENCE	Stabilisation d'urgence (dans ou hors de votre zone de service) Exemples : • Douleur ou infection extrême • Saignement ou gonflement • Blessures aux dents ou aux gencives	X	X
SERVICES DE PRÉVENTION	Examens	X	X
	Nettoyage	X	X
	Traitements au fluorure	X	X
	Pansements dentaires	X	Non couverts
	Produits d'obturation dentaire	X	X
	Prothèses partielles	X	Limités
	Prothèses intégrales	Limités	Limités
	Couronnes	Limités	Non couverts
CHIRURGIE BUCCALE ET ENDODONTIE			
	Extractions	X	X
	Traitement du canal radiculaire	X	Limités
*Les prestations peuvent être soumises à des exigences d'autorisation préalable et à des limitations de fréquence.			

URGENCES DENTAIRES ET SERVICES DE SOINS DENTAIRES D'URGENCE

Qu'est-ce qu'une urgence dentaire ?

Les soins d'urgence dentaire sont disponibles, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Une urgence est un problème grave qui nécessite un traitement immédiat. Il peut s'agir d'une blessure ou d'une affection grave soudaine. Certains exemples de situations d'urgence sont :

- une infection grave ;
- un abcès grave (un abcès est une cloque sur votre tissu gingival) ;
- une douleur dentaire sévère (une douleur qui ne s'arrête pas lorsque vous prenez un analgésique en vente libre) et,
- une dent tombée.

Composez le 911 si vous pensez avoir une urgence. Appelez également le 911 si vous avez besoin de services d'ambulance, qui sont couverts en cas d'urgence.

Vous pouvez également recevoir des services de soins post-stabilisation pour améliorer votre état. Pour plus d'informations sur les hôpitaux avec des services d'urgence et des services de soins post-stabilisation,

voir « Comment puis-je trouver un médecin ou un prestataire ? »

Qu'est-ce qu'un service de soins dentaires d'urgence ?

Les soins dentaires urgents sont des soins dentaires qui nécessitent un traitement rapide, mais pas immédiat.

Voici quelques exemples de situations urgentes :

- un mal de dents ;
- des gencives enflées et,
- un plombage perdu.

Certains services dentaires peuvent nécessiter une autorisation préalable de la part de votre assurance dentaire, mais les urgences et les services dentaires d'urgence ne nécessitent pas d'autorisation préalable.

Que faire si je suis en dehors de la ville ou de l'État et que j'ai besoin de soins dentaires urgents ?

Si vous êtes en voyage en dehors de la zone de service de Trillium et que vous avez une urgence, essayez tout d'abord de contacter votre PCD (mêmes instructions que ci-dessus). Vous pouvez vous faire soigner dans n'importe quel hôpital aux États-Unis en cas des soins d'urgence. Si vous devez recevoir des soins dentaires d'urgence en dehors de la région, demandez au dentiste d'envoyer à votre assurance dentaire une facture détaillée ainsi que les notes du dossier décrivant l'urgence dentaire

Comment puis-je obtenir des soins après une urgence ?

Après avoir consulté un dentiste pour une urgence dentaire, veuillez appeler votre PCD pour organiser la suite des soins si nécessaire.

PRESTATIONS EN SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE

Qu'est-ce que les services de santé mentale ?

Les services de santé mentale sont accessibles à toute personne qui a besoin d'aide pour faire face à la dépression, à l'anxiété, à des problèmes familiaux, à des comportements difficiles ou à d'autres problèmes de santé mentale qui rendent difficile de vivre la vie que l'on souhaite. L'OHP couvre de nombreux services qui peuvent vous aider.

Les services destinés aux enfants et aux adultes peuvent comprendre des thérapies individuelles, des thérapies familiales, des thérapies de groupe, la gestion des médicaments, la gestion de cas ou le renforcement des compétences. Vous pouvez rencontrer un thérapeute qui pourra vous recommander les services qui pourraient vous aider. Nous serons toujours heureux de discuter avec vous afin de vous aider à identifier l'aide dont vous avez besoin.

Nous pouvons fournir des services de gestion de cas à vous ou à votre proche en quête de soins.

Important : Vous n'avez pas besoin d'une recommandation pour bénéficier de services de santé mentale auprès d'un prestataire du réseau. Veuillez consulter le répertoire des prestataires Trillium pour obtenir la liste des prestataires du réseau.

Services de santé mentale pour adultes

Les adultes peuvent choisir parmi différents services utiles pour les problèmes de santé mentale parmi nos nombreux prestataires de services. Le modèle de traitement Assertive Community Care ou ACT (traitement communautaire actif) aide les personnes qui ont été hospitalisées en raison d'une grave maladie mentale et qui sont les plus exposées à la détérioration de leur santé et à des crises.

Les équipes ACT s'attachent à maintenir les personnes dans leur communauté, où elles peuvent améliorer leur qualité de vie grâce à une équipe diversifiée de professionnels attentifs, à l'accès à des opportunités d'emploi utiles et à la gestion de cas.

Services de santé mentale pour enfants

Les enfants souffrant de problèmes de santé mentale sont pris en charge de différentes manières. Les thérapies ambulatoires dans les agences, à domicile et dans les écoles permettent de faciliter l'accès des jeunes et de leurs familles à la thérapie.

Parfois, les enfants et les adolescents ont de graves problèmes de santé mentale et ont des difficultés à la maison, à l'école et dans d'autres contextes. Un éventail de services et de soutien est disponible pour l'enfant ou l'adolescent et sa famille en fonction de leurs besoins spécifiques. Ces services peuvent inclure des services ambulatoires généraux, des services ambulatoires intensifs et un programme de soutien, un programme d'accompagnement ou une coordination des soins intensifs. Si vous avez besoin d'aide pour déterminer les services qui vous conviennent le mieux, appelez-nous et nous pourrons vous aider.

COMMENT UTILISER MES PRESTATIONS DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCE CHIMIQUE ?

Comment trouver un traitement pour la dépendance chimique (alcool ou drogue) ?

Les problèmes d'alcool et de drogue sont difficiles à vivre pour la personne et ses proches. Si vous pensez avoir un problème, demandez de l'aide. Le répertoire des prestataires Trillium contient une liste de prestataires de traitement de la dépendance chimique que vous pouvez appeler. Vous pouvez également appeler Trillium pour obtenir de l'aide.

Si vous avez besoin de soins en matière de santé mentale, vous devez prendre un rendez-vous avec un prestataire de soins de santé mentale immédiatement.

Si vous avez besoin de services de santé comportementale immédiatement, vous pouvez appeler tout prestataire listé dans le répertoire des prestataires de Trillium ou appeler Trillium.

Comment puis-je trouver un prestataire de services de santé mentale ?

Certains prestataires de Trillium n'acceptent pas de nouveaux patients. Si vous avez besoin d'aide pour trouver un prestataire qui accepte de nouveaux patients ou un prestataire qui parle une langue autre que l'anglais, appelez Trillium. Pour les soins hospitaliers courants, vous devez choisir un hôpital listé dans le répertoire des prestataires de Trillium.

Si vous avez Internet, vous pouvez rechercher un prestataire ou imprimer le répertoire des prestataires à l'adresse : <http://providersearch.trilliumhealthplan.com>.

APPELEZ TRILLIUM SI :

- Vous avez besoin d'aide pour trouver un prestataire en santé mentale ou un prestataire qui parle une autre langue que l'anglais.
- Vous voulez consulter un prestataire en santé mentale qui ne figure pas dans le répertoire des prestataires de Trillium. Vous devrez d'abord obtenir une autorisation préalable de Trillium. Ce type d'approbation est réservé à des cas particuliers.
- Vous avez besoin de changer de prestataire en santé mentale.
- Vous avez besoin d'aide pour coordonner des services de santé comportementale non couverts.

Que faire si j'ai besoin d'aide pour choisir un prestataire en santé mentale ?

Les membres Trillium peuvent choisir les prestataires en santé mentale qu'ils consultent. Si vous avez besoin d'aide pour choisir un prestataire en santé mentale, appelez Trillium. Si vous avez consulté un prestataire en santé mentale qui ne figure pas dans l'annuaire des prestataires Trillium ou si vous souhaitez changer de prestataire, appelez Trillium.

Comment puis-je prendre rendez-vous avec mon prestataire en santé mentale ?

Pour commencer, vous pouvez appeler n'importe quel prestataire figurant dans le répertoire des prestataires Trillium, ou appeler Trillium pour obtenir de l'aide dans le choix d'un prestataire. Une fois que vous avez choisi un prestataire en santé mentale, vous pouvez prendre rendez-vous avec lui immédiatement. Si vous ne pouvez pas vous rendre à un rendez-vous, appelez votre prestataire en santé mentale dès que possible. Si vous manquez des rendez-vous sans en donner la raison à votre prestataire en santé mentale, celui-ci peut vous demander de choisir un nouveau prestataire.

Services de santé comportementale non couverts

Il y a certains services de santé comportementale que le Trillium Community Health Plan ne prend pas en charge mais que l'OHP assumera. Si vous avez besoin d'aide pour coordonner ces services, comme les soins psychiatriques de longue durée, veuillez appeler les services aux membres de Trillium. Demandez à parler à un coordonnateur de soins.

VOICI QUELQUES EXEMPLES DE SERVICES COUVERTS PAR L'OHP QUI NE SONT PAS FOURNIS PAR TRILLIUM :

- certains médicaments pour certaines affections de santé comportementale
- le remboursement des foyers de groupe thérapeutiques pour les membres âgés de moins de 21 ans

- les soins psychiatriques de longue durée pour les membres âgés de 18 ans et plus
- les soins personnels en foyer d'accueil pour adultes pour les membres âgés de 18 ans et plus

Pour plus d'informations ou pour obtenir une liste complète, appelez les services aux membres Trillium au 1-877-600-5472.

Comment puis-je obtenir mes médicaments sur ordonnance ?

Trillium couvre les frais médicaux dans la plupart des pharmacies de l'Oregon. Apportez l'ordonnance que le médecin vous a donnée à la pharmacie de votre choix. Si vous devez utiliser une prescription en dehors de l'Oregon, la pharmacie et le prescripteur doivent être enregistrés auprès de l'État de l'Oregon. S'il s'agit d'une urgence, appelez Trillium pour demander une dérogation. Ce n'est que dans certaines situations que Trillium approuvera un achat hors de la région. Si vous payez vos médicaments, vous pouvez soumettre une demande de remboursement. Trillium procédera au remboursement uniquement dans certaines situations.

Appelez votre médecin ou Trillium pour obtenir de l'aide concernant les médicaments hors liste ou en vente libre.

Nous ne couvrons pas toutes les prescriptions.

La plupart des médicaments que les personnes prennent pour leur maladie mentale sont payés directement par l'Autorité de santé de l'Oregon (OHA). Veuillez montrer à votre pharmacien votre carte d'identité de l'Oregon Health et votre carte d'identité Trillium. La pharmacie saura à qui envoyer la facture.

SERVICES DE CRISE ET D'URGENCE EN SANTÉ MENTALE

Qu'est-ce qu'une urgence en santé mentale ?

Une urgence en matière de santé mentale est le fait de se sentir ou d'agir de façon incontrôlée, ou une situation qui pourrait vous nuire à vous ou à quelqu'un d'autre. Demandez de l'aide immédiatement. N'attendez pas qu'il y ait un danger réel. Appelez la Ligne de crise, composez le 911 ou rendez-vous aux urgences. Les services d'ambulance sont couverts en cas d'urgence. Vous pouvez accéder aux services d'ambulance en composant le 911.

- Si vous vivez dans le comté de Clackamas, vous pouvez appeler la ligne de crise du comté, disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, au 503-655-8585.
- Si vous habitez dans le comté de Multnomah, vous pouvez appeler la ligne d'urgence du comté, disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, au 503-988-4888.
- Si vous habitez dans le comté de Washington, vous pouvez appeler la ligne d'urgence du comté, disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, au 503-291-9111.
- Composez le 911 si, à tout moment pendant l'urgence, vous pensez être en danger. La police se rendra à votre adresse pour vous aider et contacter le programme de crise le plus proche.

Si la personne victime d'une crise est un jeune de moins de 18 ans, vous pouvez appeler la ligne de crise jeunesse au 541-689-3111, TTY 711, appeler le 911 ou vous rendre aux urgences. Des services de crise mobiles sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, auprès d'un professionnel de la santé mentale qualifié (QMHP). Une réponse thérapeutique en face à face sera délivrée par un professionnel de la santé mentale qualifié (QMHP) si elle est cliniquement indiquée au regard de l'appel.

Les services mobiles de crise et la ligne d'assistance téléphonique en cas de crise visent à promouvoir la stabilisation dans un cadre communautaire plutôt que l'arrêt, la présentation à un service d'urgence ou l'admission dans un établissement de soins actifs. Si vous recevez un traitement intensif de santé comportementale à domicile, des services d'intervention en cas de crise sont disponibles 24 heures sur 24.

Une urgence est une blessure grave ou une maladie soudaine, y compris une douleur intense, dont vous pensez qu'elle pourrait entraîner la mort ou des dommages corporels graves si vous ne recevez pas d'aide immédiatement. Cela inclut votre enfant à naître si vous êtes enceinte. Les soins d'urgence sont couverts en permanence, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Vous pouvez vous rendre dans n'importe quel hôpital, en cas d'urgence. Pour plus d'informations sur l'accès aux services d'urgence et aux services de soins post-stabilisation, voir « Comment trouver un médecin ou un prestataire ? »

Que faire si je suis en dehors de la ville ou de l'État et que j'ai besoin d'un traitement ?

Si vous avez une urgence de santé mentale et que vous ne pouvez pas retourner dans les comtés de Washington, Clackamas ou Multnomah pour vous y faire soigner, vous pouvez vous rendre aux urgences de l'hôpital le plus proche. Votre visite aux urgences sera couverte tant que vous serez aux États-Unis. N'utilisez pas les urgences pour des soins non urgents.

Comment puis-je obtenir des soins après une urgence ?

Les soins d'urgence sont couverts jusqu'à ce que vous soyez stable. Appelez votre PCP ou votre prestataire de santé mentale pour les soins de suivi. Après votre stabilisation, les soins de suivi sont couverts mais ne sont pas considérés comme une urgence.

Puis-je bénéficier d'un moyen de transport pour me rendre à mon rendez-vous ?

Si vous avez besoin d'aide pour vos rendez-vous, veuillez appeler le numéro gratuit de MTM au 541-682-5566 ou 877, TTY 711. Nous pouvons vous aider si vous n'avez aucun moyen de vous rendre chez votre médecin, dentiste ou conseiller. Vous pourrez être aidé dans le paiement de vos trajets.

PLAINTES (RÉCLAMATIONS) ET APPELS

Comment puis-je déposer une réclamation ou une réclamation ?

Si vous êtes très mécontent de Trillium, de vos services médicaux ou de votre prestataire, vous pouvez vous plaindre ou déposer une réclamation à tout moment pour toute question autre qu'un refus. Nous essaierons d'améliorer les choses. Appelez les Services aux membres au 1-877-600-5472, TTY : 711 ou envoyez-nous un courrier à l'adresse ci-dessous : Trillium Community Health Plan, 555 International Way, Building B, Springfield, Oregon 97477.

Vous pouvez également appeler l'unité des services à la clientèle du Oregon Health Plan au 1-800-273-0557 pour déposer une réclamation ou une doléance. Votre prestataire ou une autre personne peut déposer une réclamation pour vous. Ils doivent avoir votre autorisation écrite pour le faire.

Nous devons résoudre le problème et vous appeler ou vous écrire dans les 5 jours ouvrables suivant la date à laquelle nous avons reçu la plainte.

Si nous ne pouvons pas la résoudre dans les 5 jours ouvrables, nous vous enverrons une lettre dans les 5 jours ouvrables pour vous expliquer pourquoi. Nous pouvons prendre jusqu'à 30 jours pour traiter votre plainte. Nous ne parlerons de votre plainte à personne, sauf si vous nous le demandez. Vous serez avisé dans la langue de votre choix si Trillium a besoin de davantage de temps pour traiter cette doléance.

À titre de rappel, Trillium et votre prestataire ne peuvent pas agir contre vous pour avoir déposé une réclamation, coopéré à une enquête ou refusé d'accepter quelque chose que vous pensez être contraire à la loi. Trillium ne peut pas vous demander de retirer une réclamation, un appel ou une demande d'audience que vous avez faits.

Si un service est refusé, comment puis-je faire appel ?

Si un service est refusé, réduit ou arrêté, vous recevrez un avis de changements défavorables des prestations (NOABD, Notice of Adverse Benefit Determination). Votre prestataire sera avisé en conséquence. Cette lettre vous expliquera comment faire appel (nous demander de modifier notre décision). Vous avez le droit de demander de la modifier par le biais d'un appel et d'une audience équitable de l'État. Vous pouvez demander un appel oralement ou par écrit dans un délai maximum de 60 jours à compter de la date indiquée sur la lettre d'avis défavorable concernant vos prestations.

Si on vous refuse des services et que vous n'avez pas reçu d'avis écrit de refus ou si votre prestataire de soins de santé vous dit que vous devrez payer pour un service qui n'est pas couvert, vous pouvez demander à obtenir un avis de refus. L'avis de refus indiquera que le service n'est pas couvert. Une fois que vous avez reçu le refus, vous pouvez demander à Trillium de faire appel.

Mon prestataire peut-il faire appel en mon nom ?

Si des services vous ont été refusés, vos prestataires sont autorisés à faire appel en votre nom. Nous avons besoin d'avoir votre autorisation écrite pour le faire.

Comment faire appel d'une décision

Lors d'un appel, un autre professionnel médical de Trillium examinera votre cas. Demandez-nous de faire appel :

- en appelant le département des services aux membres au 1-877-600-5472, TTY : 711 ; et en demandant un appel oralement ;
- en nous écrivant une lettre ou,
- en remplissant une demande d'appel et d'audience, formulaire OHP numéro 3302. Ce formulaire vous a été envoyé avec votre lettre d'avis d'action. Vous pouvez également nous appeler et demander ce formulaire.

Si vous souhaitez obtenir de l'aide, appelez-nous et nous pourrions remplir un formulaire d'appel que vous devrez signer. Vous pouvez demander à quelqu'un comme un ami ou un gestionnaire de cas de vous aider. Vous pouvez également appeler la ligne directe des prestations publiques (Public Benefits Hotline) au 1- 800-520-5292 pour obtenir des conseils et une aide juridique. Vous recevrez un **avis de résolution d'appel (NOAR, Notice of Appeal Resolution)** de notre part dans les 16 jours vous indiquant si l'examineur est d'accord ou non avec notre décision. Si nous avons besoin de plus de temps pour l'examen, nous vous enverrons une lettre expliquant pourquoi nous avons besoin d'un maximum de 14 jours supplémentaires. Vous pouvez également demander du temps supplémentaire (jusqu'à 14 jours). Si Trillium ne respecte pas les exigences en matière de notification et de délai pour le processus d'appel standard ou prolongé, vous êtes considéré comme ayant épuisé le recours et vous pouvez engager une audience équitable. Trillium ne demandera plus de temps dans le processus de doléance ou d'appel que si cela correspond aux intérêts du membre.

Pendant que vous attendez votre appel, vous pouvez continuer à bénéficier d'un service qui a commencé avant notre décision initiale de l'arrêter. Vous devez nous

demander de poursuivre le service dans les 10 jours suivant la réception de l'avis d'action qui l'a arrêté. Si vous poursuivez le service et que l'examineur est d'accord avec la décision initiale, vous devrez peut-être payer le coût des services que vous avez reçus après la date d'entrée en vigueur figurant sur l'avis d'action initial.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir les formulaires d'appel, appelez Trillium, les services de membres de l'OHP ou contactez :

Assistance juridique à l'Oregon,

Bureau régional de Portland

520 SW Sixth Avenue, Suite 700

Portland, OR 97204

503-224-4086 ou 1-800-228-6958 (numéro gratuit)

Que faire si j'ai besoin d'un appel rapide (accéléré) ?

Si vous et votre prestataire pensez avoir un problème de santé urgent qui ne peut pas attendre un appel normal, signalez-nous que vous avez besoin d'un appel rapide (accéléré). Nous vous suggérons d'inclure une déclaration de votre prestataire ou de lui demander de nous appeler pour nous expliquer pourquoi il s'agit d'un problème urgent. Nous vous appellerons et vous écrirons dans un délai d'un jour ouvrable pour vous informer que nous avons reçu la demande d'appel accéléré. Si nous convenons que la demande est urgente, nous vous appellerons pour vous faire part de notre décision dans les 72 heures. Si nous avons besoin de plus de temps pour l'examen, nous vous enverrons une lettre expliquant pourquoi nous avons besoin d'un maximum de 14 jours supplémentaires. Vous pouvez également demander un délai supplémentaire (jusqu'à 14 jours). Dans les 32 jours ouvrables, Trillium vous enverra une lettre écrite indiquant la décision et vous informera, vous ou votre prestataire, par téléphone si la demande d'appel accélérée est refusée.

Si mon appel est rejeté, comment puis-je obtenir une audience administrative ?

Après avoir fait appel, vous pouvez demander une audience équitable avec un juge administratif de l'Oregon. Vous disposez de 120 jours à compter de la date figurant sur votre avis de résolution d'appel (NOAR)

pour demander une audience à l'État. Votre lettre NOAR contient un formulaire que vous pourrez envoyer. Vous pouvez également nous demander de vous envoyer un formulaire de demande d'appel et d'audience, ou appeler le service client de l'OHP au 800-273-0557, TTY 711, et demander le formulaire numéro 3302.

À l'audience, vous pourrez expliquer au juge pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec notre décision et pourquoi les services doivent être couverts. Vous n'avez pas besoin d'un avocat, mais vous pouvez vous faire accompagner par une autre personne, comme votre médecin. Si vous engagez un avocat, ses honoraires seront à votre charge. Vous pouvez vous adresser à la Public Benefits Hotline (un programme des services d'assistance juridique [Legal Aid Services of Oregon] et du centre juridique de l'Oregon [Oregon Law Center]) au **1-800-520-5292**, TTY 711, pour recevoir des conseils et une représentation éventuelle. Des informations sur l'aide juridique gratuite sont également disponibles sur www.oregonlawhelp.org.

La préparation d'une audience prend souvent plus de 30 jours. En attendant votre audience, vous pouvez continuer à bénéficier d'un service déjà commencé avant notre décision initiale de l'arrêter. Vous devez nous demander pour continuer le service au plus tard 10 jours après la date du NOAR. Si vous poursuivez le service et que le juge est d'accord avec la décision initiale, vous devrez peut-être payer le coût des services que vous avez reçus après la date d'entrée en vigueur figurant sur l'avis d'action initiale.

Que faire si j'ai besoin d'une audience rapide (accélérée) ?

Si vous et votre prestataire pensez avoir un problème de santé urgent qui ne peut pas attendre la procédure d'audience normale, indiquez que vous avez besoin d'une audience rapide (accélérée) et envoyez par fax le formulaire de demande d'appel et d'audience à l'Unité des audiences de l'OHP. Nous vous suggérons d'inclure une déclaration de votre prestataire expliquant pourquoi il s'agit d'un problème urgent. Vous devriez obtenir une décision dans les trois jours ouvrables. Le numéro de fax de l'Unité des audiences est le 1-503-945-6035.

Si votre demande d'audience accélérée est refusée, nous ferons des efforts raisonnables pour donner au membre

et au prestataire demandeur un avis oral rapide du refus, suivi dans les deux jours d'un avis écrit.

Mes services seront-ils interrompus ?

Si vous recevez des services de l'OHP et que vous souhaitez que ces services soient maintenus jusqu'à ce que votre audience soit résolue, vous pouvez demander le maintien des prestations dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la lettre d'avis d'action. Si la décision rendue à l'issue de l'audience n'est pas en votre faveur, vous devrez peut-être payer pour le maintien des services que vous avez reçus en attendant la décision. Toutes les informations relatives aux membres utilisées au cours du processus de plainte, d'appel et d'audience administrative sont conservées en sécurité pour vous. Vous pouvez appeler le Service membres au 1-877-600-5472 ou TTY 711.

Que dois-je faire si je reçois une facture ?

Même si vous n'avez pas à payer, N'IGNOREZ PAS LES FACTURES MÉDICALES, appelez-nous immédiatement. De nombreux prestataires envoient les factures impayées à des agences de recouvrement voire engagent des poursuites judiciaires pour être payés. Il est beaucoup plus difficile de régler le problème lorsque cela se produit.

DÈS QUE VOUS RECEVEZ UNE FACTURE POUR UN SERVICE QUE VOUS AVEZ REÇU PENDANT QUE VOUS ÉTIEZ INSCRIT À L'OHP, VOUS DEVEZ :

1. appeler le prestataire, lui indiquer que vous étiez à l'OHP, et lui demander de facturer Trillium.
2. appeler immédiatement les services aux membres Trillium au 1-877-600-5472 ou TTY 711 pour les informer qu'un prestataire vous facture un service OHP. Nous vous aiderons à régulariser la facture. N'attendez pas de recevoir d'autres factures.
3. Vous pouvez faire appel en envoyant à votre prestataire une lettre indiquant que vous n'êtes pas d'accord avec la facture parce que vous étiez bénéficiaire de l'OHP au moment du service. Conservez une copie du courrier dans vos dossiers.
4. Faites un suivi pour vous assurer que nous avons payé la facture.

5. Si vous recevez des documents judiciaires relatifs à une facture, appelez-nous immédiatement. Vous pouvez également appeler un avocat ou la ligne directe des prestations publiques (Public Benefits Hotline) au 1-800-520-5292 pour obtenir des conseils et une aide juridique. Il existe des lois sur la protection des consommateurs qui peuvent vous aider lorsque vous êtes facturé à tort alors que vous bénéficiez de l'OHP.

Si vous recevez une facture pour des services de soins de santé et que vous ne savez pas si vous devez la régler, appelez immédiatement les Services aux membres au **1-877-600-5472** ou TTY au 711.

Il arrive que votre prestataire ne remplisse pas correctement les formalités administratives et qu'il ne soit donc pas payé. Cela ne signifie pas que vous devez payer. Si vous avez déjà reçu le service et que nous refusons de payer votre prestataire, ce dernier ne peut toujours pas vous facturer. Vous pouvez recevoir un avis de notre part indiquant que nous ne paierons pas le service. Cet avis ne signifie pas que vous devez payer. Le prestataire devra annuler les frais. Si nous ou votre prestataire vous indiquons que le service n'est pas couvert par l'OHP, vous avez toujours le droit de contester cette décision en demandant un appel et une audience.

Responsabilité des frais

Les membres de Trillium ne devraient pas avoir à payer pour des services médicaux. Aucun prestataire ou agent sous-traitant, fiduciaire ou cessionnaire du prestataire sous-traitant ne peut :

- facturer un membre
- envoyer la facture d'un membre à une agence de recouvrement
- maintenir une action civile contre un membre pour recouvrer les sommes dues par Trillium pour lesquelles le membre n'est pas responsable envers le prestataire sous-traitant

Si vous recevez une facture, appelez le service aux membres

Les membres de l'OHP ne paient pas pour des services couverts. Votre prestataire de soins ne peut vous envoyer une facture que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- **le service médical fourni est un service que votre régime OHP ne couvre pas ;**

- avant de bénéficier du service, vous avez signé un accord de paiement valide, le formulaire numéro 3165 de l'OHP — Accord du client de l'OHP pour le paiement des services de santé (également appelé dispense) ;
- le formulaire indiquait le coût estimé du service ;
- le formulaire indiquait que l'OHP ne couvrirait pas le service ; et,
- le formulaire indiquait que vous acceptiez de payer la facture vous-même.
- **le service de pharmacie est un service que votre régime OHP ne couvre pas ;**
- avant de recevoir le médicament, on vous demandera de signer un accord de paiement valide, formulaire OHP numéro 3166 - OHP Client Agreement to Pay for Pharmacy Services (également appelé dispense) ;
- le formulaire indique le coût du médicament ;
- Le formulaire indique que l'OHP ne couvre pas le service ; et le formulaire indique que vous acceptez de payer la facture vous-même.

Quand devrais-je payer pour des services médicaux couverts par OHP ?

- Il se peut que vous ayez à payer pour des services couverts par l'OHP si vous consultez un prestataire qui n'accepte pas l'OHP ou qui ne fait pas partie de notre réseau de prestataires. Avant de recevoir des soins médicaux ou de vous rendre dans une pharmacie, assurez-vous qu'ils font partie de notre réseau de prestataires.
- Vous devrez payer pour les services si vous n'étiez pas admissible à l'OHP lorsque vous avez reçu le service.
- Vous, ou un représentant financièrement responsable, devrez payer pour des services non couverts par l'OHP :
 - Si vous signez un accord détaillé pour payer le service avant de le recevoir.
 - Cet accord contient une liste de tous les services et leurs prix.
 - Cela inclut les services refusés en vertu d'une autorisation préalable.

- L'accord de paiement n'est valide que si le service est prévu dans les 30 jours suivant votre signature ou celle de votre représentant.
- La facturation du solde qui consiste à facturer la différence entre le montant facturé par le prestataire et le montant payé par votre assurance ne sera appliquée à aucun moment.

J'ai été hospitalisé et mon régime a payé mon hospitalisation, mais je reçois maintenant des factures d'autres prestataires. Que dois-je faire ?

Lorsque vous allez à l'hôpital ou aux urgences, vous pouvez être traité par un prestataire qui ne travaille pas

pour l'hôpital. Par exemple, les médecins de la salle d'urgence peuvent avoir leur propre cabinet et fournir des services dans la salle d'urgence. Ils peuvent vous envoyer une facture distincte. Si vous êtes opéré à l'hôpital, il y aura une facture séparée pour l'hôpital, le chirurgien, et peut-être même le laboratoire, le radiologue et l'anesthésiste. Ce n'est pas parce que Trillium a payé la facture de l'hôpital que Trillium a payé les autres prestataires. N'ignorez pas les factures des personnes qui vous ont soigné à l'hôpital. Si vous recevez d'autres factures, appelez chaque prestataire et demandez-lui de facturer à Trillium. Suivez les étapes 1 à 5 de la section « Que dois-je faire si je reçois une facture ? ».

COMMENT PARTAGER MES DÉCISIONS CONCERNANT MA FIN DE VIE ?

Décisions de fin de vie et planification préalable (testaments biologiques)

Une directive anticipée est un acte juridique qui vous permet de :

1. Partager vos valeurs, vos croyances, vos objectifs et vos souhaits en matière de soins de santé si vous n'êtes pas en mesure de les exprimer vous-même.
2. Nommer une personne qui prendra les décisions à votre place en matière de soins de santé si vous ne pouviez pas les prendre vous-même. Cette personne s'appelle votre représentant des soins de santé et doit accepter d'endosser ce rôle.

Certains prestataires peuvent ne pas suivre les directives anticipées. Demandez à vos prestataires s'ils respecteront les vôtres. Les adultes de 18 ans et plus peuvent prendre des décisions concernant leurs propres soins, y compris le refus de traitement. Il se peut qu'un jour vous soyez tellement malade ou blessé que vous ne puissiez pas dire à vos prestataires si vous voulez ou non un certain traitement. Si vous avez rédigé une directive anticipée (Advance Directive), également appelée testament de fin de vie (Living Will), vos prestataires pourront suivre vos instructions. Si vous n'avez pas rédigé de directive anticipée, vos prestataires peuvent demander à votre

famille ce qu'il faut faire. Si votre famille ne peut ou ne veut pas décider, vos prestataires vous donneront le traitement médical standard pour votre état.

Si vous ne voulez pas de certains types de traitement, comme un respirateur ou une sonde d'alimentation, vous pouvez l'écrire dans une directive anticipée. Elle vous permet de décider de vos soins avant que vous n'ayez besoin, au cas où vous ne seriez plus en mesure de décider par vous-même, par exemple, si vous êtes dans le coma. Si vous êtes éveillé et alerte, vos soignants écouteront toujours ce que vous souhaitez.

Vous pouvez obtenir un formulaire de directive anticipée dans la plupart des hôpitaux et auprès de nombreux prestataires. Vous pouvez également en trouver un en ligne en suivant le lien <https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Pages/AdvanceDirectiveAdoptionCommittee.aspx>

Si vous rédigez une directive anticipée, veillez à en parler à vos prestataires et à votre famille et à leur en donner des copies. Ils ne pourront suivre vos instructions que s'ils les ont en leur possession. Si vous changez d'avis, vous pouvez annuler votre directive anticipée à tout moment. Pour annuler votre directive anticipée, demandez les copies et déchirez-les, ou écrivez ANNULÉ en grosses lettres, signez-les et datez-les. Pour toute question ou plus d'informations, contactez Oregon Health Decisions au 1-503-692-0894, numéro gratuit 1-800-422-4805 ou TTY 711.

Trillium ne prend pas de décisions en matière de couverture en se basant sur des croyances morales ou religieuses. Il se peut qu'un médecin ou un hôpital ne puisse pas répondre à votre demande en raison de ses croyances morales ou religieuses. Dans ce cas, le médecin ou l'hôpital doit vous en informer afin que vous puissiez décider si vous souhaitez être soigné par un autre médecin ou dans un autre hôpital.

Si vous pensez que Trillium n'a pas suivi les exigences des directives anticipées (c'est-à-dire quel est le plan pour informer les membres dans le contexte des directives anticipées), vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'OHA.

<https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/healthcareprovidersfacilities/healthcarehealthcareregulationqualityimprovement/pages/complaint.aspx>

OHA : 1-800-699-9075

VOUS POUVEZ ÉGALEMENT ADRESSER VOTRE RÉCLAMATION À :

Health Care Regulation and Quality Improvement
800 NE Oregon St, #465, Portland, OR 97232

Courriel : Mailbox.hclc@state.or.us

Fax : 971-673-0556

Tél. : 971-673-0540 ; TTY : 711

Vous pouvez également déposer une réclamation auprès de Trillium. Vous pouvez appeler le département des services aux membres au 1-877-600-5472, TTY : 711 ou nous envoyer nous un courrier à l'adresse : 555 International Way, Building B, Springfield, Oregon 97477.

Déclaration pour un traitement de santé mentale

L'Oregon dispose d'un formulaire permettant d'écrire vos souhaits en matière de soins de santé mentale si vous avez une crise ou si, pour une raison quelconque, vous ne pouvez pas prendre des décisions concernant votre traitement de maladie mentale. Ce formulaire s'appelle la Déclaration de traitement de maladie mentale. Vous pouvez le remplir tant que vous êtes en mesure de prendre des décisions concernant vos soins. La Déclaration pour le traitement de maladie mentale indique le type de soins que vous souhaitez recevoir

si vous n'êtes plus en mesure de faire connaître vos souhaits. Seuls un tribunal et deux médecins peuvent décider si vous n'êtes pas en mesure de prendre des décisions concernant le traitement de votre maladie mentale.

Ce formulaire vous permet de faire des choix sur les types de soins que vous voulez et ne voulez pas. Il peut être utilisé pour nommer un adulte qui prendra des décisions concernant vos soins. La personne que vous nommez doit accepter de parler en votre nom et respecter vos souhaits. Si vos souhaits ne sont pas écrits, cette personne décidera à votre place.

Un formulaire de déclaration n'est valable que pendant trois (3) ans. Si vous n'êtes plus en mesure de prendre des décisions pendant cette période de trois (3) ans, votre déclaration restera valable jusqu'à ce que vous puissiez à nouveau prendre des décisions. Vous pourrez modifier ou annuler votre déclaration lorsque vous pourrez faire des choix concernant vos soins. Vous devez remettre votre formulaire à votre médecin traitant et à la personne que vous avez désignée pour prendre des décisions à votre place.

Pour plus d'informations sur la déclaration pour le traitement de la santé mentale, rendez-vous sur le site Web de l'État de l'Oregon à l'adresse :

<http://cms.oregon.gov/oha/amh/forms/declaration.pdf>

Si votre prestataire ne respecte pas les souhaits que vous avez exprimés dans votre déclaration de traitement pour la maladie mentale, vous pouvez porter plainte. Le formulaire est disponible en suivant le lien

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

ADRESSEZ VOTRE RÉCLAMATION À :

Health Care Regulation and Quality Improvement
800 NE Oregon St, #465,
Portland, OR 97232

Courriel : Mailbox.hcls@state.or.us

Fax : 971-673-0556

Tél. : 971-673-0540 ; TTY : 711

MES INFORMATIONS PERSONNELLES SONT-ELLES PRIVÉES ?

Vos dossiers sont privés

Toutes les informations relatives aux patients sont privées. Cela inclut tout ce qui figure dans votre dossier médical et tout ce que vous donnez, à nous, à votre médecin ou au personnel médical. Nous ne partageons pas ces informations sans votre accord, sauf en cas d'urgence ou lorsque la réglementation nationale ou fédérale le permet.

En cas d'urgence, seules les informations nécessaires pour vous aider sont partagées. Le personnel de l'État ou de l'administration fédérale peut examiner vos dossiers pour vérifier si nous vous avons donné les meilleurs soins possibles. Votre médecin ou votre clinique peut vous demander de signer une autorisation de divulgation d'informations lors de votre première visite ou plus tard. Le formulaire indique quelles informations doivent être partagées, qui recevra ces informations et pourquoi elles sont nécessaires. Le formulaire comporte également une date indiquant la fin du partage.

Nous ne partageons vos dossiers que pour des raisons de traitement, de fonctionnement et de paiement. Vous pouvez limiter les personnes qui voient vos dossiers. Si vous souhaitez qu'une personne ne consulte pas vos dossiers, indiquez-la nous par écrit. Vous pouvez nous demander une liste de toutes les personnes avec lesquelles nous avons partagé vos dossiers.

La loi sur la portabilité et la responsabilité en assurance santé (Health Insurance Portability and Accountability Act) (HIPAA) protège vos dossiers médicaux et les garde secrets. C'est ce qu'on appelle la confidentialité. Nous avons un document intitulé Avis de confidentialité (Notice of Privacy Practices) qui explique en détail comment nous utilisons les informations personnelles de nos membres. Nous vous l'enversons si vous le demandez. Il suffit d'appeler les services aux membres et de demander notre Notice of Privacy Practices (Avis de confidentialité).

Comment puis-je revoir, corriger ou limiter le partage de mes informations de santé protégées (PHI) ?

VOUS POUVEZ CONTACTER TRILLIUM POUR :

- demander à consulter ou à avoir une copie de vos dossiers.
- demander de limiter la façon dont les renseignements vous concernant sont utilisés ou partagés.
- demander l'annulation de votre autorisation.
- demander à corriger ou à modifier vos dossiers.
- demander une liste des occasions où Trillium a partagé des informations vous concernant.

Vous pouvez obtenir une copie de vos dossiers médicaux. Votre prestataire possède la plupart de vos dossiers médicaux, vous pouvez donc lui en demander une copie. Il peut exiger des frais raisonnables pour les copies. Vous pouvez nous demander une copie des dossiers que nous possédons. Nous pouvons vous facturer des frais raisonnables pour les copies.

Vous pouvez obtenir une copie de vos dossiers de maladie mentale, sauf si votre prestataire de soins pense que cela pourrait causer de graves problèmes.

Trillium peut refuser votre demande de consultation, de copie ou de modification de vos dossiers si votre prestataire dit que vous ne devriez pas les voir. Si votre demande est refusée, vous recevrez une lettre qui vous indiquera pourquoi la demande a été refusée et comment vous pouvez demander une révision du refus.

Vous recevrez également des informations sur la procédure de dépôt de plainte auprès de Trillium ou auprès du département américain Department of

Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)
(Département américain de la santé et des services
sociaux Bureau des droits civils).

Comment puis-je déposer une réclamation ou signaler un problème de confidentialité ?

Vous pouvez contacter Trillium ou le Bureau des droits
civils du ministère américain de la santé et des services
sociaux, si vous souhaitez déposer une réclamation
relative à la protection de la vie privée ou signaler un
problème concernant la façon dont Trillium a utilisé ou
partagé les informations vous concernant. Vos prestations
ne seront pas affectées par les plaintes que vous

déposerez. Trillium ne peut pas agir contre vous pour avoir
déposé une réclamation, avoir coopéré à une enquête ou
avoir accepté quelque chose que vous jugez illégal.

VOUS POUVEZ DÉPOSER UNE RÉCLAMATION RELATIVE À LA CONFIDENTIALITÉ PAR COURRIEL À :

Office for Civil Rights
Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue
Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121

Par téléphone : 1-206-615-2290
Numéro gratuit : 1-800-368-1019
TTY : 1-800-537-7697
ou par fax : 1-206-615-2297

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Le personnel de Trillium doit recueillir des informations
à votre sujet pour vous fournir des services médicaux.
Nous savons que les informations que nous recueillons
sur vous et votre santé sont privées. Nous sommes
tenus de protéger ces informations en vertu des lois
fédérales et nationales. Nous appelons ces informations
« informations de santé protégées » (PHI).

L'avis de confidentialité (The Notice of Privacy Practices)
vous indique comment Trillium peut utiliser ou partager
les informations vous concernant. Toutes les situations
ne seront pas décrites. Nous sommes tenus de vous
informer de nos pratiques de confidentialité pour les
informations que nous recueillons et conservons à votre
sujet. Nous sommes tenus de suivre les termes de l'avis
actuellement en vigueur.

À l'avenir, Trillium pourra modifier son avis de
confidentialité. Tout changement s'appliquera aux
informations que Trillium possède déjà, ainsi qu'aux
informations que Trillium recevra à l'avenir. Une copie du
nouvel avis sera affichée à Trillium comme l'exige la loi.

Vous pouvez demander une copie de l'avis de
confidentialité en vigueur chaque fois que vous vous
rendez ou contactez Trillium. Vous pouvez également le
recevoir en ligne en suivant le lien

<http://www.trilliumohp.com>.

Comment Trillium peut utiliser et partager des informations sans votre autorisation de traitement

Nous pouvons utiliser ou partager des informations avec
des prestataires de soins de santé impliqués dans vos
soins de santé. Par exemple, les informations peuvent
être partagées afin de créer et d'exécuter un plan pour
votre traitement.

Pour le paiement

Nous pouvons utiliser ou partager des informations pour
obtenir un paiement ou pour payer les services médicaux
que vous recevez. Par exemple, nous pouvons fournir des
PHI pour facturer à l'OHP les soins médicaux qui vous ont
été fournis.

Pour les opérations de soins de santé

Nous pouvons utiliser ou partager des informations
lors de la gestion de nos programmes et activités. Nous
pouvons, par exemple, utiliser les PHI pour évaluer la
qualité des services que vous recevez.

Pour le traitement de la santé mentale

Nous pouvons partager ou échanger certaines
informations avec d'autres régimes de soins de santé
rationalisés par l'OHP aux fins d'activités liées aux
traitements.

Pour les activités de santé publique

Trillium est un sous-traitant de l'OHA, l'agence de santé

publique qui conserve et met à jour les actes d'état civil vitaux, tels que les naissances, les décès ainsi que certaines maladies.

Pour les activités de surveillance sanitaire

Trillium peut utiliser ou partager des informations pour des activités d'inspection ou d'enquête sur les prestataires de soins médicaux.

Pour le respect de la loi et son application. Trillium utilisera et partagera des informations lorsque cela est requis ou autorisé par la loi fédérale ou nationale, ou sur ordonnance du tribunal.

Pour les rapports et les enquêtes de comportement abusif

Trillium est tenu par la loi de recevoir et d'enquêter sur les rapports des comportements abusifs.

Pour les programmes gouvernementaux

Trillium peut utiliser et partager des informations pour le bien public dans le cadre d'autres programmes gouvernementaux. Par exemple, Trillium peut partager des informations pour la détermination des prestations de l'Allocation supplémentaire de revenu de sécurité (Supplemental Security Income ou SSI).

Pour prévenir des dommages

Trillium peut partager les PHI avec les forces de l'ordre afin d'éviter une menace sérieuse pour la santé et la sécurité d'une personne ou du public.

Pour la recherche

Trillium peut utiliser des informations pour des études et pour élaborer des rapports. Ces rapports ne permettent pas d'identifier des personnes spécifiques.

Divulgations à la famille, aux amis et à d'autres personnes impliquées dans vos soins médicaux

Trillium peut partager des informations avec votre famille ou d'autres personnes impliquées dans vos soins médicaux. Vous avez le droit de vous opposer au partage de ces informations.

Tous les autres utilisations et divulgations nécessitent votre autorisation écrite

Dans d'autres situations, Trillium demandera votre autorisation écrite avant d'utiliser ou de divulguer des informations. Vous pouvez annuler cette autorisation à tout moment par écrit. Trillium OHP ne peut pas annuler les utilisations ou divulgations déjà effectuées avec votre autorisation.

D'autres lois protègent les Informations de santé protégées (PHI, Protected Health Information)

De nombreux programmes Trillium possèdent d'autres règles relatives à l'utilisation et la divulgation des informations vous concernant. Par exemple, vous devez donner votre autorisation écrite pour que Trillium puisse utiliser et partager vos dossiers de traitement de dépendance chimique.

Quels sont mes droits en matière de confidentialité de PHI ?

Vous disposez des droits suivants relatifs aux informations de santé que Trillium conserve à votre sujet.

Droit de consulter et d'obtenir des copies de vos dossiers médicaux. Dans la plupart des cas, vous avez le droit de consulter ou d'obtenir des copies de vos dossiers médicaux. Vous devez faire cette demande par écrit. Des frais peuvent vous être facturés pour la copie de vos dossiers. Si vous voulez obtenir des copies de vos dossiers, appelez Trillium.

Droit de demander une correction ou une mise à jour de vos dossiers

Vous pouvez demander à Trillium de modifier ou d'ajouter des informations manquantes dans vos dossiers si vous pensez qu'il y a une erreur. Vous devez en faire la demande par écrit et fournir une raison pour votre demande.

Droit d'obtenir une liste des divulgations

Vous avez le droit de demander à Trillium la liste des personnes auxquelles vos dossiers ont été communiqués au cours des six dernières années. Vous devez faire cette demande par écrit. Cette liste n'inclura pas les fois où les informations ont été partagées pour le traitement, le paiement ou les activités médicales. La liste ne comprendra pas les informations qui vous sont fournies directement ou à votre famille, ni les informations envoyées avec votre autorisation

Droit de demander des limites sur les utilisations ou les divulgations de PHI

ou droit de nous demander de limiter la façon dont les PHI vous concernant sont utilisées ou partagées. Vous devez en faire la demande par écrit et indiquer à Trillium les informations que vous voulez limiter et à quelles personnes vous souhaitez que ces limites s'appliquent. Vous pouvez demander que la ou les restrictions soient levées par écrit ou verbalement.

Droit de révoquer l'autorisation

Si on vous demande de signer une autorisation d'utiliser ou de partager des renseignements, vous pouvez annuler cette autorisation à tout moment. Vous devez faire cette demande par écrit. Cela n'affectera pas les informations qui ont déjà été partagées.

Droit de choisir la manière dont nous communiquons avec vous

Vous avez le droit de demander que Trillium partage des informations d'une certaine façon ou dans un endroit spécifique. Par exemple, vous pouvez demander à Trillium d'envoyer des informations à votre adresse

professionnelle plutôt qu'à votre adresse personnelle. Vous devez faire cette demande par écrit. Vous n'êtes pas obligé d'expliquer le fondement de votre demande.

Droit de porter plainte

Vous avez le droit de déposer une réclamation si vous n'êtes pas d'accord avec la façon dont Trillium a utilisé ou partagé les informations vous concernant.

Droit d'obtenir une copie papier de cet avis

Vous avez le droit de demander une copie papier de votre droit à tout moment.

COMMENT PUIS-JE SIGNALER UNE SUSPICION DE FRAUDE, DE GASPILLAGE OU D'ABUS ?

Nous nous engageons à prévenir la fraude, le gaspillage et les abus en nous conformant à toutes les lois applicables, y compris, mais sans s'y limiter, la loi d'état sur les fausses accusations et la loi fédérale sur les fausses accusations.

EXEMPLES DE FRAUDE DE LA PART DES PRESTATAIRES :

- des prestataires facturant des services qui n'ont pas eu lieu ou facturant des articles qui n'ont pas été fournis au membre

EXEMPLES DE GASPILLAGE DE LA PART DES PRESTATAIRES :

- des prestataires prescrivant des tests de diagnostic qui ne sont pas nécessaires
- la prescription d'un nombre de médicaments plus important que nécessaire pour traiter une maladie spécifique

EXEMPLES D'ABUS DE LA PART DES PRESTATAIRES :

- des pharmacies facturant sans le savoir des médicaments de marque alors que des génériques sont délivrés
- des prestataires facturant sans le savoir des services médicaux inutiles

EXEMPLES DE FRAUDE DE LA PART DES MEMBRES :

- une personne autre que le membre utilise la carte d'identité du membre pour recevoir des services ou des articles médicaux

EXEMPLES DE GASPILLAGE DE LA PART DES MEMBRES :

- ne pas aller chercher les médicaments à la pharmacie

EXEMPLES D'ABUS DE LA PART DES MEMBRES :

- obtenir des services médicaux inutiles

CONNECTER VOS SOINS DE SANTÉ

En tant que membre, vous avez le droit de signaler toute fraude, gaspillage et abus de manière anonyme et être protégé en vertu des lois applicables sur les lanceurs d'alertes. Trillium enverra les rapports de suspicion de fraude, de gaspillage ou d'abus aux agences appropriées. Une ligne d'assistance téléphonique est disponible pour nous signaler une fraude ou un abus.

Si vous pensez que des erreurs, des fraudes, des gaspillages ou des abus ont eu lieu, signalez-les dès que possible ! En nous les communiquant, vous aiderez à empêcher d'autres membres de devenir des victimes. En nous le disant, vous contribuerez également à préserver vos prestations médicales. Si vous avez des doutes sur les informations figurant dans votre explication des prestations ou si vous pensez qu'il y a eu des erreurs, une fraude, un gaspillage ou un abus, veuillez nous contacter.

Par téléphone

Ligne d'assistance téléphonique confidentielle sur la fraude, le gaspillage et les abus, numéro gratuit 1-866-685-8664

Services membres

numéro gratuit 1-877-600-5472 TTY 711

En personne

13221 SW 68th Pkwy #200, Tigard, OR 97223

Par courrier

Trillium Community Health Plan, P.O. Box 11740 Eugene, Oregon 97440-3940

Vous pouvez également signaler ce que vous pensez être une fraude, un gaspillage et un abus au :

Bureau de l'inspecteur général

Numéro gratuit 1-800-HHS-TIPS ou 1-800-447-8477, TTY 1-800-377-4950

Où signaler un cas de fraude ou d'abus par un prestataire à

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU) Oregon Department of Justice

100 SW Market Rue, Portland, OR 97201

Téléphone : 971-673-1880, Fax : 971-673-1890

OHA Program Integrity Audit Unit OHA (PIAU) (Unité d'audit de l'intégrité du programme)

3406 Cherry Ave. NE, Salem, OR 97303-4924

Fax : 503-378-2577, ligne d'assistance : 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Site Web : <https://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Index.aspx>

Où signaler un cas de fraude ou d'abus de la part d'un membre

DHS/OHA Fraud Investigation

PO Box 14150, Salem, OR 97309

Ligne d'assistance : 1-888-FRAUD01 (888-372-8301), Fax : 503-373-1525 À l'attention de : Hotline (Ligne d'assistance) Site Web : <https://www.oregon.gov/dhs/ABUSE/Pages/fraud-reporting.aspx>

Médiateur

Le médiateur est un agent public qui agit en tant qu'intermédiaire impartial entre les personnes et les organismes officiels.

Le médiateur de l'Oregon est situé à :

500 Summer St NE Salem, Oregon 97301

Fax 503-947-2341

Vous pouvez demander de l'aide au médiateur de l'OHA en appelant le numéro gratuit 1-877-642-0450 (TTY 711).

NOUVELLES OPTIONS POUR LA GESTION DE VOS DOSSIERS NUMÉRIQUES DE SANTÉ

Le 1er juillet 2021, une nouvelle règle fédérale nommée Interoperability and Patient Access Rule (CMS 915 F) (Règle d'interopérabilité et d'accès des patients) a permis aux membres d'obtenir plus facilement leurs dossiers de santé lorsqu'ils en ont le plus besoin. Vous avez désormais un accès complet à votre dossier de santé sur votre appareil mobile, ce qui vous permet de mieux gérer votre santé et de connaître les ressources qui s'offrent à vous.

Imaginez :

- Vous consultez un nouveau médecin parce que vous ne vous sentez pas bien et ce médecin peut consulter votre historique santé des cinq dernières années.
- Vous utilisez un répertoire de prestataires à jour pour trouver un prestataire ou un spécialiste.
- Ce prestataire ou spécialiste peut utiliser vos antécédents médicaux pour vous diagnostiquer et s'assurer que vous recevez les meilleurs soins.
- Vous accédez à votre ordinateur pour voir si une réclamation est payée, refusée ou toujours en cours de traitement.
- Si vous le souhaitez, vous emportez vos antécédents médicaux avec vous lorsque vous changez de régime de santé.*

**En 2022, les membres peuvent commencer à demander que leur dossier médical soit transféré lorsqu'ils changent de régime d'assurance santé.*

LA NOUVELLE RÈGLE PERMET DE TROUVER PLUS FACILEMENT DES INFORMATIONS** SUR :

- les réclamations (payées et refusées)
- des parties spécifiques de vos informations cliniques
- la couverture des médicaments en pharmacie
- les prestataires de soins de santé

***Vous pouvez obtenir des informations sur les dates de service à compter du 1er janvier 2016.*

Pour plus d'informations, consultez votre compte de membre en ligne.

GLOSSAIRE

Action : (1) refus ou autorisation limitée d'un service demandé, y compris le type ou le niveau de service ; (2) réduction, suspension ou résiliation d'un service précédemment autorisé ; (3) refus, en tout ou en partie, du paiement d'un service ; (4) manquement à fournir des services en temps voulu, tel que défini par l'État ; (5) manquement d'un CCO à agir dans les délais prévus au paragraphe 438.408(b) ; ou, (6) pour un résident d'une zone rurale avec un seul CCO, refus de la demande d'une personne inscrite à l'Oregon Health Plan d'exercer son droit, en vertu du paragraphe 438.52(b)(ii), d'obtenir des services en dehors du réseau.

Soins psychiatriques aigus pour patients

hospitalisés : soins que vous recevez dans un hôpital. Ce type de soins doit être approuvé.

Directive anticipée : document qui vous permet de décrire vos souhaits concernant votre traitement médical en fin de vie.

Appel : démarche consistant à demander à un régime de modifier une décision avec laquelle vous n'êtes pas d'accord concernant un service que votre médecin a ordonné. Vous pouvez écrire une lettre ou remplir un formulaire expliquant pourquoi le régime devrait modifier sa décision. Cette opération est dénommée dépôt d'un recours.

Rendez-vous médical : consultation auprès d'un prestataire de services.

Santé comportementale : elle comprend la santé mentale et le traitement des troubles de la consommation de substances

Régime de soins : régime pour les membres des services de gestion des soins, de coordination des soins ou de coordination des soins intensifs. Le régime de soins contribue à la prise en charge globale de la personne. Il décrit les soutiens, les résultats, les activités et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs personnels, la santé et la sécurité du membre. Le régime est axé sur la collaboration, l'intégration et l'interdisciplinarité. Il peut prendre en compte les besoins médicaux, sociaux, culturels, de développement, comportementaux, éducatifs, spirituels et financiers afin d'obtenir d'excellents résultats en matière de santé et de bien-être

Gestion de cas : services destinés à vous aider à recevoir des soins effectifs de la part d'autres organismes.

Programme CHOICE : programme visant à aider les adultes atteints de maladie mentale à vivre dans le cadre le moins restrictif possible, avec une responsabilité locale et une coordination des soins, des services communautaires adaptés et des aides à la transition.

Consultation : conseils donnés par un prestataire à un autre intervenant dans le cadre de vos soins.

Organisme de soins médicaux coordonnés (CCO) : organisation communautaire composée de tous les types de prestataires de soins médicaux qui se réunissent pour participer à la santé des personnes, des familles et de la communauté.

Copay (Ticket modérateur) : somme d'argent qu'une personne doit payer elle-même pour chaque service de santé. Les membres du Oregon Health Plan n'ont pas de tickets modérateurs. Les assurances santé privées et Medicare ont parfois des tickets modérateurs.

Équipement médical durable (DME) : éléments tels que les fauteuils roulants, les déambulateurs et les lits d'hôpital. Ils sont considérés comme durables car ils servent pendant longtemps. Ils ne s'usent pas au contraire des consommables médicaux.

État médical d'urgence : maladie ou blessure nécessitant des soins immédiats. Il peut s'agir d'un saignement qui ne s'arrête pas, d'une douleur intense ou d'une fracture. Il peut s'agir d'un de vos organes ou membres qui ne fonctionne plus correctement. En santé mentale, un état d'urgence est le fait de se sentir hors de contrôle ou d'avoir envie de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre.

Transport d'urgence (trajets) : utilisation d'une ambulance ou du secours sanitaire Life Flight pour obtenir des soins médicaux. Les techniciens médicaux d'urgence (EMT) prodiguent des soins pendant un trajet ou un vol.

Urgences (ER et ED) : la salle d'urgence (ER) et le service des urgences (ED), sont les endroits à l'hôpital où vous pouvez obtenir des soins pour une urgence médicale ou de santé mentale.

Services d'urgence : soins qui améliorent ou stabilisent des problèmes médicaux ou de santé mentale soudains et graves.

Services exclus : services qu'un régime de santé ne prend pas en charge. Les services visant à améliorer votre apparence, comme la chirurgie esthétique, et les choses qui s'améliorent d'elles-mêmes, comme les rhumes, sont généralement exclus.

Réclamation : réclamation concernant un régime d'assurance, un prestataire ou une clinique. La loi stipule que les CCO doivent répondre à chaque plainte.

Services et appareils de rééducation : services de soins de santé qui vous aident à conserver, à acquérir ou à améliorer vos acquis et votre fonctionnement au quotidiens.

Assurance maladie : assurance qui prend en charge les soins médicaux. Après votre inscription au programme, une entreprise ou un organisme gouvernemental paie les services de santé couverts. Certaines formules d'assurance exigent des paiements mensuels, appelés primes.

Évaluation des risques pour la santé/dépistage des risques pour la santé : liste de questions qui nous aident à mieux connaître vos besoins particuliers en matière de soins médicaux.

Soins médicaux à domicile : services que vous recevez à domicile pour vous aider à mieux vivre après une opération, une maladie ou une blessure. L'aide à la prise de médicaments, aux repas et à la toilette font partie de ces services.

Services de soins palliatifs : services visant à réconforter une personne mourante et sa famille. Les services de soins palliatifs sont flexibles et peuvent inclure le traitement de la douleur, des conseils et des soins de répit.

Soins hospitaliers et soins ambulatoires : on parle de soins hospitaliers lorsque le patient est admis dans un hôpital et y reste au moins trois nuits. Les soins ambulatoires sont une chirurgie ou un traitement que vous recevez dans un hôpital que vous quittez ensuite.

Coordination des soins intensifs (ICC) : niveau supérieur de services de coordination des soins. L'ICC prend en charge des conditions et des besoins médicaux complexes. Tout membre qui a besoin d'aide peut y être référé. Un gestionnaire de cas vous contactera.

Dépistage initial des risques : court formulaire de dépistage pour nous aider à identifier si nous pouvons vous aider en quoi que ce soit.

Services d'interprétation : interprètes en langue étrangère ou des signes pour les personnes qui ne parlent pas la même langue que leur prestataire ou pour les personnes malentendantes.

Praticien médical agréé : personne habilitée à prescrire des médicaments.

Services limités : services de santé mentale qui ne sont que partiellement couverts. Vous pouvez être amené à payer ces services si vous savez que les services sont limités et que vous acceptez quand même les soins. Ils incluent les services qui vont au-delà de ceux nécessaires pour identifier les problèmes.

Nécessaires sur le plan médical : services et fournitures qui sont nécessaires pour prévenir, diagnostiquer ou traiter un problème de santé ou ses symptômes. Cela peut également désigner des services qui sont acceptés par la profession médicale comme un traitement standard.

Régime de santé médical : régime de santé qui passe un contrat avec l'Autorité de santé de l'Oregon (OHA). Ce régime fournit des services médicaux, chirurgicaux, préventifs et de dépendance chimique.

Gestion des médicaments : commande et suivi de vos médicaments, sans couvrir le coût de vos médicaments.

Directive sur la santé mentale : document décrivant le traitement que vous souhaitez recevoir si vous êtes frappé d'incapacité (incapable de prendre de bonnes décisions) en raison d'une maladie mentale.

Réseau : prestataires de soins médicaux, de santé mentale, dentaires, pharmaceutiques et d'équipements avec lesquels une organisation de soins médicaux coordonnés (CCO) passe un contrat.

Prestataire du réseau : tout prestataire appartenant à un réseau CCO. Si un membre consulte des prestataires du réseau, le régime prend en charge les frais. Certains spécialistes du réseau exigent que les membres obtiennent une recommandation de leur prestataire de soins primaires (PCP).

Prestataire sans réseau : prestataire qui n'a pas signé de contrat avec le CCO et qui ne peut pas accepter le paiement du CCO comme règlement intégral pour ses services.

Médiateur : personne impartiale ne faisant pas partie du régime de santé, qui aide les membres à régler les plaintes.

Prestataire hors réseau : prestataire qui n'a pas signé de contrat avec le CCO et qui ne peut pas accepter le paiement du CCO comme règlement intégral pour ses services.

Santé physique : santé de votre corps.

Services d'un médecin : services que vous recevez auprès d'un médecin.

Régime d'assurance : organisation médicale, dentaire, de santé mentale ou CCO prenant en charge les services de soins médicaux de ses membres.

Prime : montant à payer pour une police d'assurance.

Autorisation préalable (PA, Prior Authorization) : document qui indique que votre régime d'assurance va payer un service. Certains régimes et services exigent une autorisation préalable avant que vous puissiez bénéficier du service. Les médecins s'en chargent généralement.

Médicaments sur ordonnance : médicaments que votre médecin vous demande de prendre.

Couverture des médicaments sur ordonnance : assurance ou régime de santé qui aide à payer les médicaments et traitements sur ordonnance

Prestataire de soins primaires (PCP) : également appelé PCP (pour Primary Care Provider), il s'agit d'un professionnel de santé. Il est généralement la première personne que vous appelez lorsque vous avez des problèmes de santé ou que vous avez besoin de soins. Votre PCP peut être un médecin, un infirmier praticien, un assistant médical, un ostéopathe voire parfois un naturopathe.

Médecin traitant : aussi appelé PCP, il s'agit d'un médecin qui est à la fois le premier contact d'une personne ayant un problème de santé non diagnostiqué ainsi que le responsable des soins continus pour différents troubles médicaux.

Dentiste traitant : dentiste qui prend soin habituellement de vos dents et gencives.

Prestataire : toute personne ou agence prodiguant des services de soins médicaux.

Services de rééducation : services spéciaux visant à améliorer la force, la fonction ou le comportement, généralement après une chirurgie, une blessure ou une toxicomanie.

Auto-référence : signifie que vous n'avez pas besoin de l'autorisation de votre médecin traitant principal pour obtenir des soins.

Soins infirmiers spécialisés : aide d'un infirmier pour le soin des plaies, la thérapie ou la prise de médicaments. Vous pouvez recevoir des soins d'infirmiers spécialisés à l'hôpital, en maison de retraite ou à domicile.

Spécialiste : professionnel de la santé ayant reçu une formation spéciale pour soigner une certaine région du corps ou un certain type de maladie.

Audience équitable de l'État : audience de l'OHA sur une action visant à refuser, réduire ou arrêter le bénéfice d'une prestation. Un membre de l'OHP ou son représentant peut demander une audience.

Soins urgents : soins dont vous avez besoin le jour même en raison d'une grave douleur, pour éviter qu'une blessure ou une pathologie ne s'aggrave ou pour éviter une perte de fonction dans une partie de votre corps.

REMARQUES

