



# TRI-COUNTY GUIDE DU MEMBRE 2023

FRENCH

Mis a jour le 1er janvier 2023

1-877-600-5472 (TTY 711)

[TrilliumOHP.com](http://TrilliumOHP.com)

## Mises à jour du Guide

Le Trillium Community Health Plan envoie un Guide des membres aux nouveaux membres ou aux membres réinscrits lorsque l'Oregon Health Authority (OHA) nous informe que vous êtes inscrit à l'Oregon Health Plan (OHP), comme l'exige la loi fédérale. Vous trouverez le Guide le plus récent à l'adresse suivante [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html). Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions, appelez le Service client au 877-600-5472 ; TTY : 877-600-5473.

## CONSEILS UTILES :

- Reportez-vous à la fin du Guide pour la définition des mots qu'il peut être utile de connaître
- Ayez toujours sur vous vos cartes d'identité de membre de l'OHP et du Trillium Community Health Plan.
  - Remarque : Elles vous seront envoyées séparément et vous recevrez votre carte d'identité de membre OHP avant votre carte d'identité de membre de Trillium Community Health Plan.
- Vous trouverez votre carte d'identité de membre de Trillium Community Health Plan dans le kit de bienvenue qui accompagne ce Guide des membres. Votre carte d'identité de membre comporte les informations suivantes :
  - Votre nom
  - Votre numéro d'identité
  - Informations sur votre régime
  - Nom et coordonnées de votre soignant référent
  - Numéro de téléphone du Service client
  - Numéro de téléphone pour les services linguistiques
- Mon soignant référent est \_\_\_\_\_
  - Son numéro est le \_\_\_\_\_
- Mon dentiste référent est \_\_\_\_\_
  - Son numéro est le \_\_\_\_\_
- Mes autres prestataires de santé sont \_\_\_\_\_
  - Leur numéro est le \_\_\_\_\_

## **Aide gratuite dans d'autres langues et formats.**

Tout le monde a le droit de connaître les programmes et services du Trillium Community Health Plan. Tous les membres ont le droit de savoir comment utiliser nos programmes et services.

Nous offrons ces services gratuitement :

- Interprètes en langue des signes
- Interprètes diplômés et accrédités pour d'autres langues
- Documents écrits dans d'autres langues
- Documents en braille
- Documents en gros caractères
- Audio et autres formats

Vous pouvez trouver ce Guide des membres sur notre site Web à l'adresse suivante : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html) Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions, contactez le Service client au 877-600-5472 ; TTY : 877-600-5473

## **Obtenez des informations dans une autre langue ou un autre format.**

Vous ou votre représentant pouvez obtenir des documents destinés aux membres, comme ce Guide ou les avis de CCO, dans d'autres langues, en gros caractères, en braille ou dans le format de votre choix. Vous recevrez les documents sous 5 jours à compter de votre demande. Cette assistance est gratuite. Tous les formats contiennent les mêmes informations. Voici quelques exemples de documents destinés aux membres :

- Ce Guide
- Liste des médicaments remboursés
- Liste de prestataires de soins de santé
- Lettres, comme les avis de plainte, de refus et d'appel

Votre accès aux prestations, aux plaintes, aux appels ou aux audiences ne sera pas refusé ou limité en raison de la langue ou du format dont vous avez besoin.

Vous pouvez demander des documents par voie électronique. Remplissez le formulaire de contact sécurisé sur notre site Web à l'adresse : [www.trilliumohp.com](http://www.trilliumohp.com). Veuillez nous indiquer les documents que vous souhaitez recevoir par e-mail. Si vous demandez une copie électronique de notre Guide des membres ou de tout autre document, le Service client vous demandera la permission de vous l'envoyer par e-mail. Votre adresse électronique ne sera utilisée qu'avec votre accord. Vous pouvez également appeler le Service client au 877-600-5472 ; TTY : 877-600-5473.

### **Vous pouvez demander un interprète.**

Vous, votre représentant, les membres de votre famille et les soignants peuvent demander un interprète accrédité et spécialisé dans les soins de santé. Vous pouvez également demander des services de traduction ou des aides et services auxiliaires. Ces services sont gratuits.

Informez le secrétariat de votre soignant si vous avez besoin d'un interprète lors de votre visite. Indiquez-leur la langue ou le format dont vous avez besoin. Pour en savoir plus sur les interprètes spécialisés en soins de santé, consultez le site Web suivant : [Oregon.gov/OHA/OEI](http://Oregon.gov/OHA/OEI).

Si vous avez besoin d'aide, veuillez nous contacter au 877-600-5472 ; TTY : 877-600-5473 ou contactez le Service client de l'OHP au 800-273-0557 (TTY 711). Voir page 87 pour « Droits de plainte, d'appel et d'audience. »

Si vous n'obtenez pas l'aide de l'interprète dont vous avez besoin, contactez le coordinateur du programme des services linguistique de l'État au 844-882-7889, TTY 711 ou par e-mail :

[LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov](mailto:LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov).

## English

You can get this letter in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 877-600-5472; or TTY : 877-600-5473. We accept relay calls.

-

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

## Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 877-600-5472 o TTY : 877-600-5473. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

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

## Russian

Вы можете получить это письмо на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 877-600-5472 или TTY : 877-600-5473. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

-

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

## Vietnamese

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 877-600-5472 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) : 877-600-5473. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

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

## Arabic

يمكنكم الحصول على هذا الخطاب بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 877-600-5472 أو المبرقة الكاتبة 877-600-5473. نستقبل المكالمات المحولة.

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

## Somali

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

Taageeradani waa lacag la'aan. Wac 877-600-5472 ama TTY : 877-600-5473. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

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

## Simplified Chinese

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。致电 877-600-5472 或 TTY : 877-600-5473。我们会接听所有的转接来电。

-  
您可以从经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

## Traditional Chinese

您可獲得本信函的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 877-600-5472 或聽障專線 : 877-600-5473。我們接受所有傳譯電話。

-  
您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

## Korean

이 서신은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 877-600-5472 또는 TTY : 877-600-5473 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

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

## Hmong

Koj txais tau tsab ntawv no ua lwm yam lus, ua ntawv loj, ua lus Braille rau neeg dig muag los sis ua lwm yam uas koj nyiam. Koj kuj thov tau kom muaj ib tug neeg pab txhais lus. Txoj kev pab no yog ua pub dawb. Hu 877-600-5472 los sis TTY : 877-600-5473. Peb txais tej kev hu xov tooj rau neeg lag ntseg.

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

## Marshallese

Kwomaroñ bōk leta in ilo kajin ko jet, kōn jeje ikkillep, ilo braille ak bar juon wāwein eo emmanloḷok ippam. Kwomaroñ kajjitōk bwe juon ri ukōt en jipañ eok. Ejjeḷok wōḡāān jipañ in. Kaaltok 877-600-5472 ak TTY : 877-600-5473. Kwomaroñ kaaltok in relay.

-

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

## Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 877-600-5472 ika TTY : 877-600-5473. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

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

## Tagalog

Makukuha mo ang liham na ito sa iba pang mga wika, malaking letra, Braille, o isang format na gusto mo. Maaari ka ring humingi ng tagapagsalin. Ang tulong na ito ay libre. Tawagan ang 877-600-5472 o TTY : 877-600-5473. Tumatanggap kami ng mga relay na tawag.

-

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

## German

Sie können dieses Dokument in anderen Sprachen, in Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Sie können auch einen Dolmetscher anfordern. Diese Hilfe ist gratis.

Wenden Sie sich an 877-600-5472 oder per Schreibtelefon an : 877-600-5473. Wir nehmen Relaisanrufe an.

-

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

## Portuguese

Esta carta está disponível em outros idiomas, letras grandes ou braile, se preferir. Também poderá solicitar serviços de interpretação. Essa ajuda é gratuita. Ligue para 877-600-5472 ou use o serviço TTY : 877-600-5473. Aceitamos encaminhamentos de chamadas.

-

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

## Japanese

この書類は、他の言語に翻訳されたもの、拡大文字版、点字版、その他ご希望の様式で入手可能です。また、通訳を依頼することも可能です。

本サービスは無料をご利用いただけます。877-600-5472 または TTY : 877-600-5473 までお電話ください。電話リレーサービスでも構いません。

-

認定または有資格の医療通訳者から支援を受けられます。

## Notre politique anti-discrimination.

Le Trillium Community Health Plan doit respecter les lois de l'État et les lois fédérales sur les droits civils. Nous ne pouvons pas traiter les individus (membres ou membres potentiels) de manière injuste dans l'un de nos programmes ou activités en raison de l'un des éléments suivants :

- Âge
- Handicap
- Identité de genre
- État civil
- Nationalité
- Origine ethnique
- Religion
- Couleur de peau
- Sexe
- Orientation sexuelle
- État de santé et besoin de services

Si vous estimez avoir été traité injustement pour l'une des raisons ci-dessus, vous pouvez déposer une plainte ou un grief.

Déposez (ou faites déposer) une plainte auprès du Trillium Community Health Plan de l'une des manières suivantes :

- Téléphone : 541-214-3948
- Contactez notre coordinatrice des griefs, Emily Farrell, au 877-600-5472, TTY : 711
- Fax : 844-805-3991
- Adresse : Trillium Community Health Plan  
PO Box 11740  
Eugene, OR 97440-3940
- E-mail : [Grievances@TrilliumCHP.com](mailto:Grievances@TrilliumCHP.com)
- Site Web : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html)

Besoin d'aide pour déposer une plainte ? Contactez le Service client, un spécialiste du bien-être par les pairs ou un intervenant de santé privé. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de l'une de ces organisations :

### **Oregon Health Authority (OHA) Civil Rights**

- Téléphone : 844-882-7889, TTY 711
- Site Web : [www.oregon.gov/OHA/OEI](http://www.oregon.gov/OHA/OEI)
- E-mail : [OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov)
- Adresse : Office of Equity and Inclusion Division  
421 SW Oak St., Suite 750  
Portland, OR 97204

## **Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division**

- Téléphone : 971-673-0764
- Site Web : [www.oregon.gov/boli/civil-rights](http://www.oregon.gov/boli/civil-rights)
- E-mail : [crdemail@boli.state.or.us](mailto:crdemail@boli.state.or.us)
- Adresse : Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division  
800 NE Oregon St., Suite 1045  
Portland, OR 97232

## **U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR) (Bureau des droits civils du ministère de la santé et des services sociaux)**

- Site Web : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
- Téléphone : 800-368-1019, TDD : 800-537-7697
- E-mail : [OCRCComplaint@hhs.gov](mailto:OCRCComplaint@hhs.gov)
- Adresse : Office for Civil Rights  
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg.  
Washington, DC 20201

## **Nous préservons la confidentialité de vos informations.**

Nous ne partageons vos dossiers qu'avec les personnes qui ont besoin de les consulter. Cela peut être pour des raisons de traitement ou de paiement. Vous pouvez limiter les personnes qui consultent vos dossiers. Indiquez-nous par écrit si vous ne voulez pas que quelqu'un consulte vos dossiers **ou** si vous voulez que nous partagions vos dossiers avec quelqu'un. Vous pouvez trouver ce formulaire à l'adresse [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html) et le renvoyer à l'adresse [ProtectMyInfo@TrilliumCHP.com](mailto:ProtectMyInfo@TrilliumCHP.com). Vous pouvez nous demander une liste des 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 confidentiels. C'est ce qu'on appelle la confidentialité. Nous avons un document intitulé Avis de confidentialité qui explique comment nous utilisons les informations personnelles de nos membres. Nous vous l'enverrons à votre demande. Il suffit de contacter le Service client et de demander notre Avis de confidentialité. Vous pouvez également le consulter à l'adresse [www.trilliumohp.com](http://www.trilliumohp.com), en défilant jusqu'en bas de la page et en cliquant sur « Avis de confidentialité ».

## Dossiers de santé.

Un dossier de santé contient votre état de santé et les services que vous avez utilisés. Il indique également les recommandations qui ont été faites pour vous.

### **Que pouvez-vous faire avec les dossiers de santé ?**

- Envoyer votre dossier à un autre prestataire si nécessaire.
- Demander à faire corriger ou à corriger vos dossiers.
- Obtenir une copie de vos dossiers, y compris, mais sans s'y limiter :
  - Dossiers de santé de votre soignant
  - Dossiers dentaires de votre dentiste
  - Documents du Trillium Community Health Plan

Sous certaines circonstances, votre accès peut être limité par la loi. Des frais raisonnables peuvent vous être facturés pour une copie des documents demandés.

### **Certains dossiers ne peuvent pas être communiqués.**

Un prestataire ne peut pas partager les dossiers médicaux lorsque, selon son jugement professionnel, le partage des dossiers pourrait entraîner un danger « évident et immédiat » pour vous, pour d'autres personnes ou pour la société. Un prestataire ne peut pas non plus partager des dossiers préparés pour une affaire judiciaire.

## Que contient le Guide ?

Aide gratuite dans d'autres langues et formats.....	3
<i>Obtenez des informations dans une autre langue ou un autre format.</i> .....	3
<i>Vous pouvez demander un interprète.</i> .....	4
Notre politique anti-discrimination.....	10
Nous préservons la confidentialité de vos informations. ....	11
Dossiers de santé.....	12
Bienvenue au Trillium Community Health Plan!.....	15
Contactez-nous. ....	16
<i>Numéros de téléphone importants.</i> .....	16
<i>Contactez l'Oregon Health Plan.</i> .....	17
Vos droits et responsabilités.....	18
<i>Vos droits en tant que membre OHP.</i> .....	18
<i>Vos responsabilités en tant que membre OHP.</i> .....	21
Femmes membres qui sont enceintes.....	23
Membres amérindiens et autochtones de l'Alaska. ....	23
Les nouveaux membres avec un besoin immédiat de services.....	24
Enquête sur votre santé.....	24
Vos avantages.....	26
<i>Comment l'Oregon décide de la couverture de l'OHP.</i> .....	26
<i>Obtenir une autorisation, également appelée autorisation préalable (PA).</i> .....	26
<i>Recommandation des prestataires et auto-recommandation.</i> .....	27
<i>Prestations de soins de santé physique.</i> .....	28
<i>Prestations de soins de santé mentale.</i> .....	34
<i>Prestations de traitement de la toxicomanie.</i> .....	35
<i>Prestations dentaires.</i> .....	36
Accès aux soins dont vous avez besoin. ....	42
Délai d'obtention des soins.....	43
Soignant référent (PCP). ....	45
<i>Annuaire des prestataires.</i> .....	46
<i>Prendre un rendez-vous.</i> .....	46
Obtenez de l'aide pour organiser vos soins grâce à la coordination des soins.....	48
Coordination des soins intensifs .....	50
Examen spécial et soins préventifs pour les membres de moins de 21 ans.....	52
Professionnels de santé conventionnelle (THW). ....	55
Services supplémentaires.....	57
<i>Remplacement des services (ILOS).</i> .....	57

<i>Remplacement des services (ILOS)</i> .....	57
<i>Services liés à la santé</i> .....	58
Transport vers les soins.....	62
Recevoir des soins par visio ou téléphone. ....	66
Médicaments sur ordonnance. ....	68
Services non couverts. ....	70
Hôpitaux. ....	71
Soins d'urgence.....	71
Soins d'urgence.....	75
<i>Urgences médicales</i> .....	75
<i>Urgences dentaires</i> .....	75
<i>Crises et urgences en matière de santé comportementale</i> .....	77
<i>Soins de suivi après une urgence</i> .....	81
Soins loin du domicile.....	81
<i>Soins planifiés hors de l'État</i> .....	81
<i>Soins d'extrême urgence loin du domicile</i> .....	81
Factures pour services .....	82
<i>Les membres de l'OHP ne paient pas les factures des services pris en charge</i> ....	82
<i>Il se peut que vous deviez payer pour certains services.</i> .....	83
<i>Il se peut que vous deviez signer un formulaire d'accord de paiement</i> .....	84
<i>Conseils importants sur le paiement des services et des factures.</i> .....	86
Membres bénéficiant de l'OHP et de Medicare. ....	87
Changer de CCO et transférer les soins.....	89
<i>Quand changer ou quitter une CCO</i> .....	89
<i>Comment changer ou quitter votre CCO</i> .....	90
<i>Le Trillium Community Health Plan peut vous demander de vous retirer</i> <i>pour certaines raisons</i> .....	91
<i>Soins pendant votre changement ou votre départ d'une CCO</i> .....	92
Décisions relatives à la fin de vie.....	93
<i>Directives anticipées</i> .....	93
<i>Quelle est la différence entre un POLST et une directive anticipée ?</i> .....	95
<i>Déclaration pour le traitement de maladies mentales</i> .....	96
Signalement des fraudes, gaspillages et abus. ....	97
Plaintes, griefs, appels et audiences équitables .....	99
<i>Vous pouvez déposer une plainte</i> .....	99
<i>Vous pouvez nous demander de modifier une décision que nous avons prise.</i> ..	101
<i>Questions-réponses sur les appels et les audiences</i> .....	105
Mots à connaître.....	107

## **Bienvenue au Trillium Community Health Plan!**

Nous sommes heureux de vous accueillir au sein du Trillium Community Health Plan. Le Trillium Community Health Plan est ravi de pouvoir vous aider en ce qui concerne votre santé. Nous voulons vous prodiguer les meilleurs soins possibles.

Il est important de savoir comment utiliser votre régime. Ce Guide vous informe sur notre entreprise, sur la manière d'obtenir des soins et sur la façon de tirer le meilleur parti de vos avantages.

### **La collaboration entre OHP et le Trillium Community Health Plan**

L'Oregon Health Plan (OHP) est une couverture de soins de santé gratuite pour les Oregoniens. L'OHP est le programme Medicaid de l'Oregon. Il couvre les services de soins de santé physiques, dentaires et comportementaux (traitement des troubles de la santé mentale et de la toxicomanie). L'OHP aidera également à payer les ordonnances et les trajets vers les soins.

L'OHP a des plans de santé locaux qui vous aident à profiter de vos avantages. Ces plans sont appelés Organisations de soins coordonnés ou CCO. Le Trillium Community Health Plan est un CCO.

Les CCO organisent et paient vos soins de santé. Nous payons les médecins ou les prestataires de différentes manières pour améliorer la façon dont vous recevez des soins. Cela permet de s'assurer que les prestataires se concentrent sur l'amélioration de votre santé globale. Vous avez le droit de demander comment nous payons les prestataires. Les paiements ou les primes des prestataires ne changeront pas vos soins ou la façon dont vous recevez les prestations. Pour plus d'informations, contactez le Service client au 877-600-5472.

Toutes les CCO offrent les mêmes avantages en matière d'OHP. Certaines proposent des services supplémentaires, comme des articles pour bébés et des abonnements à des salles de sport. Pour en savoir plus sur les avantages du Trillium Community Health Plan, reportez-vous à la page 50.

## Contactez-nous.

Le Bureau du Trillium Community Health Plan est ouvert du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00.

Nous sommes fermés le jour de l'An, le jour de la fête de Martin Luther King Jr, le Memorial Day, le jour de la fête de l'indépendance, de la fête du travail, Thanksgiving, le vendredi après Thanksgiving, le réveillon de Noël, Noël et le réveillon du Nouvel An.

Notre bureau se trouve à l'adresse suivante :

Trillium Community Health Plan  
13221 SW 68th Parkway, Ste 315  
Tigard, OR 97223

Numéro gratuit : 877-600-5472, TTY 711, ou Services linguistiques au 877-600-5472.

Fax : 844-805-3991.

En ligne : [www.TrilliumOHP.com](http://www.TrilliumOHP.com)

Adresse postale : Trillium Community Health Plan  
PO Box 11740  
Eugene, OR 97440-3940

## Numéros de téléphone importants.

- **Prestations et soins médicaux**  
Contacter le Service client : 877-600-5472. Pour les utilisateurs du TTY, veuillez composer le 711.  
Horaires : Du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00..  
Découvrez les avantages et les soins médicaux à la page 24.
- **Prestations pharmaceutiques**  
Service client de la pharmacie : 877-600-5472. Pour les utilisateurs du TTY, composez le 711.  
Horaires : Du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00.  
Pour en savoir plus sur les prestations pharmaceutiques, reportez-vous à la page 60.
- **Prestations et soins en matière de santé comportementale, de la toxicomanie, de la dépendance à l'alcool ou des troubles liés à la toxicomanie**  
Service client : 877-600-5472. Pour les utilisateurs du TTY, veuillez composer le 711.  
Horaires : Du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00.  
Pour en savoir plus sur les prestations de santé comportementale, reportez-vous à la page 30.
- **Prestations et soins dentaires**  
  
Advantage Dental Services (Services dentaires Avantage)  
Service client Numéro gratuit 1-866-268-9631 TTY : 711  
  
Capitol Dental Care (Soins dentaires du Capitole)  
Service client 1-503-585-5205 Numéro gratuit 1-800-525-6800  
TTY : 1-800-735-2900

Oregon Dental Service (Soins dentaires du Oregon)  
Service client 1-503-243-2987 ou numéro gratuit 1-800-342-0526

- TTY : 1-503-243-3958 ou 1-800-466-6313

- Des transports gratuits pour se rendre aux soins médicaux, aux soins dentaires ou aux soins de santé comportementale

Vous pouvez bénéficier d'un transport gratuit pour les soins médicaux, les soins dentaires et les visites de santé comportementale. Appelez le 877-600-5472 pour planifier un trajet. Pour les utilisateurs du TTY, veuillez composer le 711.

Horaires : Du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00. Nous sommes fermés le jour de l'An, le jour de la fête de Martin Luther King Jr, le Memorial Day, le jour de la fête de l'indépendance, de la fête du travail, Thanksgiving, le vendredi après Thanksgiving, le réveillon de Noël, Noël et le réveillon du Nouvel An.

Pour en savoir plus sur les transports pour se rendre aux soins, reportez-vous à la page 54.

## Contactez l'Oregon Health Plan.

Le Service client de l'OHP peut vous aider :

- Changement d'adresse, de numéro de téléphone, de situation familiale ou d'autres informations
- Remplacement de votre carte d'identité de membre de l'Oregon Health en cas de perte
- Aide pour faire une demande ou un renouvellement des prestations
- Aide locale d'un partenaire communautaire

## Comment contacter le Service client de l'OHP ?

- Appelez le : 800-699-9075 (gratuit) (TTY 711)
- Site Web : [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov)
- E-mail : Utilisez le site de messagerie sécurisé à l'adresse <https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt> pour envoyer votre e-mail à l'adresse [Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov](mailto:Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov).
  - Indiquez-nous votre nom complet, votre date de naissance, votre numéro d'identification Oregon Health, votre adresse et votre numéro de téléphone.

## Vos droits et responsabilités.

En tant que membre du Trillium Community Health Plan, vous bénéficiez de droits.

Il y a aussi des responsabilités ou des choses que vous devez faire lorsque vous bénéficiez de l'OHP. Si vous avez des questions sur vos droits et responsabilités énumérés ici, appelez le Service client au 877-600-5472.

Vous avez le droit d'exercer vos droits de membre sans subir de mauvaise réaction ou de discrimination. Vous pouvez déposer une plainte si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés. Pour en savoir plus sur le dépôt de plaintes, reportez-vous à la page 87. Vous pouvez également appeler un médiateur de l'Oregon Health Authority au 877-642-0450 (TTY 711). Vous pouvez leur envoyer un e-mail sécurisé à l'adresse [www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx](http://www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx).

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 : Accès et consentement aux soins de santé ». Cette brochure vous indique les types de services que les mineurs peuvent obtenir par eux-mêmes et comment leurs dossiers de santé peuvent être divulgués. Vous pouvez la consulter à l'adresse [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov). Cliquez sur « Droits des mineurs et accès aux soins ». Ou consultez le site Web : <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf>

## Vos droits en tant que membre OHP.

### **Vous avez le droit d'être traité comme suit :**

- Être traité avec dignité, respect et considération pour votre vie privée.
- Être traité par les prestataires de la même manière que les autres personnes ayant besoin des soins de santé.
- Avoir une relation durable avec une équipe de soins qui est responsable de la gestion globale de vos soins.
- Ne pas être restreint ou tenu à l'écart des autres sous prétexte qu'il serait plus facile de s'occuper de vous, de vous punir ou de vous faire faire quelque chose que vous ne voulez pas faire.

## **Vous avez le droit d'obtenir ces informations**

- Obtenir des explications grâce à des documents dans des formats et des langues que vous pouvez comprendre. (Voir page 3)
- Obtenir des documents qui vous informent sur les CCO et sur la manière d'utiliser le système de soins de santé. (Le Guide des membres est une excellente source à cet égard.)
- 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. (Le Guide des membres est une excellente source à cet égard.)
- Obtenir des informations sur votre pathologie, 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 une langue et un format qui vous conviennent.
- Un dossier de santé qui garde la trace de vos pathologies, des services que vous recevez et des recommandations. (Voir page 11)
  - Avoir accès à vos dossiers de santé
  - Partager vos dossiers de santé avec un prestataire.
- Obtenir un avis écrit d'un refus ou d'une modification d'une prestation avant qu'elle n'ait lieu. Il se peut que vous ne receviez pas d'avis si il n'est pas exigé par les règles fédérales ou étatiques.
- Obtenir un avis écrit sur les prestataires qui ne font plus partie du réseau.
- Être informé en temps utile si un rendez-vous est annulé.

## **Vous avez le droit d'obtenir ces soins**

- Des soins et des services qui vous accordent une importance primordiale. Des soins qui vous offrent le choix, l'indépendance et la dignité. Ces soins seront établis en fonction de vos besoins de santé et répondront aux normes de pratique.
- Des services qui tiennent compte de vos besoins culturels et linguistiques et à proximité de votre lieu de résidence. Vous pouvez, dans la mesure du possible, obtenir des services dans des environnements non conventionnels (Voir page 48).
- La coordination des soins, les soins de proximité et l'aide aux transitions de soins d'une manière adaptée à votre culture et à votre langue. Cela vous permettra d'éviter de vous retrouver dans un hôpital ou un établissement spécialisé.
- Les services nécessaires pour savoir de quel pathologie vous souffrez.

- Une aide pour utiliser le système de soins de santé. Le soutien culturel et linguistique dont vous avez besoin. (Voir page 48). Cela peut se présenter sous forme de :
  - Interprètes accrédités ou spécialisés en soins de santé.
  - Professionnels de santé conventionnels diplômés.
    - Agents de santé communautaires.
    - Spécialistes du bien-être par les pairs.
    - Spécialistes du soutien par les pairs.
    - Doulas.
    - Intervenant de santé privé.
- Assistance du personnel de CCO qui est entièrement formé aux politiques et procédures des CCO.
- Services préventifs couverts. (Voir page 24).
- Services de secours et d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sans autorisation ni permission. (Voir page 63).
- Recommandations des prestataires spécialisés pour des services coordonnés couverts qui sont nécessaires en fonction de votre état de santé. (Voir page 24).

### **Vous avez le droit de faire ces actions**

- Choisir vos prestataires et modifier vos choix. (Voir page 39)
- Vous faire accompagner par un ami, un membre de votre famille ou un assistant lors d'un rendez-vous.
- Participer activement à l'élaboration de votre programme de traitement.
- Accepter ou refuser des services. Connaître les conséquences possibles de votre décision. Un service ordonné par le tribunal ne peut être refusé.
- Vous orienter vous-même vers des services de santé comportementale ou de planification familiale sans l'autorisation d'un prestataire.
- Formuler vos souhaits en matière de traitement. Il peut s'agir de votre volonté d'accepter ou de refuser un traitement médical, chirurgical ou de santé comportementale. Il peut s'agir également du droit de donner des directives et des procurations pour les soins de santé, énumérées dans l'ORS 127. (Voir page 82).
- Déposer une plainte ou faire appel. Obtenir une réponse du Trillium Community Health Plan lorsque vous procédez ainsi. (Voir page 87)
  - Demander une réévaluation à l'État si vous n'êtes pas d'accord avec la décision du Trillium Community Health Plan. On appelle cela une audience.
- Obtenir gratuitement des interprètes spécialisés ou diplômés en soins de santé pour toutes les langues non anglaises et le langage des signes (Voir page 4).

## Vos responsabilités en tant que membre OHP.

### **Vous devez traiter les autres comme suit**

- Traiter le personnel du Trillium Community Health Plan, les prestataires et les autres personnes avec respect.
- Être honnête avec vos prestataires afin qu'ils puissent vous administrer les meilleurs soins.

### **Vous devez communiquer ces informations à l'OHP**

Appelez l'OHP au 800-699-9075 (TTY 711) lorsque :

- Vous déménagez ou changez d'adresse postale.
- Un membre de votre famille emménage ou quitte votre domicile.
- Vous changez de numéro de téléphone.
- Vous tombez enceinte et accouchez.
- Vous disposez d'autres assurances.

### **Vous devez contribuer à vos soins de la manière suivante**

- Choisir ou aider à choisir votre soignant référent ou votre clinique.
- Effectuer des bilans annuels, des visites de contrôle et des soins préventifs pour rester en bonne santé.
- Être à l'heure aux rendez-vous. Appeler à l'avance si vous pensez être en retard ou annuler votre rendez-vous si vous ne pouvez pas vous présenter.
- Présenter vos cartes d'identité médicales à vos rendez-vous. Informer le bureau que vous bénéficiez de l'OHP et de toute autre assurance maladie. Indiquer si vous avez été blessé dans un accident.
- Aider votre prestataire à établir votre programme de traitement. Respecter le programme de traitement et participer activement à vos soins.
- Suivre les consignes de vos prestataires ou demander une autre option.
- Poser des questions sur les pathologies, les traitements et d'autres sujets liés aux soins, si vous ne comprenez pas.
- Utiliser les informations que vous recevez des prestataires et des équipes de soins pour vous aider à prendre des décisions avisées concernant votre traitement.
- Faire appel à votre soignant référent pour les examens et autres soins, sauf en cas d'urgence.
- Recourir aux spécialistes du réseau ou demander l'approbation de votre prestataire si vous voulez ou devez consulter quelqu'un qui ne travaille pas avec le Trillium Community Health Plan.

- Recourir aux services d'urgence ou de secours de manière appropriée. Signaler à votre soignant référent dans les 72 heures si vous avez recours à ces services.
- Aider les prestataires à obtenir votre dossier de santé. Vous devrez peut-être signer un formulaire à cet effet.
- Informer le Trillium Community Health Plan si vous avez des problèmes, des plaintes ou si vous avez besoin d'aide.
- Payer les services qui ne sont pas couverts par l'OHP.
- Aider le Trillium Community Health Plan à se faire payer pour les services que nous vous avons fournis en raison d'une blessure.

## Femmes membres qui sont enceintes

Si vous êtes enceinte, l'OHP offre des services supplémentaires pour vous aider à vous maintenir en bonne santé, vous et votre bébé. Lorsque vous êtes enceinte, le Trillium Community Health Plan peut vous aider à obtenir les soins dont vous avez besoin. Il peut également couvrir votre accouchement et vos soins pendant un an après votre grossesse.

### Voici ce que vous devez faire avant d'accoucher :

- Informez l'OHP que vous êtes enceinte dès que vous le savez.** Appelez le 800-699-9075 (TTY 711) ou connectez-vous à votre compte en ligne à l'adresse suivante [ONE.Oregon.gov](http://ONE.Oregon.gov).
- Indiquez à OHP la date de votre accouchement.** Vous n'êtes pas obligé de connaître la date exacte immédiatement. Si vous êtes sur le point d'accoucher, appelez-nous tout de suite.
- Renseignez-vous sur vos prestations de maternité.** Start Smart For Your Baby (SSFB®) est un programme destiné aux femmes membres qui sont enceintes et aux nouveaux parents. Ce programme vous aide à obtenir les soins dont vous avez besoin pour mener une grossesse saine. Vous pouvez gagner des récompenses en allant à vos rendez-vous et en vous engageant auprès de votre équipe de gestion des soins SSFB. Nous pouvons également vous mettre en contact avec les services de doulas du réseau. Contactez-nous au 877-600-5472 pour en savoir plus.

### Après votre accouchement :

- Appelez l'OHP ou demandez à l'hôpital d'envoyer une notification de nouveau-né à l'OHP.**  
L'OHP couvrira votre bébé dès sa naissance. Votre bébé bénéficiera également du Trillium Community Health Plan.

## Membres amérindiens et autochtones de l'Alaska.

Les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska ont le droit de choisir où ils se font soigner. Ils peuvent faire appel à des prestataires qui ne font pas partie de notre CCO, comme :

- Des centres Tribal Wellness.
- Des cliniques Indian Health Services (IHS).
- La Native American Rehabilitation Association of the Northwest (NARA).

**Les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska n'ont pas besoin d'une recommandation ou d'une autorisation pour obtenir des soins auprès de ces prestataires.** Ces prestataires doivent facturer le Trillium Community Health Plan. Nous ne paierons que les prestations couvertes. Si un service nécessite une autorisation, le prestataire doit d'abord la demander.

Les Indiens d'Amérique et de l'Alaska ont le droit de quitter le Trillium Community Health Plan à tout moment et de faire payer leurs soins par OHP Fee-For-Service (FFS). Pour en savoir plus sur la possibilité de quitter ou de modifier votre CCO, reportez-vous à la page 78.

## Les nouveaux membres avec un besoin immédiat de services.

Les membres qui sont nouveaux à OHP ou au Trillium Community Health Plan peuvent avoir besoin d'ordonnances, de provisions ou d'autres articles ou services le plus rapidement possible. Si vous ne pouvez pas voir votre soignant référent (PCP) au cours de vos 30 premiers jours au sein du Trillium Community Health Plan:

- Appelez le service de coordination des soins au 877-600-5472. Ils peuvent vous aider à obtenir les soins dont vous avez besoin. (Voir page 42 pour la coordination des soins)
- Prenez rendez-vous avec votre PCP dès que vous le pouvez. Vous trouverez son nom et son numéro sur votre carte d'identité de membre du Trillium Community Health Plan.
- Contactez le Service client au 877-600-5472 si vous avez des questions et souhaitez en savoir plus sur vos avantages. Ils peuvent vous aider à trouver ce dont vous avez besoin.

## Enquête sur votre santé.

Le Trillium Community Health Plan tentera de contacter les nouveaux membres par téléphone pour passer en revue vos avantages et répondre à un questionnaire sur leur santé sous 90 jours. On appelle cette enquête un Dépistage des risques pour la santé.

Le dépistage des risques pour la santé est une enquête comportant des questions relatives à votre santé générale dans le but d'aider à réduire les risques, à maintenir une bonne santé et à prévenir les maladies.

L'enquête porte sur :

- Vos habitudes (comme l'exercice, les habitudes alimentaires, et si vous fumez ou buvez de l'alcool).
- Comment vous vous sentez (pour voir si vous souffrez de dépression ou si vous avez besoin d'un prestataire de soins de santé mentale).
- Votre bien-être général et vos antécédents médicaux.
- Votre langue maternelle.

Vos réponses nous permettront de découvrir :

- Si vous avez besoin d'un examen de santé, y compris un contrôle de la vue ou un examen dentaire.
- Si vous avez des besoins de soins de santé ordinaires ou spécifiques.
- Vos pathologies chroniques.
- Si vous avez besoin de services et d'aides pour les soins de longue durée

- Des préoccupations liées à la sécurité.
- Les difficultés que vous pouvez rencontrer pour obtenir des soins.
- Si vous avez besoin d'une aide supplémentaire de la part du service de coordination des soins ou de la coordination des soins intensifs. Voir page 42 pour la coordination des soins et la coordination des soins intensifs.

Un membre de l'équipe de gestion des soins (infirmière, assistant social clinique agréé, coordinateur de soutien clinique ou pharmacien) examinera votre questionnaire. Ils vous appelleront pour discuter de vos besoins et vous aider à comprendre vos avantages.

Vous recevrez une nouvelle enquête chaque année ou si votre état de santé change.

Si nous ne recevons pas votre enquête, nous vous contacterons pour faire en sorte qu'elle soit complétée. Si vous souhaitez recevoir une enquête, vous pouvez contacter le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472, et nous vous en enverrons une.

Votre enquête peut être partagée avec votre soignant ou d'autres prestataires.

Le Trillium Community Health Plan vous demandera votre permission avant de partager votre enquête avec les prestataires.

## **L'importance de la prévention**

Nous voulons prévenir les problèmes de santé avant qu'ils ne surviennent. Vous pouvez y consacrer une part importante de vos soins. Veuillez effectuer des contrôles médicaux et dentaires réguliers pour savoir ce qu'il en est de votre santé.

Quelques exemples de services préventifs :

- Vaccins pour enfants et adultes
- Contrôles et entretiens dentaires
- Mammographies (rayons X des seins) pour les femmes
- Grossesse et soins aux nouveau-nés
- Examens gynécologiques annuels pour les femmes
- Dépistage de la prostate pour les hommes
- Bilans annuels
- Bilans pédiatriques

Une bouche saine maintient également votre cœur et votre corps en bonne santé.

Si vous avez des questions, veuillez nous contacter au 877-600-5472, ou par TTY : 877-600-5473.

## Vos avantages.

### Comment l'Oregon décide de la couverture de l'OHP.

De nombreux services sont à votre disposition en tant que membre OHP. L'Oregon décide des services à prendre en charge en se basant sur la **Prioritized List of Health Services**. Cette liste est constituée de différentes pathologies (appelés diagnostics) et des types de procédures qui traitent ces pathologies. Un groupe d'experts médicaux et de citoyens ordinaires travaillent ensemble pour élaborer la liste. Ce groupe s'appelle la Oregon Health Evidence Review Commission (HERC). Ils sont nommés par le gouverneur.

La liste comporte des combinaisons de toutes les pathologies et de leurs traitements. On les appelle des paires pathologie/traitement.

Les paires pathologie/traitement sont classées sur la liste en fonction de la gravité de chaque pathologie et de l'efficacité de chaque traitement. Toutes les paires de pathologies et de traitements ne sont pas couvertes par l'OHP. Il existe un point d'arrêt sur la liste appelé « le seuil ». Les paires au-dessus du seuil sont couvertes et les paires au-dessous du seuil ne le sont pas. Certaines pathologies et certains traitements au-dessus de la ligne comportent certaines règles.

Pour en savoir plus sur la Prioritized List, consultez le site :

[www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx)

### Obtenir une autorisation, également appelée autorisation préalable (PA).

Certains services nécessitent une autorisation avant que vous puissiez bénéficier du service. On parle alors d'« autorisation préalable (PA) » ou de « pré-approbation ». Votre prestataire collabore avec le Trillium Community Health Plan pour demander la pré-approbation d'un service. Si vous avez des questions sur la pré-approbation d'un service, contactez le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472.

Vous risquez de ne pas obtenir le service s'il n'est pas approuvé. Nous examinons les demandes d'AP aussi rapidement que l'exige votre état de santé. La plupart des décisions sont prises dans les 14 jours. La prise de décision peut parfois prendre jusqu'à 28 jours. Cela se produit uniquement lorsque nous attendons des informations supplémentaires. Si vous ou votre prestataire estimez que le respect du délai standard met en danger votre vie, votre santé ou votre capacité d'action, nous pouvons prendre une décision d'« autorisation de service accélérée ». Les décisions de service accéléré sont généralement prises dans les 72 heures, mais il peut y avoir une prolongation de 14 jours. Vous avez le droit de porter plainte si vous n'êtes pas d'accord avec une décision de prolongation. Voir page 87 pour savoir comment déposer une plainte.

Vous n'avez pas besoin d'approbation pour les services d'urgence ou de secours, ni pour les services de suivi d'urgence. Voir page 67 pour en savoir plus sur les services d'urgence.

## **Recommandation des prestataires et auto-recommandation.**

Pour obtenir certains services, vous devez obtenir une recommandation de la part de votre PCP. Une **recommandation** est une prescription écrite délivrée par votre prestataire de soins, notant la nécessité d'un service.

Si votre PCP ne peut pas vous fournir les services dont vous avez besoin, il peut vous adresser à un spécialiste. S'il n'y a pas de spécialiste à proximité de votre lieu de résidence ou qui collabore avec le Trillium Community Health Plan (également appelé « in-network »), il se peut qu'il doive collaborer avec l'équipe de coordination des soins pour vous trouver des soins hors réseau. Il n'y a pas de frais supplémentaires si cela se produit.

Bien souvent, votre PCP peut effectuer les services dont vous avez besoin. Si vous pensez avoir besoin de recevoir une recommandation pour consulter un spécialiste, demandez à votre PCP. Vous n'avez pas besoin de recommandation si vous avez une urgence et que vous n'arrivez pas à joindre votre PCP. Certains services ne nécessitent pas de recommandation de la part de votre soignant. C'est ce qu'on appelle l'auto-recommandation. L'**auto-recommandation** implique que vous pouvez consulter l'annuaire des prestataires pour trouver le type de prestataire que vous souhaitez voir. Vous pouvez appeler ce prestataire pour prendre rendez-vous sans recommandation de votre soignant référent. Pour en savoir plus sur l'annuaire des prestataires, reportez-vous à la page 40.

Que vous ayez une recommandation pour consulter un spécialiste ou pas, il se peut que vous ayez besoin d'une approbation préalable pour le service. Adressez-vous à votre PCP ou contactez le Service client si vous avez des questions pour savoir si vous avez besoin d'une autorisation préalable pour obtenir un service.

## **Accès direct.**

Vous avez un « accès direct » aux prestataires lorsque vous n'avez pas besoin d'une recommandation ou d'une approbation préalable pour un service. Vous avez toujours un accès direct aux services d'urgence et de secours. Reportez-vous aux tableaux ci-dessous pour les services qui sont en accès direct et qui ne nécessitent pas de recommandation ou de pré-approbation.

## Prestations de soins de santé physique.

Vous trouverez ci-dessous une liste des avantages médicaux qui vous sont offerts gratuitement. Regardez la colonne « Montant, durée et étendue » pour voir combien de fois vous pouvez bénéficier de chaque service gratuitement. Le Trillium Community Health Plan coordonnera gratuitement les services si vous avez besoin d'aide.

Service	Montant, durée et étendue des prestations	Recommandation ou pré-approbation requise ?
Acupuncture	8 visites par année civile sans autorisation.	Autorisation requise après les 8 premières visites. Recommandation non requise.
Service de coordination des soins	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Non requise
Services de gestion des dossiers	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Non requise
Chiropracteur	8 visites par année civile sans autorisation.	Autorisation requise après les 8 premières visites. Recommandation non requise.
Services de soins de confort et palliatifs	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Non requise
Équipement médical durable En voici quelques exemples : Articles médicaux (y compris pour diabétiques), appareils médicaux, prothèses et orthèses	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Autorisation requise. Recommandation non requise.
Services de dépistage, de diagnostic et de traitement précoce et périodique (EPSDT)	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Recommandation requise
Transport médical d'urgence	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Non requise
Services d'urgence	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Accès direct (recommandation/autorisation non requises)

<b>Service</b>	<b>Montant, durée et étendue des prestations</b>	<b>Recommandation ou pré-approbation requise ?</b>
Services de planification familiale En voici quelques exemples : la contraception et les examens annuels.	Aucune limite	Accès direct (recommandation/autorisation non requises).
Dépistage des risques pour la santé en vue de la coordination des soins intensifs	Aucune limite	Aucune recommandation requise. Peut nécessiter une pré-approbation.
Services ORL En voici quelques exemples : Audiologie et prothèses auditives	Limites basées sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails.	Autorisation requise
Services de soins à domicile	Limites basées sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails.	Autorisation requise
Soins en hospitalisation	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Aucune recommandation requise. Peut nécessiter une pré-approbation.
Services de coordination des soins intensifs (ICC)	Aucune limite	Accès direct (recommandation/autorisation non requises).
Services d'interprétation	Aucune limite. Voir page 4 pour plus d'informations	Non requise
Services d'analyses de laboratoire :		
Prise de sang	Aucune limite	Recommandation requise. Autorisation non requise
Radiographie	Aucune limite	Recommandation requise. Autorisation non requise

<b>Service</b>	<b>Montant, durée et étendue des prestations</b>	<b>Recommandation ou pré-approbation requise ?</b>
Scanners CT	Aucune limite	Autorisation requise. Recommandation non requise
IRM	Aucune limite	Autorisation requise. Recommandation non requise
Services de maternité :		
Visites prénatales avec votre prestataire	Aucune limite	Non requise
Soins postnatals (les soins prodigués après l'accouchement)	Aucune limite	Non requise
Services de routine en santé visuelle	Disponible pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 20 ans	Non requise
Aide à l'allaitement, y compris les tire-laits	Veillez contacter Trillium pour plus de détails	Non requise
Travail et accouchement	Veillez informer Trillium et l'Oregon Health Authority 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.	Non requise
Transport vers les soins. Également appelés Services de transport médical non urgent (NEMT)	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Non requise

<b>Service</b>	<b>Montant, durée et étendue des prestations</b>	<b>Recommandation ou pré-approbation requise ?</b>
Services hospitaliers ambulatoires En voici quelques exemples : Chimio, radiothérapie et gestion de la douleur	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Non requise
Services pharmaceutiques (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 frais 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
Spécialistes de la santé physique pour les personnes ayant des besoins particuliers en matière de soins et bénéficiant des services ICC et LTSS.	Approbation basée sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails	Accès direct (recommandation/autorisation non requises).
Kinésithérapie Ergothérapie Orthophonie	30 visites par année civile sans autorisation	Recommandation requise. Autorisation requise après les 30 premières visites
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 frais 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

Service	Montant, durée et étendue des prestations	Recommandation ou pré-approbation requise ?
Services préventifs. En voici quelques exemples : examens physiques, soins aux bébés, vaccinations, soins aux femmes (mammographie, examen gynécologique, etc.), dépistages (cancer, etc.), prévention du diabète, conseils nutritionnels, services de sevrage tabagique, etc.	Tel que recommandé	Non requise
Consultations chez le soignant référent	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Accès direct (recommandation/autorisation non requises).
Examens relatifs aux abus sexuels	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Accès direct (recommandation/autorisation non requises).
Services spécialisés	Tel que recommandé	Pour les personnes ayant des besoins particuliers en matière de soins et bénéficiant de services ICC ou LTSS : Aucune recommandation n'est requise. Peut nécessiter une pré-approbation.
Interventions chirurgicales	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Autorisation requise
Services de télésanté En voici quelques exemples : Services télé médicaux, consultations virtuelles et consultations par e-mail	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Non requise

<b>Service</b>	<b>Montant, durée et étendue des prestations</b>	<b>Recommandation ou pré-approbation requise ?</b>
Services de professionnels de santé conventionnelle (THW)	Aucune limite	Aucune recommandation n'est requise. Peut nécessiter une pré-approbation.
Services de soins d'urgence	Aucune limite en cas de nécessité médicale	Accès direct (recommandation/autorisation non requises)
Services ophtalmologiques :		
Examens ophtalmologiques	Disponible pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 20 ans	Recommandation requise. Autorisation non requise.
Lunettes	Disponible pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 20 ans	Recommandation requise. Autorisation non requise.
Examens médicaux ophtalmologiques	Nombre de visites selon acceptation du régime de couverture	Recommandation requise. Autorisation non requise.
Services de santé pour les femmes (en plus du PCP) pour les soins de routine et préventifs.	Tel que recommandé	Accès direct (recommandation/autorisation non requises)
Services d'accompagnement	Tel que recommandé	Accès direct (recommandation/autorisation non requises)

Le tableau ci-dessus ne constitue pas une liste exhaustive des services nécessitant une approbation préalable. Si vous avez des questions sur les approbations préalables, veuillez appeler le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472.

## Prestations de soins de santé mentale.

Vous trouverez ci-dessous une liste des prestations de santé comportementale qui vous sont offertes gratuitement. Regardez la colonne « Montant, durée et étendue des prestations » pour voir combien de fois vous pouvez bénéficier de chaque service gratuitement. Le Trillium Community Health Plan coordonnera gratuitement les services si vous avez besoin d'aide.

Service	Montant, durée et étendue des prestations	Recommandation ou pré-approbation requise ?
Traitement communautaire dynamique (ACT)	Aucune limite	Recommandation requise. Autorisation non requise.
Traitement intensif de santé comportementale à domicile (IIBHT)	Aucune limite	Recommandation requise. Autorisation non requise.
Services d'évaluation de la santé comportementale	Aucune limite	Recommandation requise. Autorisation non requise.
Santé comportementale Services de traitement résidentiel psychiatrique (PRTS)	Limites basées sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails	Autorisation requise. Recommandation non requise.
Services de santé comportementale en consultation externe et fournis par des pairs auprès d'un prestataire du réseau	Aucune limite	Accès direct (recommandation/autorisation non requises)
Médicaments sur ordonnance (spécifiques à la santé comportementale)	Aucune limite	Aucun frais 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.
Services spécialisés	Limites basées sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails	Pour les personnes ayant des besoins particuliers en matière de soins et bénéficiant de services ICC ou LTSS :

Service	Montant, durée et étendue des prestations	Recommandation ou pré-approbation requise ?
		Aucune recommandation n'est requise. Peut nécessiter une pré-approbation.

Le tableau ci-dessus ne constitue pas une liste exhaustive des services nécessitant une approbation préalable. Si vous avez des questions sur les approbations préalables, veuillez appeler le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472.

## Prestations de traitement de la toxicomanie.

Vous trouverez ci-dessous une liste des prestations de traitement de la toxicomanie qui vous sont offertes gratuitement. Regardez la colonne « Montant, durée et étendue » pour voir combien de fois vous pouvez bénéficier de chaque service gratuitement. Le Trillium Community Health Plan coordonnera gratuitement les services si vous avez besoin d'aide.

Service	Montant, durée et étendue des prestations	Recommandation ou pré-approbation requise ?
Traitement communautaire dynamique	Aucune limite	Recommandation requise. Aucune autorisation requise.
Services résidentiels et de désintoxication pour les personnes hospitalisées souffrant de troubles de toxicomanie	Limites basées sur les directives de l'OHP. Appelez Trillium pour plus de détails	Autorisation requise. Aucune recommandation requise.
Traitement médicamenteux (MAT) pour les troubles de toxicomanie (SUD)	Autorisation préalable requise après les 30 premiers jours	Aucune pré-approbation requise pour les 30 premiers jours de traitement. Peut nécessiter une recommandation.
Services de consultation externe pour les troubles de toxicomanie (SUD)	Aucune limite	Accès direct (recommandation/autorisation non requises)

Le tableau ci-dessus ne constitue pas une liste exhaustive des services nécessitant une approbation préalable. Si vous avez des questions sur les approbations préalables, veuillez appeler le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472.

## **Prestations dentaires.**

Tous les membres de l’Oregon Health Plan bénéficient d’une couverture dentaire. L’OHP couvre les nettoyages annuels, les radiographies, les plombages et autres services qui permettent de garder vos dents en bonne santé.

### **Il est important d’avoir des dents saines à tout âge. Voici quelques faits importants sur les soins dentaires :**

- Des dents saines maintiennent également votre cœur et votre corps en bonne santé.
- Vous devriez consulter votre dentiste une fois par an.
- Lorsque vous êtes enceinte, garder vos dents et vos gencives en bonne santé permet protéger la santé de votre bébé.
- La résolution des problèmes dentaires peut vous aider à contrôler votre glycémie.
- Les enfants devraient effectuer leur premier contrôle dentaire avant l’âge de 1 an.

### **Veillez consulter le tableau ci-dessous pour savoir quels services dentaires sont couverts.**

Tous ces services sont gratuits. Ces services sont couverts tant que votre soignant dit que vous en avez besoin. Regardez la colonne « Montant, durée et étendue » pour voir combien de fois vous pouvez bénéficier de chaque service gratuitement.

Il est parfois nécessaire de consulter un spécialiste. Les services dentaires les plus courants qui doivent être confiés à un spécialiste sont les suivants :

- Chirurgie dentaire
- Hôpital ou centre chirurgical
- Canaux radiculaires
- Problèmes de gencives
- Sédation en cabinet

<b>Services couverts</b>	<b>Montant, durée et étendue des prestations</b> (indique un exemple pour la prestation couverte)	<b>Recommandation ou pré-approbation requise ?</b> (indique un exemple pour la prestation couverte)
Soins dentaires d'urgence et de secours (douleur ou infection extrême, saignement ou gonflement, blessures aux dents ou aux gencives)	Aucune limite	Recommandation/autorisation non requises
<b>Prestations pour les femmes enceintes et les jeunes de moins de 21 ans</b>		
Examens buccaux	Deux fois par an	Aucune pré-approbation requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
Nettoyages bucco-dentaires	Deux fois par an	
Traitements au fluorure	Deux fois par an	
Radiographies panoramiques dentaires	Une fois par an	
Pansements dentaires	Pas en dessous de 16 ans. Sur les molaires adultes, une fois tous les 5 ans	
Obturations dentaires	Selon les besoins	
Prothèses partielles	Une fois tous les 5 ans	Une pré-approbation peut être requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
Dentiers complets	Une fois tous les 10 ans	Une pré-approbation peut être requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).

Couronnes	Quelques dents de devant supérieures et inférieures. 4 couronnes tous les 7 ans.	Une pré-approbation peut être requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
Extractions	Selon les besoins	Une pré-approbation peut être requise. Une recommandation est nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
Traitement du canal radiculaire	Non couvert pour les troisièmes molaires (dents de sagesse). Les femmes enceintes sont couvertes pour les premières molaires.	Aucune approbation préalable n'est requise pour les dents de devant et les prémolaires. Une pré-approbation peut être requise pour les molaires. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
<b>Prestations pour les adultes (non enceintes, plus de 21 ans)</b>		
Examens buccaux	Une fois par an	Aucune pré-approbation requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
Nettoyages bucco-dentaires	Une fois par an	
Traitements au fluorure	Une fois par an	
Radiographies panoramiques dentaires	Une fois par an	
Pansements dentaires	Non couverts	
Obturations dentaires	Selon les besoins	

Prothèses partielles	Une fois tous les 5 ans	Une pré-approbation peut être requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
Dentiers complets	Une fois tous les 10 ans	Aucune pré-approbation requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
Couronnes	Non couverts	
Extractions	Selon les besoins	Aucune pré-approbation requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).
Traitement du canal radiculaire	Uniquement pour les dents de devant et les prémolaires.	Aucune pré-approbation requise. Recommandation nécessaire si ce n'est pas votre dentiste référent (PCD).

Le tableau ci-dessus ne constitue pas une liste exhaustive des services nécessitant une approbation préalable. Si vous avez des questions sur les pré-approbations, veuillez appeler le Service client au 877-600-5472.

### **Les services que l'OHP prend en charge.**

Le Trillium Community Health Plan paie pour vos soins, mais il y a certains services que nous ne payons pas. Ils sont toujours couverts et seront payés par le programme Fee-For-Service de l'Oregon Health Plan. Les CCO appellent parfois ces services des prestations « non couvertes ». Il existe deux types de services que l'OHP paie directement :

1. Les services où vous bénéficiez de la coordination des soins du Trillium Community Health Plan.
2. Les services pour lesquels vous bénéficiez de la coordination des soins de l'OHP.

## Services avec coordination des soins du Trillium Community Health Plan

Le Trillium Community Health Plan vous offre toujours la coordination des soins pour certains services. La coordination des soins signifie que vous obtiendrez des transports gratuits de MTM (Medical Transportation Management) pour les services couverts, les activités de soutien et toutes les ressources approuvées dont vous avez besoin pour les services non couverts.

### **Le Trillium Community Health Plan coordonnera vos soins pour les services suivants :**

- Les services Planned Community Birth (PCB) comprennent les soins prénataux et postnataux pour les personnes présentant une grossesse à faible risque, telle que déterminée par la Health Systems Division de l'OHA. L'OHA est responsable de la prestation et du paiement des services primaires de PCB, y compris au minimum, pour les membres approuvés pour les PCB, l'évaluation initiale du nouveau-né, le test néonatal du buvard, y compris le kit de dépistage, les soins de travail et d'accouchement, les visites prénatales et les soins post-partum.
- Services et aides à long terme (LTSS) non payés par le Trillium Community Health Plan
- Services de Family Connects Oregon
- Assistance aux membres pour qu'ils aient accès aux services de santé comportementale. Voici quelques exemples de ces services :
  - Certains médicaments pour certains troubles du comportement
  - Paiement du foyer de groupe thérapeutique pour les membres de moins de 21 ans
  - Soins psychiatriques à long terme (santé comportementale) pour les membres âgés de 18 ans et plus
  - Soins personnels dans des foyers d'accueil pour adultes pour les membres âgés de 18 ans et plus
  - Placement psychiatrique interne et résidentiel pour les jeunes de 17 ans et moins
- Et autres services

Pour de plus amples informations ou pour obtenir une liste complète de ces services, appelez le service de gestion des soins au 877-600-5472 ou le Service client au 877-600-5472.

## Services que l'OHP paie et dont il assure la coordination des soins.

### **L'OHP coordonnera vos soins pour les services suivants :**

- Suicide assisté par un médecin en vertu de l'Oregon Death with Dignity Act
- Services de soins de confort (soins palliatifs) pour les membres vivant dans des établissements de soins infirmiers spécialisés
- Services scolaires fournis en vertu de l'Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). Pour les enfants qui bénéficient de services médicaux à l'école, comme l'orthophonie.
- Examen médical pour savoir si vous pouvez bénéficier d'un programme de soutien ou d'une planification de la prise en charge
- Services fournis aux membres Citizen Waived Medical ou CWM Plus-CHIP Couverture prénatale pour CWM
- Procédure d'interruption de grossesse
- Et autres services

Contactez l'équipe de coordination des soins KEPRO de l'OHP au 800-562-4620 pour obtenir plus d'informations et de l'aide pour ces services.

Vous pouvez toujours bénéficier d'un transport gratuit de MTM (Medical Transportation Management) pour l'un de ces services. Voir page 54 pour plus d'informations. Appelez MTM (Medical Transportation Management) au 877-583-1552, pour planifier un déplacement. Pour les utilisateurs du TTY, veuillez composer le 711.

## Les anciens combattants et les membres du programme de soins dentaires du Compact of Free Association (COFA).

Si vous êtes membre du Programme de soins dentaires pour les anciens combattants ou du Programme de soins dentaires COFA, le Trillium Community Health Plan fournit **uniquement** les prestations dentaires et le transport gratuit aux rendez-vous dentaires.

L'OHP et le Trillium Community Health Planne fournissent pas d'accès aux services de santé physique ou de santé comportementale ni de déplacements gratuits pour ces services, qui sont des services non couverts sans coordination des soins.

Si vous avez des questions concernant la couverture et les prestations disponibles, contactez le Service client au 877-600-5472.

## **Objections morales ou religieuses.**

Le Trillium Community Health Planne limite pas ses services en fonction des objections morales ou religieuses.

## Accès aux soins dont vous avez besoin.

L'accès signifie que vous pouvez bénéficier des soins dont vous avez besoin. Vous pouvez recevoir des soins qui répondent à vos besoins culturels et linguistiques. Si le Trillium Community Health Planne collabore pas avec un prestataire qui répond à vos besoins d'accès, vous pouvez obtenir ces services en dehors du réseau. Le Trillium Community Health Plan veille à ce que les services soient proches de votre lieu de résidence ou de l'endroit où vous souhaitez recevoir des soins. Cela signifie qu'il y a suffisamment de prestataires dans la région et que vous pouvez choisir parmi différents types de prestataires.

Nous suivons l'évolution de notre réseau de prestataires pour nous assurer que nous disposons des soins primaires et des soins spécialisés dont vous avez besoin. Nous nous assurons également que vous avez accès à tous les services pris en charge dans votre région.

- **Zone urbaine** : Accès aux prestataires dans un rayon de 30 miles, ou de 30 minutes de votre lieu de résidence. « Zone urbaine » signifie que vous vivez dans ou près d'une ville.
- **Zone rurale** : Accès aux prestataires dans un rayon de 60 miles, ou de 60 minutes de votre lieu de résidence. « Zone rurale » signifie que vous ne vivez pas dans ou près d'une ville.

Nos prestataires s'assureront également que vous disposerez d'un accès physique, d'aménagements adaptés et d'équipements accessibles si vous avez un handicap physique et/ou mental. Contactez le Trillium Community Health Plan au 877-600-5472 pour effectuer une demande d'aménagements. Les prestataires s'assurent également que les horaires de consultation soient les mêmes pour les membres de l'OHP et pour tous les autres.

### Transport vers les soins.

Vous pouvez bénéficier de transports gratuits pour vous rendre à des rendez-vous pris en charge. Voir page 54 pour savoir comment vous pouvez obtenir des trajets gratuits. Appelez MTM (Medical Transportation Management) au 877-583-1552, pour planifier un déplacement. Pour les utilisateurs du TTY, veuillez composer le 711

### Choisir un prestataire.

Vous avez le droit de choisir votre prestataire et l'endroit où vous recevez vos soins de santé. Vous pouvez choisir dans la liste des prestataires qui collaborent avec le Trillium Community Health Plan. La liste des prestataires s'appelle l'Annuaire des prestataires du Trillium Community Health Plan. Pour en savoir plus sur l'annuaire, reportez-vous à la page 40.

### Aide à l'organisation de vos soins.

La coordination des soins implique que vous recevrez de l'aide pour planifier vos consultations, obtenir du soutien et des ressources. Pour en savoir plus sur la coordination des soins, reportez-vous à la page 42 ou appelez le Service client au 877-600-5472.

## Délai d'obtention des soins.

Nous collaborons avec les prestataires pour nous assurer que vous serez examiné, traité ou orienté dans les délais indiqués ci-dessous :

Type de soins	Délai
<b>Santé physique</b>	
Rendez-vous habituels	Sous 4 semaines
Soins de secours	Sous 72 heures ou comme indiqué dans le dépistage initial.
Soins d'urgence	Immédiatement ou dirigé vers un service d'urgence en fonction de votre pathologie.
<b>Soins bucco-dentaires pour les enfants et les femmes non enceintes</b>	
Rendez-vous habituels pour la santé bucco-dentaire	Sous 8 semaines, sauf s'il y a une raison clinique d'attendre plus longtemps.
Soins bucco-dentaires de secours	Sous 2 semaines.
Services d'urgence dentaire	Examiné ou traité dans les 24 heures
<b>Soins bucco-dentaires pour les femmes enceintes</b>	
Soins buccaux de routine	Sous 4 semaines, sauf s'il y a une raison clinique d'attendre plus longtemps.
Soins dentaires de secours	Sous 1 semaine
Services d'urgence dentaire	Examiné ou traité dans les 24 heures
<b>Santé comportementale</b>	
Soins de santé comportementaux de routine pour les populations non prioritaires	Évaluation sous 7 jours à compter de la demande, avec un deuxième rendez-vous prévu si cela est cliniquement approprié.
Soins comportementaux d'urgence pour toutes les populations	Sous 24 heures
<b>Soins comportementaux spécialisés pour les populations prioritaires</b>	
Les femmes enceintes, les anciens combattants et leurs familles, les femmes avec enfants, les soignants non rémunérés, les familles et les enfants âgés de 0 à 5 ans, les membres atteints du VIH/SIDA ou de la tuberculose, les membres présentant un risque de premier épisode de psychose et la population souffrant d'une déficience intellectuelle ou de développement	Évaluation et admission immédiates. Si des services provisoires sont nécessaires parce qu'il n'y a pas de prestataire ouvert aux consultations, le traitement approprié doit avoir lieu sous 120 jours à partir du moment où le patient est inscrit sur une liste d'attente.
Consommateurs de drogues par voie intraveineuse, y compris l'héroïne	Évaluation et admission immédiates. L'admission pour des services de soins résidentiels est requise sous 14 jours après la demande, ou, sous 120 jours en cas d'inscription sur liste d'attente parce qu'il n'y a aucun prestataire disponible.
Trouble de l'usage d'opioïdes	Évaluation et admission sous 72 heures
Traitement assisté par médicaments	Dès que possible, et au plus tard sous 72 heures pour l'évaluation et l'admission.

Pour les services spécialisés de soins de santé comportementale s'il n'y a pas de chambre ou de place libre :

- Vous serez inscrit sur une liste d'attente.
- D'autres services vous seront fournis sous 72 heures.
- Ces services seront temporaires jusqu'à ce qu'une chambre ou une place se libère.

Si vous avez des questions concernant l'accès aux soins, appelez le Service client au 877-600-5472.

## **Deuxième avis.**

Vous avez le droit de demander un deuxième avis concernant votre pathologie ou votre traitement. Les deuxièmes avis sont gratuits. Si vous voulez un deuxième avis, appelez le Service client du Trillium Community Health Plan et indiquez-nous que vous souhaitez voir un autre prestataire.

S'il n'y a aucun prestataire compétent dans notre réseau et que vous souhaitez consulter un prestataire en dehors de notre réseau pour votre deuxième avis, contactez le Service client du Trillium Community Health Plan pour obtenir de l'aide. Nous nous chargerons d'organiser le deuxième avis gratuitement.

## Soignant référent (PCP).

**Le soignant référent est celui que vous verrez pour vos consultations habituelles, vos ordonnances et vos soins. Vous pouvez en choisir un, ou nous pouvons vous aider à en choisir un.**

Le soignant référent (PCP) peut être un médecin, une infirmière praticienne ou autre. Vous avez le droit de choisir un PCP au sein du réseau du Trillium Community Health Plan. Si vous ne choisissez pas un prestataire dans les 30 jours, le Trillium Community Health Plan vous assignera à une clinique ou choisira un PCP pour vous. Le Trillium Community Health Plan vous enverra une lettre contenant les informations relatives à votre soignant.

### **Prestataires du réseau**

Le Trillium Community Health Plan collabore avec certains prestataires, mais pas tous. Les prestataires avec lesquels nous collaborons sont appelés « prestataires du réseau » ou « prestataires participants ». Les prestataires avec lesquels nous ne collaborons pas sont appelés « prestataires hors-réseau ». Vous pouvez consulter des prestataires hors-réseau si nécessaire, mais ils doivent collaborer avec l'Oregon Health Plan.

Votre PCP veillera à ce que vous restiez en parfaite santé. Ils assurent le suivi de tous vos besoins en matière de soins primaires et spécialisés. Votre PCP va :

- Apprendre à vous connaître vous et vos antécédents médicaux.
- Assurer vos soins médicaux.
- Conserver vos dossiers médicaux à jour et en un seul endroit.

Votre PCP vous adressera à un spécialiste ou vous fera hospitaliser si nécessaire.

Chaque membre de votre famille bénéficiant de l'OHP doit choisir un PCP. Il est possible de choisir un PCP différent pour chaque personne.

Si vous ne choisissez pas de PCP, nous en choisirons un pour vous. Veuillez appeler le Service client si vous souhaitez changer de PCP. Vous pouvez commencer à consulter votre nouveau PCP le jour où ce changement est effectué.

N'oubliez pas de vous renseigner auprès du Trillium Community Health Plan concernant le dentiste, le prestataire de soins de santé mentale et la pharmacie.

Vous pouvez choisir un dentiste référent (PCD) à partir de Trillium Find a Dentist sur notre site Web : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/benefit-information.html.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/benefit-information.html.html) ou appelez le Service client au 877-600-5472, TTY : 877-600-5473.

Vous pouvez choisir un prestataire de santé mentale à partir de Trillium Find a Provider sur notre site Web :

[www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/benefit-information.html.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/benefit-information.html.html)

Si vous avez besoin d'aide pour choisir un prestataire de soins de santé mentale, appelez le Service client au 877-600-5472, TTY : 877-600-5473.

Chaque membre de votre famille doit avoir un dentiste référent (PCD). Vous consulterez votre PCD pour la majorité de vos besoins en soins dentaires. Votre PCD vous adressera à un spécialiste si nécessaire.

Votre PCD est important car il :

- Est votre premier contact lorsque vous avez besoin de soins dentaires.
- Gère vos services et traitements de santé dentaire.
- Organise vos soins spécialisés.

### **Changer de PCP**

S'il y a un changement et que votre PCP n'est plus sous contrat avec le Trillium Community Health Plan, nous vous enverrons une lettre 30 jours avant que le changement ne se produise. Si ce changement a déjà été effectué, nous vous enverrons une lettre dans les 15 jours suivant le changement.

## **Annuaire des prestataires.**

Vous pouvez choisir votre PCP dans l'Annuaire des prestataires à l'adresse suivante : [www.trilliumohp.com/find-a-provider.html](http://www.trilliumohp.com/find-a-provider.html). Vous pouvez également appeler le Service client pour obtenir de l'aide ou pour demander un exemplaire papier de l'Annuaire des prestataires.

Voici quelques exemples d'informations que vous pouvez trouver dans l'Annuaire des prestataires :

- Si un prestataire accepte de nouveaux patients.
- Le type de prestataire (médical, dentaire, santé comportementale, pharmacie, etc.)
- Comment contacter le prestataire.
- Les options de soins par vidéo et par téléphone (télésanté).
- L'aide linguistique (y compris les traductions et les interprètes).
- Les aménagements pour les personnes ayant un handicap physique.

Vous pouvez obtenir un exemplaire papier. Vous pouvez l'obtenir gratuitement dans un autre format (par exemple, dans d'autres langues, en gros caractères ou en braille). Appelez le Service client au 877-600-5472.

## **Prendre un rendez-vous.**

**Vous pouvez prendre rendez-vous avec votre soignant dès que vous en avez choisi un.**

Votre PCP doit être votre premier contact lorsque vous avez besoin de soins. Il fixera un rendez-vous ou vous aidera à décider du type de soins dont vous avez besoin. Votre PCP peut également vous diriger vers d'autres services ou ressources pris en charge. Appelez-le directement pour prendre rendez-vous.

Si vous êtes un nouveau patient, prenez rendez-vous pour un bilan de santé. De cette façon, il pourra mieux vous connaître vous et vos antécédents médicaux avant que vous n'ayez un problème ou une préoccupation. Cela vous permettra d'éviter tout retard la première fois que vous devrez faire usage de vos prestations.

Avant votre rendez-vous, notez :

- Les questions que vous souhaitez poser à votre PCP ou à d'autres prestataires.
- Vos antécédents familiaux.
- Les ordonnances, les médicaments en vente libre, les vitamines ou les compléments que vous prenez.

Appelez pour prendre un rendez-vous pendant les heures de consultation et indiquez-leur :

- Que vous êtes membre du Trillium Community Health Plan.
- Votre nom et votre numéro d'identification pour le Trillium Community Health Plan.
- Le type de rendez-vous dont vous avez besoin.
- Si vous avez besoin d'un interprète et la langue souhaitée.

Prévenez-les si vous êtes malade et devez voir quelqu'un ce jour-là.

**Vous pouvez bénéficier d'un transport gratuit jusqu'à votre lieu de rendez-vous.** Pour en savoir plus sur les transports gratuits pour se rendre aux soins, reportez-vous à la page 54.

## **Rendez-vous manqués.**

Essayez de ne pas manquer vos rendez-vous. Si vous ne pouvez pas vous présenter, appelez votre PCP et annulez immédiatement. Ils vous fixeront une autre consultation. Si vous ne prévenez pas le secrétariat de votre prestataire à l'avance, il se peut qu'ils n'acceptent pas de vous revoir.

Chaque prestataire a ses propres règles concernant les rendez-vous manqués. Renseignez-vous auprès d'eux à cet égard.

## Obtenez de l'aide pour organiser vos soins grâce à la coordination des soins.

Vous pouvez bénéficier d'une coordination de soins de la part de votre Centre de soins primaires centrés sur le patient (PCPCH), de votre soignant référent ou d'une autre équipe de soins primaires. Vous pouvez vous adresser à votre soignant ou au Service client du Trillium Community Health Plan pour demander une coordination de soins.

L'objectif de ce service est d'améliorer votre santé générale. Nous vous aiderons à déterminer vos besoins en matière de soins et vous aiderons à prendre en charge votre santé et votre bien-être.

Vous pouvez nous demander de vous attribuer un coordinateur de soins. Votre représentant peut également demander à votre place. Appelez le Service client au 877-600-5472 du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00. TTY : 877-600-5473

### **Œuvrer ensemble pour vos soins.**

L'équipe de votre coordinateur de soins travaillera en étroite collaboration avec vous et votre prestataire. Ils vous mettront en contact avec les ressources de soutien communautaire et social qui peuvent vous aider. Ils créeront un plan pour s'assurer que votre équipe de soins collabore pour vous prodiguer les soins, et pour assurer le suivi après vos soins.

Nous voulons faire en sorte que toute personne qui vous prodigue les soins puisse se consacrer à vous maintenir en bonne santé et à améliorer votre état de santé. Votre équipe de soins collaborera pour gérer et organiser vos services. Ainsi, vous serez assuré de recevoir les meilleurs soins en fonction de vos besoins.

Les infirmières et les chargés de dossiers de l'équipe de soins ont reçu une formation spécifique sur de nombreux problèmes de santé. Ils peuvent vous aider avec :

- Le diabète.
- L'insuffisance cardiaque.
- L'asthme.
- La dépression.
- L'hypertension artérielle.
- Et autres pathologies.

Cette équipe de soins est également prête à vous aider pour vos approbations et autres besoins. Elle peut :

- Vous aider à comprendre vos prestations et leur fonctionnement.
- Vous aider à choisir un soignant référent (PCP).
- Fournir des soins et des conseils faciles à suivre.
- Vous aider à comprendre le système de soins de santé coordonnés.
- Vous aider à obtenir des services de santé comportementale.
- S'assurer que vos prestataires discutent entre eux de vos besoins en matière de soins.

Votre équipe de soins peut vous aider à trouver d'autres ressources au sein de votre communauté, notamment en ce qui concerne des besoins non médicaux. En voici quelques exemples :

- Un logement sûr.
- Une alimentation saine.
- Des transports.
- Des formations et des cours.
- Un soutien familial, ou
- Des services sociaux.

### **Membres couverts par Medicare.**

Vous pouvez également obtenir de l'aide pour vos prestations de l'OHP et de Medicare. Un coordinateur de soins travaille avec vous, vos prestataires, votre plan Medicare Advantage et/ou votre soignant. Nous nous associons à ces personnes pour vous offrir des services sociaux et de soutien, comme des services communautaires adaptés à votre culture.

### **Représentants de connexion des membres (MCR)**

Les représentants de connexion des membres (MCR) sont des professionnels de santé communautaires qui sont certifiés dans l'État de l'Oregon et qui travaillent pour Trillium.

Les MCR peuvent aider à mettre les membres en contact avec les 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, visio ou à votre domicile. Ils peuvent vous aider, par exemple, à vous rappeler de prendre vos médicaments à temps. Ils peuvent également vous aider à remplir des demandes d'aide au logement ou au chauffage. Ils peuvent aussi vous aider à trouver des articles grâce aux systèmes sociaux. Les MCR peuvent offrir un accompagnement de santé 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 877-600-5472 et demander un représentant de connexion des membres.

## Coordination des soins intensifs

Vous pouvez bénéficier des services de coordination des soins intensifs (ICC) si vous avez besoin d'une aide supplémentaire. Les services ICC apportent un soutien supplémentaire à ceux qui en ont besoin.

Les personnes qui remplissent les conditions requises pour bénéficier des services ICC sont :

- Les personnes âgées, malentendantes, sourdes, aveugles ou souffrant d'autres handicaps.
- Les personnes nécessitant des soins de santé importants, souffrant de pathologies chroniques multiples ou de maladies graves et maladies mentales persistantes (SPMI).
- Les personnes bénéficiant de services et d'aides pour les soins de longue durée (LTSS) financés par Medicaid.
- Les personnes qui suivent un traitement assisté par médicaments (MAT) pour un trouble de toxicomanie (SUD).
- Les femmes ayant reçu un diagnostic de grossesse à haut risque.
- Les consommateurs de drogues par voie intraveineuse.
- Les personnes souffrant d'un trouble de toxicomanie (SUD) qui ont besoin de gestion du sevrage.
- Les personnes atteintes du VIH/SIDA ou de la tuberculose.
- Les anciens combattants et leurs familles.
- Les personnes présentant un risque élevé d'épisode psychotique.
- Les personnes souffrant d'une déficience intellectuelle et de développement (IDD).
- Et autres.

La coordination des soins intensifs peut également aider les enfants :

- Âgés de 0 à 5 ans qui présentent des signes précoces de problèmes sociaux/émotionnels ou comportementaux ou qui ont un diagnostic de trouble émotionnel grave (SED).
- Qui ont le syndrome d'abstinence néonatale.
- Qui bénéficient des services de la Protection de l'enfance.

Vous et votre coordinateur ICC établirez un plan appelé Plan de coordination des soins intensifs (ICCP). Ce plan sera établi dans les 10 jours suivant le début du programme de l'ICC. Il vous aidera à répondre à vos besoins. Il vous aidera également à tenir vos objectifs personnels en matière de santé et de sécurité.

Votre plan de soins énumérera les aides et les services nécessaires pour vous aider à atteindre vos objectifs. Le plan de soins sera mis à jour tous les 90 jours, ou plus tôt si vos besoins changent. Vous pouvez obtenir une copie de votre plan.

Vous aurez une équipe de l'ICC à votre disposition pour vous aider. Cette équipe comprendra différentes personnes qui collaboreront pour répondre à vos besoins, comme les prestataires et les spécialistes qui vous accompagnent. Ce plan répond aux besoins médicaux, sociaux, culturels, de développement, comportementaux, éducatifs, spirituels et financiers afin que vous obteniez des résultats positifs en matière de santé et de bien-être. Le travail de votre équipe de soins consiste à s'assurer que les bonnes personnes participent à votre plan de soins pour vous aider à atteindre vos objectifs. Nous travaillerons tous ensemble pour vous soutenir.

Votre coordinateur de soins peut également :

- Accéder aux ressources pour s'assurer que vous soyez à l'aise, en sécurité et pris en charge.
- Utiliser des programmes de soins pour vous aider à gérer vos pathologies chroniques.
- Aider à résoudre des problèmes médicaux tels que le diabète, les maladies cardiaques et l'asthme.
- Aider à résoudre vos problèmes de santé comportementale, notamment la dépression et les troubles liés à la consommation de substances.
- Créer un programme de traitement avec vous.

Appelez le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472 pour demander un coordinateur de soins ICC. Le Trillium Community Health Plan veillera à ce que vous ou votre représentant obtiennent le nom et le numéro de téléphone de votre coordinateur de soins de l'ICC.

Les services de coordination des soins intensifs sont disponibles du lundi au vendredi de 08 h 00 à 17 h 00. Si vous ne pouvez pas accéder aux services de l'ICC pendant les horaires d'ouverture ordinaires, le Trillium Community Health Plan vous proposera d'autres options.

# Examen spécial et soins préventifs pour les membres de moins de 21 ans.

Les services d'examen, de diagnostic et de traitement précoce et périodique (EPSDT) sont des services de soins de santé complets et préventifs destinés aux enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 21 ans. Cette prestation vous permet de bénéficier de services qui peuvent prévenir et détecter à un stade précoce l'existence de pathologies ou de problèmes de santé. Elle peut réduire le risque de maladie, d'invalidité ou d'autres soins médicaux/de santé mentale qui pourraient être nécessaires.

Le programme EPSDT offre :

- Examens médicaux, dépistages et services de diagnostic préventifs pour les enfants, afin de déterminer s'il existe des problèmes physiques, dentaires, de développement et de santé mentale pour les membres âgés de 0 à 21 ans.
- Elle couvre également les soins de santé, les traitements et les autres mesures visant à corriger ou à aider toute pathologie découverte.

Pour les membres éligibles au programme EPSDT qui le demandent, le Trillium Community Health Plan doit accorder :

- Des examens et évaluations à intervalles réguliers de la santé physique et mentale générale, de la croissance, du développement et de l'état nutritionnel des nourrissons, des enfants et des jeunes de moins de 21 ans.

Si vous ou un membre de votre famille avez besoin de services de l'EPSDT, adressez-vous à votre soignant référent (PCP). Ils vous aideront à obtenir les soins dont vous avez besoin. Si des services doivent être approuvés, ils s'en chargeront. Consultez votre dentiste référent pour tout service dentaire dans le cadre de l'EPSDT. Tous les services de l'EPSDT sont gratuits pour les membres et ce jusqu'à l'âge de 21 ans.

Vous pouvez obtenir les services de l'EPSDT auprès d'un médecin (MD ou DO), d'infirmières praticiennes, d'assistants médicaux agréés et d'autres professionnels de santé agréés (prestataires de soins continus). Ces prestataires peuvent également donner une recommandation directement aux patients pour consulter un dentiste qui leur fournira des services dentaires. Le calendrier et les types de services dentaires peuvent être consultés ici : [www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/OHP-Recommended-Dental-Periodicity-Schedule.pdf](http://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/OHP-Recommended-Dental-Periodicity-Schedule.pdf)

## Aide pour obtenir des services du programme EPSDT.

- Appelez le Service client au 877-600-5472.
- Appelez le prestataire de soins dentaires pour organiser les services dentaires ou pour obtenir plus d'informations :

Avantage Dental Services (Services dentaires Avantage)  
Service client Numéro gratuit 1-866-268-9631 TTY : 711

Capitol Dental Care (Soins dentaires du Capitole)  
Service client 1-503-585-5205 Numéro gratuit 1-800-525-6800  
TTY : 1-800-735-2900

Oregon Dental Service (Soins dentaires du Oregon)  
Service client 1-503-243-2987 ou numéro gratuit 1-800-342-0526  
TTY : 1-503-243-3958 ou 1-800-466-6313

- Vous pouvez bénéficier d'un transport gratuit vers et depuis les consultations des prestataires de l'EPSDT qui sont couverts. Appelez le 877-600-5472 pour planifier un trajet ou pour obtenir plus d'informations.
- Vous pouvez également trouver ces informations sur notre site Web à l'adresse : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html)

## Dépistages.

L'OHP couvre les visites de contrôle du programme EPSDT aux moments adaptés selon l'âge. Une fois que vous aurez demandé un dépistage, le traitement commencera généralement dans les 6 mois. L'OHP suit les directives de l'American Academy of Pediatrics et de Bright Futures. Vous pouvez retrouver Bright Futures à l'adresse suivante : <https://brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx>.

Les *directives de Bright Futures* constituent un guide pour tous les examens de soins préventifs et les consultations de l'enfant.

Les visites de dépistage doivent comporter :

- Un contrôle du développement.
- Une plombémie :
  - Les enfants doivent subir des examens de plombémie à l'âge de 12 mois et de 24 mois. Tout enfant âgé de 24 à 72 mois qui n'a jamais subi de plombémie doit en effectuer une.
  - Le fait de remplir un questionnaire d'évaluation des risques ne répond pas à l'exigence de dépistage du plomb pour les enfants de l'OHP. Tous les enfants atteints de saturnisme peuvent bénéficier de services de gestion de cas de suivi.
- Tout autre analyse de laboratoire nécessaire (comme le test d'anémie, le test de drépanocytose et autres) en fonction de l'âge et du risque du patient.
- Une évaluation de l'état nutritionnel.
- Un examen physique général non vêtu avec une inspection des dents et des gencives.
- Un bilan complet de la santé et du développement (y compris l'examen du développement de la santé physique et mentale).
- Une immunisation (vaccins) répondant aux normes médicales :
  - Un calendrier de vaccination des enfants (de la naissance à 18 ans) : [www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html](http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html)
  - Un calendrier de vaccination des adultes (19+) : [www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html](http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html)

- Des conseils et éducation en matière de santé pour les parents et les enfants.
- Des recommandations pour des traitements de santé physique et mentale médicalement nécessaires.
- Les tests auditifs et visuels nécessaires.
- Les services et dépistages recommandés selon l'âge, jusqu'à 21 ans. Consultez le programme de Bright Futures ici :  
[https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)
- Et autres.

Les consultations du programme EPSDT comprennent également les contrôles ou examens non programmés qui peuvent survenir à tout moment en raison d'une maladie ou d'un changement d'état de santé.

## **Recommandation, diagnostic et traitement du programme EPSDT.**

Votre soignant de référence peut vous orienter s'il constate un problème physique, de santé mentale, de toxicomanie ou dentaire. Un autre prestataire vous aidera à établir un diagnostic plus poussé et/ou un traitement.

Le prestataire de dépistage expliquera la nécessité de recommandation à l'enfant et ses parents ou son tuteur. Si vous êtes favorable à la recommandation, le prestataire s'occupera des formalités administratives.

Le Trillium Community Health Plan ou l'OHP vous aideront également à coordonner les soins, si nécessaire.

Les examens peuvent révéler un besoin pour les services suivants :

- Diagnostic et traitement des déficiences de la vision et de l'audition, y compris les lunettes et les appareils auditifs.
- Soins dentaires, dès le plus jeune âge, nécessaires pour soulager la douleur et les infections, restaurer les dents et maintenir la santé dentaire.
- Vaccinations. (S'il est déterminé au moment du dépistage que la vaccination est nécessaire et qu'il est approprié de la fournir au moment du dépistage, alors le vaccin doit être administré à ce moment-là).

Ces services doivent être fournis aux personnes qui en ont besoin et sont éligibles à l'EDPST.

Le Trillium Community Health Plan aidera les membres ou leurs représentants à recevoir une recommandation pour des services sociaux, des programmes d'éducation, des programmes d'aide à la nutrition et d'autres services.

## Professionnels de santé conventionnelle (THW).

Les professionnels de santé conventionnelle (THW) vous aident à répondre aux questions que vous vous posez concernant vos soins et vos besoins sociaux. Ils facilitent la communication entre vos prestataires de soins et les autres personnes impliquées dans vos soins. Ils vous mettent également en contact avec des personnes et des services de la communauté qui peuvent vous aider.

Il existe plusieurs types de professionnels de santé conventionnelle :

- **La doula** : Une doula est une personne qui apporte un accompagnement personnel et non médical aux femmes enceintes et aux familles pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum
- **L'agent de santé communautaire** : Un agent de santé publique comprend les gens et la communauté où vous vivez. Ils vous assistent dans l'accès aux services de santé et aux services communautaires. Un agent de santé communautaire vous encourage à adopter des comportements sains. Ils partagent généralement votre appartenance ethnique, votre langue ou vos expériences de vie.
- **L'intervenant de santé privé** : Cette personne fournit des informations, des outils et un soutien pour vous amener à prendre les meilleures décisions concernant votre santé et votre bien-être, en fonction de votre situation.
- **Le spécialiste du soutien par les pairs** : Quelqu'un qui a une expérience personnelle de la santé mentale, de la toxicomanie et du rétablissement. Ou bien, ils ont peut-être été le parent d'un enfant ayant suivi un traitement pour troubles mentaux ou toxicomanie. Ils apportent soutien, encouragement et assistance aux personnes confrontées à des dépendances et à des problèmes de santé mentale. Ils peuvent vous aider à traverser les mêmes épreuves.
- **Le spécialiste du bien-être par les pairs** : Une personne qui fait partie de l'équipe de la maison de santé et qui défend vos intérêts et vos besoins. Ils contribuent à la santé générale des personnes de leur communauté et peut vous aider à vous remettre d'une dépendance, d'une maladie mentale ou d'un problème physique.
- **Les professionnels de santé conventionnelle tribaux** : Une personne qui aide les communautés amérindiennes en réserves comme citoyennes à améliorer leur santé globale. Ils offrent une éducation, des conseils et un accompagnement qui peuvent être spécifiques aux pratiques des différentes tribus.

Les THW peuvent vous aider dans de nombreux domaines, par exemple :

- Trouver un nouveau prestataire.
- Recevoir les soins dont vous avez besoin.
- Comprendre vos prestations.
- Fournir des informations sur les services et le soutien en matière de santé comportementale.
- Conseiller sur les ressources communautaires que vous pourriez utiliser.
- Représenter une personne à qui parler dans votre communauté.

Appelez notre liaison THW pour en savoir plus sur les THW et sur la manière de profiter de leurs services.

### **Contacts de liaison THW :**

Kristinia Rogers  
krogers@trilliumchp.com  
877-600-5472

Si nous venions à changer les coordonnées de la personne chargée de la liaison avec le THW, vous pourrez trouver des informations à jour sur notre site Web à l'adresse suivante : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/wellness/traditional-health-workers.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/wellness/traditional-health-workers.html).

# Services supplémentaires

## Remplacement des services (ILOS)

### Remplacement des services (ILOS)

Le Trillium Community Health Plan offre des services ou des environnements qui constituent des alternatives médicalement appropriées aux services couverts par l'OHP. Ils sont appelés « Remplacement des services » (ILOS). Ils sont proposés comme des options utiles pour les membres lorsque les environnements ou services traditionnels ne répondent pas aux besoins de nos membres. Le Trillium Community Health Plan offre les ILOS suivants :

**Services de soutien au rétablissement par des pairs et des collaborateurs spécialisés en santé mentale, offerts dans un cadre alternatif** en remplacement des services de thérapie de santé comportementale. L'ILOS peut convenir aux membres souffrant de troubles du comportement et nécessitant des services de réhabilitation psychosociale.

- Les services de soutien au rétablissement par des pairs et des collaborateurs spécialisés en santé mentale offerts dans un cadre alternatif peuvent inclure des programmes d'accueil, la prestation de services communautaires et des lieux de services communautaires au-delà du cadre traditionnel d'un cabinet ou d'une clinique.
- Exemple d'ILOS : Services de proximité et de participation fournis par des spécialistes certifiés du soutien par les pairs, des spécialistes du bien-être par les pairs ou des collaborateurs spécialisés en santé mentale, afin de susciter l'engagement des membres dans leurs soins et de leur apporter un soutien constant pour améliorer la gestion du bien-être, la capacité d'adaptation, l'autonomie et l'aide au rétablissement. Les services peuvent être proposés avant ou après un examen et un diagnostic, dans un environnement clinique ou communautaire, dans le cadre de sessions individuelles ou de groupe, et peuvent inclure des services d'accueil, des services de transition des soins, des services culturellement spécifiques et des services axés sur des populations spécifiques de l'OHP.

**Services de professionnels de santé communautaires** en remplacement de services similaires dans un cadre traditionnel. L'ILOS peut convenir aux membres ayant besoin de conseils en médecine préventive-et/ou de réduction des facteurs de risque, de formation et de développement des compétences, ou de services complets de soutien communautaire.

- Services de professionnels de santé communautaire offerts dans un environnement alternatif ou selon un mode de facturation non traditionnel.
- Exemple d'ILOS : Coordination des systèmes de soins pour les membres par des professionnels de santé communautaires (CHW) dans des environnements communautaires, tels que le logement ou les services adaptés à la culture et à la langue des agences de services sociaux qui peuvent ou non être en mesure de facturer les services de manière indépendante. Services fournis pour aider les membres à se familiariser avec le système de santé, faciliter la présence des membres aux rendez-vous médicaux et autres, contribuer à l'équipe de soins/à la planification, expliquer les informations sur la santé et les soins, et expliquer les besoins et localiser les services.

**Programme national de prévention du diabète** en remplacement des services du Programme national de prévention du diabète. L'ILOS est adapté aux membres présentant un risque de développer un diabète de type 2.

- Programme national de prévention du diabète proposé dans un cadre communautaire, tel qu'un gymnase communautaire ou une bibliothèque communautaire, en plus d'une clinique offrant des services en personne ou en ligne.
- Exemple d'ILOS : Prestation du Programme national de prévention du diabète (National DPP) par un organisme de prestation de programme reconnu par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *L'ILOS appuie la prestation du National DPP par des organisations communautaires qui n'ont pas d'infrastructure de facturation mais qui sont autrement admissibles à être prestataires du DPP.*

**Consultations en allaitement** en remplacement des consultations traditionnelles en lactation qui ne répondent pas aux besoins des membres. L'ILOS convient aux femmes en post-partum et à leur nourrisson qui ont besoin de consultations en lactation, traditionnellement dispensées en cabinet ou dans d'autres contextes ambulatoires.

- Consultations en allaitement offertes dans un environnement alternatif ou selon un mode de facturation non traditionnel.
- Exemple d'ILOS : Les conseils fournis par une infirmière autorisée, un professionnel de santé conventionnelle ou une Doula ayant une formation en lactation (telle qu'une conseillère certifiée en éducation à la lactation ou une formation certifiée de spécialiste de l'allaitement), dans un cadre communautaire qui peut ou non être en mesure de facturer ces services de manière indépendante.

La décision pour savoir si un ILOS vous convient est un travail d'équipe. Nous collaborons avec votre équipe de soins pour effectuer le meilleur choix. Néanmoins, le choix vous appartient. Vous n'êtes pas obligé de participer à l'un de ces programmes. Les membres seront informés 30 jours à l'avance si l'ILOS qu'ils suivent est interrompu. Cette notification contiendra des informations sur les réclamations et les appels pour les services couverts qui sont refusés en tout ou partie (voir page 81 pour plus d'informations sur les réclamations et les appels).. Si vous avez des questions sur une des prestations ou des services ci-dessus, appelez le 877-600-5472 (TTY : 877-600-5473).

## Services liés à la santé

Les Services liés à la santé (HRS) sont des services supplémentaires offerts par le Trillium Community Health Plan. Les HRS contribuent à améliorer la santé et le bien-être général des membres et de la communauté. Les HRS sont des services modulables pour les membres et des initiatives d'intérêt communautaire pour les membres et la communauté au sens large. Le programme HRS du Trillium Community Health Plan permet d'utiliser au mieux les fonds pour s'attaquer aux facteurs de risques sociaux, comme votre lieu de résidence, et améliorer ainsi le bien-être de la communauté. Pour en savoir plus sur les Services de santé, consultez le site [www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-tc/Pages/Health-Related-Services.aspx](http://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-tc/Pages/Health-Related-Services.aspx).

## Services modulables

Les services modulables sont des aides pour des articles ou des services destinés à améliorer la santé des membres ou à la préserver. Le Trillium Community Health Plan offre les services modulables suivants :

- Aides alimentaires, telles que la livraison de produits d'épicerie, les coupons alimentaires ou les repas adaptés aux besoins médicaux
- Les aides au logement à court terme, telles que les dépôts de loyer pour couvrir les frais de déménagement, les aides au loyer pour une courte période, ou les frais d'installation des services publics
- Logement ou hébergement temporaire pendant la convalescence après une hospitalisation
- Articles favorisant des comportements sains, tels que des chaussures ou des vêtements de sport
- Téléphones ou appareils permettant d'accéder à des applications de télésanté ou de santé
- Autres articles qui permettent de rester en bonne santé, comme un climatiseur ou un filtre à air

Exemple d'autres services modulables :

- Programmes/services de santé et de remise en forme
- Service de transport ou carburant/entretien de véhicule
- Aides auxiliaires, dispositifs d'assistance, caractéristiques d'accessibilité

Pour en savoir plus sur les services modulables du Trillium Community Health Plan, rendez-vous sur le site [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/Flexible-Services.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/Flexible-Services.html)

## Initiatives d'intérêt communautaire

Les initiatives d'intérêt communautaires sont des services et des aides destinés aux membres et à la communauté au sens large afin d'améliorer la santé et le bien-être de la communauté.

Chez Trillium, l'équité en matière de santé nous tient particulièrement à cœur. Nous pensons que tout le monde devrait avoir accès à des soins de santé complets. Nous sommes à l'écoute des membres de nos communautés locales. Nous identifions leurs besoins. Nous établissons des partenariats avec des organisations communautaires (CBO) pour aider à répondre à ces besoins. Il peut s'agir de mettre les gens en contact avec des services de santé. Il peut s'agir de mettre les gens en contact avec des ressources pour la nourriture, le logement et le transport (déplacements). Voici quelques-unes de nos initiatives d'intérêt communautaire :

- Soutenir les banques alimentaires et l'accès à des aliments adaptés à la culture
- Créer des espaces d'apprentissage plus sûrs
- Investir dans des projets de campagne d'investissement pour reconstruire les centres communautaires locaux
- Accroître les effectifs des professionnels de santé conventionnelle (THW), des professionnels de santé communautaire (CHW) et des doulas

Autres exemples de nos initiatives d'intérêt communautaire :

- Cours pour l'éducation des parents et le soutien aux familles
- Programmes communautaires qui aident les familles à se procurer des fruits et légumes frais grâce aux marchés de producteurs
- Aménagements pour le transport actif, telles que des pistes cyclables et des trottoirs sécurisés
- Programmes scolaires qui favorisent un environnement stimulant pour améliorer la santé socio-émotionnelle et l'apprentissage scolaire des élèves
- Formation des enseignants et des organisations communautaires spécifiques aux enfants sur les pratiques tenant compte des traumatismes

## Comment obtenir des services liés à la santé pour vous ou un membre de votre famille?

Vous pouvez demander des services liés à la santé auprès de votre soignant. Vous pouvez également appeler le Service client au 877-600-5472. Vous pouvez leur demander de vous envoyer un formulaire de demande dans la langue ou le format qui vous convient.

L'approbation ou le refus des demandes de services modulables sont décidés au cas par cas. Si votre demande de service modulable est refusée, vous recevrez une lettre. Vous ne pouvez pas faire appel d'un refus pour un service modulable, mais vous avez le droit de déposer une plainte. Pour en savoir plus sur les appels et les plaintes, reportez-vous à la page 87.

Si vous bénéficiez de l'OHP et que vous avez des difficultés à obtenir des soins, veuillez vous adresser au programme des médiateurs de l'OHA. Les médiateurs sont les défenseurs des membres de l'OHP et ils feront de leur mieux pour vous aider. Veuillez envoyer un e-mail à l'adresse : [OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov) ou laissez un message au 877-642-0450.

Le 211 Info constitue une autre ressource pour les aides et les services dans votre communauté. Appelez le 2-1-1 ou consultez le site Web du [211 Info](#) pour toute assistance.

### Soins communautaires de santé bucco-dentaire

Nous sommes fiers de soutenir les membres qui obtiennent des services de santé bucco-dentaire dans les milieux communautaires. Les régimes dentaires peuvent envoyer des hygiénistes dentaires munis d'un permis spécial pour effectuer des contrôles de la santé bucco-dentaire dans les écoles, les centres pour femmes, nourrissons et enfants (WIC), les programmes Head Start, les cabinets médicaux, les établissements de soins de longue durée et autres lieux communautaires. Ils effectuent également certains services préventifs durant leur passage, comme le traitement au fluor, le vernissage et les plombages dentaires pour les enfants scolarisés et les aident à comprendre comment prendre soin de leurs dents.

Dans les lieux où il n'y a pas d'hygiéniste pour le faire, nous travaillons avec d'autres organisations. Les services offerts dans la communauté devraient être gratuits pour vous s'ils sont couverts par votre régime. Si vous n'êtes pas sûr, vous pouvez demander à la personne qui effectue les services, ou vous pouvez appeler les services aux membres.

## **Points d'accès ouverts**

Dans la plupart des régions de l'Oregon, nous avons des accords privilégiés avec les Federally Qualified Health Centers (FQHC), les Rural Community Health Centers (RCHC), les Indian Health Care Providers (IHCP) et les cliniques de l'Indian Health Service (IHS). Ces accords privilégiés permettent à nos membres d'être reçus dans ces structures sans y être rattachés et sans recommandation.

Si vous souhaitez que vos soins bucco-dentaires soient effectués dans une de ces structures, vous pouvez appeler l'établissement et demander s'il collabore avec le Trillium Community Health Plan en tant que « Point d'accès ouvert ». Vous pouvez également appeler les services aux membres et demander une liste à jour des points d'accès ouverts dans votre région.

## **Transport vers les soins**

### **Transport gratuit aux rendez-vous pour tous les membres du Trillium Community Health Plan.**

Si vous avez besoin d'aide pour vous rendre à un rendez-vous, appelez MTM (Medical Transportation Management) pour un trajet gratuit. Vous pouvez bénéficier d'un transport gratuit pour toute consultation médicale, dentaire, pharmaceutique ou comportementale couverte par le Trillium Community Health Plan.

Vous ou votre représentant pouvez demander à être raccompagné. Nous pouvons vous remettre un ticket de bus, de l'argent pour un taxi ou demander à un chauffeur de venir vous chercher. Nous pouvons payer votre carburant, celui d'un membre de votre famille ou d'un ami pour qu'il vous conduise. Ce service ne vous coûtera rien. Le Trillium Community Health Plan ne vous facturera jamais les frais de transport vers ou depuis les services couverts.

### **Planifier un trajet.**

Appelez MTM (Medical Transportation Management) au 877-583-1552, pour le TTY, veuillez appeler le 711

Horaires : Du lundi au dimanche, de 08 h 00 à 17 h 00 Fermetures exceptionnelles : Le jour de l'an, le Memorial Day, la fête de l'indépendance, la fête du travail, le jour de Thanksgiving et le jour de Noël.

Veillez appeler au moins 2 jours ouvrables avant le rendez-vous pour planifier un trajet. Cela nous permettra de nous assurer que nous pouvons répondre à vos besoins en matière de transport.

Si le trajet est demandé moins de deux (2) jours avant l'heure de prise en charge prévue, le prestataire ou son courtier sous-traitant NEMT fournit au membre le numéro de téléphone du courtier et peut, mais n'est pas tenu, de fournir au membre le nom et le numéro de téléphone du chauffeur NEMT ou du prestataire NEMT.

Vous pouvez obtenir un trajet le jour même ou le lendemain. Veuillez contacter MTM (Medical Transportation Management).

Vous ou une personne de votre entourage pouvez organiser plus d'un trajet à la fois pour plusieurs rendez-vous. Vous pouvez planifier des trajets pour vos rendez-vous futurs jusqu'à 90 jours à l'avance.

### **À quoi vous attendre lorsque vous appelez.**

MTM (Medical Transportation Management) dispose d'un centre d'appels dont le personnel peut vous aider dans la langue de votre choix et de telle sorte que vous puissiez comprendre. Cette assistance est gratuite.

La première fois que vous appelez, nous vous parlerons du programme et de vos besoins en matière de transport. Nous vous demanderons de préciser votre forme physique et si vous avez besoin de quelqu'un pour vous accompagner.

Lorsque vous appelez pour planifier un trajet, nous vous demanderons :

- Votre nom complet.
- Votre adresse et numéro de téléphone.
- Votre date de naissance.
- Le nom du médecin ou de la clinique que vous devez consulter.
- La date du rendez-vous.
- L'heure du rendez-vous.
- L'heure de récupération après le rendez-vous.
- Si vous avez besoin d'un accompagnateur pour vous aider.
- Tout autre besoin spécifique (comme un fauteuil roulant ou un animal d'assistance).

Nous vérifierons si vous êtes inscrit au Trillium Community Health Plan et si votre rendez-vous concerne un service pris en charge. Vous recevrez de plus amples informations à propos de votre trajet sous 24 heures. Vous recevrez des informations au sujet de votre demande de transport par le moyen de votre choix (appel téléphonique, e-mail, fax).

### **Prise en charge et retour.**

Vous recevrez le nom et le numéro de la société de transport ou du chauffeur avant votre rendez-vous. Votre chauffeur vous contactera au moins 2 jours avant votre trajet pour confirmer les informations. Il viendra vous chercher à l'heure prévue. Veuillez à être ponctuel. Si vous êtes en retard, il attendra 15 minutes supplémentaires. Autrement dit, si votre trajet est prévu pour 10 h 00, il vous attendra jusqu'à 10 h 15.

Nous vous déposerons à votre rendez-vous au moins 15 minutes avant qu'il n'ait lieu.

- **Premier rendez-vous de la journée** : Nous vous déposerons au plus tard 15 minutes avant l'ouverture du cabinet.
- **Dernier rendez-vous de la journée** : Nous viendrons vous chercher au plus tard 15 minutes après la fermeture du cabinet, sauf si le rendez-vous est censé se terminer plus de 15 minutes après la fermeture.
- **Demander un délai supplémentaire** : Vous devez demander à être pris en charge plus tôt ou déposé plus tard que ces horaires. Votre représentant, parent ou tuteur peut également nous le demander.
- **Contactez-nous si vous n'avez pas d'heure de prise en charge** : S'il n'y a pas d'heure de prise en charge prévue pour votre retour, appelez-nous lorsque vous êtes prêt. Votre chauffeur sera là dans l'heure qui suit votre appel.

MTM (Medical Transportation Management) est un programme de transport partagé. D'autres passagers peuvent être pris en charge et déposés en cours de route. Si vous avez plusieurs rendez-vous, il est possible que l'on vous demande de prendre rendez-vous le même jour. Ainsi, nous pourrions limiter les trajets.

Vous pouvez demander qu'un ami ou un membre de votre famille vous conduise au rendez-vous. Ils peuvent être remboursés (payés) pour les kilomètres parcourus.

## **Vous avez des droits et des responsabilités en tant que passager :**

Vous êtes en droit :

- d'obtenir un trajet sûr et fiable qui répond à vos besoins.
- d'être traité avec respect.
- de demander des services d'interprétation lorsque vous vous adressez au Service client
- d'obtenir des documents dans une langue ou un format qui répond à vos besoins.
- de recevoir une notification écrite lorsqu'un trajet est refusé.
- de déposer une plainte concernant votre expérience de transport.
- de faire appel, demander une audience ou les deux si vous estimez qu'on vous a refusé injustement un service de transport.

Vous êtes tenu :

- de traiter les conducteurs et les autres passagers avec respect.
- de nous appeler le plus tôt possible pour planifier, modifier ou annuler un trajet
- d'utiliser les ceintures de sécurité et autres équipements de sécurité comme l'exige la loi (exemple : sièges auto).
- de demander à l'avance des arrêts supplémentaires, comme la pharmacie.

### **Annuler ou modifier votre trajet.**

Contactez MTM (Medical Transportation Management) lorsque vous souhaitez annuler ou reporter votre trajet, au moins 2 heures avant l'heure de prise en charge.

Vous pouvez appeler MTM (Medical Transportation Management) du lundi au dimanche, de 8 h 00 à 17 h 00. Veuillez laisser un message si vous ne pouvez pas appeler pendant les horaires d'ouverture. Appelez MTM (Medical Transportation Management) si vous avez des questions ou des modifications concernant votre trajet.

### **Si vous ne vous présentez pas.**

Lorsque vous n'êtes pas prêt à être pris en charge à l'heure, on considère que vous êtes « absent ». Votre chauffeur attendra au moins 15 minutes au-delà de l'heure de prise en charge prévue avant de partir. Nous pouvons restreindre vos futurs déplacements si vous avez trop d'absences.

Une restriction signifie que nous pouvons limiter le nombre de trajets à effectuer, vous limiter à un seul conducteur ou exiger des appels avant chaque trajet.

### **Si votre trajet est refusé.**

Vous recevrez un appel pour vous informer que votre trajet est refusé. Tous les refus sont examinés par deux membres du personnel avant de vous être envoyés. Si votre trajet est refusé, nous vous enverrons une lettre de refus dans les 72 heures suivant la décision. La notification indique la règle et la raison du refus.

Vous pouvez faire appel auprès du Trillium Community Health Plansi vous n'êtes pas d'accord avec le refus. Vous avez 60 jours à compter de la date de la notification du refus pour faire appel. Après le recours, si le refus est maintenu, vous avez également le droit de demander une audience de l'État.

Nous enverrons également une lettre à votre soignant si celui-ci fait partie de notre réseau de prestataires et s'il a demandé le transport en votre nom.

Vous avez le droit de déposer plainte ou un grief à tout moment. Voici quelques exemples de plainte ou de grief :

- Préoccupations concernant la sécurité des véhicules
- Qualité des services
- Interactions avec les conducteurs et les prestataires (comme l'impolitesse)
- Le service de transport demandé n'a pas été fourni comme prévu
- Droits des consommateurs

Pour en savoir plus sur les plaintes, les griefs, les appels et les audiences, reportez-vous à la page 87.

## **Guide du passager**

Obtenez le Rider Guide de MTM (Gestion du transport médical) à l'adresse suivante :

[www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html).

Vous ou votre représentant pouvez également appeler le Service client au 877-600-5472 pour demander un exemplaire papier gratuit. Il vous sera envoyé sous 5 jours ouvrables. L'exemplaire papier peut être dans la langue et le format de votre choix.

Le guide contient davantage d'informations, comme :

- Fauteuils roulants et aide à la mobilité.
- Sécurité des véhicules.
- Devoirs et règles du chauffeur.
- Mesures à prendre en cas d'urgence ou de mauvais temps.
- Rendez-vous éloignés.
- Remboursement des frais de repas et d'hébergement.

## Recevoir des soins par visio ou téléphone.

La télésanté (également connue sous le nom de télémédecine et de télédentisterie) est un autre moyen de recevoir des soins sans avoir à se rendre dans une clinique ou un cabinet. La télésanté implique que vous pouvez avoir votre rendez-vous par un appel téléphonique ou un appel vidéo. Le Trillium Community Health Plan couvrira les visites de télésanté. La télésanté vous permet de rendre visite à votre soignant en utilisant :

- Un téléphone (audio)
- Un smartphone (audio/vidéo)
- Une tablette (audio/vidéo)
- Un ordinateur (audio/vidéo)

Toutes ces communications sont gratuites. Si vous n'avez pas accès à Internet ou à la vidéo, demandez à votre soignant ce qui vous convient le mieux.

## Comment trouver des prestataires en télésanté.

Tous les prestataires ne proposent pas de télésanté. Vous devez vous renseigner à ce propos lorsque vous appelez pour prendre votre rendez-vous. Vous pouvez également consulter notre outil de recherche « Trouver un prestataire » à l'adresse suivante [www.TrilliumOHP.com](http://www.TrilliumOHP.com)

Cochez la case de télésanté illustrée dans l'image ci-dessous. Cette liste n'étant pas exhaustive, vous pouvez également appeler votre prestataire pour lui demander s'il propose la télésanté.



Si vous rencontrez des problèmes audio ou vidéo lors de votre consultation de télésanté, veuillez à en parler à votre prestataire.

## Quand utiliser la télésanté.

Les membres du Trillium Community Health Plan utilisant la télésanté ont le droit d'obtenir les services de santé physique, dentaire et comportementale dont ils ont besoin.

Voici quelques exemples de cas où vous pouvez utiliser la télésanté :

- Lorsque votre prestataire souhaite vous rencontrer avant de renouveler une ordonnance.
- Pour prodiguer des conseils.
- Assurer le suivi d'une consultation en personne.
- Lorsque vous avez des questions médicales de routine.
- Si vous êtes en quarantaine ou si vous pratiquez la distanciation sociale en raison d'une maladie.

- Si vous n'êtes pas sûr de devoir vous rendre à la clinique ou au cabinet.

La télésanté n'est pas recommandée pour les urgences. Si vous pensez que votre vie est en danger, veuillez appeler le 911 ou vous rendre aux urgences les plus proches. Voir page 63 pour une liste des hôpitaux disposant de services d'urgence.

Si vous ne savez pas quels sont les services ou les options de télésanté de votre prestataire, appelez-le et demandez-lui.

### **Les consultations de télésanté sont privées.**

Les services de télésanté offerts par votre prestataire sont sécurisés. Chaque prestataire aura son propre système pour les consultations de télésanté, mais chaque système doit respecter la loi.

Pour en savoir plus sur la confidentialité et le Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), reportez-vous à la page 11.

Assurez-vous de passer votre appel dans une pièce isolée ou dans un endroit où personne ne peut écouter votre rendez-vous avec votre prestataire.

### **Vous êtes en droit :**

- d'obtenir des services de télésanté dans la langue dont vous avez besoin.
- d'avoir un prestataire qui respecte votre culture et vos besoins linguistiques.
- de bénéficier de services d'interprètes diplômés et spécialisés. Pour en savoir plus, reportez-vous à la page 4.
- d'obtenir des consultations en présentiel, pas seulement des consultations de télésanté.
- de recevoir un soutien et disposer des outils nécessaires à la télésanté.

de discuter de la télésanté avec votre prestataire. Vous pouvez également appeler le Service client au 877-600-5472 (TTY : 877-600-5473). Nous sommes ouverts du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00.

## Médicaments sur ordonnance.

Si vous avez besoin de faire délivrer une ordonnance, vous pouvez vous rendre dans n'importe quelle pharmacie du réseau du Trillium Community Health Plan. Une liste des pharmacies avec lesquelles nous travaillons se trouve dans notre Annuaire des prestataires à l'adresse suivante : [www.trilliumohp.com/find-a-provider.html](http://www.trilliumohp.com/find-a-provider.html).

Apportez votre carte d'identité de membre du Trillium Community Health Plan et votre carte de membre de l'Oregon Health à la pharmacie. Sans celles-ci, il se peut que vous ne puissiez pas vous faire délivrer l'ordonnance.

## Les ordonnances couvertes.

Vous trouverez la liste des médicaments sur ordonnance couverts par le Trillium Community Health Plan à l'adresse suivante : [www.trilliumohp.com/content/dam/centene/trillium/medicaid/pdfs/Trillium\\_OHP%20Formulary\\_Medicaid.pdf](http://www.trilliumohp.com/content/dam/centene/trillium/medicaid/pdfs/Trillium_OHP%20Formulary_Medicaid.pdf). Si vous n'êtes pas sûr que votre médicament figure sur notre liste, appelez-nous pour que nous vérifions pour vous.

Si vous avez besoin d'une pré-approbation pour une ordonnance, nous prendrons une décision dans les 24 heures. Si nous avons besoin de plus d'informations pour prendre une décision, cela peut prendre jusqu'à 72 heures.

Certains médicaments prescrits par votre prestataire peuvent ne pas figurer sur notre liste. Vous pouvez nous demander de le couvrir à titre exceptionnel. Si vous souhaitez bénéficier d'une dérogation, informez-en votre prestataire. Nos médecins et pharmaciens du Trillium Community Health Plan examineront la dérogation pour approbation.

Lorsqu'une demande est refusée, vous recevrez une lettre du Trillium Community Health Plan. La lettre contiendra les droits de recours et le formulaire de demande de recours que vous pourrez utiliser si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision.

Appelez le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472 (TTY : 844-600-5473) si vous avez des questions.

## Médicaments en vente libre (OTC).

Certains médicaments en vente libre (OTC) sont couverts par le Trillium Community Health Plan. Les médicaments en vente libre sont ceux que vous pouvez acheter dans n'importe quel magasin ou pharmacie sans ordonnance, comme l'aspirine. Pour que le Trillium Community Health Plan puisse les prendre en charge, vous aurez besoin d'une ordonnance de votre prestataire. Apportez l'ordonnance, ainsi que votre carte d'identité de membre du Trillium Community Health Plan et votre carte d'identité de membre de l'Oregon Health à la pharmacie lorsque vous retirez une ordonnance de médicaments en vente libre.

## **Pharmacie de vente par correspondance**

Certains médicaments peuvent être envoyés par la poste à votre adresse personnelle. C'est ce qu'on appelle la pharmacie de vente par correspondance. Si vous éprouvez des difficultés à vous rendre à la pharmacie pour récupérer vos médicaments, cela peut être une option intéressante pour vous. Les membres du Trillium Community Health Plan peuvent utiliser Postal Prescription pour la pharmacie de vente par correspondance au 1-800-552-6694. Pour en savoir plus et vous inscrire à une pharmacie de vente par correspondance, appelez le Service client de la pharmacie du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472 (TTY : 877-600-5473).

## **L'OHP prend en charge les médicaments pour la santé comportementale.**

La plupart des médicaments utilisés pour traiter les troubles du comportement sont payés par l'OHP, et non par le Trillium Community Health Plan. La pharmacie envoie la facture de votre ordonnance directement à l'OHP. Le Trillium Community Health Plan et votre prestataire vous aideront à obtenir les médicaments dont vous avez besoin pour votre santé comportementale. Contactez votre soignant, si vous avez des questions. Vous pouvez également appeler le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472.

## **Couverture des ordonnances pour les membres bénéficiant de Medicare.**

Le Trillium Community Health Plan et l'OHP ne prennent pas en charge les médicaments qui sont couverts par la Part D de Medicare.

Si vous bénéficiez de la Part D de Medicare mais choisissez de ne pas vous inscrire, vous devrez payer pour ces médicaments. Si vous bénéficiez de la Part D, présentez votre carte d'identité de membre Medicare et carte d'identité de membre du Trillium Community Health Plan à la pharmacie.

Si votre médicament n'est pas couvert par la Part D de Medicare, votre pharmacie peut facturer le Trillium Community Health Plan pour voir si le médicament est couvert par l'OHP. Le Trillium Community Health Plan prendra en charge tous les autres services couverts.

Pour en savoir plus sur les prestations Medicare, reportez-vous à la page 77.

## Services non couverts.

Tous les soins médicaux ne sont pas couverts par l'OHP ou le Trillium Community Health Plan. Lorsque vous avez besoin de soins, discutez des options avec votre soignant référent. Si vous choisissez d'obtenir un service qui n'est pas couvert, vous devrez probablement régler la facture. Le cabinet du prestataire doit vous indiquer si un traitement ou un service n'est pas couvert. Ils vous indiqueront combien il coûte.

Vous ne payez que si vous signez un formulaire indiquant que vous acceptez de payer le service avant d'en bénéficier. Le formulaire doit nommer ou décrire le service, indiquer le coût approximatif et inclure une déclaration indiquant que l'OHP ne couvre pas ce service. Pour en savoir plus sur la facturation, reportez-vous à la page 73.

Contactez toujours le Service client du Trillium Community Health Plan en premier lieu pour déterminer ce qui est pris en charge. Si vous recevez une facture, veuillez contacter immédiatement le Service client du Trillium Community Health Plan.

Exemples de services non couverts :

- Certains traitements, comme les médicaments en vente libre, pour des pathologies que vous pouvez soigner chez vous ou qui s'améliorent d'elles-mêmes (rhume, grippe légère, cors, callosités, etc.).
- Les chirurgies ou traitements cosmétiques pour des raisons esthétiques uniquement.
- Les services d'aide à la conception.
- Les traitements qui ne sont généralement pas efficaces.
- L'orthodontie, sauf pour traiter la fente palatine chez les enfants.

Si vous avez des questions concernant les services couverts ou non couverts, veuillez contacter le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472 (TTY : 711).

## Hôpitaux.

Nous collaborons avec les hôpitaux ci-dessous pour les soins hospitaliers réguliers. Vous pouvez recevoir des soins d'urgence dans n'importe quel hôpital.

### Hillsboro

#### Tuality Community Hospital

335 South East Eighth Avenue, Hillsboro, OR 97123  
(503) 681-1111, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun  
<https://tuality.org>

### Portland

#### Oregon Health and Sciences University

3181 SW Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239  
(503) 494-8311, TTY/TDD : 503-494-0550  
[www.ohsu.edu](http://www.ohsu.edu)

### Portland

#### OHSU Center for Health & Healing (Centre pour la santé et le bien-être)

3303 S Bond Avenue, Portland, OR 97239  
(503) 494-4779, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun  
[www.ohsu.edu/visit/south-waterfront-campus](http://www.ohsu.edu/visit/south-waterfront-campus)

### Portland

#### Portland Adventist Medical Center

10123 Southeast Market Street, Portland, OR 97216  
(855) 691-9890, TTY : (503) 261-6610  
[www.adventisthealth.org/portland](http://www.adventisthealth.org/portland)

### Portland

#### Cedar Hills Hospital

10300 Southwest Eastridge Street, Portland, OR 97225  
(503) 944-5000, Numéro gratuit : 877-703-8880  
<https://cedarhillshospital.com>

## Soins d'urgence.

Un problème urgent est suffisamment grave pour être traité rapidement, mais il n'est pas assez grave pour être traité immédiatement aux urgences. Ces urgences peuvent être physiques, comportementales ou dentaires.

**Vous pouvez obtenir des services de soins d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sans autorisation préalable.**

Vous n'avez pas besoin de recommandation pour les soins urgent ou d'urgences. Pour une liste des centres de soins d'urgence et des cliniques sans rendez-vous, voir ci-dessous.

## **Soins physiques urgents.**

Voici quelques exemples de soins physiques urgents :

- Coupures qui ne font pas couler beaucoup de sang mais qui peuvent nécessiter des points de suture.
- Petits os cassés et fractures des doigts et des orteils.
- Entorses et foulures.

### **Si vous avez un problème urgent, appelez votre soignant référent (PCP).**

Vous pouvez appeler à tout moment, de jour comme de nuit, les week-ends et les jours fériés. Signalez au cabinet du PCP que vous êtes membre du Trillium Community Health Plan. Vous recevrez un rappel dans un délai de 30 minutes. Vous obtiendrez des conseils ou une recommandation. Si vous n'arrivez pas à joindre votre PCP pour un problème urgent ou si votre PCP ne peut pas vous recevoir assez rapidement, dirigez-vous vers un centre de soins d'urgence ou une clinique sans rendez-vous. Vous n'avez pas besoin de prendre rendez-vous. Vous trouverez ci-dessous une liste des soins d'urgence et des cliniques sans rendez-vous.

Si vous avez besoin d'aide, appelez le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472 (TTY : 877-600-5473).

### **Si vous ne savez pas si votre problème est urgent, appelez quand même le cabinet de votre prestataire, même s'il est fermé.**

Vous pouvez disposer d'un service de répondeur. Laissez un message et précisez que vous êtes membre du Trillium Community Health Plan. Nous vous recontacterons dans un délai de 60 minutes pour évaluer la nature de votre appel. On vous donnera peut-être des conseils ou une recommandation d'un autre endroit à appeler.

Vous pouvez également accéder à la ligne d'assistance infirmière 24h/24 pour obtenir de l'aide au 844-647-9667.

Pour les conseils non urgents et les rendez-vous, veuillez appeler pendant les horaires d'ouverture.

## **Centres de soins d'urgence et cliniques sans rendez-vous dans la région du Trillium Community Health Plan:**

### **Forest Grove**

#### **OHSU Tuality Healthcare Urgent Care Forest Grove**

1809 Maple St. Forest Grove, OR 97116

(503) 369-6180, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

### **Gresham**

#### **Adventist Health Urgent Care Gresham Station**

831 NW Council Dr. Gresham, OR 97030

(503) 665-8176, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Hillsboro****Rose City Urgent Care and Family Practice**

6110 B N Lombard Hillsboro, OR 97123

(503) 894-9005, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Hillsboro****Rose City Urgent Care and Family Practice**

9975 SW Frewing St. Hillsboro, OR 97123

(503) 894-9005, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Hillsboro****Tuality Urgent Care**

7545 SE Tualatin Valley Hwy Hillsboro, OR 97123

(503) 681-4223, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Lake Oswego****AFC Urgent Care (Services d'urgence)**

17437 Boones Ferry Rd. Lake Oswego, OR 97305

(503) 305-6262, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Molalla****Molalla Urgent Care (Services d'urgence de Molalla)**

861 W. Main St., Molalla, OR 97038

(503) 829-7344, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Portland****Adventist Health Urgent Care Parkrose**

1350 NE 122nd Ave. Portland, OR 97230

(503) 408-7008, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Portland****Adventist Health Urgent Care Rockwood**

18750 SE Stark St. Portland, OR 97233

(503) 408-7008, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Portland****AFC Urgent Care (Services d'urgence) NE Portland**

7033 NE Sandy Blvd. Portland, OR 97213

(503) 305-6262, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Portland****Pacific Crest Children's Urgent Care (Service d'urgence de l'hôpital pour enfants Pacific Crest)**

6924 NE Sandy Blvd. Portland, OR 97213

(503) 963-7963, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

**Portland****Portland Urgent**

4160 NE Sandy Blvd. Portland, OR 97212

(9503) 249-9000, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

## **Portland**

### **Rose City Urgent Care and Family Practice Gateway**

135 NE 102nd Ave. Hillsboro, OR 97123

(503) 894-9005, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

## **Sandy**

### **Adventist Health Urgent Care Sandy**

17055 Ruben Ln. Sandy, OR 97055

(503) 668-8002, Numéro gratuit : aucun, TTY : aucun

## **Soins dentaires d'urgence.**

Voici quelques exemples de soins dentaires urgents :

- Une rage de dent.
- Une dent ébréchée ou cassée.
- Une couronne ou un plombage perdu.

### **Si vous avez un problème dentaire urgent, appelez votre dentiste référent (PCD).**

Si vous ne pouvez pas joindre votre PCD ou si vous n'en avez pas, appelez le Service client pour les soins dentaires au numéro suivant :

Advantage Dental Services

Service client Numéro gratuit 1-866-268-9631 TTY : 711

Capitol Dental Care

Service client 1-503-585-5205 Numéro gratuit 1-800-525-6800

TTY : 1-800-735-2900

Oregon Dental Service

Service client 1-503-243-2987 ou numéro gratuit 1-800-342-0526

TTY : 1-503-243-3958 ou 1-800-466-6313

Ils vous aideront à trouver des services de soins dentaires d'urgence, en fonction de votre pathologie. Vous devriez obtenir un rendez-vous dans les 2 semaines, ou 1 semaine si vous êtes enceinte, pour un problème dentaire urgent.

## Soins d'urgence

**Si vous pensez être en danger, il vous faut une ambulance pour vous rendre aux urgences, appelez le 911.** Une telle urgence nécessite une attention immédiate et met votre vie en danger. Il peut s'agir d'une blessure ou d'une maladie soudaine. Les situations d'urgence peuvent également causer des dommages à votre corps. Si vous êtes enceinte, l'urgence peut également nuire à la santé de votre bébé.

**Vous pouvez obtenir des services d'urgence et de secours 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sans approbation préalable. Vous n'avez pas besoin de recommandation.**

## Urgences médicales

Les services d'urgence médicale sont destinés aux personnes qui ont besoin de soins immédiats et dont la vie est en danger.

En voici quelques exemples d'urgences médicales :

- Os cassés.
- Hémorragie qui ne s'arrête pas.
- Éventuelle crise cardiaque.
- Perte de connaissance.
- Crise d'épilepsie.
- Douleur intense.
- Difficultés respiratoires.
- Réactions allergiques.

Plus d'informations sur les soins d'urgence :

- Appelez votre PCP ou le Service client du Trillium Community Health Plandans un délai de 3 jours après avoir reçu des soins d'urgence.
- Vous avez le droit de vous rendre dans n'importe quel hôpital ou autre établissement, aux États-Unis.
- Une extrême urgence est couverte aux États-Unis. Elle n'est pas prise en charge au Mexique ni au Canada.
- Les soins d'urgence fournissent des services de suivi (après stabilisation). Les services de postcure sont des services couverts liés à un état d'urgence. Ces services vous sont offerts une fois que vous état est stabilisé. Ils contribuent à maintenir votre pathologie stable. Ils permettent d'améliorer ou de soigner votre pathologie.

Voir la liste des hôpitaux disposant de services d'urgence à la page 63.

## Urgences dentaires

Une urgence dentaire, c'est lorsque vous avez besoin de soins dentaires le jour même. Ces soins sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Une urgence dentaire peut nécessiter un traitement immédiat. En voici quelques exemples :

- Une dent a été cassée.
- Vous avez un gonflement important ou une infection dans la bouche.

- Vous souffrez de fortes douleurs aux dents. Il s'agit d'une douleur qui vous empêche de dormir ou qui ne s'atténue pas lorsque vous prenez des médicaments en vente libre comme l'aspirine ou le Tylenol.

Pour une urgence dentaire, veuillez contacter votre dentiste référent (PCD). Vous serez reçu dans les 24 heures. Certains cabinets ont des horaires d'ouverture d'urgence. Si vous ne pouvez pas joindre votre PCD ou si vous n'en avez pas, appelez le Service client au 877-600-5472. Ils vous aideront à trouver des services de soins dentaires d'urgence.

Si aucune de ces options ne vous convient, appelez le 911 ou présentez-vous aux urgences.

**Si vous avez besoin d'une ambulance, veuillez appeler le 911.** Voir la liste des hôpitaux disposant de services d'urgence à la page 63.

# Crises et urgences en matière de santé comportementale

**Une urgence en matière de santé comportementale**, c'est lorsque vous avez besoin d'aide immédiatement pour vous sentir ou être en sécurité. C'est lorsque vous ou d'autres personnes sont en danger. Par exemple, le sentiment de perte de contrôle. Vous pouvez avoir l'impression que votre sécurité est en danger ou avoir des envies de vous faire du mal ou d'en faire aux autres.

**Appelez le 911 ou allez aux urgences si vous êtes en danger.**

- Les services d'urgence en matière de santé comportementale ne nécessitent pas de recommandation ou d'approbation préalable. Le Trillium Community Health Plan offre à ses membres une aide et des services de crise après une urgence.
- Un prestataire de santé comportementale peut vous aider à obtenir des services pour améliorer et stabiliser votre santé mentale. Nous nous efforcerons de vous aider et de vous soutenir après une crise.

## **Numéros d'urgence locaux et 24 heures sur 24, centres de crise sans rendez-vous et centres d'accueil**

**Vous pouvez appeler, envoyer des SMS ou chatter au 988. Le 988 est une ligne d'assistance en cas de suicide et de crise qui vous permet d'obtenir un soutien attentif et compatissant de la part de conseillers formés en matière de crise, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.**

### **Contacts en situation de crise :**

David Romprey Oregon Warmline  
800-698-2392

Teen Line Warmline (Ligne pour les ados)  
800-852-8336

Senior Loneliness Line (Ligne pour personnes âgées souffrant de solitude)  
800-282-7035

### **Clackamas County :**

Crisis Line & Mental Health Urgent Walk-In (Ligne de détresse et services d'urgence pour la santé mentale sans rendez-vous)  
11211 SE 82nd Ave, Suite O  
Happy Valley, Oregon 97086  
503-655-8585

Clackamas Adult Protective Services (Services de protection des adultes de Clackamas)  
971-673-6655

## **Multnomah County**

Crisis Line & Mental Health Urgent Walk-In (Ligne de détresse et services d'urgence pour la santé mentale sans rendez-vous)

4212 SE Division St. Suite 100

Portland Oregon, 97206

800-716-9769

Foster Care Crisis Response and Coordination (Réponse à la détresse des foyers d'accueil et coordination)

503-575-3767

Multnomah Adult Protective Services (Services de protection des adultes de Multnomah)

503-988-4450

## **Washington County**

Crisis Line (Ligne de détresse)

503-291-9111

Washington Adult Protective Services (Services de protection des adultes de Washington)

971-673-5200

## **Ressources communautaires en matière de santé mentale**

NAMI-County de Clackamas \*Espagnol disponible

503-344-5050

NAMI-County de Multnomah

503-228-5692

NAMI-County de Washington

503-356-6835

**Une crise de santé comportementale**, c'est lorsque vous avez besoin d'aide rapidement. Si elle n'est pas traitée, cette pathologie peut devenir une urgence. Veuillez appeler l'une des lignes d'écoute locales accessibles 24 heures sur 24 ci-dessus ou appeler le 988 si vous vivez l'une des situations suivantes ou si vous n'êtes pas sûr qu'il s'agisse d'une crise. Nous voulons vous aider et vous soutenir pour prévenir une urgence.

**Exemples d'éléments auxquels être attentif si vous ou un membre de votre famille présentez une urgence ou une crise de santé comportementale :**

- Envisager le suicide.
- Entendre des voix qui vous disent de vous faire du mal ou de faire du mal à une autre personne.
- Faire du mal à d'autres personnes, à des animaux ou à des biens.
- Adopter des comportements dangereux ou très perturbateurs à l'école, au travail, ou avec les amis ou la famille.

Voici certaines choses que le Trillium Community Health Plan peut faire pour soutenir la stabilité au sein de la communauté :

- Une ligne d'urgence à appeler lorsqu'un membre a besoin d'aide
- Une équipe de crise itinérante qui se rendra chez un membre qui a besoin d'aide.
- Des centres de crise sans rendez-vous (voir ci-dessous)
- Un service de répit en cas de crise (soins de courte durée)
- Des lieux d'hébergement à court terme pour se rétablir
- Des services après la stabilisation et de soins d'urgence. Ces soins sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les services de soins après stabilisation sont des services couverts, liés à une urgence médicale ou de santé comportementale, qui sont fournis après la stabilisation de l'urgence et pour maintenir la stabilité ou guérir la pathologie.
- Services d'intervention en cas de crise pour les membres recevant un traitement intensif de santé comportementale à domicile, 24 heures sur 24.

Pour en savoir plus sur les services de santé comportementale proposés, reportez-vous à la page 30.

## **Prévention du suicide**

Si vous souffrez d'une maladie mentale et que vous ne la traitez pas, vous courez le risque de commettre un suicide. Avec le bon traitement, votre vie peut s'améliorer.

### **Signes avant-coureurs fréquents du suicide**

Demandez de l'aide si vous remarquez des signes indiquant que vous ou une personne que vous connaissez pensez au suicide. Au moins 80 % des personnes envisageant le suicide cherchent de l'aide. Vous ne devez pas prendre les signes avant-coureurs à la légère.

Voici quelques signes avant-coureurs fréquents du suicide :

- Parler de vouloir mourir ou se tuer.
- Planifier un moyen de se tuer, par exemple en achetant une arme.
- Se sentir désespéré ou n'avoir aucune raison de vivre.
- Se sentir piégé ou souffrir d'une douleur insupportable.
- Parler d'être un fardeau pour les autres.
- Donner des biens de valeur.
- Penser et évoquer souvent la mort.
- Consommer davantage d'alcool ou de drogues.
- Agir de manière anxieuse ou agitée.
- Se comporter de manière imprudente.
- Se replier sur soi ou se sentir isolé.
- Avoir des sautes d'humeur extrêmes.

**Ne gardez jamais vos pensées ou vos propos sur le suicide sous silence !**

**Vous pouvez également obtenir de l'aide en :**

- En composant le 988 - il s'agit du numéro de téléphone national à trois chiffres qui permet de se connecter directement au 988, la Ligne d'écoute pour le suicide et les crises.. En appelant ou en envoyant un SMS au 988, vous serez mis en contact avec des professionnels de la santé mentale qui peuvent vous aider.
- Recherchez en ligne le numéro de crise de santé mentale de votre comté. Ils peuvent proposer des examens et vous aider à obtenir les services dont vous avez besoin. Pour une liste d'autres lignes d'assistance téléphonique en cas de crise, reportez-vous à la page 69 ou consultez le site Web : [www.TrilliumOHP.com](http://www.TrilliumOHP.com).

## Soins de suivi après une urgence

Après une urgence, vous pouvez avoir besoin de soins de suivi. Il s'agit de tout ce dont vous avez besoin après avoir quitté le service des urgences. Les soins de suivi ne constituent pas une urgence. L'OHP ne couvre pas les soins de suivi lorsque vous êtes hors de l'État. Appelez votre soignant référent ou le cabinet de votre dentiste pour organiser les soins de suivi éventuels.

- Vous devez obtenir des soins de suivi auprès de votre prestataire habituel ou de votre dentiste habituel. Vous pouvez demander au médecin des urgences d'appeler votre soignant pour organiser les soins de suivi.
- Appelez votre prestataire ou votre dentiste dès que possible après avoir reçu des soins urgents ou d'urgence. Précisez à votre soignant ou à votre dentiste où vous avez été traité et pourquoi.
- Votre soignant ou votre dentiste gèrera vos soins de suivi et fixera un rendez-vous si vous en avez besoin.

## Soins loin du domicile

### Soins planifiés hors de l'État

Le Trillium Community Health Plan vous aidera à trouver un prestataire hors de l'État et à prendre en charge le paiement d'un service couvert lorsque :

- Vous avez besoin d'un service qui n'est pas disponible en Oregon
- Ou si le service est financièrement avantageux

### Soins d'extrême urgence loin du domicile

Vous pouvez avoir besoin de soins d'urgence lorsque vous êtes loin de chez vous ou en dehors de la zone de service du Trillium Community Health Plan. **Appelez le 911 ou présentez-vous à n'importe quel service d'urgence.** Vous n'avez pas besoin de pré-approbation pour les services d'urgence. Les services médicaux d'urgence sont couverts dans l'ensemble des États-Unis, ce qui inclut la santé comportementale et les urgences dentaires. Nous ne prenons pas en charge les services en dehors des États-Unis, y compris au Canada et au Mexique.

**Ne payez pas les soins d'urgence. Si vous payez la facture du service des urgences, le Trillium Community Health Plan n'est pas autorisé à vous rembourser.** Pour savoir ce qu'il faut faire si vous êtes facturé, reportez-vous à la page 73.

## **Veillez suivre les étapes ci-dessous si vous avez besoin de soins d'urgence loin de chez vous**

1. Assurez-vous d'avoir votre carte d'identité de membre de l'Oregon Health et votre carte d'identité de membre du Trillium Community Health Plan avec vous lorsque vous voyagez hors de l'État.
2. Présentez-leur votre carte d'identité de membre du Trillium Community Health Plan et demandez-leur de facturer le Trillium Community Health Plan.
3. Ne signez aucun document avant de vous être assuré que le prestataire facturera le Trillium Community Health Plan.
4. Vous pouvez demander au service des urgences ou au service de facturation du prestataire de contacter le Trillium Community Health Plan s'ils veulent vérifier votre assurance ou s'ils ont des questions.
5. Veuillez appeler votre PCP si vous avez besoin de soins non urgents loin de chez vous.

En cas d'urgence, les étapes ci-dessus ne sont pas toujours possibles. En étant préparé et en connaissant les mesures à prendre pour les soins d'urgence hors de l'État, vous pouvez régler les problèmes de facturation lorsque vous êtes en déplacement. Ces étapes peuvent contribuer à éviter que vous soyez facturé pour des services que le Trillium Community Health Plan peut couvrir. Le Trillium Community Health Planne peut pas payer un service si le prestataire ne nous a pas envoyé de facture.

## **Factures pour services**

### **Les membres de l'OHP ne paient pas les factures des services pris en charge.**

Lorsque vous fixez votre première consultation avec un prestataire, indiquez au secrétariat que vous êtes couvert par le Trillium Community Health Plan. Indiquez-leur si vous avez souscrit à d'autres assurances. Le prestataire saura ainsi qui facturer. Munissez-vous de votre carte d'identité de membre lors de toutes vos consultations médicales.

Aucun prestataire du réseau du Trillium Community Health Plan ni aucune personne travaillant pour lui ne peut facturer un membre, envoyer la facture d'un membre à une agence de recouvrement ou tenter une action civile contre un membre pour recouvrer toute somme due par le Trillium Community Health Plan pour des services dont vous n'êtes pas responsable au prestataire contractuel.

## **Les membres ne peuvent pas être facturés pour des rendez-vous manqués ou des erreurs.**

- Les rendez-vous non honorés ne sont pas un service de l'OHP (Medicaid) et ne sont pas facturables au membre ou à l'OHP.
- Si votre prestataire n'envoie pas les bons documents ou n'obtient pas d'approbation, vous ne pouvez pas recevoir de facture. C'est ce que l'on appelle une erreur du prestataire.

## **Les membres ne peuvent pas obtenir de solde à payer ou de facturation surprise.**

Lorsqu'un prestataire facture le montant restant sur la facture, on parle de facturation du solde. C'est ce que l'on appelle également la facturation surprise. Ce montant est la différence entre le montant réel facturé et le montant que le Trillium Community Health Plan paie. Cela se produit le plus souvent lorsque vous consultez un prestataire hors réseau. Les membres ne sont pas tenus de prendre en charge ces coûts.

Si vous avez des questions, appelez le Service client 877-600-5472. Pour plus d'informations concernant la facturation surprise, consultez le site

Web : <https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf>.

## **Si votre prestataire vous envoie une facture, ne la payez pas.**

Appelez le Trillium Community Health Plan pour obtenir une assistance immédiate au 877-600-5472, (TTY 711).

Vous pouvez également appeler le service de facturation de votre prestataire et vous assurer qu'il sait que vous bénéficiez de l'OHP.

## **Il se peut que vous deviez payer pour certains services.**

En général, avec le Trillium Community Health Plan, vous n'avez pas à payer de factures médicales. Parfois, cependant, c'est le cas.

### **Vous devez régler le prestataire si :**

- **Vous recevez des soins courants en dehors de l'Oregon.** Vous bénéficiez de services en dehors de l'Oregon qui ne sont pas destinés à des soins urgents ou d'urgence.

- **Vous ne signalez pas au prestataire que vous bénéficiez de l'OHP.** Vous n'avez pas indiqué au prestataire que vous bénéficiez du Trillium Community Health Plan ou d'une autre assurance ou vous avez donné un nom qui ne correspondait pas à celui figurant sur la carte d'identité de membre du Trillium Community Health Plan au moment de la prestation du service ou après celle-ci, si bien que le prestataire n'a pas pu facturer le Trillium Community Health Plan. Les prestataires doivent vérifier votre éligibilité au Trillium Community Health Plan au moment du service et avant de facturer ou d'effectuer des recouvrements. Ils doivent s'efforcer d'obtenir des informations sur votre assurance avant de vous facturer.
- **Vous continuez à recevoir un service refusé.** Vous ou votre représentant avez demandé le maintien des prestations au cours d'une procédure d'appel et d'audience de cas contesté, et la décision finale n'a pas été en votre faveur. Vous devrez payer tous les frais encourus pour les services refusés à partir de la date d'entrée en vigueur figurant sur l'avis d'action ou l'avis de résolution d'appel.
- **Vous recevez de l'argent pour des services suite à un accident.** Si un tiers payeur, comme une assurance automobile, vous a envoyé des chèques pour des services que vous avez obtenus de votre prestataire et que vous n'avez pas utilisé ces chèques pour payer le prestataire.
- **Nous ne travaillons pas avec ce prestataire.** Lorsque vous choisissez de consulter un prestataire qui ne fait pas partie du réseau du Trillium Community Health Plan, il se peut que vous ayez à régler le coût de ses services. Avant de consulter un prestataire qui ne fait pas partie du réseau du Trillium Community Health Plan, vous devez appeler le Service client ou consulter votre PCP. Une autorisation préalable peut être nécessaire ou il se peut qu'un prestataire du réseau puisse répondre à vos besoins.
- **Vous choisissez d'obtenir des services qui ne sont pas pris en charge.** Vous devez payer lorsque vous choisissez de bénéficier de services que le prestataire vous signale comme n'étant couverts par le Trillium Community Health Plan. Dans ce cas :
  - Ce service n'est pas couvert par votre régime.
  - Avant de bénéficier du service, vous signez un formulaire d'accord de paiement valide. Découvrez le formulaire ci-dessous.

## **Il se peut que vous deviez signer un formulaire d'accord de paiement.**

Un formulaire d'accord de paiement est utilisé lorsque vous souhaitez obtenir un service qui n'est pas pris en charge par le Trillium Community Health Plan ou l'OHP. Ce formulaire est également appelé « renonciation ». Vous pouvez voir une copie du formulaire à l'adresse <https://bit.ly/OHPwaiver>.

**Les éléments suivants doivent être exacts pour que le formulaire d'accord de paiement soit valide :**

- Le formulaire doit comporter le coût estimé du service. Il doit être identique à celui qui figure sur la facture.
- Le service est programmé dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous avez signé le formulaire.
- Le formulaire indique que l'OHP ne couvre pas le service.
- Le formulaire indique que vous acceptez de régler la facture vous-même.
- Vous avez demandé le paiement à titre privé d'un service couvert. Si vous le souhaitez, le prestataire peut vous facturer à condition de vous informer à l'avance de ce qui suit :
  - Le service est couvert et le Trillium Community Health Plan leur paierait la totalité du service couvert.
  - Le coût estimé, y compris tous les frais connexes, le montant que le Trillium Community Health Plan paierait pour le service. Le prestataire ne peut pas vous facturer un montant supérieur à celui que le Trillium Community Health Plan paierait ; et,
  - Vous acceptez sciemment et volontairement de payer pour le service couvert.
- Le prestataire documente par écrit, signé par vous ou votre représentant, qu'il vous a donné les informations ci-dessus, et :
  - qu'il vous a donné la possibilité de poser des questions, d'obtenir plus d'informations et de consulter votre assistant social ou votre représentant.
  - Vous acceptez de payer à titre privé. Vous ou votre représentant signez l'accord qui contient toutes les informations sur ce paiement.
  - Le prestataire doit vous remettre un exemplaire de l'accord signé. Le prestataire ne peut pas soumettre une demande de remboursement au Trillium Community Health Plan pour le service couvert figurant sur l'accord.

**Factures pour des soins d'urgence en dehors du domicile ou de l'État**

Étant donné que certains prestataires d'urgence hors réseau ne connaissent pas les règles de l'OHP (Medicaid) de l'Oregon, ils peuvent vous facturer. Contactez le Service client du Trillium Community Health Plan si vous recevez une facture. Nous disposons probablement des ressources nécessaires pour vous aider si vous avez été injustement facturé.

**Appelez-nous immédiatement si vous recevez des factures de prestataires en dehors de l'État.** Certains prestataires envoient les factures impayées à des agences de recouvrement et peuvent même intenter des poursuites judiciaires pour se faire payer. Il est plus difficile de résoudre le problème une fois celui-ci survenu. Dès que vous recevez une facture :

- N'ignorez pas les factures médicales.

- Contactez le Service client du Trillium Community Health Plan dès que possible au 877-600-5472 (TTY : 877-600-5473).  
Horaires : Du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00.
- Si vous recevez des documents judiciaires, appelez-nous immédiatement. Vous pouvez également appeler un avocat ou la Public Benefits Hotline au 800-520-5292 pour obtenir des conseils juridiques gratuits. 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 avez reçu une facture parce que votre demande a été refusée par le Trillium Community Health Plan, contactez le Service client. Pour en savoir plus sur les refus, vos droits et ce que vous devez faire si vous n'êtes pas d'accord avec nous, reportez-vous à la page 87.

## **Conseils importants sur le paiement des services et des factures.**

- Nous vous recommandons vivement d'appeler le Service client avant d'accepter de payer un prestataire.
- Si votre prestataire vous demande de payer un ticket modérateur, ne le payez pas ! Demandez au personnel du cabinet d'appeler le Trillium Community Health Plan.
- Le Trillium Community Health Plan paie pour tous les services couverts conformément à la liste des services de santé prioritaires, voir page 24.
- Pour une brève liste des prestations et des services qui sont couverts dans le cadre de vos prestations OHP avec le Trillium Community Health Plan, qui couvre également la gestion de cas et la coordination des soins, voir page 42. Si vous avez des questions sur ce qui est pris en charge, vous pouvez demander à votre PCP ou appeler le Service client du Trillium Community Health Plan.
- Aucun prestataire du réseau du Trillium Community Health Plan ni aucune personne travaillant pour lui ne peut facturer un membre, envoyer la facture d'un membre à une agence de recouvrement ou tenter une action civile contre un membre pour recouvrer toute somme due par le Trillium Community Health Plan pour des services dont vous n'êtes pas responsable.

- Les membres ne sont jamais facturés pour les trajets vers les rendez-vous couverts. Voir page 54. Les membres peuvent demander à être remboursés pour se rendre en voiture ou obtenir des cartes de bus pour se rendre en bus aux consultations prises en charge.
- Les protections contre la facturation ne s'appliquent généralement que si le prestataire médical savait ou aurait dû savoir que vous bénéficiez de l'OHP. De plus, elles ne s'appliquent qu'aux prestataires qui collaborent avec l'OHP (mais c'est le cas de la plupart des prestataires).
- Parfois, votre prestataire ne remplit pas correctement les documents. Lorsque cela se produit, il peut ne pas être payé. Mais cela ne signifie pas que vous devez payer. Si vous avez déjà bénéficié du 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 annulera les charges.
- Si le Trillium Community Health Plan ou votre prestataire vous informe que le service n'est pas couvert par l'OHP, vous avez toujours le droit de contester cette décision en déposant un appel et en demandant une audience. Voir page 87.
- En cas de fermeture du Trillium Community Health Plan, vous n'êtes pas tenu de payer les services que nous couvrons ou fournissons.

## Membres bénéficiant de l'OHP et de Medicare.

Certaines personnes bénéficient de l'OHP (Medicaid) et de Medicare en même temps. L'OHP couvre certaines choses que Medicare ne couvre pas. Si vous disposez des deux, Medicare est votre principale couverture santé. L'OHP peut rembourser des frais comme les médicaments que l'assurance-maladie ne couvre pas.

### **Si vous disposez des deux, vous n'êtes pas responsable :**

- des tickets modérateurs
- des franchises ou
- des frais de coassurance pour les services Medicare, ces frais sont couverts par l'OHP.

Vous devrez peut-être payer un ticket modérateur pour certains frais de prescription.

Il peut arriver que vous deviez payer des franchises, une coassurance ou des tickets modérateurs si vous choisissez de consulter un prestataire en dehors du réseau. Contactez votre agence locale Aging and People with Disabilities (APD) ou Area Agency on Aging (AAA). Elle vous aidera à en savoir plus sur les modalités d'utilisation de vos avantages. Appelez le Aging

and Disability Resource Connection (ADRC) au 855-673-2372 pour obtenir le numéro de téléphone de votre agence locale APD ou AAA.

Appelez le Service client pour en savoir plus sur les prestations payées par Medicare et l'OHP (Medicaid), ou pour obtenir de l'aide pour trouver un prestataire et obtenir des services.

**Les fournisseurs factureront votre assurance-maladie et le Trillium Community Health Plan.**

Le Trillium Community Health Plan collabore avec Medicare et a conclu un accord selon lequel toutes les demandes de remboursement seront envoyées afin que nous puissions payer.

- Communiquez au prestataire votre numéro d'identité de membre de l'OHP et indiquez-lui que vous êtes couvert par le Trillium Community Health Plan. Dans le cas où il prétend toujours que vous devez de l'argent, appelez le Service client au 877-600-5472, (TTY 877-600-5473). Nous pouvons vous aider.
- Pour en savoir plus sur les rares cas où un prestataire peut vous envoyer une facture, reportez-vous à la page 73.

Les membres bénéficiant de Medicare peuvent changer ou quitter la CCO qu'ils utilisent pour les soins physiques à tout moment. Cependant, les membres bénéficiant de Medicare doivent faire appel à une CCO pour les soins dentaires et de santé comportementale.

## Changer de CCO et transférer les soins

**Vous avez le droit de changer de CCO ou de quitter une CCO si vous avez une raison valable.**

Si vous n'avez pas de CCO, votre OHP est appelé Fee-For-Service ou à la carte. On parle de « rémunération à l'acte » parce que l'État verse aux prestataires une rémunération pour chaque service qu'ils fournissent. Les membres bénéficiant du Fee-For-Service reçoivent les mêmes types de prestations de soins physiques, dentaires et comportementaux que les membres de CCO.

### Quand changer ou quitter une CCO.

La CCO dont vous disposez dépend de votre lieu de résidence. Certaines régions comptent plusieurs CCO. Dans ces régions, il existe des règles concernant le moment auquel vous pouvez changer votre CCO. Vous pouvez choisir de changer ou de vous désinscrire (quitter) pendant les périodes suivantes :

- Sous 30 jours si :
  - Vous ne voulez pas du régime auquel vous étiez inscrit, ou
  - Vous avez demandé un certain régime et l'État vous a inscrit dans un régime différent.
- Au cours des 90 premiers jours suivant votre adhésion au CCO, ou
  - Si l'État vous envoie une lettre de « couverture » indiquant que vous faites partie de la CCO après votre date de prise d'effet, vous disposez alors de 90 jours après la date de cette lettre.
- Après être resté 6 mois auprès de la même CCO.
- Lorsque vous renouvelez votre OHP.
- Si vous perdez votre couverture OHP pendant moins de 2 mois, que vous êtes réinscrit dans une CCO et que vous avez manqué votre chance de choisir la CCO lorsque vous avez renouvelé votre OHP.
- Lorsqu'une CCO est suspendue de l'ajout de nouveaux membres.
- Au moins une fois tous les 12 mois si les options ci-dessus ne s'appliquent pas.

**Si l'un des éléments suivants se produit, vous pouvez changer ou quitter à tout moment :**

- La CCO a des objections morales ou religieuses concernant le service que vous souhaitez.
- Vous avez une raison d'ordre médical. Lorsque les services connexes ne sont pas disponibles dans le réseau et que votre prestataire vous indique qu'obtenir les services séparément entraînerait un risque inutile. Exemple : une césarienne et une ligature des trompes en même temps.
- D'autres raisons, y compris, mais sans s'y limiter, de mauvais soins, un manque d'accès aux services couverts ou un manque d'accès aux prestataires du réseau qui ont l'expérience de vos besoins spécifiques en matière de soins.

- Vous déménagez hors de la zone de service.
  - Si vous déménagez dans un endroit que votre CCO ne dessert pas, vous pouvez changer de régime dès que vous informez l'OHP de votre déménagement. Veuillez appeler l'OHP au 800-699-9075 ou utiliser votre compte en ligne à l'adresse suivante : [ONE.Oregon.gov](http://ONE.Oregon.gov).
- Si vous perdez votre couverture OHP pendant moins de 2 mois, que vous êtes réinscrit dans une CCO et que vous avez manqué votre chance de choisir la CCO lorsque vous avez renouvelé votre OHP.
- Les services ne sont pas fournis dans votre langue maternelle.
- Les services ne sont pas fournis selon une approche culturellement appropriée ; ou
- Vous risquez de manquer de soins continus.

**Certaines personnes peuvent demander de changer ou de quitter une CCO à tout moment. Ces membres sont les suivants :**

- Les membres bénéficiant de Medicare et de l'OHP (Medicaid) peuvent changer ou quitter la CCO qu'ils utilisent pour les soins physiques à tout moment. Cependant, les membres bénéficiant de Medicare doivent faire appel à une CCO pour les soins dentaires et de santé comportementale.
- Les Amérindiens et autochtones de l'Alaska avec une preuve de leur origine qui veulent obtenir des soins ailleurs. Ils peuvent obtenir des soins auprès d'un établissement des services de santé indiens, d'une clinique ou d'un programme de santé destiné aux tribus, ou d'une clinique urbaine, et bénéficier du Fee-For-Service de l'OHP.

Vous pouvez vous renseigner sur ces options par téléphone ou par écrit. Veuillez appeler le Service client de l'OHP au 800-273-0557 ou envoyer un e-mail à l'adresse :

[Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov](mailto:Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov).

## **Comment changer ou quitter votre CCO**

**Points à prendre en compte :** Le Trillium Community Health Plan veut s'assurer que vous recevez les meilleurs soins possibles. Le Trillium Community Health Plan peut vous offrir certains services à la carte ou le FFS ne peuvent pas vous offrir. Lorsque vous avez un souci pour obtenir les bons soins, laissez-nous vous aider avant de quitter le Trillium Community Health Plan.

Si vous souhaitez toujours le faire, il doit y avoir une autre CCO disponible dans votre zone de service pour que vous puissiez changer votre régime.

**Informez l'OHP de votre volonté de changer ou de quitter votre CCO.** Vous et/ou votre représentant pouvez appeler le Service client de l'OHP au 800-699-9075 ou au 800-273-0557 (TTY 711) du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00. PT. Utilisez votre compte en ligne sur [ONE.Oregon.gov](http://ONE.Oregon.gov) ou envoyez un e-mail à l'adresse [Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov](mailto:Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov).

Vous pouvez continuer à recevoir des soins pendant votre changement de CCO. Pour en savoir plus, reportez-vous à la page 80.

## **Le Trillium Community Health Plan peut vous demander de vous retirer pour certaines raisons.**

Le Trillium Community Health Plan peut demander à l'OHA de vous retirer de notre régime si :

- Vous êtes abusif, peu coopératif ou dérangeant envers notre personnel ou nos prestataires. Sauf lorsque le comportement est dû à votre besoin spécifique de soins ou à votre handicap.
- Vous commettez une fraude ou d'autres actes illégaux, comme le fait de laisser quelqu'un d'autre utiliser vos prestations de soins, de modifier une ordonnance, de commettre un vol ou d'autres actes criminels.
- Vous êtes violent ou menacez de l'être. Il peut s'agir d'un prestataire de soins, de son personnel, d'autres patients ou du personnel du Trillium Community Health Plan. Lorsque la violence ou la menace de violence compromet sérieusement la capacité du Trillium Community Health Plan à fournir des services à vous ou à d'autres membres.

Nous devons demander à l'État (Oregon Health Authority) d'examiner et d'approuver votre retrait de notre régime. Vous recevrez une lettre si la demande de désinscription (retrait) de la CCO a été approuvée. Vous pouvez déposer plainte si vous n'êtes pas satisfait de la procédure ou si vous êtes en désaccord avec la décision. Voir page 87 pour savoir comment déposer une plainte ou faire appel.

## **Le Trillium Community Health Plan ne peut pas demander votre retrait de notre plan pour des raisons liées à (mais non limitées à) :**

- La dégradation de votre état de santé.
- La non utilisation des services.
- L'utilisation de trop nombreux services.
- L'utilisation de services ou le placement imminent dans un établissement de soins (comme un établissement de soins de longue durée ou un établissement de traitement résidentiel psychiatrique)
- Le comportement des personnes ayant des besoins spécifiques qui peuvent être dérangeantes ou non coopératives.
- Votre catégorie de protection, votre état de santé ou vos antécédents médicaux signifiant que vous aurez probablement besoin de nombreux services futurs ou de services futurs coûteux.
- Votre handicap physique, intellectuel, développemental ou mental.
- Votre garde confiée à l'ODHS Child Welfare.
- Votre plainte, votre désaccord avec une décision, votre demande d'appel ou d'audience.
- Votre décision concernant vos soins qui va à l'encontre du Trillium Community Health Plan.

Pour en savoir plus ou pour toute question concernant les autres raisons pour lesquelles vous pouvez être radié, les exceptions d'inscription temporaire ou les exemptions d'inscription, appelez le Trillium Community Health Plan au 877-600-5472 ou le Service client de l'OHP au 800-273-0557.

Vous recevrez une lettre indiquant vos droits de désinscription dans un délai d'au moins 60 jours avant le renouvellement de votre OHP.

## **Soins pendant votre changement ou votre départ d'une CCO**

Certains membres qui changent de régime peuvent toujours bénéficier des mêmes services, de la même prise en charge des médicaments sur ordonnance et consulter les mêmes prestataires, même s'ils ne font pas partie du réseau. Cela signifie que les soins ne changeront pas lorsque vous changerez de CCO ou que vous passerez du Fee-For-Service de l'OHP à une CCO. C'est ce que l'on appelle parfois la « transition des soins ».

Si vous avez de sérieux problèmes de santé, votre nouveau et votre ancien régime doivent collaborer pour s'assurer que vous obtenez les soins et les services dont vous avez besoin.

## **Qui peut obtenir les mêmes soins tout en changeant de régime ?**

Cette aide est destinée aux membres qui ont de graves problèmes de santé, qui ont besoin de soins hospitaliers ou de soins de santé mentale en milieu hospitalier. Voici une liste d'exemples de personnes qui peuvent bénéficier de cette aide :

- Les membres qui ont besoin de soins pour une maladie rénale en phase terminale.
- Les enfants médicalement fragiles.
- Les membres participant à des programmes de traitement du cancer du sein et du col de l'utérus.
- Les membres bénéficiant de l'aide de Care Assist pour le VIH/SIDA.
- Les membres qui ont subi une transplantation.
- Les membres enceintes ou qui viennent d'avoir un bébé.
- Les membres qui suivent un traitement contre le cancer.
- Tout membre qui, s'il ne bénéficie pas de services continus, risque de subir un préjudice grave à sa santé ou de devoir être hospitalisé ou placé en institution.

La durée de la prise en charge pour ces soins est la suivante :

- 90 jours pour les membres qui bénéficient à la fois de Medicare et de l'OHP (Medicaid).
- Pour les autres membres, le délai est plus court :
  - 30 jours pour la santé physique et buccale et 60 jours pour la santé comportementale, ou
  - Jusqu'à ce que le nouveau PCP du membre révise son régime de soins.

Le Trillium Community Health Plan s'assurera que les membres qui ont besoin des mêmes soins tout en changeant de régime puissent recevoir :

- L'accès continu aux soins et les déplacements vers les soins.
- L'autorisation pour les services de leur prestataire même s'ils ne font pas partie du réseau du Trillium Community Health Plan jusqu'à ce que l'une des situations suivantes se produise :
  - la durée minimale ou approuvée du traitement prescrit est terminée, ou
  - le prestataire chargé de la révision décide que les soins ne sont plus médicalement nécessaires. Si les soins sont dispensés par un spécialiste, le plan de traitement sera examiné par un prestataire compétent.
- Certains types de soins se poursuivront jusqu'à leur terme avec le prestataire actuel. Ces types de soins sont les suivants :
  - Les soins avant et après la grossesse et l'accouchement (prénatal et post-partum).
  - Les services de transplantation jusqu'à la première année post-transplantation.
  - La radiothérapie ou la chimiothérapie (traitement du cancer) pour leur durée de traitement.
  - Les médicaments dont la durée minimale de traitement est plus longue que les délais de transition des soins ci-dessus.

Vous pouvez obtenir une copie de la politique de coordination des soins du Trillium Community Health Plan, en appelant le Service client au 877-600-5472. Vous le trouverez également sur notre site Web : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/care-coordination-and-case-management.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/care-coordination-and-case-management.html). Veuillez contacter le Service client si vous avez des questions.

## Décisions relatives à la fin de vie.

### Directives anticipées.

Tous les adultes sont en droit de prendre des décisions concernant leurs soins. Cela inclut le droit d'accepter et de refuser un traitement. Une maladie ou une blessure peut vous empêcher d'exprimer à votre médecin, aux membres de votre famille ou à votre représentant les soins que vous souhaitez recevoir. La loi de l'Oregon vous permet de formuler vos souhaits, vos croyances et vos objectifs à l'avance, avant que vous n'ayez besoin de ce type de soins. Le formulaire utilisé s'appelle une **directive anticipée**.

Une directive anticipée vous permet de :

- 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.
- Nommer une personne qui prendra les décisions à votre place en matière de soins si vous ne pouvez pas les prendre vous-même. Cette personne s'appelle votre représentant des soins et doit accepter d'endosser ce rôle.
- Vous accorder le droit de refuser ou d'accepter un traitement médical ou une intervention chirurgicale et le droit de prendre des décisions concernant vos soins médicaux.

## **Comment obtenir plus d'informations concernant les directives anticipées.**

Nous pouvons vous remettre une brochure gratuite sur les directives anticipées. Elle s'intitule « Making Health Care Decisions » (Prendre des décisions en matière de soins de santé). Il suffit de nous appeler pour en savoir plus, obtenir un exemplaire de la brochure et le formulaire de directive anticipée. Appelez le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472. Le Trillium Community Health Plan propose également de télécharger le formulaire de directive anticipée, en se rendant sur le site :

[www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx](http://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx)

Vous pouvez également vous renseigner sur les directives anticipées en appelant l'Oregon Health Decisions au numéro suivant : **503-692-0894** ou **800-422-4805** (pour les utilisateurs de TTY, veuillez composer le 711). Horaires : Du lundi au jeudi, de 09 h 00 à 15 h 00 PT.

Pour plus d'informations sur la politique et la procédure des régimes de santé communautaires de Trillium concernant les directives avancées, veuillez consulter le site suivant

[www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/Advance\\_Directive.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/Advance_Directive.html)

## **Autres informations à savoir sur la directive anticipée**

- Il vous appartient de remplir le formulaire de directive anticipée. Si vous choisissez de ne pas le remplir et le signer, votre couverture ou votre accès aux soins restera le même.
- Vous ne serez pas traité différemment par le Trillium Community Health Plan si vous décidez de ne pas le faire.
- Si vous rédigez une directive anticipée, veuillez à en parler à vos prestataires et à votre famille et à leur en donner des exemplaires.
- Le Trillium Community Health Plan honorera tous les choix que vous avez énumérés dans votre directive anticipée remplie et signée.

## **Comment porter plainte si le Trillium Community Health Plan n'a pas respecté les exigences en matière de directives anticipées.**

Vous pouvez déposer une plainte auprès du Health Licensing Office si votre prestataire ne fait pas ce que vous demandez dans votre directive anticipée.

## Health Licensing Office (Bureau des licences de santé)

503-370-9216 (pour les utilisateurs du TTY, veuillez composer le 711)

Horaires : Du lundi au vendredi, de 08 h 00 à 17 h 00. PT

Envoyez une plainte par courrier à l'adresse :

1430 Tandem Ave NE, Suite 180

Salem, OR 97301

E-mail : [hlo.info@odhsoha.oregon.gov](mailto:hlo.info@odhsoha.oregon.gov)

Appelez le Service client du Trillium Community Health Plan au 877-600-5472 (TTY 711) pour obtenir un exemplaire papier du formulaire de plainte.

Vous pouvez trouver des formulaires de plainte et plus d'informations sur le site : [www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx](http://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx).

## Comment annuler une directive anticipée.

Pour annuler, demandez le retour des exemplaires de votre directive anticipée et déchirez-les. Vous pouvez également écrire « CANCELED » (annulé) en grosses lettres, les signer et les dater. Pour toute question ou information complémentaire, contactez l'Oregon Health Decisions au 800-422-4805 ou 503-692-0894. (TTY 711).

## Quelle est la différence entre un POLST et une directive anticipée ?

### Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

Un POLST est un formulaire médical que vous pouvez utiliser pour vous assurer que vos souhaits en matière de traitement en fin de vie seront respectés par les prestataires médicaux. Vous n'êtes jamais obligé de remplir un POLST, mais si vous souffrez de maladies graves ou si vous avez d'autres raisons de ne pas vouloir recevoir tous types de traitement médical, vous pouvez en savoir plus sur ce formulaire. Le POLST est différent d'une directive anticipée :

	Directive anticipée	POLST
De quoi s'agit-il ?	Document juridique	Ordonnance médicale
Qui peut l'obtenir ?	Toute personne adulte âgée de plus de 18 ans	Toute personne de tout âge atteinte d'une maladie grave
Mon soignant doit-il approuver/signer ?	Ne nécessite pas l'approbation du prestataire	Doit être signé et approuvé par le prestataire de santé
Quand l'utiliser ?	Soins ou états de santé futurs	Soins ou états de santé actuels

Pour en savoir plus, consultez le site Web : <https://oregonpolst.org/>

E-mail : [polst@ohsu.edu](mailto:polst@ohsu.edu) ou appelez le Oregon POLST au 503-494-3965.

## **Déclaration pour le traitement de maladies mentales.**

L'Oregon dispose d'un formulaire permettant d'exprimer vos souhaits en matière de soins de santé mentale. Ce formulaire s'appelle la Déclaration de traitement de maladies mentales. Ce formulaire est destiné à vous aider lorsque vous traversez une crise ou que vous n'êtes pas dans la capacité de prendre de décisions concernant votre traitement de santé mentale. Vous avez le choix de remplir ce formulaire, lorsque vous n'êtes pas en situation de crise, et que vous pouvez comprendre et prendre des décisions concernant vos soins.

### **À quoi me sert ce formulaire ?**

Le formulaire indique le type de soins que vous souhaitez si un jour vous êtes incapable de prendre des décisions par vous-même. Seuls un tribunal et deux médecins peuvent décider si vous ne pouvez pas prendre de décisions concernant votre santé mentale.

Ce formulaire vous permet de faire des choix concernant les types de soins que vous voulez et ne voulez pas. Il peut être utilisé pour nommer un adulte responsable 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 3 ans. Si vous n'êtes plus en mesure de prendre de décision pendant ces 3 ans, votre formulaire prendra effet. Il restera en vigueur jusqu'à ce que vous puissiez à nouveau prendre des décisions. Vous pourrez annuler votre déclaration lorsque vous serez en mesure de faire des choix concernant vos soins. Vous devez remettre votre formulaire à la fois à votre PCP et à la personne que vous nommez pour prendre des décisions à votre place.

Pour en savoir plus sur la Déclaration pour le traitement de maladies mentales, consultez le site Web de l'État de l'Oregon à l'adresse suivante  
[https://aix-xweb1p.state.or.us/es\\_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf](https://aix-xweb1p.state.or.us/es_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf)

Si votre soignant ne respecte pas vos souhaits exprimés dans ce formulaire, vous pouvez porter plainte. Vous trouverez un formulaire à l'adresse : [www.healthoregon.org/hcrqi](http://www.healthoregon.org/hcrqi). Envoyez votre plainte à l'adresse :

**Health Facility Licensing and Certification Program (Programme d'autorisation et de certification des établissements de santé)**

800 NE Oregon Street, Suite 465

Portland, OR 97232

E-mail : [mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov](mailto:mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov)

FAX : (971) 673-0556

## Signalement des fraudes, gaspillages et abus.

Nous sommes un régime de santé communautaire et nous voulons nous assurer que l'argent des soins est dépensé pour aider nos membres à être en bonne santé et à se sentir bien. Nous avons besoin de votre aide pour y parvenir.

Si vous estimez qu'il y a eu fraude, gaspillage ou abus, signalez-le dès que possible. Vous pouvez le signaler de manière anonyme. Les lois sur les informateurs protègent les personnes qui signalent des fraudes, des gaspillages et des abus. Vous ne perdrez pas votre couverture si vous effectuez un signalement. Il est illégal de harceler, menacer ou discriminer une personne qui signale une fraude, un gaspillage ou un abus.

### La fraude à Medicaid est contraire à la loi et le Trillium Community Health Plan prend cela très au sérieux.

#### Voici quelques exemples de fraude, de gaspillage et d'abus commis par un prestataire :

- Un prestataire vous facturant un service couvert par le Trillium Community Health Plan
- Un prestataire facturant des services que vous n'avez pas reçus
- Un prestataire vous offrant un service dont vous n'avez pas besoin en raison de votre état de santé

#### Voici quelques exemples de fraude, de gaspillage et d'abus de la part d'un membre :

- Consulter plusieurs médecins pour obtenir des ordonnances pour un médicament qui vous a déjà été prescrit
- Toute personne utilisant la carte d'identité de membre d'une autre personne pour obtenir des prestations

### Comment effectuer un signalement de fraude, de gaspillage et d'abus.

Vous pouvez signaler une fraude, un gaspillage ou un abus de plusieurs façons :

Vous pouvez appeler, faxer, soumettre en ligne ou écrire directement au Trillium Community Health Plan. **Nous signalons toutes les suspicions de fraude, de gaspillage et d'abus commis par des prestataires ou des membres aux agences d'État énumérées ci-dessous.**

Appelez notre ligne d'assistance : 877-600-5472

Fax : 844-805-3991

Envoyez un message sécurisé à l'adresse : [www.trilliumohp.com/login.html](http://www.trilliumohp.com/login.html)

Écrivez à : Trillium Community Health Plan

PO Box 11740

Eugene, OR 97440-3940

**OU**

Signalez les fraudes, gaspillages et abus des membres en appelant, en faxant ou en écrivant à :

**DHS Fraud Investigation Unit (Unité d'enquête sur les fraudes)**

P.O. Box 14150

Salem, OR 97309

Ligne d'assistance : 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax : 503-373-1525 À l'attention de : Ligne d'assistance

Site Web : [www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx](http://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx).

OU (spécifique aux prestataires)

**OHA Office of Program Integrity (Bureau de l'intégrité des programmes)**

3406 Cherry Avenue NE

Salem, OR 97303-4924

Ligne d'assistance : 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax : 503-378-2577

Site Web : [www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx](http://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx).

OU

**Medicaid Fraud Control Unit (MFCU) (Unité de contrôle des fraudes de Medicaid)**

Oregon Department of Justice (Département de la justice de l'Oregon)

100 SW Market Street

Portland, OR 97201

Téléphone : 971-673-1880

Fax : 971-673-1890

**Pour signaler en ligne les fraudes commises par les patients et les prestataires :**

[www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx](http://www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx)

**Le Trillium Community Health Plan s'engage à prévenir la fraude, le gaspillage et les abus. Nous respecterons toutes les lois connexes, y compris la loi sur les fausses réclamations de l'État et la loi fédérale sur les fausses réclamations.**

## Plaintes, griefs, appels et audiences équitables

Le Trillium Community Health Plan veille à ce que tous les membres aient accès à un système de règlement des griefs (plaintes, griefs, appels et audiences). Nous essayons de faire en sorte qu'il soit facile pour les membres de déposer une plainte, un grief ou un recours et d'obtenir des informations sur le processus d'audience auprès de l'Oregon Health Authority.

Prévenez-nous si vous avez besoin d'aide pour toute partie du processus de plainte, de grief, d'appel et/ou d'audience. Nous pouvons également vous donner de plus amples informations sur la manière dont nous traitons les plaintes/griefs et les appels. Des copies de notre modèle de notification sont également disponibles. Si vous avez besoin d'aide ou si vous souhaitez obtenir plus d'informations que celles contenues dans le Guide, contactez-nous à l'adresse suivante :

- Téléphone : 541-214-3948
- Appelez notre coordinateur des griefs au 877-600-5472 TTY : 877-600-5473
- Fax : 844-805-3991
- Adresse : Trillium Community Health Plan  
PO Box 11740  
Eugene, OR 97440-3940
- E-mail : [Grievances@TrilliumCHP.com](mailto:Grievances@TrilliumCHP.com)
- Site Web : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html)

## Vous pouvez déposer une plainte

- Une **plainte** c'est nous faire savoir que vous n'êtes pas satisfait.
- Un **litige** survient lorsque vous n'êtes pas d'accord avec le Trillium Community Health Plan ou un prestataire.
- Un **grief** est une plainte que vous pouvez déposer si vous n'êtes pas satisfait du Trillium Community Health Plan, de vos services de santé ou de votre prestataire. Un litige peut également constituer un grief.

Pour faire simple, l'OHP utilise le mot **plainte** pour les griefs et les litiges également.

Vous avez le droit de déposer une plainte si vous n'êtes pas satisfait de tout ou partie de vos soins. Nous nous efforcerons d'améliorer les choses. Appelez simplement le Service client au 877-600-5472, TTY : 877-600-5473. Vous pouvez également déposer une plainte auprès de l'OHA ou d'un médiateur. Vous pouvez joindre l'OHA au 1-800-273-0557 ou le Bureau des médiateurs au 1-877-642-0450.

ou

Écrivez à :

Trillium Community Health Plan  
PO Box 11756  
Eugene, OR, 97440  
E-mail : [grievances@Trilliumchp.com](mailto:grievances@Trilliumchp.com)

Fax : 844-850-4861

Vous pouvez également trouver un formulaire de plainte à l'adresse suivante  
[www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html)

Vous pouvez déposer une plainte sur toute question autre qu'un refus de service ou de prestation et à tout moment, oralement ou par écrit. Si vous déposez une plainte auprès de l'OHA, celle-ci sera transmise au Trillium Community Health Plan.

**Voici quelques exemples de raisons pour lesquelles vous pouvez déposer une plainte :**

- Problèmes pour prendre des rendez-vous ou se faire conduire
- Problèmes pour trouver un prestataire près de chez vous
- Ne pas se sentir respecté ou compris par les prestataires, le personnel des prestataires, les chauffeurs ou le Trillium Community Health Plan
- Soins dont vous n'étiez pas sûr, mais que vous avez quand même reçus
- Factures pour des services que vous n'avez pas accepté de payer
- Litiges sur les propositions d'extension du Trillium Community Health Plan pour prendre des décisions d'autorisation
- Sécurité du conducteur ou du véhicule
- Qualité du service que vous avez reçu

Un représentant ou votre prestataire peut déposer une plainte en votre nom, avec votre autorisation écrite à cet effet.

Nous examinerons votre plainte et vous ferons savoir ce qui peut être fait aussi rapidement que votre santé l'exige. Cette opération sera effectuée sous 5 jours ouvrables à compter du jour de la réception de votre plainte.

Si nous avons besoin de plus de temps, nous vous enverrons une lettre sous 5 jours ouvrables. Nous vous expliquerons la raison pour laquelle nous avons besoin de plus de temps. Nous ne demanderons un délai supplémentaire que si c'est dans votre intérêt. Toutes les lettres seront rédigées dans la langue de votre choix. Nous vous enverrons une lettre sous 30 jours à compter de la date à laquelle nous avons reçu la plainte, expliquant comment nous allons la traiter.

Si vous n'êtes pas satisfait de la façon dont nous avons traité votre plainte, vous pouvez en faire part à l'Unité du Service client de l'OHP au 1-800-273-0557 ou vous adresser au Programme de médiation de l'OHA. Les médiateurs sont les défenseurs des membres de l'OHP et ils feront de leur mieux pour vous aider. Veuillez envoyer un e-mail à l'OHA.

[OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov) ou laissez un message au 877-642-0450.

Le 211 Info constitue une autre ressource pour les aides et les services dans votre communauté. Appelez le 2-1-1 ou consultez le site Web [www.211info.org](http://www.211info.org) pour une assistance.

### **Le Trillium Community Health Plan, ses contractants, ses sous-traitants et ses prestataires participants ne peuvent pas :**

- Empêcher un membre d'utiliser toute partie du processus du système de plainte et d'appel ou prendre des mesures punitives contre un prestataire qui demande un résultat accéléré ou soutient l'appel d'un membre.
- Encourager le retrait d'une plainte, d'un appel ou d'une audience déjà requise ; ou
- Utiliser le dépôt ou le résultat d'une plainte, d'un appel ou d'une audience comme une raison pour réagir contre un membre ou pour demander la désinscription d'un membre.

### **Vous pouvez nous demander de modifier une décision que nous avons prise.**

#### **On parle alors de faire appel.**

Si nous refusons, interrompons ou réduisons un service médical, dentaire ou de santé comportementale, nous vous enverrons une lettre de refus qui vous informera de notre décision. Cette lettre de refus est également appelée « Notice of Adverse Benefit Determination » (NOABD). Nous informerons également votre prestataire de notre décision.

**Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision, vous avez le droit de nous demander de la modifier.** On parle d'appel car vous faites appel de notre décision.

## Suivez les étapes suivantes si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision

### Étape 1

#### Faites appel.

Vous devez faire votre demande dans un délai de 60 jours à compter de la date de la lettre de refus (NOABD).

Contactez-nous au 877-600-5472 (TTY 877-600-5473) ou utilisez le formulaire de demande de révision d'une décision en matière de soins. Le formulaire est envoyé avec la lettre de refus. Vous pouvez également le trouver à l'adresse [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/formembers/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/formembers/handbooks-forms.html).

Vous pouvez envoyer le formulaire par courrier à :

Trillium Community Health Plan  
PO Box 11756  
Eugene, OR, 97440

E-mail : [Appeals@TrilliumCHP.com](mailto:Appeals@TrilliumCHP.com)

Vous pouvez également faxer le formulaire au 844-850-4861.

#### Qui peut faire appel ?

Vous ou une personne ayant l'autorisation écrite de parler en votre nom. Il peut s'agir de votre médecin ou d'un représentant autorisé.

## Étape 2

### **Attendez notre retour.**

Dès que nous recevons votre demande, nous examinerons la décision initiale. Un nouveau médecin examinera votre dossier médical et la demande de service pour voir si nous avons suivi les règles correctement. Vous pouvez nous donner toute information supplémentaire qui, selon vous, nous aiderait à revoir la décision.

### **Combien de temps avez-vous pour examiner mon appel ?**

Nous disposons de 16 jours pour examiner votre demande et vous répondre. Si nous avons besoin de plus de temps, nous vous enverrons une lettre. Nous avons jusqu'à 14 jours supplémentaires pour répondre.

### **Que faire si j'ai besoin d'une réponse plus rapide ?**

Vous pouvez demander un recours rapide. Cela s'appelle également un appel accéléré. Appelez-nous ou faxez le formulaire de demande. Le formulaire est envoyé avec la lettre de refus. Vous pouvez également le trouver à l'adresse [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/formembers/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/formembers/handbooks-forms.html). ADemandez un recours rapide si le fait d'attendre le recours ordinaire risque de mettre en danger votre vie, votre santé ou votre capacité d'action. Nous vous appellerons et vous enverrons une lettre, dans un délai d'1 jour ouvrable, pour vous informer que nous avons reçu votre demande de recours rapide.

### **Combien de temps prend un recours rapide ?**

Si vous obtenez un recours rapide, nous prendrons notre décision aussi rapidement que votre santé l'exige, pas plus de 72 heures après la réception de la demande de recours rapide. Nous ferons de notre mieux pour vous joindre, vous et votre prestataire, par téléphone pour vous faire part de notre décision. Vous recevrez également une lettre.

À votre demande ou si nous avons besoin de plus de temps, nous pouvons prolonger le délai jusqu'à 14 jours.

Si un recours rapide est refusé ou si un délai supplémentaire est nécessaire, nous vous appellerons et vous recevrez une notification écrite sous deux jours. Une demande de recours rapide refusée deviendra un appel standard et devra être résolue en 16 jours ou éventuellement être prolongée de 14 jours supplémentaires.

Si vous n'êtes pas d'accord avec le prolongement du délai d'appel ou si un recours rapide est refusé, vous avez le droit de déposer une plainte.

## Étape 3

### **Consultez notre décision.**

Nous vous enverrons une lettre contenant notre décision d'appel. Cette lettre de décision d'appel est également appelée « Notice of Appeal Resolution » (NOAR). Si vous êtes d'accord avec la décision, vous n'avez rien à faire.

### **Toujours pas d'accord ? Demandez une audience.**

Vous pouvez demander à l'État de revoir la décision d'appel. On parle alors d'une demande d'audience. Vous devez demander une audience dans les 120 jours suivant la date de la lettre de décision d'appel (NOAR).

#### **Que faire si j'ai besoin d'une audience plus rapide ?**

Vous pouvez demander une audience rapide. On appelle également cela une audience accélérée.

Utilisez le formulaire d'audience en ligne à l'adresse suivante [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html). pour demander une audience normale ou une audience accélérée..

Vous pouvez également appeler l'État au 800-273-0557 (TTY 711) ou utiliser le formulaire de demande qui a été envoyé avec la lettre.

Obtenez le formulaire à

l'adresse : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html). Vous pouvez envoyer le formulaire à :

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

L'État décidera si vous pouvez avoir une audience rapide 2 jours ouvrables après avoir reçu votre demande.

#### **Qui peut demander une audience ?**

Vous ou une personne ayant l'autorisation de parler en votre nom. Il peut s'agir de votre médecin ou d'un représentant autorisé.

#### **Que se passe-t-il lors d'une audience ?**

Lors de l'audience, vous pouvez exprimer au juge administratif de l'Oregon les raisons de votre désaccord avec notre décision concernant votre appel. Le juge prendra la décision finale.

## Questions-réponses sur les appels et les audiences

### **Que se passe-t-il si je ne reçois pas de lettre de refus ? Puis-je encore faire appel ?**

Vous devez recevoir une lettre de refus avant de pouvoir faire appel.

Si votre prestataire vous dit que vous ne pouvez pas bénéficier d'un service ou que vous devrez payer pour un service, vous pouvez nous demander une lettre de refus (NOABD). Une fois que vous êtes en possession de la lettre de refus, vous pouvez faire appel.

### **Que faire si le Trillium Community Health Planne respecte pas le délai d'appel ?**

Si nous mettons plus de 30 jours à vous répondre, vous pouvez demander une révision à l'État. On appelle cela une audience. Pour demander une audience, contactez l'État au 800-273-0557 (TTY 711) ou utilisez le formulaire de demande qui a été envoyé avec la lettre de refus (NOABD). Obtenez le formulaire à l'adresse : [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/formembers/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/formembers/handbooks-forms.html).

### **Quelqu'un d'autre peut-il me représenter ou m'aider lors d'une audience ?**

Vous avez le droit d'être représenté par une autre personne de votre choix lors de l'audience. Il peut s'agir de n'importe qui, comme un ami, un membre de la famille, un avocat ou votre soignant. Vous avez également le droit de vous représenter vous-même si vous le souhaitez. Si vous engagez un avocat, ses honoraires seront à votre charge.

Pour obtenir des conseils et éventuellement une représentation gratuite, appelez la ligne d'assistance sur les prestations publiques au 1-800-520-5292 ; TTY 711. La ligne d'assistance est un partenariat entre Legal Aid of Oregon et le Oregon Law Center. Vous trouverez également des informations sur l'aide juridique gratuite sur [OregonLawHelp.com](http://OregonLawHelp.com)

## **Puis-je encore bénéficier de la prestation ou du service pendant que j'attends une décision ?**

Si vous avez obtenu la prestation ou le service qui a été refusé et que nous avons cessé de le fournir, vous pouvez nous demander de le poursuivre pendant la procédure d'appel et d'audience. Vous pouvez demander la poursuite des prestations par téléphone, par lettre ou par fax.

Vous devez :

- En faire la demande dans les 10 jours suivant la date de notification ou à la date d'entrée en vigueur de cette décision, la date la plus tardive étant retenue.
- Utiliser le formulaire Demande de révision d'une décision en matière de soins. Le formulaire est envoyé avec la lettre. Vous pouvez également le trouver à l'adresse [www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/formembers/handbooks-forms.html](http://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/formembers/handbooks-forms.html).
- Répondez « oui » à la question relative à la poursuite des services dans la case 8 de la page 4 du formulaire *Demande de révision d'une décision en matière de soins*.

## **Dois-je payer pour le service maintenu ?**

Si vous choisissez de continuer à bénéficier de la prestation ou du service refusé, vous devrez peut-être le payer. Si nous modifions notre décision au cours de l'appel, ou si le juge vous donne raison lors de l'audience, vous n'aurez rien à payer.

Si nous modifions notre décision et que vous ne recevez pas le service ou la prestation, nous approuverons ou fournirons le service ou la prestation aussi rapidement que votre santé l'exige. Nous ne prendrons pas plus de 72 heures à compter du jour où nous recevons la notification de l'annulation de notre décision.

## **Que se passe-t-il si je bénéficie également de Medicare ? Ai-je plus de droits d'appel ?**

Si vous bénéficiez à la fois du Trillium Community Health Plan et de Medicare, vous pouvez avoir d'autres droits d'appel que ceux énumérés ci-dessus. Appelez le Service client au 877-600-5472 (TTY : 877-600-5473) pour de plus amples informations. Vous pouvez également appeler Medicare au 800-633-4227 pour en savoir plus sur vos droits d'appel.

## Mots à connaître

**Appel** – Lorsque vous demandez à votre régime de modifier une décision avec laquelle vous n'êtes pas d'accord concernant un service que votre médecin a ordonné. Vous pouvez appeler, écrire une lettre ou remplir un formulaire expliquant pourquoi le régime devrait modifier sa décision. On parle alors de déposer un appel.

**Directive anticipée** – Un formulaire légal qui vous permet d'exprimer vos souhaits en matière de soins de fin de vie. Vous pouvez désigner quelqu'un pour prendre les décisions relatives aux soins de santé à votre place si vous ne pouvez pas les prendre vous-même.

**Évaluation** – Examen des informations concernant les soins, les problèmes de santé et les besoins d'un patient. Cela permet de savoir si les soins doivent être modifiés et de planifier les soins futurs.

**Facture de solde (facture surprise)** – La facturation du solde est le cas où vous recevez une facture de votre prestataire pour un montant restant. Cela se produit lorsqu'un régime ne couvre pas le coût total d'un service. Ceci est ce que l'on appelle également la facturation surprise. Les prestataires de l'OHP ne sont pas censés établir de facture de solde aux membres.

**Santé comportementale** – Il s'agit de la santé mentale, de la maladie mentale, de la dépendance et des troubles liés à la consommation de substances. Elle peut changer votre humeur, vos pensées ou votre façon d'agir.

**Ticket modérateur** – Une somme d'argent qu'une personne doit payer pour des services comme les prescriptions ou les consultations. Les membres de l'OHP n'ont pas de ticket modérateur. Les assurances santé privées et Medicare ont parfois des tickets modérateurs.

**Coordination des soins** – Un service qui vous offre une éducation, un accompagnement et des ressources communautaires. Il vous aide à œuvrer pour votre santé et à trouver votre chemin dans le système de santé.

**Action civile** – Un procès intenté pour obtenir un paiement. Il ne s'agit pas d'un procès pour un crime. Parmi les exemples, citons les blessures corporelles, le recouvrement de factures, les fautes médicales et la fraude.

**Coassurance** – Le montant que quelqu'un doit payer à un régime de santé pour les soins. Il s'agit souvent d'un pourcentage du montant, comme 20 %. L'assurance paie le reste.

**Loi sur la protection du consommateur** – Règles et lois destinées à protéger les personnes et à mettre fin aux pratiques commerciales malhonnêtes.

**Organisation de soins coordonnés (CCO)** – Une CCO est un régime local de l'OHP qui vous aide à tirer parti de vos prestations. Les CCO sont constituées de tous les types de prestataires de soins de santé au sein d'une communauté. Ils collaborent pour prendre en charge les membres de l'OHP dans une zone ou une région de l'État.

**Crise** – Une période de difficulté, de trouble ou de danger. Elle peut conduire à une situation d'urgence si elle n'est pas prise en compte.

**Déclaration de traitement de maladies mentales** – Un formulaire que vous pouvez remplir lorsque vous avez une crise sur le plan mental et que vous êtes incapable de prendre des décisions concernant vos soins. Il expose les choix concernant les soins que vous voulez et ne voulez pas. Il vous permet également de désigner un adulte qui pourra prendre des décisions concernant vos soins.

**Franchise** – Le montant que vous payez pour les services de soins couverts avant que votre assurance ne paie le reste. Cela concerne uniquement Medicare et les assurances maladie privées.

**Dispositifs d'adaptation et de réadaptation** – Des articles pour vous aider dans votre thérapie ou dans d'autres tâches quotidiennes. Les exemples comprennent :

- Déambulateurs
- Cannes
- Béquilles
- Glucomètres
- Pompes à perfusion
- Prothèses et orthèses
- Aides à la basse vision
- Dispositifs de communication
- Fauteuils roulants motorisés
- Appareil à ventilation assistée

**Diagnostic** – Lorsqu'un prestataire découvre le problème, l'état ou la maladie.

**Équipement médical durable (DME)** – Des articles comme les fauteuils roulants, les déambulateurs et les lits d'hôpitaux qui durent longtemps. Ils ne s'usent pas comme des consommables médicaux.

**Urgence dentaire** - Un problème de santé dentaire en fonction de vos symptômes. Par exemple, une douleur dentaire intense ou un gonflement.

**État médical d'urgence** – Une maladie ou une blessure qui nécessite des soins immédiats. Il peut s'agir d'une hémorragie qui ne s'arrête pas, d'une douleur intense ou d'os cassés. Cela peut causer l'arrêt de fonctionnement d'une partie de votre corps. Un état d'urgence en santé mentale est le sentiment de perdre le contrôle ou d'avoir l'impression que vous pourriez vous blesser vous ou blesser quelqu'un d'autre.

**Transport médical d'urgence** – Utiliser une ambulance ou un Life Flight pour obtenir des soins médicaux. Les techniciens médicaux d'urgence prodiguent des soins pendant le trajet ou le vol

**ER ou ED** – Il désigne le service ou le département des urgences. Il s'agit de la section d'un hôpital où vous pouvez recevoir des soins pour une urgence médicale ou de santé mentale.

**Soins aux urgences** – Les soins que vous recevez lorsque vous avez un problème médical grave et qu'il n'est pas prudent d'attendre. Ils ont lieu aux services des urgences.

**Services d'urgence** – Les soins qui améliorent ou stabilisent des conditions médicales ou de santé mentale graves et soudaines.

**Services exclus** – Ce qu'un régime de santé ne paie pas. Exemple : L'OHP ne paie pas les services destinés à améliorer votre apparence, comme la chirurgie esthétique, ni ce qui s'améliore spontanément, comme un rhume.

**Federal and State False Claims Act** – Lois qui considèrent comme un crime le fait pour quelqu'un de faire sciemment un faux dossier ou de déposer une fausse demande de soins de santé.

**Grief** – Une plainte formelle que vous pouvez déposer si vous n'êtes pas satisfait de votre CCO, de vos services de santé ou de votre prestataire. L'OHP appelle cela une plainte. La loi stipule que les CCO doivent répondre à chaque plainte.

**Services et dispositifs d'adaptation** – Services et dispositifs qui enseignent les aptitudes à la vie quotidienne. Par exemple, l'orthophonie pour un enfant qui n'a pas encore commencé à parler.

**Assurance maladie** – Un programme qui paie les soins de santé. Après votre souscription, une entreprise ou une agence gouvernementale paie les services de santé couverts. Certains régimes d'assurance exigent des paiements mensuels, appelés *primes*.

**Examen des risques pour la santé** – Une enquête sur la santé d'un membre. L'enquête porte sur la santé émotionnelle et physique, les comportements, les conditions de vie et les antécédents familiaux. Les CCO l'utilisent pour mettre les membres en contact avec l'aide et l'accompagnement adéquats.

**Soins 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 reconforter une personne mourante et à aider sa famille. Les soins palliatifs sont modulables et peuvent consister en un traitement de la douleur, des conseils et des soins de répit.

**Soins hospitaliers et ambulatoires** – Patient hospitalisé : Lorsque vous êtes admis dans un hôpital et que vous y restez au moins trois (3) nuits. Patient en ambulatoire : Lorsqu'une opération ou un traitement est effectué dans un hôpital et que vous en sortez à la suite.

**Hospitalisation** – Lorsqu'une personne est admise dans un hôpital pour y recevoir des soins.

**Coordination des soins intensifs** – Certains membres ayant des besoins spécifiques en matière de soins recevront plus d'aide et de ressources pour atteindre des résultats satisfaisants. Voici quelques exemples de personnes ayant des besoins spécifiques en matière de soins :

- Personnes âgées
- Personnes présentant un handicap
- Personnes souffrant de maladies multiples ou chroniques
- Enfants ayant des problèmes de comportement
- Personnes consommant des drogues par voie intraveineuse
- Femmes présentant une grossesse à haut risque
- Anciens combattants et leurs familles
- Personnes atteintes du VIH/SIDA ou de la tuberculose

**Medicaid** – Un programme national qui aide à couvrir les coûts des soins de santé pour les personnes à faible revenu. En Oregon, il s'agit de l'Oregon Health Plan.

**Médicalement nécessaire** – Les services et les articles nécessaires pour prévenir, diagnostiquer ou traiter un problème de santé ou ses symptômes. Il peut également s'agir de services qui constituent un traitement standard.

**Medicare** – Un programme de soins de santé pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Il aide également les personnes atteintes de certains handicaps, quel que soit leur âge.

**Réseau** – Les prestataires de soins médicaux, de santé mentale, de soins dentaires, de pharmacie et d'équipement qui ont un contrat avec une CCO.

**Prestataire du réseau ou participant** – Tout prestataire qui collabore avec votre CCO. Vous pouvez consulter gratuitement les prestataires du réseau. Certains spécialistes du réseau exigent une recommandation.

**Prestataire hors réseau** – Un prestataire qui n'a pas signé de contrat avec une CCO. La CCO ne paie pas lorsque les membres le consultent. Vous devez obtenir une autorisation pour consulter un prestataire hors réseau.

**Renonciation à l'accord de paiement de l'OHP (OHP 3165 ou 3166)** - Un formulaire que vous signez si vous acceptez de payer pour un service que l'OHP ne prend pas en charge. Il n'est valable que pour le service et les dates exactes indiqués sur le formulaire. Vous pouvez consulter le formulaire de renonciation vierge à l'adresse suivante : [:https://bit.ly/OHPwaiver](https://bit.ly/OHPwaiver). Vous ne savez pas si vous avez signé un formulaire de renonciation ? Vous pouvez vous renseigner auprès du secrétariat de votre prestataire. Pour d'autres langues, veuillez consulter le site : [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx)

**Services médicaux** – Les services que vous obtenez auprès d'un médecin.

**Régime** – Un organisme de santé ou une CCO qui paie les services de soins de santé de ses membres.

**POLST – Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST).** Un formulaire à utiliser pour s’assurer que vos souhaits en matière de soins en fin de vie sont respectés par les prestataires médicaux.

**Services post-stabilisation** – Services après une urgence pour maintenir votre état stable, ou pour l’améliorer ou le soigner

**Pré-approbation (autorisation préalable, ou PA)** – Un document qui indique que votre régime paiera pour un service. Certains régimes et services exigent une PA avant que vous puissiez bénéficier du service. Les médecins s’en chargent généralement.

**Primes** – Le coût de l’assurance.

**Couverture des médicaments sur ordonnance** – Assurance ou régime de santé qui aide à payer les médicaments.

**Médicaments sur ordonnance** – Les médicaments que votre médecin vous demande de prendre.

**Soins préventifs ou prévention** – Des soins qui vous aident à rester en bonne santé. Par exemple, se faire vacciner contre la grippe ou faire un bilan de santé chaque année.

**Soignant référent(PCP)** – Un professionnel de santé qui s’occupe de votre 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.

**Dentiste référent (PCD)** – Le dentiste chez qui vous allez habituellement et qui s’occupe de vos dents et de vos gencives.

**Prestataire** – Toute personne ou agence qui fournit un service de soins de santé.

**Services de réadaptation** – Des services pour vous aider à recouvrer la santé. Ces aides interviennent généralement après une opération, une blessure ou un trouble de toxicomanie.

**Représentant** – Une personne désignée pour agir ou parler en votre nom.

**Dépistage** – Une enquête ou un contrôle pour vérifier l’état de santé et les besoins en soins.

**Soins infirmiers spécialisés** – Aide d’une infirmière pour le soin des plaies, la thérapie ou la prise de vos médicaments. Vous pouvez recevoir des soins infirmiers spécialisés à l’hôpital, en maison de retraite ou à domicile.

**Spécialiste** – Un prestataire médical qui a une formation spécifique pour soigner une certaine partie du corps ou un certain type de maladie.

**Suicide** – L’acte de s’ôter la vie.

**Télésanté** – Consultation par vidéo ou par téléphone plutôt qu’au cabinet d’un prestataire.

**Transition des soins** – Certains membres en cours de changement d’OHP peuvent toujours obtenir les mêmes services et voir les mêmes prestataires. Cela signifie que les soins ne changeront pas si vous changez de régime CCO ou si vous passez du/au Fee-For-Service de l’OHP. C’est ce que l’on appelle la « transition des soins ». Si vous avez de sérieux problèmes de santé, votre nouveau et votre ancien régime doivent collaborer pour s’assurer que vous obtenez les soins et les services dont vous avez besoin.

**Professionnel de santé conventionnelle (THW)** – Un professionnel de santé publique qui travaille avec les prestataires de soins de santé pour servir une communauté ou une clinique. Un THW veille à ce que les membres soient traités équitablement. Tous les THW ne sont pas certifiés par l’État de l’Oregon. Il existe six (6) types différents de THW, dont :

- L’agent de santé communautaire
- Le spécialiste du bien-être par les pairs
- L’intervenant de santé privé
- Le spécialiste du soutien par les pairs
- La doula
- Les professionnels de santé conventionnelle tribaux

**Soins d’urgence** – Les soins dont vous avez besoin le jour même en cas de douleur grave. Il s’agit également de soins visant à empêcher une blessure ou une maladie de s’aggraver ou à éviter la perte de fonction d’une partie de votre corps.

**Informateurs** – Une personne qui signale des cas de gaspillage, de fraude, d’abus, de corruption ou des dangers pour la santé et la sécurité publiques.

