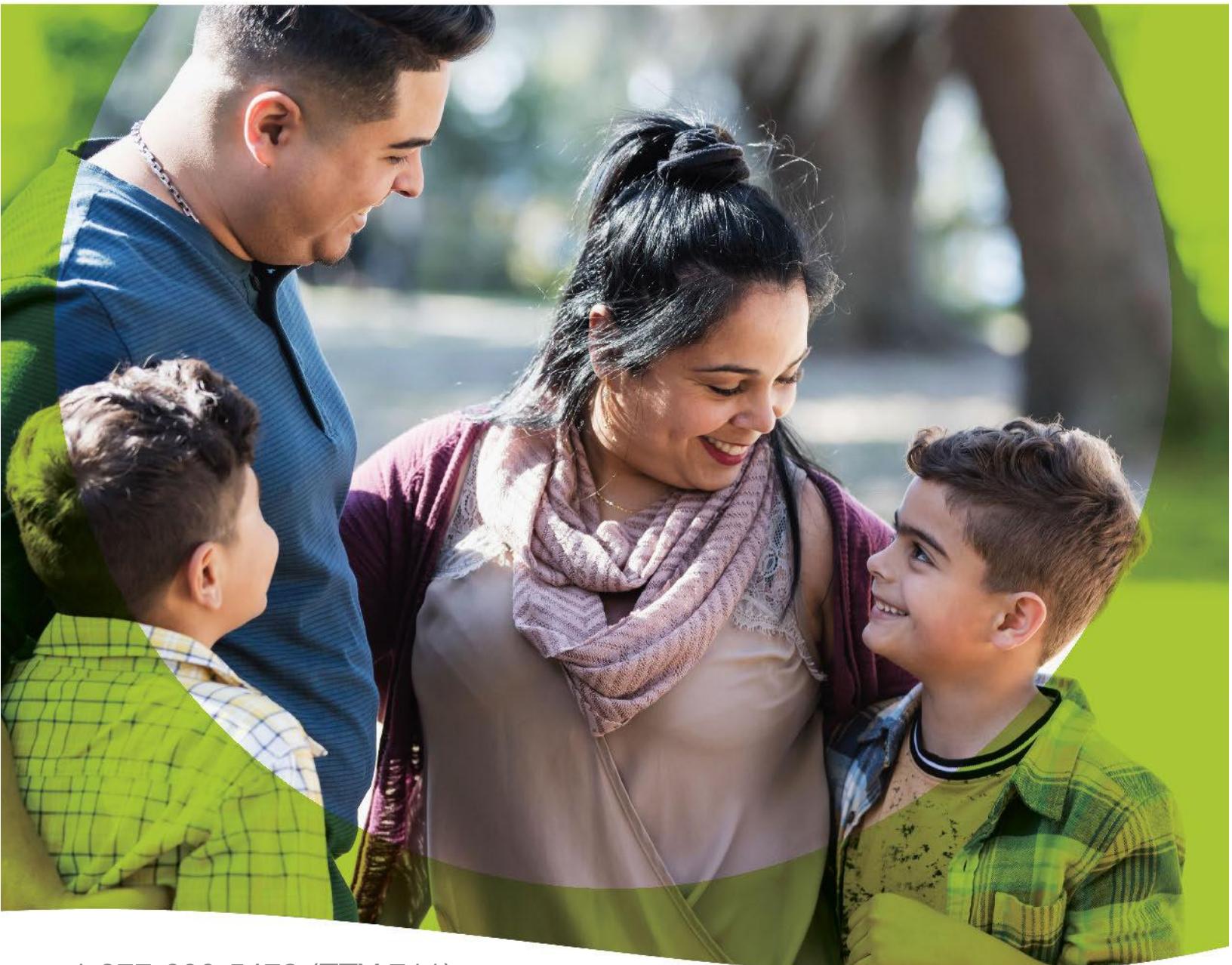




Tri-County Manual del Miembro

ESPAÑOL



1-877-600-5472 (TTY 711)
Actualizado el 1 de enero de 2026

TrilliumOHP.com

English

You can get this handbook in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 1-877-600-5472 or TTY 711. We accept relay calls.

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

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 1-877-600-5472 o TTY 711. 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 документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 1-877-600-5472 или TTY 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

Вы можете получить помощь от аккредитованного или квалифицированного медицинского устного переводчика.

Vietnamese

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 1-877-600-5472 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

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

Arabic

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة 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 1-877-600-5472 أو المبرقة الكاتبة 711. نستقبل المكالمات المحولة.

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

Somali

Waxaad heli kartaa buug-gacmeedkani 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 mid lacag la'aan ah. Wac 1-877-600-5472 ama TTY 711. Waan aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

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

Simplified Chinese

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。致电 1-877-600-5472 或 TTY 711。我们会接听所有的转接来电。

-

您可以从经过认证或合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Traditional Chinese

您可獲得本手冊的其他語言版本、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 1-877-600-5472 或聽障專線 711。我們接受所有傳譯電話。

-

您可透過經認證或合格的醫療保健口譯員取得協助。

Korean

이문서은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 1-877-600-5472 또는 TTY 711 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-

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

Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 1-877-600-5472 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

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

Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 1-877-600-5472 або телетайпу 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого або кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبانهای دیگر، درشتخط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با 1-877-600-5472 یا TTY 711 تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.

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

Romanian

Puteți obține această broșură în alte limbi, cu font mare, în Braille sau într-un format preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la 1-877-600-5472 sau TTY 711. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdionate.

-

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

Dari

شما می‌توانید این راهنمای زبان‌های دیگر، با چاپ بزرگ، بریل یا فارمات دلخواه خود دریافت کنید. همچنین می‌توانید درخواست مترجم کنید. این کمک رایگان است. تماس بگیرید به 1-877-600-5472 یا TTY 711. ما تماس‌های رله را می‌پذیریم.

-

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

Khmer/Cambodian

អ្នកអាជទន្លេលបាននេះរហូតដោយសារព័ត៌មាននៃការបង្កើត ជាមក្សាប់ចំណាំ
ជាមក្សាសំរាប់មនុស្សពិភាក្សាត បុជាប្រជុំដោយសារព័ត៌មាន
ដែលអ្នកចងចាំបាន ។ អ្នកក៏អាចធ្វើសំខ្លួនបានប្រជាធិបតេយ្យ
ដំឡើយនេះគឺត្រីតាតគិតថ្មីទេ ហើយ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-600-5472 ឬ
TTY 711 ឬផ្លូវការប្រព័ន្ធដំឡើមសំរាប់

-

អ្នកអាជទន្លេលបានអ្នកបកប្រភាសាផែលមានសញ្ញាប័ត្រ
ប្រមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។

Amharic

ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቅንቃዎች፣ በትልቅ ሁኔታ፣ በበረከለ ወይም እርስ በሚመርጫት
ማልካ ማግኘት ይቻላለ፡፡ በተጨማሪም አስተርጓሚ መጥቅም ይቻላለ፡፡ ይህ ደንብ
የሚሰጠው በነገ ነው፡፡ ወደ 1-877-600-5472 ወይም TTY 711 ይደውሉ፡፡ የጤይቶ
ጥፋቶን አንቀሳለሁ፡፡

-

ፈቻድ ካለው እና በቻት ካለው የጤና እንከብከበ አስተርጓሚ ደንብ ማግኘት ይቻላለ፡፡

Ayúdenos a mejorar este manual

OHP quiere conocer su opinión! Queremos asegurarnos de que tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a Trillium Community Health Plan y OHP a mejorar los manuales del miembro.

¡Realice la encuesta sobre el manual! Escanee el código QR o vaya a www.surveymonkey.com/r/telloHP para responder algunas preguntas.



ESCANEE PARA LA
ENCUESTA

Actualizaciones del manual

Puede encontrar el manual más actualizado aquí: <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/handbooks-forms.html>. Trillium Community Health Plan puede enviarle un manual por correo. Si necesita una copia impresa, necesita ayuda o tiene preguntas sobre el manual, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Cómo Empezar

Lo llamaremos para realizar una encuesta sobre salud para que Trillium Community Health Plan sepa el apoyo que necesita. Le haremos preguntas acerca de sus necesidades de atención en salud física, conductual, dental, del desarrollo y social. Para obtener más información acerca de esta encuesta, consulte la sección “Encuesta sobre su salud”.

Complete y envíe la encuesta de cualquiera de las siguientes formas:

- Teléfono: 1-877-600-5472 (TTY 711)
- Sitio web: <https://www.trilliumohp.com/login.html>

- Inicie sesión y diríjase al centro de bienestar para completar la V4 del cuestionario sobre riesgos iniciales (IRS) de OR.

Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.

Toda persona tiene derecho a conocer los programas y servicios de Trillium Community Health Plan. Todos los miembros tienen derecho a saber cómo utilizar nuestros programas y servicios.

Para las personas que hablan o utilizan un idioma que no sea el inglés, las personas con discapacidades o las personas que necesitan otro tipo de apoyo, podemos ofrecer ayuda gratuita.

Ejemplos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de idioma hablado y lenguaje de señas
- Materiales escritos en otros idiomas
- Braille
- Subtítulos en tiempo real (CART)
- Letra grande
- Audio y otros formatos

Puede obtener información en otro idioma o formato.

Usted o su representante pueden obtener materiales para miembros como este manual o avisos de CCO en otros idiomas, letra grande, Braille o cualquier formato que prefiera. Todos los formatos incluyen la misma información. Recibirá los materiales en un plazo de 5 días a partir de su solicitud. Esta ayuda es gratuita.

Estos son ejemplos de materiales para miembros:

- Este manual
- Lista de medicamentos cubiertos
- Lista de proveedores
- Cartas, como avisos de reclamo, denegación y apelación

No se denegará ni limitará su uso de beneficios, reclamos, apelaciones o audiencias en función de su necesidad de otro idioma o formato.

Trillium Community Health Plan puede enviarle materiales por correo electrónico.

Puede solicitarlos llamando o enviando un mensaje a nuestro portal en línea: www.trilliumohp.com/Login. Puede encontrar este manual del miembro en nuestro sitio web:

<https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/handbooks-forms.html>. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Puede tener un intérprete.

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

Informe a Trillium Community Health Plan y a la oficina de su proveedor si necesita un intérprete. Indíqueles qué idioma o formato necesita. [También puede pedir a Trillium Community Health Plan una tarjeta “Yo hablo” que puede usar en las visitas.](#)

Si necesita ayuda, llámenos al 1-877-600-5472 (TTY: 711) o llame a Servicios al Cliente de OHP al 800-273-0557 (TTY: 711).

Si no recibe la ayuda que necesita de Trillium Community Health Plan, puede presentar un reclamo o llamar a la Línea de Derechos Civiles

Públicos de la Autoridad Sanitaria de Oregon al 844-882-7889, TTY: 711, o enviar un correo electrónico a oha.publiccivilrights@odhsoha.oregon.gov.

Nuestra política contra la discriminación

La discriminación es un delito. Trillium Community Health Plan y sus proveedores deben seguir las leyes estatales y federales de derechos civiles. En ninguno de nuestros programas ni actividades podemos tratar a las personas (miembros o posibles miembros) de manera injusta por los siguientes motivos:

- Edad
- Discapacidad
- Nacionalidad de origen, lengua materna y dominio del idioma inglés
- Raza
- Religión
- Color de piel
- Sexo, características sexuales, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales
- Embarazo o afecciones relacionadas con este
- Estado de salud o necesidad de servicios

Si cree que recibió un trato injusto por alguno de los motivos anteriores, puede presentar un reclamo. Esto también se llama presentar una queja.

Puede hacer (o presentar) un reclamo ante Trillium Community Health Plan de cualquiera de estas maneras:

- Teléfono: llame a nuestro coordinador de la Sección 1557 al 1-844-577-8234 (TTY: 711)
- Fax: 866-388-1769
- Correo Postal: Trillium Community Health Plan
PO Box 31384
Tampa, FL 33631
- Correo Electrónico: SM_Section1557Coord@Centene.com
- Sitio web: <https://trilliumohp.com/grievances>

Puede leer nuestro proceso para los reclamos en <https://trilliumohp.com/grievances>.

Si tiene una discapacidad, Trillium Community Health Plan dispone de los siguientes tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en letra grande, en audio o en otros formatos
- Otras modificaciones razonables

Si necesita ayuda con el idioma, Trillium Community Health Plan dispone de los siguientes tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

¿Necesita ayuda para presentar un reclamo? ¿Necesita ayuda con el idioma o solicitar modificaciones razonables? Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711) y solicite hablar con un navegador personal para temas de salud. También tiene derecho a presentar un reclamo ante cualquiera de las siguientes organizaciones:

Oregon Health Authority (OHA) Civil Rights

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

Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division

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

Office for Civil Rights (OCR) del U.S. Department of Health and Human Services

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

Mantendremos la privacidad de su información

Solo compartimos sus registros con personas que necesiten verlos. Esto podría ser por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede limitar quién puede ver sus registros. Indíquenos por escrito si no desea que alguien vea sus registros o si desea que compartamos sus registros con alguien. Puede solicitarnos una lista de las personas con las que hemos compartido sus registros.

Si desea que compartamos sus registros e información con alguien, complete el formulario de “Autorización de uso y divulgación”. Si desea evitar que alguien vea sus registros, utilice el formulario “Restricción del acceso a los registros o a la información confidencial”. Puede obtener estos formularios llamando a Servicio al Cliente, enviando un correo electrónico a PMyInfo@TrilliumCHP.com o visitando nuestro sitio web en <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/handbooks-forms.html>

Una ley llamada Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) protege sus registros médicos y los mantiene en privado. Esto también se denomina confidencialidad. Contamos con un documento llamado Aviso de Prácticas de Privacidad en el que se explica cómo utilizamos la información personal de nuestros miembros. Se lo enviaremos si lo solicita. Simplemente llame a Servicio al Cliente y solicite nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También puede consultarlo en <https://www.trilliumohp.com/>.

Historias clínicas

Una historia clínica contiene sus condiciones médicas y los servicios que usted usó. También muestra las remisiones del médico para usted.

¿Qué puede hacer con las historias clínicas?

- Pida que le envíen su historia clínica a otro proveedor.
- Pida que arreglen o corrijan sus historias clínicas.
- Obtenga una copia de sus registros, incluidos, entre otros:
 - Historias clínicas de su proveedor
 - Registros dentales de su proveedor de atención dental
 - Registros de Trillium Community Health Plan

Se le puede cobrar un monto razonable por una copia de los registros solicitados.

En ocasiones, la ley puede restringir su acceso.

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

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

Si un proveedor le niega a usted o a su representante autorizado copias de sus historias clínicas, el proveedor debe darle un aviso por escrito. En el aviso se debe explicar el motivo de rechazo de la solicitud y explicar sus derechos para que otro proveedor revise el rechazo. En el aviso también se indicará cómo presentar un reclamo al proveedor o al secretario de Salud y Servicios Humanos.

CONSEJOS ÚTILES:

Se han respondido algunas preguntas o se pueden hacer en
<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Questions.aspx>

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

Si está buscando:

- Beneficios. Vaya a la sección [Beneficios de salud física](#)

- Proveedores de Cuidado Primario. Vaya a la sección [Proveedores de Cuidado Primario](#)
 - Autorizaciones previas y remisiones del médico. Vaya a la sección [Sus beneficios](#)
 - Derechos y responsabilidades. Vaya a la sección [Sus derechos y responsabilidades](#)
 - Traslados hasta la atención. Vaya a la sección [Traslados gratuitos para la atención](#)
 - Coordinación de los Cuidados. Vaya a la sección [Obtenga ayuda para organizar su atención con la coordinación de la atención](#)
 - Recetas. Vaya a la sección [Medicamentos con receta](#)
 - Atención de emergencia. Vaya a la sección [Atención de emergencia](#)
 - Demora para recibir atención. Vaya a la sección [Acceso a la atención que necesita](#)
 - Quejas, reclamos y apelaciones. Vaya a la sección [Reclamos, quejas, apelaciones y audiencias judiciales](#)
- Lleve siempre consigo sus tarjetas de identificación de miembro de OHP y Trillium Community Health Plan.
 - Nota: Estas se enviarán por separado, y usted recibirá su tarjeta de identificación de OHP antes que su tarjeta de identificación de miembro de Trillium Community Health Plan.

Puede encontrar su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan en el paquete de bienvenida de este manual del miembro. Su tarjeta de identificación contiene la siguiente información:

- Su nombre
 - Su número de ID
 - Información de su plan
 - Nombre e información de su Proveedor de Cuidado Primario
 - Número de teléfono de Servicio al Cliente
 - Número de teléfono de acceso al idioma
- Mi Proveedor de Cuidado Primario es _____
 - Su número es _____
- Mi dentista de atención primaria es _____
 - Su número es _____
- Otros proveedores que tengo son _____
 - Su número es _____
- Mi proveedor de transporte médico que no es de emergencia (traslados gratuitos para la atención) es Medical Transportation Management (MTM)
 - El número de MTM es 1-877-583-1552

¿Qué contiene este manual?

Actualizaciones del manual 6

Cómo Empezar.....	6
Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.....	7
<i>Puede obtener información en otro idioma o formato.</i>	7
<i>Puede tener un intérprete.</i>	8
Nuestra política contra la discriminación	9
Mantendremos la privacidad de su información	10
Historias clínicas.....	11
CONSEJOS ÚTILES:	11
¿Qué contiene este manual?	12
¡Bienvenido a Trillium Community Health Plan!.....	17
<i>Cómo trabajan en conjunto OHP y Trillium Community Health Plan</i>	17
Contáctenos	20
<i>Números de teléfono importantes</i>	20
<i>Comuníquese con Oregon Health Plan</i>	22
<i>Portal seguro para miembros</i>	22
Sus derechos y responsabilidades	23
<i>Sus derechos como miembro de OHP</i>	23
<i>Sus responsabilidades como miembro de OHP</i>	26
Miembros que son indígenas norteamericanos o nativos de Alaska	28
Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato	29
Proveedores de Cuidado Primario (PCP).....	29
<i>Dentista de atención primaria</i>	30
<i>Proveedores dentro de la red</i>	30
<i>Directorio de Proveedores</i>	30
<i>Concierte una cita</i>	31
<i>Citas perdidas</i>	32
<i>Cómo cambiar su PCP</i>	32
<i>Cambios a proveedores de Trillium Community Health Plan</i>	32
Segundas opiniones	32
Encuesta sobre su salud	32
Miembros que están embarazadas	33
Prevenir los problemas de salud es importante	34
Obtenga ayuda para organizar su atención con la coordinación de la atención.....	35
<i>Horario de coordinación de la atención e información de contacto</i>	37
<i>Miembros con Medicare</i>	37
<i>Sistema de Atención para jóvenes con necesidades complejas</i>	37
Sus beneficios	38

<i>Cómo Oregon decide lo que OHP cubrirá</i>	38
<i>Acceso directo</i>	39
<i>No se necesita remisión del médico ni aprobación previa</i>	39
<i>Obtención de aprobación previa (a veces denominada “autorización previa”)</i>	39
<i>No se requiere aprobación previa para estos servicios</i>	40
<i>Remisiones del médico a proveedores y autorremisiones</i>	41
<i>Servicios que requieren una remisión del médico</i>	41
<i>Servicios a los que puede autorremitirse:</i>	42
<i>Beneficios de salud física</i>	43
<i>Beneficios de atención de la salud conductual</i>	54
<i>Beneficios dentales</i>	58
<i>Miembros del Programa Dental de Veteranos y del Convenio de Asociación Libre (COFA)</i>	63
<i>OHP Bridge para adultos con ingresos más altos</i>	63
<i>Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud</i>	64
<i>Servicios Alternativos (ILOS)</i>	66
<i>Servicios que OHP paga</i>	66
<i>Objeciones morales o religiosas</i>	69
<i>Acceso a la atención que necesita</i>	69
<i>Tiempo que demora en recibir atención</i>	71
<i>Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años</i>	74
<i>El programa EPSDT cubre lo siguiente:</i>	74
<i>Ayuda para obtener servicios de EPSDT</i>	75
<i>Exámenes de detección</i>	75
<i>Remisión del médico al programa de EPSDT, diagnóstico y tratamiento</i>	77
<i>Adultos Jóvenes con Necesidades de Atención Médica Especiales</i>	78
<i>Trabajadores de Salud Tradicionales (THW)</i>	79
<i>Información de contacto del enlace de THW</i> :.....	80
<i>Servicios adicionales</i>	80
<i>Servicios flexibles</i>	80
<i>Traslados gratuitos hacia la atención</i>	83
<i>Traslados gratis a las citas para todos los miembros de Trillium Community Health Plan.</i>	83
<i>Programar un traslado</i>	83
<i>Expectativas durante la llamada</i>	83
<i>Recogida y entrega</i>	84
<i>Como pasajero, usted tiene derechos y responsabilidades:</i>	85
<i>Cancelar o cambiar su traslado</i>	85
<i>Qué sucede si usted no se presenta</i>	86
<i>Si se deniega el traslado</i>	86
<i>Guía de Traslados</i>	86
<i>Recibir atención por video o teléfono</i>	87

<i>Cómo encontrar proveedores de telesalud</i>	87
<i>Cuándo utilizar la telesalud</i>	88
<i>Las visitas de telesalud son privadas.....</i>	88
<i>Cuenta con los siguientes derechos:.....</i>	88
Medicamentos de venta con receta	89
<i>Recetas cubiertas</i>	90
<i>Cómo pedir a Trillium Community Health Plan que cubra las recetas</i>	90
<i>Farmacia de pedidos por correo postal.....</i>	90
<i>OHP paga por medicamentos de salud conductual</i>	91
<i>Cobertura de medicamentos recetados para miembros con Medicare</i>	91
<i>Obtención de medicamentos recetados antes de un viaje</i>	91
Hospitales	92
Atención de urgencia	94
<i>Atención física urgente</i>	94
<i>Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas.....</i>	94
<i>Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa en el área del Trillium Community Health Plan:</i>	95
<i>Atención dental de urgencia</i>	98
Atención de emergencia	98
<i>Emergencias físicas</i>	98
<i>Emergencias dentales</i>	99
<i>Crisis y emergencia de salud conductual</i>	100
<i>Prevención del suicidio</i>	101
<i>Atención de seguimiento después de una emergencia</i>	102
Atención médica lejos del hogar	103
<i>Atención planificada fuera del estado</i>	103
<i>Atención de emergencia lejos del hogar</i>	103
Facturación de servicios	104
<i>Los miembros de OHP no pagan facturas por los servicios cubiertos.....</i>	104
<i>Si un proveedor le envía una factura, no la pague</i>	105
<i>Es posible que tenga que pagar por servicios.....</i>	105
<i>Es posible que se le pida que firme un formulario de Acuerdo de Pago.....</i>	106
<i>Facturas por atención de emergencia fuera de casa o fuera del estado</i>	108
<i>Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas</i>	109
Miembros con OHP y Medicare	110
Cambio de CCO y traslado de la atención.....	111
<i>Tiene derecho a cambiar de CCO o abandonar una CCO</i>	111
<i>Cómo cambiar o dejar su CCO</i>	113
<i>Trillium Community Health Plan puede pedirle que se vaya por algunas razones</i>	113
Atención al cambiar o dejar una CCO	115

<i>Cuando necesita la misma atención al cambiar de plan</i>	115
Decisiones sobre el final de la vida útil	116
<i>Instrucciones Anticipadas</i>	116
<i>¿Cuál es la diferencia entre una POLST y las instrucciones anticipadas?</i>	118
<i>Declaración sobre tratamiento de salud mental</i>	119
Fraude, Dispendio y Abuso	121
<i>Cómo hacer una denuncia de fraude, desperdicio y abuso.....</i>	121
Reclamos, quejas, apelaciones y audiencias imparciales	123
<i>Puede presentar un reclamo.....</i>	123
<i>Puede pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos.</i>	
<i>Esto se denomina una apelación.....</i>	125
<i>Obtenga más información sobre los pasos para solicitar una apelación o audiencia:</i>	127
<i>Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias</i>	130
Palabras que Debe Conocer	132

¡Bienvenido a Trillium Community Health Plan!

Nos alegramos de que usted sea parte de Trillium Community Health Plan. A Trillium Community Health Plan le complace ayudarlo con su salud. Queremos ofrecerle la mejor atención posible.

Es importante saber cómo usar su plan. Este manual contiene información sobre nuestra compañía, cómo obtener atención y cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Cómo trabajan en conjunto OHP y Trillium Community Health Plan

Oregon Health Plan (OHP) es una cobertura de atención médica gratuita para los residentes de Oregon. OHP es el programa Medicaid de Oregon. Cubre los servicios de salud física, dental, social, del desarrollo y conductual. OHP también lo ayudará con recetas y traslados para la atención.

OHP tiene planes de salud locales que lo ayudan a usar sus beneficios. Los planes se llaman organizaciones de atención coordinada o CCO. Trillium Community Health Plan es una CCO. Trillium Community Health Plan sirve a los condados de Clackamas, Multnomah y Washington.

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

Las CCO organizan y pagan su atención médica. Pagamos a los médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar la forma en que usted recibe atención. Esto ayuda a asegurar que los proveedores se enfoquen en mejorar su salud general. Tiene derecho a preguntar sobre cómo pagamos a los proveedores. Los pagos o incentivos a proveedores no cambiarán su atención ni la forma en que usted obtiene los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711). Cuando solicite esta información, la enviaremos en un plazo de 5 días hábiles.

Consejo Asesor Comunitario

Ayude a mejorar la atención médica

El Consejo Asesor Comunitario (CAC) comparte información con la Junta Directiva de Trillium. El CAC ofrece información útil sobre cómo mejorar la atención médica.

- Los miembros del CAC hablan sobre las necesidades de salud de la comunidad local. Exploran ideas sobre cómo cubrir estas necesidades.
- Los miembros de Oregon Health Plan (OHP), padres o abuelos de los miembros de OHP forman parte del CAC. Los miembros de la comunidad local también forman parte del CAC.

- Dos miembros de cada CAC actúan como representantes en la Junta Directiva de Trillium.
- Los miembros de Trillium que se unan al CAC recibirán un estipendio por asistir a reuniones virtuales y presenciales. En las reuniones presenciales, se ofrecen comidas. También puede obtener ayuda con los costos de transporte y cuidado de niños.

Envíe una solicitud para unirse al Consejo Asesor Comunitario:

Inglés: <https://www.trilliumohp.com/content/dam/centene/trillium/medicaid/pdfs/Tri-CountyCacInterestForm.pdf>

Español:

<https://www.trilliumohp.com/content/dam/centene/trillium/Languages/Spanish/Tri-CountyCacInterest-SP.pdf>

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios de OHP. Algunos ofrecen servicios adicionales como artículos nuevos para bebés y membresías de gimnasio. Obtenga más información sobre los beneficios de Trillium Community Health Plan en las secciones “[Sus beneficios](#)” y “[Servicios adicionales](#)”.

Cuando se inscriba en OHP, recibirá una tarjeta de identificación de Oregon Health. Esto se le enviará por correo postal junto con su carta de cobertura. Cada miembro de OHP de su hogar recibirá una tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación de Oregon Health se verá así:



Cuando se inscriba en una CCO, también recibirá una tarjeta de identificación de la CCO. Esta tarjeta es muy importante. En ella se muestra que usted es miembro de Trillium Community Health Plan y se detalla otra información, como números de teléfono importantes. Su Proveedor de Cuidado Primario también aparecerá en su tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan se verá así:



Procure mostrar su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan cada vez que vaya a una cita o a la farmacia.

En su carta de cobertura y la tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan se indicará en qué CCO está inscrito. También indicará el nivel de atención que cubre su plan de CCO. Utilice su tarjeta de identificación y la tabla a continuación para ver qué tipo de atención está cubierta para usted.

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

Tipo de cobertura	Salud física	Salud dental	Salud conductual
CCO-A	Trillium Community Health Plan	Trillium Community Health Plan	Trillium Community Health Plan
CCO-B	Trillium Community Health Plan	OHP	Trillium Community Health Plan
CCO-E	OHP	OHP	Trillium Community Health Plan
CCO-F*	No está cubierto	Trillium Community Health Plan	No está cubierto
CCO-G	OHP	Trillium Community Health Plan	Trillium Community Health Plan
Tarjeta abierta**	OHP	OHP	OHP

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

** La Tarjeta abierta también se llama pago por servicio.

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

Contáctenos

La oficina de Trillium Community Health Plan está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

La oficina permanecerá cerrada el Día de Año Nuevo (01/01/26), el Día de Martin Luther King Jr. (01/19/26), el Día de los Caídos (05/25/26), el Juneteenth (6/19/26), el Día de la Independencia (observado el 07/03/26), el Día del Trabajo (09/07/26), el Día de los Veteranos (11/11/26), el Día de Acción de Gracias (11/26/26), el viernes posterior al Día de Acción de Gracias (11/27/26), la víspera de Navidad (12/24/2026) y el Día de Navidad (12/25/26). Solo abrimos hasta las 12:00 p.m. (mediodía) en la víspera de Año Nuevo (12/31/26).

Si Trillium Community Health Plan debe cerrar la oficina en caso de emergencia, el horario de oficina actualizado se publicará en nuestro sitio web, páginas de redes sociales y puertas de la oficina. Podrá comunicarse con nuestro equipo de Servicio al Cliente, ya que todos ellos trabajan desde casa.

Esta es la dirección de nuestra oficina:

Trillium Community Health Plan
13221 SW 68th Parkway, Ste 300
Tigard, OR 97223

Llamadas sin cargo: 1-877-600-5472 (TTY: 711)

Fax: 844-805-3991

En línea: <https://www.trilliumohp.com/>

Dirección postal:

Trillium Community Health Plan
PO Box 11740
Eugene, OR 97440

Números de teléfono importantes

- Beneficios y atención médicos

Llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472 o (TTY: 711). Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Obtenga más información en la sección “[Beneficios de salud física](#)”.

- Beneficios de farmacia

Express Scripts

Servicios para Miembros: 877-600-5472 Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Servicio de Asistencia de Farmacia: 833-750-4499

<https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services.html> que tendrá un enlace al portal Express Scripts®

Obtenga más información en la sección “[Medicamentos con receta](#)”.

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

Servicio al Cliente: 877-600-5472 o (TTY: 711).

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

Obtenga más información en la sección “[Beneficios de atención de salud conductual](#)”.

- Beneficios y atención dentales

Advantage Dental Services

Llamadas sin cargo a Servicio al Cliente al 1-866-268-9631 (TTY: 711)

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

Capitol Dental Care

Servicio al Cliente 1-503-585-5205 o llamadas sin cargo 1-800-525-6800 (TTY: 1-800-735-2900)

Horario: de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

Oregon Dental Service

Servicio al Cliente 1-503-243-2987 o llamadas sin cargo 1-800-342-0526 (TTY: 711)

Horario: de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.

Obtenga más información en la sección “[Beneficios dentales](#)”.

- Beneficios y atención de la vista

Llame a Servicio al Cliente: 877-600-5472 (TTY: 711).

Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Obtenga más información en la sección “[Beneficios de salud física](#)”.

- Traslados gratuitos para la atención física, dental o de salud conductual

Medical Transportation Management (MTM)

Puede obtener un traslado gratuito para la atención física, la atención dental y las visitas de salud conductual.

Llame al 1-877-583-1552 (TTY: 711) para organizar un traslado.

Horario: de domingos a sábado, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Cierre por feriados: Día de Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, y Día de Navidad.

Obtenga más información en la sección “[Traslados para la atención](#)”.

- Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos

Puede obtener ayuda de intérpretes, traducciones escritas e información en otros formatos. Call 1-877-600-5472 (TTY 711). Indíquele a Trillium Community Health Plan qué idioma necesita.

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

Obtenga más información en la sección “[Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos](#)”.

Comuníquese con Oregon Health Plan

Servicio al Cliente de OHP puede ayudarlo a:

- Cambiar la dirección, el número de teléfono, el estado del hogar u otra información del caso
- Reemplazar su tarjeta de identificación de Oregon Health en caso de que se haya perdido
- Obtener ayuda para enviar una solicitud o renovar los beneficios
- Obtener ayuda local de un socio de la comunidad

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de OHP:

- Llamadas: 800-699-9075, sin cargo (TTY: 711).
- Sitio web: www.OHP.Oregon.gov.
- Correo electrónico: utilice el sitio de correo electrónico seguro en <https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt> para enviar un correo electrónico a OHP.
 - Si tiene preguntas o desea hacer cambios sobre su caso de OHP, envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
 - Si tiene preguntas sobre las CCO o sobre cómo usar sus beneficios médicos, envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.
 - Indíquele a OHP su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Oregon Health, dirección y número de teléfono.

Las **familias de adopción y tutela** deben comunicarse con el coordinador de elegibilidad médica e inscripción de adopción y tutela al:

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

Portal seguro para miembros

¡Cree su propia cuenta en línea hoy mismo! <https://www.trilliumohp.com/login.html>

Trillium Community Health Plan ofrece muchas herramientas convenientes y seguras para ayudarlo. También tiene acceso a su información médica. Para acceder a nuestro portal seguro, haga clic en el botón de inicio de sesión. Se abrirá una nueva ventana. Puede iniciar sesión o registrarse. La creación de una cuenta no tiene costo y es fácil.

Al crear una cuenta de Trillium Community Health Plan, usted puede:

1. Imprimir una tarjeta de identificación de miembro temporal
2. Solicitar una nueva tarjeta de identificación de miembro
3. Enviarnos un mensaje

Para obtener ayuda para crear una cuenta en el portal, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de Trillium Community Health Plan, usted tiene derechos. También tiene responsabilidades o acciones que debe emprender cuando recibe OHP. Si tiene alguna pregunta sobre los derechos y responsabilidades mencionados en este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Tiene derecho a ejercer sus derechos como miembro sin recibir una mala respuesta o discriminación. Puede presentar un reclamo si siente que sus derechos no se han respetado. Obtenga más información sobre cómo presentar reclamos en la sección [Reclamos, quejas, apelaciones y audiencias judiciales](#). También puede llamar a un defensor del pueblo de la autoridad sanitaria de Oregon al 877-642-0450 (TTY: 711). Puede enviarle un correo electrónico seguro a www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx.

En ocasiones, las personas menores de 18 años (menores de edad) pueden querer o necesitar recibir servicios de atención médica por su cuenta. Los menores de 15 años o más pueden recibir atención médica y dental sin el consentimiento de los padres. Para obtener más información, lea “Derechos de menores: acceso y consentimiento para la atención médica”. En este manual se comunican los tipos de servicios que los menores de cualquier sexo pueden recibir por su cuenta y cómo se pueden compartir sus historias clínicas. Puede leerlo en www.OHP.Oregon.gov. Haga clic en “Derechos de menores y acceso a la atención médica”. O visite: <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf>

Sus derechos como miembro de OHP.

Usted tiene derecho a recibir este trato

- Recibir un trato digno, respetuoso y consideración por su privacidad.
- Recibir el mismo trato que otras personas en busca de atención médica por parte de los proveedores.
- Tener una relación estable con un equipo de atención que sea responsable de gestionar su atención general.
- No ser sujetado ni mantenido lejos de otras personas, ya que sería más fácil:
 - Cuidar de usted,
 - Castigarlo, u
 - Obligarlo a que haga algo que no desea.

Usted tiene derecho a obtener esta información

- Materiales explicados de una manera y en un idioma que usted pueda entender. (Consulte [Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.](#))

- Materiales, como este manual, en los que se informe sobre las CCO y cómo usar el sistema de atención médica.
- Materiales escritos en los que se indiquen sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener servicios y qué hacer en caso de emergencia.
- Información sobre su afección, tratamientos y alternativas, lo que está cubierto y lo que no lo está. Esta información lo ayudará a tomar buenas decisiones sobre su atención. Obtenga esta información en el idioma y el formato que mejor se adapte a sus necesidades.
- Una historia clínica que mantiene un registro de sus afecciones, los servicios que recibe y las remisiones del médico. (Consulte [Historias clínicas](#)). Usted puede:
 - Tener acceso a sus historias clínicas.
 - Compartir sus historias clínicas con un proveedor.
- Aviso por escrito enviado a usted sobre un rechazo o cambio en un beneficio antes de que ocurra. Es posible que no reciba un aviso si no lo requieren las normas federales o estatales.
- Aviso por escrito enviado a usted acerca de los proveedores que ya no están dentro de la red. El término dentro de la red quiere decir que los proveedores o especialistas trabajan con Trillium Community Health Plan. (Consulte [Proveedores de Cuidado Primario \(PCP\)](#)).
- Recibir una notificación oportuna si se cancela una cita.

Usted tiene derecho a recibir esta atención

- Atención y servicios enfocados en usted. Recibir atención que le dé opciones, independencia y dignidad. Esta atención se basará en sus necesidades de salud y cumplirá con las normas de práctica.
- Servicios que tienen en cuenta sus necesidades culturales y lingüísticas y estén cerca de su residencia. Si están disponibles, puede obtener servicios en configuraciones no tradicionales, como en línea. (Consulte [Atención por video o teléfono](#)).
- Coordinación de la atención, atención basada en la comunidad y ayuda con las transiciones de atención de una manera que funcione con su cultura e idioma. Esto lo ayudará a mantenerse fuera de un hospital o centro.
- Servicios que se necesitan para saber qué condición médica tiene.
- Ayudar a utilizar el sistema de atención médica. Obtener el apoyo cultural y lingüístico que necesita. (Consulte [Ayuda gratuita en otros idiomas y](#)

[formatos](#) y [Trabajadores de la salud tradicionales \(THW\)](#)). Esto podría ser lo siguiente:

- Intérpretes de atención médica certificados o calificados.
- Traducciones escritas de materiales y recetas de farmacia.
- Trabajadores de la salud tradicionales certificados.
- Trabajadores de la salud comunitarios.
- Especialistas en bienestar entre pares.
- Especialistas de apoyo entre pares.
- Doulas.
- Navegadores personales para temas de salud.
- Ayuda del personal de CCO totalmente capacitado en las políticas y los procedimientos de CCO.
- Servicios preventivos cubiertos. (Consulte [Beneficios de salud física](#))
- Servicios de urgencias y emergencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin aprobación ni permiso. (Consulte [Hospitales, Atención de urgencia y Atención de emergencia](#)).
- Remisiones del médico a proveedores especializados para servicios coordinados cubiertos que son necesarios en función de su salud. (Consulte [Remisiones del médico a proveedores y autorremisiones](#)).
- Apoyo adicional de un defensor del pueblo de OHP (consulte [Servicios que OHP paga](#)).

Usted tiene derecho a emprender estas acciones

- Elegir a sus proveedores y cambiar esas opciones. (Consulte [Proveedores de Cuidado Primario \(PCP\)](#)).
- Obtener una segunda opinión. (Consulte [Segundas opiniones](#)).
- Pedir a un amigo, familiar o ayudante que acuda a sus citas.
- Participar activamente en la preparación de su plan de tratamiento.
- Conocer todas las opciones de tratamiento para sus condiciones médicas, independientemente de la cobertura de beneficios.
- Aceptar o rechazar los servicios. Saber lo que podría suceder en función de su decisión. (Un servicio solicitado por orden judicial no se puede rechazar).
- Autorremitirse a servicios de salud conductual o planificación familiar sin el permiso de un proveedor.
- Hacer una declaración de deseos para el tratamiento. Esto significa que desea aceptar o rechazar tratamiento médico, quirúrgico o de salud conductual. También significa el derecho a formular directivas y otorgar

poderes notariales para atención médica, detallados en la ORS 127. (Consulte [Decisiones hacia el final de la vida](#))

- Presentar un reclamo o solicitar una apelación. Obtener una respuesta de Trillium Community Health Plan cuando lo haga. (Consulte [Puede presentar un reclamo](#)).
 - Pedir al estado que haga una revisión si no está de acuerdo con la decisión de Trillium Community Health Plan. Esto se denomina audiencia. (Consulte [Obtenga más información sobre los pasos para solicitar una apelación o audiencia](#):).
- Recibir intérpretes de atención médica certificados o calificados de forma gratuita para todos los idiomas que no sean el inglés y el lenguaje de señas. (Consulte [Puede tener un intérprete](#)).
- Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.

Sus responsabilidades como miembro de OHP.

Debe tratar a los demás de esta manera

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

Debe comunicar esta información a OHP

Si usted recibe OHP, debe comunicar ciertos cambios sobre usted y su hogar. En su carta de aprobación de OHP, se indica lo que debe informar y cuándo.

Puede informar sobre los cambios de una de estas maneras:

- Utilice su cuenta en línea de ONE en One.Oregon.gov para informar sobre los cambios en línea.
- Visite cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon en Oregon. Puede encontrar una lista de oficinas en:
<https://www.oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx>
- Comuníquese con un socio de la comunidad certificado por OHP. Puede encontrar un socio de la comunidad en:
<https://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx>
- Llame a Servicio al Cliente de OHP, de lunes a viernes, al 800-699-9075.
- Envíe un fax a 503-378-5628

- Envíe por correo a ONE Customer Service Center, PO Box 14015, Salem OR 97309.

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

Debe ayudar con su atención de estas maneras

- Elegir o ayudar a elegir su Proveedor de Cuidado Primario o clínica.
- Realizarse controles anuales, visitas de bienestar y atención preventiva para mantenerse saludable.
- Llegar a tiempo a las citas. Si va a llegar tarde, llamar con antelación o cancelar su cita si no puede hacerlo.
- Llevar sus tarjetas de identificación médica a las citas. Indicar en la oficina que tiene OHP y cualquier otro seguro de salud. Informar si se lesionó en un accidente.
- Ayudar a su proveedor a preparar su plan de tratamiento. Seguir el plan de tratamiento y participar activamente en su atención.
- Seguir las instrucciones de sus proveedores o pedir otra opción.
- Si no entiende, hacer preguntas sobre sus afecciones, tratamientos y otros asuntos relacionados con la atención.
- Utilizar la información que obtenga de los proveedores y equipos de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Consultar a su Proveedor de Cuidado Primario para pruebas y otras necesidades de atención, a menos que sea una emergencia.
- Consultar a especialistas dentro de la red o trabajar con su proveedor para obtener la aprobación si desea o necesita recurrir a una persona que no trabaja con Trillium Community Health Plan.
- Utilizar los servicios de urgencia o emergencia de forma adecuada. Comunicarle a su Proveedor de Cuidado Primario dentro de las 72 horas siguientes si usted usa estos servicios.
- Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica. Es posible que deba firmar un formulario llamado Revelación de información o Uso y divulgación autorizados.
- Informar a Trillium Community Health Plan si tiene algún problema, reclamo o necesita ayuda.
- Si desea servicios no cubiertos por OHP, llenar un Formulario de acuerdo de pago.
- Si usted recibe dinero debido a una lesión, ayudar a Trillium Community Health Plan a recibir pagos por los servicios que le brindamos debido a esa lesión.

Miembros que son indígenas norteamericanos o nativos de Alaska

Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska tienen derecho a elegir dónde reciben atención. Pueden utilizar Proveedores de Cuidado Primario y otros proveedores que no forman parte de nuestra CCO, como:

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

Puede utilizar otras clínicas que no estén en nuestra red. Obtenga más información sobre las remisiones del médico y las aprobaciones previas en la sección [Sus beneficios](#).

Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska no necesitan una remisión del médico o permiso para obtener atención de estos proveedores. Estos proveedores deben facturar a Trillium Community Health Plan. Solo pagaremos los beneficios cubiertos. Si un servicio necesita aprobación, el proveedor debe solicitarlo primero.

Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska tienen derecho a abandonar Trillium Community Health Plan en cualquier momento y a que el programa de pago por servicio (FFS) de OHP pague su atención. Obtenga más información sobre cómo abandonar o cambiar su CCO en la sección [Cambio de CCO y traslado de atención](#).

Si desea que Trillium Community Health Plan sepa que usted es indígena norteamericano o nativo de Alaska, comuníquese con Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075 (TTY: 711) o ingrese a su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov) para informar sobre esto.

Se le puede asignar una condición tribal que califique si se cumple cualquiera de las siguientes afirmaciones. Estas preguntas también se hacen en la aplicación de OHP:

- Es miembro inscrito de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una corporación regional de nativos de Alaska.
- Recibe servicios de Servicios de Salud para Indígenas, Clínicas de Salud Tribal, o Clínicas Urbanas para Indígenas.
- Uno de sus padres o abuelos es miembro inscrito de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una corporación o aldea regional de nativos de Alaska.

Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato

Los miembros que son nuevos en OHP o Trillium Community Health Plan pueden necesitar recetas, suministros u otros artículos o servicios lo antes posible. Si no puede consultar a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) o dentista de atención primaria (PCD) en sus primeros 30 días con Trillium Community Health Plan:

- Mientras espera una cita, puede llamar a la coordinación de la atención al 1-877-600-5472 (TTY: 711). Pueden ayudarlo a conseguir la atención que necesita. La coordinación de la atención también puede ayudar a los miembros de OHP con Medicare. (Consulte la sección [Coordinación de la atención](#) para obtener más información).
 - Si va a pasar a ser un nuevo afiliado de Medicare, consulte la sección [Miembros con OHP y Medicare](#) para obtener más información.
- Haga una cita con su PCP lo antes posible. Puede encontrar su nombre y número en su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711) si tiene preguntas y desea obtener información sobre sus beneficios. Pueden ayudarlo con lo que necesite.

Proveedores de Cuidado Primario (PCP)

Un Proveedor de Cuidado Primario es la persona a la que acudirá para visitas regulares, recetas y atención. Puede escoger uno, o nosotros podemos ayudarlo a escoger uno.

Los Proveedores de Cuidado Primario (PCP) pueden ser médicos, profesionales de enfermería y más. Tiene derecho a elegir un PCP dentro de la red de Trillium Community Health Plan. Si no elige un proveedor dentro de los 90 días posteriores a ser miembro, Trillium Community Health Plan le asignará una clínica o escogerá un PCP por usted. Trillium Community Health Plan notificará a su PCP la asignación y le enviará una carta con la información de su proveedor.

Si usted ya tiene un PCP que trabaja con Trillium Community Health Plan, infórmenoslo. Para darnos esta información, puede llamar al 1-877-600-5472 (TTY: 711) o enviar un mensaje a través de nuestro Portal Seguro para Miembros en <https://www.trilliumohp.com/login.html>

Su PCP trabajará con usted para ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. Realiza un seguimiento de todas sus necesidades de atención básica y especializada. Su PCP hará lo siguiente:

- Lo conocerá y conocerá sus antecedentes médicos.
- Le brindará atención médica.
- Mantendrá su historia clínica actualizada y en un solo lugar.
- Lo ayudará a obtener intérpretes, traducciones escritas, servicios auxiliares y modificaciones razonables de manera gratuita.

Su PCP lo remitirá a un especialista o lo ingresará a un hospital si es necesario. Cada miembro de su familia en OHP debe elegir un PCP. Cada persona puede tener un PCP diferente.

No olvide consultar a Trillium Community Health Plan sobre una DCO. Trillium no asigna proveedores de salud mental ni farmacias. Puede elegirlos usted mismo en nuestra herramienta Find a Provider (Encontrar un Proveedor) en <https://findaprovider.trilliumhealthplan.com/location>.

Dentista de atención primaria

Cada miembro de su familia debe tener un dentista que será su dentista de atención primaria (PCD). Acudirá a su PCD para la mayoría de sus necesidades de atención dental. Su PCD lo enviará con un especialista si necesita acudir a uno.

Su PCD es importante porque:

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

Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: 711) si desea cambiar de PCP, PCD u otros proveedores. Puede empezar a consultar a sus nuevos proveedores el día en que se realice este cambio.

Proveedores dentro de la red

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

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

Es posible que pueda consultar a un proveedor fuera de la red para recibir atención primaria si:

- Está cambiando de CCO o pasando del sistema de pago por servicio de OHP a una CCO ([consulte Atención mientras cambia o abandona una CCO](#))
- Es indígena norteamericano o nativo de Alaska ([consulte Miembros que son indígenas norteamericanos o nativos de Alaska](#))

Directorio de Proveedores

Puede elegir su PCP, PCD u otros proveedores de la herramienta Find a Provider (Encontrar un Proveedor) en: <https://findaprovider.trilliumhealthplan.com/location>. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener ayuda o enviar un mensaje a través de nuestro portal seguro para miembros.

A continuación se muestran ejemplos de información que puede encontrar en la herramienta Find a Provider (Encontrar un Proveedor):

- Si el proveedor acepta nuevos pacientes.
- Tipo de proveedor (médico, dental, de salud conductual, farmacia, etc.).
- Cómo ponerse en contacto con ellos.
- Opciones de atención telefónica y por video (telesalud).
- Ayuda de idioma (incluidas traducciones e intérpretes).
- Modificaciones para las personas con discapacidades.

Puede obtener una copia impresa del directorio. Puede obtenerla en otro formato (como otros idiomas, letra grande o Braille) de forma gratuita. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Concierte una cita

Puede concertar una cita con su proveedor en cuanto elija uno.

Su PCP debe ser su primera opción cuando necesite atención. Concertará una cita o lo ayudará a decidir qué tipo de atención necesita. Su PCP también lo puede remitir a otros servicios o recursos cubiertos. Llámelo para concertar una cita.

Si usted es nuevo para su PCP, concierte una cita para un control. De esta manera puede obtener información sobre usted y su historia clínica antes de que tenga algún problema o preocupación. Esto lo ayudará a evitar retrasos la primera vez que necesite utilizar sus beneficios.

Antes de su cita, anote:

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

Solicite una cita durante el horario del consultorio e informe:

- Que es miembro de Trillium Community Health Plan.
- Su nombre y número de identificación de Trillium Community Health Plan.
- El tipo de cita que necesita.
- Si necesita un intérprete y el idioma que necesita.

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

Puede conseguir transporte gratuito para llegar a su cita. Obtenga más información en la sección [Traslados gratuitos para la atención](#).

Citas perdidas

Trate de no perder citas. Si necesita perderse una, llame a su PCP y cancele de inmediato. Le programarán otra visita. Si no informa en el consultorio de su proveedor con anticipación, es posible que no acepten volver a recibirla.

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

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP en cualquier momento, en función de la disponibilidad de su PCP, a cualquier PCP que esté aceptando nuevos pacientes. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711) o envíe un mensaje a nuestro portal seguro para miembros para obtener ayuda con esto.

Puede empezar a consultar a sus nuevos proveedores el día en que se realice este cambio.

Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711) para obtener ayuda para encontrar o cambiar a su PCP y para encontrar especialistas y proveedores de salud mental.

Cambios a proveedores de Trillium Community Health Plan

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

Segundas opiniones

Tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre su afección o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si desea una segunda opinión, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan e infórmenos que desea consultar a otro proveedor.

Si no hay un proveedor calificado dentro de nuestra red y desea consultar a un proveedor fuera de nuestra red para su segunda opinión, comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan para obtener ayuda. Organizaremos la segunda opinión de forma gratuita.

Encuesta sobre su salud

Poco después de inscribirse y si tiene un cambio relacionado con su salud, Trillium Community Health Plan puede comunicarse con usted para hacerle algunas preguntas sobre su salud. La encuesta contiene preguntas sobre su salud general con el objetivo de ayudar a reducir los riesgos, mantener su salud y prevenir enfermedades.

Puede completar la encuesta por teléfono durante la llamada con el miembro del equipo de coordinación de la atención, o bien puede completarla en línea en nuestro portal seguro para miembros en <https://www.trilliumohp.com/login.html> haciendo clic en el menú y en el centro de bienestar.

La encuesta contiene preguntas sobre su salud general con el objetivo de ayudar a reducir los riesgos para la salud, mantener su salud y prevenir enfermedades.

La encuesta contiene preguntas sobre:

- Su acceso a la comida y a la vivienda.
- Sus hábitos (como ejercicio, hábitos alimenticios y si fuma o bebe alcohol).
- Cómo se siente (para ver si tiene depresión o necesita un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, su salud dental y sus antecedentes médicos.
- Su idioma principal.
- Cualquier necesidad especial de atención médica, como embarazo de alto riesgo, afecciones crónicas, trastornos de la salud conductual y discapacidades, modificaciones necesarias, etc.
- Si desea el apoyo de un equipo de coordinación de la atención.

Sus respuestas nos ayudan a determinar:

- Si necesita algún examen de salud, incluidos exámenes oculares o dentales.
- Si tiene necesidades de atención médica de rutina o especiales.
- Sus afecciones crónicas.
- Si necesita servicios y apoyos de atención a largo plazo.
- Problemas de seguridad.
- Dificultades que puede tener para obtener atención.
- Si necesita ayuda adicional con la coordinación de la atención. Consulte la sección [Coordinación de la atención](#) para obtener más información.

Si completa la encuesta en línea, un miembro del equipo de coordinación de la atención la examinará. Lo llamará para hablar sobre sus necesidades y ayudarlo a entender sus beneficios.

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

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

Miembros que están embarazadas

Si está embarazada, OHP ofrece servicios adicionales para ayudarla a usted y a su bebé a mantenerse sanos. Cuando está embarazada, Trillium Community Health Plan puede ayudarla a obtener la atención que necesita. También puede cubrir su parto y su atención durante un año después del embarazo. Cubriremos los beneficios después del embarazo por un año completo, sin importar el desenlace del embarazo.

Esto es lo que tiene que hacer cuando se entera que está embarazada:

- Informe a OHP que está embarazada en cuanto lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY: 711) o ingrese a su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).
- Indique a OHP su fecha de parto.** No tiene que saber la fecha exacta en este momento. Si está lista para dar a luz, llámenos de inmediato.
- Consúltenos sobre sus beneficios de embarazo.** Llame a Trillium Community Health Plan y consulte por el programa Start Smart for Your Baby (SSFB). El equipo de SSFB puede ayudarla a conocer sus beneficios y apoyar sus necesidades de embarazo y posparto.
- Opciones de atención durante el embarazo** El equipo de SSFB puede ayudarla a ponerse en contacto con una doula dentro de la red, que es un beneficio cubierto de OHP. TCHP también ofrece apoyo en lactancia como servicio sustituto, el cual puede brindar ayuda con la lactancia en su hogar.

Después de que finalice el embarazo:

- Llame a OHP para informar que su embarazo ha finalizado.** También puede pedir al hospital que envíe una notificación sobre el recién nacido a OHP. OHP ofrecerá cobertura para su bebé desde el nacimiento. Su bebé también tendrá Trillium Community Health Plan.
- Reciba una visita gratuita de enfermería a domicilio con Family Connects Oregon.** Es un programa de visitas de enfermería a domicilio que es gratuito para todas las familias con recién nacidos. Un enfermero acudirá a su visita para realizarle un control, brindarle consejos y recursos para recién nacidos. Family Connects está disponible en la mayoría de los condados donde Trillium Community Health Plan brinda cobertura. Para obtener más información sobre Family Connects, visite <https://www.familyconnectsoregon.org/>, o comuníquese con el equipo de SSFB a través de Servicio al Cliente de Trillium al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Prevenir los problemas de salud es importante

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que ocurran. Usted puede hacer que esto sea una parte importante de su atención. Reciba controles médicos y dentales periódicos para saber cómo está su salud.

Algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Controles y limpiezas dentales
- Mamografías (radiografías de mama)
- Examen de Papanicolaou
- Atención durante el embarazo y atención del recién nacido
- Exámenes de bienestar
- Exámenes de próstata para hombres
- Controles anuales
- Exámenes de salud infantil

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

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

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

Trillium Community Health Plan puede ayudarlo a organizar su atención.

Trillium Community Health Plan cuenta con personal que forma parte de su equipo de coordinación de la atención. El personal de Trillium Community Health Plan se compromete a brindar apoyo a los miembros con sus necesidades de atención y puede ayudarlo a encontrar atención médica física, dental, conductual, de desarrollo y social donde y cuando la necesite. Su coordinador de la atención puede:

- Obtener información sobre sus necesidades de salud para ayudarlo a encontrar la atención adecuada.
- Comunicarse con sus proveedores y asegurarse de que sus proveedores se comuniquen entre sí.
- Ayudarlo a obtener los medicamentos necesarios, el equipo médico y los suministros necesarios.
- Ayudarlo a obtener recursos adicionales para alimentos, transporte y vivienda.
- Ayudarlo a obtener los análisis de laboratorio y el tratamiento médico necesarios.

Puede obtener la coordinación de la atención de su centro de atención primaria centrado en el paciente (PCPCH), Proveedor de Cuidado Primario, Trillium Community Health Plan u otros equipos de atención primaria. Usted, sus proveedores o una persona que habla en su nombre pueden hacer preguntas sobre la coordinación de la atención por cualquier motivo, sobre todo si usted tiene una nueva necesidad de atención o sus necesidades no se están cubriendo. Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711) o visitar

<https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/care-coordination-and-case-management.html> para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

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

Trillium Community Health Plan debe contar con procesos que nos ayuden a encontrar sus necesidades de atención médica. Lo ayudaremos a hacerse cargo de su salud y bienestar.

Su equipo de coordinación de la atención hará lo siguiente:

- Lo ayudará a comprender sus beneficios y cómo funcionan.
- Trabajará con usted en su idioma de preferencia.
- Utilizará programas de atención médica para ayudarlo a controlar afecciones crónicas como la diabetes, las cardiopatías y el asma.
- Lo ayudará con problemas de salud conductual, incluida la depresión y el trastorno por consumo de sustancias.

- Lo ayudará a encontrar maneras de obtener los servicios y recursos adecuados para asegurarse de que se sienta cómodo, seguro y cuidado.
- Lo ayudará a identificar a personas en su vida o comunidad que puedan brindarle apoyo.
- Lo ayudará a elegir un Proveedor de Cuidado Primario (PCP).
- Le proporcionará atención y asesoramiento que sea fácil de seguir.
- Lo ayudará a programar citas médicas y pruebas.
- Lo ayudará a organizar el transporte a sus citas médicas.
- Lo ayudará a realizar la transición de su atención cuando sea necesario.
- Lo ayudará a obtener atención de proveedores especializados.
- Lo ayudará a asegurarse de que sus proveedores hablen entre sí sobre sus necesidades de atención médica.
- Creará con usted un plan de atención que cubra sus necesidades de salud.

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

- Ayuda para encontrar vivienda.
- Ayuda para pagar alquiler y servicios públicos.
- Servicios de nutrición.
- Traslados.
- Capacitación y clases.
- Apoyo familiar.
- Servicios sociales.
- Dispositivos para condiciones meteorológicas extremas.

Trabajo en conjunto para su atención

Su equipo de coordinación de la atención trabajará estrechamente con usted. Este equipo contará con diferentes personas que trabajarán en conjunto para cubrir sus necesidades, como proveedores, especialistas y programas comunitarios con los que usted trabaja. El equipo lo pondrá en contacto con recursos comunitarios y de apoyo social que pueden ayudarlo. El trabajo de su equipo de atención médica es asegurarse de que las personas adecuadas formen parte de su atención médica para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Todos trabajaremos juntos para brindarle apoyo.

Es posible que necesite un plan de atención

Usted y su equipo médico decidirán si se necesita un plan de atención. Este plan lo ayudará a cubrir sus necesidades y se elabora con usted, su equipo de atención médica y sus proveedores. En su plan se detallarán los apoyos y servicios necesarios para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Este plan aborda las necesidades médicas, dentales, culturales, del desarrollo, conductuales y sociales para que usted tenga resultados positivos de salud y bienestar.

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

Usted, un representante o proveedor autorizado pueden solicitar una copia de su plan de atención o solicitar el desarrollo de un plan de atención llamando a Servicios para Miembros de Trillium al 1-877-600-5472 o TTY: 711, y solicitando hablar con su administrador de casos asignado para que le envíen una copia impresa de su plan de atención por correo.

Horario de coordinación de la atención e información de contacto

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

- Llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY: 711) si se produce un cambio en sus necesidades de salud o en las personas con las que trabaja para que Trillium Community Health Plan pueda ayudarlo a coordinar su atención.
- Llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY: 711) para obtener más información sobre la coordinación de la atención.
- Trillium Community Health Plan le comunicará el nombre de la persona o el equipo responsable de coordinar su atención al enviarle una carta con su información de contacto. También se le enviará una carta si esa persona o equipo cambia.

Miembros con Medicare

También puede obtener ayuda con sus beneficios de OHP y Medicare. Un miembro del personal del equipo de coordinación de la atención de Trillium Community Health Plan trabaja con usted, sus proveedores, su plan Medicare Advantage y/o su cuidador. Nos asociamos con estas personas para proporcionarle servicios sociales y de apoyo, como servicios basados en la comunidad específicos de cada cultura.

Sistema de Atención para jóvenes con necesidades complejas

Trillium Community Health Plan trabaja con grupos locales llamados Sistemas de Atención (SOC). Estos grupos ayudan a solucionar problemas que afectan a los jóvenes y a sus familias. Los SOC incluyen a jóvenes, familias, proveedores de servicios y socios de áreas como salud mental, servicios de discapacidad, escuelas, bienestar infantil y justicia juvenil.

Si usted es parente/madre, miembro de la familia o cuidador de un joven (de 0 a 25 años de edad) con necesidades complejas, o una persona joven que recibe ayuda de muchos servicios, puede involucrarse de muchas maneras.

Para encontrar un Sistema de Atención cerca de usted, visite:

<https://www.oregon.gov/oha/hsd/bh-child-family/pages/local-systems-of-care.aspx>

Para obtener más información, visite el Consejo Asesor del Sistema de Atención:

<https://www.oregon.gov/oha/hsd/bh-child-family/pages/socac.aspx>

Sus beneficios

Cómo Oregon decide lo que OHP cubrirá

Muchos servicios están disponibles para usted como miembro de OHP. La forma en que Oregon decide qué servicios pagar se basa en la **Lista de prioridades en servicios de salud**. Esta lista se compone de diferentes condiciones médicas (llamadas diagnósticos) y los tipos de procedimientos que tratan las afecciones. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos comunes trabajan en conjunto para confeccionar la lista. Este grupo se denomina Comisión de Revisión de Evidencia de Salud de Oregon (HERC). El gobernador es quien los designa.

La lista tiene combinaciones de todas las afecciones y sus tratamientos. Estos se denominan pares de afección/tratamiento.

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

Para miembros de 21 años o más:

No todos los pares de afección y tratamiento están cubiertos por OHP. Hay un punto de parada en la lista llamado “la línea” o “el nivel de financiación”. Los pares por encima de la línea están cubiertos y los pares por debajo de la línea no. Algunas afecciones y tratamientos por encima de la línea tienen ciertas reglas y pueden no estar cubiertos.

Para miembros menores de 21 años:

Todos los servicios médicamente necesarios y médicaamente adecuados deben estar cubiertos, basados en sus necesidades individuales y antecedentes médicos. Esto incluye los elementos “debajo de la línea” en la Lista de prioridades, así como los servicios que no aparecen en la Lista de prioridades, como los equipos médicos duraderos. Consulte [Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años](#) para obtener más información sobre los beneficios para esos miembros.

Obtenga más información sobre la Lista de prioridades en:

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

Trillium Community Health Plan quiere asegurarse de que usted tenga acceso a la atención médica más actualizada. Tenemos un equipo que se encarga de los avances en medicina. Esto puede incluir nuevos medicamentos, pruebas, cirugías u otras opciones de tratamiento. El equipo comprueba que los nuevos tratamientos sean seguros. Le informaremos a usted y a su médico acerca de los nuevos servicios que cubren sus beneficios.

Acceso directo

No necesita una remisión del médico o aprobación previa para algunos servicios. Esto se denomina acceso directo. Consulte las tablas a continuación para los servicios que son de acceso directo y que no necesitan una remisión del médico o aprobación previa.



No se necesita remisión del médico ni aprobación previa

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

Consulte las secciones [Beneficios de salud física](#), [Beneficios de atención de salud conductual](#) y [Beneficios dentales](#) para obtener más información.

Obtención de aprobación previa (a veces denominada “autorización previa”)

Algunos servicios, como la cirugía o los servicios para pacientes hospitalizados, necesitan aprobación antes de obtenerlos. Esto es para asegurarse de que la atención es médica y adecuada para usted. Su proveedor se encargará de esto y puede enviarnos información para ayudarlo a obtener el servicio. Incluso si no se requiere que el proveedor nos envíe información, Trillium Community Health Plan puede necesitar revisar su caso por razones médicas.

Usted debe saber que estas decisiones se basan solo en si la atención o el servicio es adecuado para usted y si usted tiene cobertura de Trillium Community Health Plan. Trillium Community Health Plan no recompensa a los proveedores ni a ninguna otra persona por emitir rechazos de cobertura o atención. Nunca se da dinero adicional a nadie que toma la decisión de rechazar una

solicitud de atención. Comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) en los siguientes casos:

- Tiene preguntas
- Necesita ponerse en contacto con nuestro Departamento de Administración de la Utilización
- Necesita una copia de las pautas clínicas

Es posible que no reciba el servicio si no está aprobado. Revisamos las solicitudes de aprobación previa tan rápido como lo requiera su condición médica. La mayoría de las decisiones de servicio se toman en un plazo de 7 días. A veces una decisión puede tardar hasta 21 días. Esto solo sucede cuando estamos esperando más información. Si usted o su proveedor sienten que seguir el plazo estándar pone en peligro su vida, su salud o sus habilidades para la vida diaria, podemos tomar una decisión más rápida llamada “autorización de servicio acelerada”. Las decisiones de servicio aceleradas se toman normalmente en 72 horas, pero puede haber una extensión de 14 días. Usted tiene derecho a presentar un reclamo si no está de acuerdo con una decisión de extensión. Consulte [Reclamos, quejas, apelaciones y audiencias judiciales](#) para saber cómo presentar un reclamo.

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

Consulte Medicamentos [con receta](#) para obtener información sobre las recetas y cuándo necesitan aprobación previa.

No necesita aprobación para servicios de emergencia o de urgencia ni para servicios de atención de emergencia. Consulte [Atención de emergencia](#) para obtener más información.



No se requiere aprobación previa para estos servicios

- **Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios o servicios prestados por pares (de la red)**
- **Servicios de evaluación y determinación de salud conductual**
- **Tratamiento asistido con medicamentos para el trastorno por consumo de sustancias**
- **Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT) y servicios integrales** (se requiere una evaluación).

Consulte las secciones [Beneficios de salud física](#), [Beneficios de atención de salud conductual](#) y [Beneficios dentales](#) para obtener más información.

Remisiones del médico a proveedores y autorremisiones

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

Por ejemplo: si su PCP no puede proporcionarle los servicios que necesita, puede remitirlo a un especialista. Si se necesita aprobación previa para el servicio, su proveedor le pedirá aprobación a Trillium Community Health Plan.

Si no hay un especialista cerca de su residencia o un especialista que trabaje con Trillium Community Health Plan (también llamado dentro de la red), es posible que deba trabajar con el equipo de coordinación de la atención para encontrar atención fuera de la red. Para consultar a un proveedor fuera de la red, este debe trabajar con Oregon Health Plan. No hay ningún costo adicional si esto sucede.

Muchas veces su PCP puede prestar los servicios que usted necesita. Si cree que podría necesitar una remisión del médico a un especialista de atención médica, consulte a su PCP. No necesita una remisión del médico si tiene una emergencia.



Servicios que requieren una remisión del médico

- **Servicios de especialistas**

Si usted tiene necesidades especiales de atención médica, su equipo de atención médica puede trabajar en conjunto para que usted tenga acceso a especialistas sin una remisión del médico.

- **Servicios integrales**

- **Si usted acude a un proveedor de atención dental que no es su dentista de atención primaria, puede necesitar una remisión del médico para estos servicios:**

- Exámenes bucales
- Dentaduras parciales o completas
- Extracciones
- Tratamiento de conducto

Consulte las secciones [Beneficios de salud física](#), [Beneficios de atención de salud conductual](#) y [Beneficios dentales](#) para obtener más información.

Algunos servicios no necesitan una remisión de su proveedor.

Esto se denomina autorremisión.

Una **autorremisión** significa que usted puede buscar en el [Directorio de Proveedores](#) para encontrar el tipo de proveedor que le gustaría consultar. Puede llamar a ese proveedor para concertar una visita sin una remisión del médico. Obtenga más información sobre cómo encontrar un proveedor o un médico en la sección Directorio de Proveedores.

Servicios a los que puede autorremitirse:

- Visitas a su PCP
- Atención por infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios tradicionales de los trabajadores de la salud
- Proveedores de atención de la vista de rutina de la red
- Proveedores dentales de la red
- Servicios de planificación familiar (incluidos los servicios fuera de la red)
- Servicios de salud mental para problemas con el alcohol u otras drogas
- Tratamiento asistido con medicamentos para el trastorno por consumo de sustancias
- Tratamiento comunitario asertivo
- Servicios de salud conductual, incluidos los servicios de pacientes hospitalizados y residenciales (de la red)

Consulte las secciones [Beneficios de salud física](#), [Beneficios de atención de salud conductual](#) y [Beneficios dentales](#) para obtener más información.

Es posible que aún sea necesaria la aprobación previa para un servicio cuando utilice la autorremisión. Hable con su PCP o comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas acerca de si necesita una aprobación previa para obtener un servicio.

Beneficios de salud física

Consulte a continuación una lista de los beneficios médicos que están disponibles para usted sin costo alguno. Consulte la columna “Servicio” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Consulte la columna “Cómo acceder” para ver si necesita obtener una remisión del médico o aprobación previa para el servicio. Trillium Community Health Plan coordinará los servicios de forma gratuita si necesita ayuda.

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

Tecla del ícono de Tabla de Beneficios

		
Servicios que necesitan aprobación previa Algunos servicios necesitan aprobación antes de que usted reciba el servicio. Su proveedor debe pedir a la CCO la aprobación. Esto se conoce como aprobación previa.	Servicios que requieren una remisión del médico Una remisión del médico es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio. Usted debe pedir una remisión del médico a un proveedor.	No se necesita remisión del médico ni aprobación previa No necesita una remisión del médico o aprobación previa para algunos servicios. Esto se denomina acceso directo.

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

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
Servicios de coordinación de la atención Mediante los servicios de coordinación de la atención se pueden organizar actividades de atención, ayudarlo con afecciones crónicas y reunir a su equipo de atención. Ejemplo: administración de casos	 Sin remisión del médico ni	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Sin límite.</p> <p>Consulte la sección “Obtenga ayuda para organizar su atención” para obtener más información.</p>	aprobación previa	
<p>Acupuntura</p> <p>La acupuntura es una técnica en la cual los médicos insertan agujas finas en la piel para tratar problemas de salud. Las agujas pueden manipularse de forma manual o estimularse con pequeñas corrientes eléctricas (electroacupuntura).</p> <p>30 visitas por año calendario sin autorización.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa Se requiere autorización después de 30 visitas	Todos los miembros
<p>Case Management Services</p> <p>La administración de casos es cuando un administrador de casos ayuda al miembro a desarrollar un plan para coordinar el apoyo/los servicios que el miembro necesita para optimizar su atención médica.</p> <p>Un administrador de casos trabaja directamente con el miembro en calidad clínica, prestando atención y coordinando y desarrollando planes de tratamiento.</p> <p>No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Quiropráctico</p> <p>Los quiroprácticos evalúan y tratan los nervios, huesos, músculos, ligamentos y tendones de un miembro.</p> <p>Algunos ejemplos son los ajustes de la columna vertebral, así como otras intervenciones clínicas, para abordar los problemas de salud de los pacientes, como el dolor de espalda y cuello.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa Se requiere autorización	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
30 visitas por año calendario sin autorización.	después de 30 visitas	
<p>Cobertura de circuncisión</p> <p>En la circuncisión, el prepucio se extirpa quirúrgicamente, que deja expuesto el extremo del pene.</p> <p>El beneficio se limita a circuncisiones sin complicaciones.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Recién nacidos varones menores de 30 días de edad
<p>Servicios de cuidados paliativos y centro de cuidado para pacientes terminales</p> <p>Los cuidados al final de la vida ayudan a controlar los síntomas y el dolor. Ejemplo: los miembros del centro de cuidado para pacientes terminales podrían ayudarlo a comer o ducharse, o podrían ayudarlo con medicamentos.</p> <p>No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Rayos X de diagnóstico*</p> <p>Una radiografía médica produce una imagen que puede ayudar a encontrar fracturas de huesos, tumores y objetos extraños en el cuerpo.</p> <p>Sin límite.</p>	 Se requiere un pase médico	Todos los miembros
<p>Exploraciones por tomografía computarizada (TC) de diagnóstico*</p> <p>Muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos los huesos, los músculos, la grasa, los órganos y los vasos sanguíneos. Las</p>	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>exploraciones por TC son más detalladas que las radiografías estándar.</p> <p>Sin límite.</p>		
<p>Resonancia magnética (MRI) de diagnóstico*</p> <p>Imágenes médicas no invasivas que producen imágenes detalladas de la estructura interna del cuerpo humano, incluidos los órganos, los huesos, los músculos y los vasos sanguíneos.</p> <p>Sin límite.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Equipo Médico Duradero</p> <p>El equipo médico duradero es un tipo de equipo que dura mucho tiempo. No se agotan como los suministros médicos.</p> <p>Algunos ejemplos son: aparatos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos.</p> <p>No hay límite cuando sea médicaamente necesario. Otros requieren autorización. Su proveedor de equipos médicos duraderos (DME) sabe qué artículos no necesitan autorización.</p>	 <p>Algunos artículos requieren aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)</p> <p>Atención, exámenes y evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental para miembros menores de 21 años. Ejemplo: visitas de atención sanitaria y detección de intoxicación por plomo. Esto incluye cobertura para todos los servicios médicaamente necesarios y médicaamente adecuados para miembros menores de 21 años.</p> <p>No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 <p>Sin remisión del médico o aprobación previa para puericultura, exámenes de detección y algunas evaluaciones. Es posible que se requieran remisiones del médico para</p>	<p>Miembros de entre 0 y 20 años de edad.</p> <p>(Jóvenes con necesidades especiales de atención médica: 0 a 21 años en 2026)</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
	otros servicios.	
<p>Cirugías/Procedimientos Electivos Cirugías y procedimientos que no son médicaamente necesarios o que son producto de una emergencia. Ejemplo: extirpación de cálculos renales Por recomendación.</p>	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros
<p>Transporte Médico de Emergencia Traslado al hospital debido a una emergencia. Ejemplo: traslado en ambulancia o LifeFlight. No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de Emergencia Atención médica inmediata en caso de emergencia. Ejemplo: atención cuando tiene dificultad para respirar, dolor o presión en el pecho, fracturas de huesos, dolor de estómago intenso que aparece repentinamente, deterioro de la conciencia o desmayos. No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 No se necesita remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de Planificación Familiar Atención que le ayuda a planificar el momento y la cantidad de hijos que quiere o no quiere tener. Ejemplo: anticoncepción o exámenes anuales. Sin límite. Los miembros pueden recibir servicios de planificación familiar cubiertos de proveedores fuera de la red.</p>	 No se necesita remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Atención por Afirmación de Género Atención que lo ayuda a reforzar y afirmar la identidad de género. Ejemplo: terapia hormonal Sin límite por recomendación.</p>	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros
<p>Servicios de Audición* Estos servicios incluyen pruebas de la audición u otras cuestiones que le ayuden a escuchar mejor. Ejemplos: audiológia o audífonos Los límites se basan en las pautas de Oregon Health Plan (OHP). Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de Trillium.</p>	 Se requiere un pase médico	Todos los miembros
<p>Servicios de Atención de Salud a Domicilio Atención en el hogar, a menudo durante una enfermedad o después de una lesión. Ejemplo: fisioterapia Los límites se basan en las pautas de Oregon Health Plan (OHP). Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de Trillium.</p>	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros
<p>Inmunizaciones y Vacunas para Viajes Inyecciones y vacunas para ayudarle a mantenerse saludable. Ejemplo: vacuna contra la gripe Sin límite por recomendación.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de Cuidado en Hospital para Pacientes Internados Atención cuando debe permanecer en el hospital durante la noche. Ejemplo: cirugía</p>	 	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
No hay límite cuando sea médicaamente necesario.	Se necesita aprobación previa.	
<p>Servicios de Acceso a Idiomas Una persona que ayuda con la interpretación y traducción en el idioma que necesita. Sin límite.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de Laboratorio, Radiografías y Otros Procedimientos Se trata de pruebas que su proveedor podría usar para controlar su salud. Ejemplos: análisis de orina o radiografías Sin límite</p>	 Se necesita remisión del médico.	Todos los miembros
<p>Servicios de Maternidad Atención que usted recibe antes, durante y después de un embarazo. Ejemplo: visita prenatal Notifique a Trillium y a la Autoridad de Salud de Oregon cuando esté embarazada y una vez que haya dado a luz. Tendrá que solicitar OHP para su hijo. OHP pagará por los nacimientos en el hogar, no Trillium.</p>	 No se necesita remisión del médico ni aprobación previa	Miembros embarazadas

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de Cuidado en el Hospital para Pacientes Ambulatorios Atención en el hospital que puede recibir sin pasar la noche. Ejemplos: quimioterapia, radiación o control del dolor No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 No se necesita remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Cuidados Paliativos Atención para miembros con enfermedades graves, que pueden incluir servicios como coordinación de atención, servicios de salud mental, servicios de trabajo social, servicios de cuidado espiritual, manejo del dolor y los síntomas y apoyo telefónico clínico las 24 horas. No hay límite cuando sea médicaamente necesario. Los miembros que reciben cuidados para pacientes terminales no son elegibles para los Cuidados Paliativos.</p>	 Se necesita remisión del médico.	Miembros con una enfermedad grave y un pronóstico irreversible.
<p>Servicios Farmacéuticos (Medicamentos con Receta) Medicamentos que debe tomar como ayuda para mantenerse saludable. Ejemplo: medicamento para la presión arterial Muchos, pero no todos los medicamentos, están disponibles con una receta del proveedor. Puede encontrar una lista completa en nuestra lista de medicamentos preferidos de Oregon Health Plan.</p>	 Se necesita receta.	Todos los miembros
<p>Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla Terapias enfocadas en mejorar o mantener su capacidad para mover su cuerpo o realizar</p>		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>actividades diarias. Ejemplo: ejercicios para mejorar el equilibrio después de una caída.</p> <p>Fisioterapia y Terapia Ocupacional: 30 visitas combinadas por año sin autorización.</p> <p>Terapia del Habla: 30 visitas por año sin autorización.</p>	<p>Se requiere un pase médico</p> <p>Se requiere autorización después de 30 visitas</p>	
<p>Servicios preventivos</p> <p>Cuidados y exámenes periódicos para procurar que usted y su familia sigan sanos.</p> <p>Algunos ejemplos son exploraciones físicas, inmunizaciones, exámenes de detección (cáncer, etc.), prevención de la diabetes, asesoramiento nutricional, servicios para dejar de fumar, etc.</p> <p>Por recomendación.</p>	 <p>No se necesita remisión del médico ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Visitas al Proveedor de Cuidado Primario (PCP)</p> <p>Visitas a su médico para chequeos médicos, exámenes de detección y atención que no sea de urgencia.</p> <p>Ejemplo: examen anual</p> <p>No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 <p>Sin remisión del médico ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Traslados hasta la atención. También se llama Servicios de Transporte Médico que No es de Emergencia (NEMT)</p> <p>Traslados gratuitos a la atención u otra ayuda con el transporte como pasajes de autobús y pago de millas.</p> <p>No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 <p>No se necesita remisión del médico ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Exámenes por Abuso Sexual Examen después del abuso sexual, puede incluir la recopilación de pruebas y la obtención de análisis de laboratorio. No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de Especialistas Atención de un proveedor que tiene formación especial para tratar cierta parte del cuerpo o tipo de enfermedad. Ejemplo: cardiólogo (especialista en el corazón). No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros. Para aquellos con necesidades especiales de atención médica o Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS), hable con la Coordinación de Atención para obtener acceso directo a especialistas.
<p>Intervenciones Quirúrgicas Atención para tratar físicamente, extirpar o modificar su cuerpo para mantenerlo saludable o procurar que esté saludable. Ejemplo: extirpación de un apéndice inflamado No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros
<p>Servicios de Telesalud Obtención de atención por teléfono, vídeo o en línea. Ejemplo: visitas virtuales. No hay límite cuando sea médicaamente necesario.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de Trabajadores de Salud Tradicionales (THW) Obtención de atención o servicios de personas con experiencias de vida similares. Pueden ayudarle a recibir atención que favorezca su bienestar. Ejemplo: especialista de apoyo de pares.</p> <p>Sin límite.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de Atención de Urgencia Atención que recibe cuando su necesidad de salud es más urgente que una cita regular. Ejemplos: esguinces y distensiones.</p> <p>Sin límite. Atención de urgencia en Estados Unidos que esté dispuesta a facturar a Trillium.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de Salud para la Mujer (además del PCP) para atención de rutina y preventiva Atención para las necesidades especiales de salud de la mujer. Ejemplos: prueba de Papanicoláu, examen de mama o visita de bienestar.</p> <p>Sin límite.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de la Visión</p> <p>Miembros menores de 21 años*, mujeres adultas embarazadas y adultos hasta 12 meses después del parto tienen cobertura para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes oculares de rutina cuando sea necesario • Exámenes médicos oculares cuando sea necesario • Lentes/accesorios correctivos cuando sea necesario <p>Las mujeres adultas no embarazadas (mayor de 21 años) tienen cobertura de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes oculares de rutina cada 24 meses 	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Miembros menores de 21 años y miembros embarazadas Por recomendación para todos los demás.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes médicos oculares cuando sea necesario <ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes/accesorios correctivos solo para ciertas condiciones médicas oculares <p>Algunos ejemplos de condiciones médicas de los ojos son afaquia, córnea cónica o después de una cirugía de cataratas.</p>		

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión del médico. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Beneficios de atención de la salud conductual

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

Si usted ve un * en las tablas de beneficios, esto significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites indicados para miembros menores de 21 años si es médicalemente necesario y adecuado. Trillium Community Health Plan coordinará los servicios de forma gratuita si necesita ayuda.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
Tratamiento Comunitario Asertivo Una práctica basada en la evidencia en equipos, diseñada para proporcionar un tratamiento integral y servicios de apoyo a personas con enfermedades mentales graves y persistentes. Ejemplo: administración de casos e intervenciones en crisis. Sin límite si es médicalemente necesario.	 Se necesita un examen de detección.	Miembros que tengan 18 años o más.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de Asistencia Integral Atención integral de la persona que ayuda a los jóvenes y sus familias a alcanzar sus objetivos poniéndolos en el centro de su cuidado. Ejemplo: planificación colaborativa de cuidados y grupos de apoyo.</p> <p>Sin límite si es médicaamente necesario.</p>	 Se necesita remisión del médico.	Niños y jóvenes que cumplen con los criterios.
<p>Servicios de Exploración y Evaluación de Salud Conductual Pruebas y exámenes que sirven para detectar posibles condiciones de salud conductual. Ejemplo: prueba de diagnóstico psiquiátrico.</p> <p>Sin límite.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de Tratamiento Residencial Psiquiátrico (PRTS) por Salud Conductual Servicios de salud conductual a corto plazo en el lugar para jóvenes que requieren apoyo las 24 horas por problemas de salud emocional y conductual.</p> <p>Los programas de PRTS proporcionan servicios de exploración, evaluación, estabilización psiquiátrica, servicios integrales de salud conductual y apoyo.</p> <p>Ejemplo: Programa de Tratamiento Residencial para Niños.</p> <p>Sin límite si es médicaamente necesario.</p>	 Se necesita aprobación previa.	Jóvenes menores de 21 años que cumplan con los criterios.
<p>Servicios de Desintoxicación y Residenciales de Trastorno por Consumo de Sustancias para Pacientes Internados Los servicios de desintoxicación son servicios médicaamente monitoreados las 24 horas con la intención de minimizar el efecto negativo de los síntomas de abstinencia y proporcionar tratamiento de</p>	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>apoyo a medida que se eliminan las sustancias del organismo de una persona.</p> <p>SUD residencial es un programa con una estructura de 24 horas, un entorno de recuperación de apoyo para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Ejemplo: tratamiento por consumo de alcohol.</p> <p>Sin límite si es médicalemente necesario.</p>		
<p>Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT) para el Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD)</p> <p>Atención a través de medicamentos, asesoramiento y otros tratamientos que ayudan a manejar el consumo de sustancias. Ejemplo: methadone.</p> <p>Sin límite.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Servicios de salud conductual prestados por un proveedor dentro de la red para pacientes ambulatorios y pares</p> <p>Atención de salud conductual que usted puede recibir sin pasar la noche. La atención de salud conductual para pacientes ambulatorios se puede proporcionar en una clínica, en un entorno comunitario o de manera virtual.</p> <p>Ejemplo: asesoramiento individual o servicios de apoyo de pares.</p> <p>Sin límite. Es posible que se requiera aprobación previa para proveedores fuera del área.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios Especialistas en Salud Conductual Atención de un proveedor que tiene formación especial en ciertas condiciones de salud del comportamiento. Ejemplo: psiquiatra.</p> <p>Sin Límite</p>	 Se necesita aprobación previa.	Todos los miembros
<p>Servicios para Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) para Pacientes Ambulatorios El tratamiento incluye servicios relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias que se pueden proporcionar sin pasar la noche.</p> <p>La atención se puede proporcionar en una clínica, en un entorno comunitario o de manera virtual.</p> <p>Ejemplo: asesoramiento grupal por SUD.</p> <p>Es posible que se requiera aprobación previa para los proveedores fuera del área.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión del médico. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Beneficios dentales

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

La salud de los dientes es importante a cualquier edad. A continuación, se muestran algunos datos importantes sobre el cuidado dental:

- Puede ayudar a prevenir el dolor.
- Los dientes sanos mantienen su corazón y su cuerpo sanos también.
- Debe consultar al dentista una vez al año.
- Cuando esté embarazada, mantener sus dientes y encías saludables puede proteger la salud de su bebé.
- Solucionar problemas dentales puede ayudarle a controlar el nivel de glucemia.
- Los niños deben hacerse su primer chequeo dental antes de cumplir 1 año de edad.
- La infección en la boca puede propagarse al corazón, al cerebro y al cuerpo.

Su dentista de atención primaria (PCD) puede remitirlo a un especialista para ciertos tipos de atención. Los tipos de especialistas dentales incluyen los siguientes:

- Endodontistas (para conductos radiculares)
- Odontólogo infantil (para adultos con necesidades especiales y niños)
- Periodoncista (para el cuidado de encías)
- Ortodoncista (en casos extremos, para aparatos de ortodoncia)
- Cirujanos bucales (para extracciones que requieren sedación o anestesia general).

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

Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Estos servicios están cubiertos siempre y cuando su proveedor le indique que los necesita. Consulte la columna "Servicio" para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Consulte la columna "Cómo acceder" para ver si necesita obtener una remisión del médico o aprobación previa para el servicio. Si usted ve un * en las tablas de beneficios, esto significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites indicados para miembros menores de 21 años si es médicaamente necesario y adecuado.

Trillium Community Health Plan trabaja con tres Organizaciones de Cuidado Dental (DCO) diferentes que funcionan como Redes Dentales. Sus beneficios son los mismos con las tres DCO. El nombre y el número de teléfono de su DCO figuran en la parte delantera de su tarjeta de identificación (ID) de Trillium Community Health Plan.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Atención Dental de Urgencia y Emergencia Atención para problemas dentales que requieren atención inmediata. Ejemplos: dolor o infección extremos, sangrado o hinchazón, lesiones en dientes o encías. Sin límites</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa.	Todos los miembros
<p>Exámenes Buceales Un examen bucal es cuando el dentista hace un chequeo para detectar áreas que requieran cuidado adicional. Esto incluye la detección de caries o enfermedad de las encías. Miembros menores de 21 años: dos veces al año* Todos los demás miembros: una vez al año</p>	 Se necesita remisión del médico si no consulta a su dentista de atención primaria.	Todos los miembros
<p>Limpiezas Buceales Las limpiezas dentales promueven la salud bucal a largo plazo. En una visita de rutina para la limpieza, se remueven la placa, el sarro, y las bacterias nocivas. Esto ayuda a prevenir las caries. Miembros menores de 21 años: dos veces al año* Todos los demás miembros: una vez al año</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa.	Todos los miembros
<p>Tratamiento con Fluoruro Tratamiento que fortalece y protege los dientes. Miembro menor de 21 años: dos veces al año* Jóvenes y adultos de alto riesgo: hasta cuatro veces al año*</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
Todos los demás adultos: una vez al año*		
<p>Radiografías Buceales Las radiografías crean una imagen de los dientes y huesos. Su dentista las usa para controlar su salud bucal. Las radiografías de rutina se cubren una vez al año; se cubren más si hay motivos dentales o médicos que las justifiquen.</p> <p>Una vez al año</p> <p>Las radiografías panorámicas e intradentales se cubren una vez cada cinco años, pero no se pueden hacer ambas dentro del mismo período de cinco años.</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Todos los miembros
<p>Selladores Recubrimientos delgados que se aplica sobre los dientes posteriores (molares) que pueden prevenir las caries durante muchos años.</p> <p>* Menores de 16 años en molares permanentes: una vez cada 5 años</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa	Miembros menores de 16 años*
<p>Empastes Un empaste se usa para tratar un pequeño orificio, o carie, en un diente.</p> <p>Sin límites sobre el empaste inicial.</p> <p>El reemplazo de un empaste del color del diente por un diente que no se ve mientras sonríe se limita a uno cada 5 años.*</p>	 Sin remisión del médico ni aprobación previa.	Todos los miembros*

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Dentaduras postizas parciales o completas Las dentaduras postizas reemplazan a los dientes que faltan. Hay dos tipos de dentaduras postizas: completas y parciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las dentaduras postizas parciales son artificiales, y generalmente reemplazos removibles de uno o más dientes. Se utilizan cuando todavía hay algunos dientes naturales sanos. Una vez cada 5 años. ○ Las dentaduras postizas completas se utilizan ante la ausencia de todos los dientes. Una vez cada 10 años. <p>Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de 21 años: hasta 4 veces al año, según la reparación necesaria. <p>El recubrimiento de la dentadura postiza está cubierto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores de 20 años: una vez cada 3 años • 21 años y más: Una vez cada 5 años 	 Se necesita aprobación previa.  Se necesita remisión del médico si no consulta a su dentista de atención primaria.	Todos los miembros
<p>Coronas Una corona dental es una funda en forma de diente que cubre un diente dañado.</p> <p>Las coronas no están cubiertas para todos los dientes. Algunos dientes delanteros superiores e inferiores. 4 coronas cada 7 años. *</p>	 Se necesita aprobación previa.  Se necesita remisión del médico si no	Miembros embarazadas o miembros menores de 21 años*.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
	consulta a su dentista de atención primaria.	
<p>Extracciones Una extracción es la remoción de uno o varios dientes de la boca. Sin límite.</p>	 Se necesita remisión del médico si no consulta a su dentista de atención primaria.	Todos los miembros
<p>Tratamiento de Conducto Un tratamiento de conducto es una intervención dental para remover la pulpa inflamada o infectada en el interior del diente que luego se limpia y desinfecta cuidadosamente para colocar un empaste y sellarlo después. Sin cobertura para los terceros molares (muelas de juicio). Todos los miembros: cobertura de dientes frontales, anteriores y bicúspide. Miembros embarazadas: cobertura para dientes anteriores, bicúspide y primeros molares. Miembros menores de 21 años: cobertura para dientes anteriores, bicúspide y primeros y segundos molares.</p>	 Se necesita aprobación previa para los molares.  Se necesita remisión del médico si no consulta a su dentista de atención primaria.	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
Ortodoncia Atención para diagnosticar y tratar dientes o mandíbulas no alineados. Ejemplos: para labio leporino y paladar hendido, o cuando el habla, la masticación y otras funciones están comprometidas.	 Se necesita aprobación previa.	Miembros menores de 21 años*

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión del médico. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711).

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

Si usted es miembro del Programa Dental para Veteranos o del Programa Dental del COFA (“OHP Dental”), Trillium Community Health Plan **solo** proporciona beneficios dentales y traslados gratuitos (NEMT) a citas dentales.

OHP y Trillium Community Health Plan no proporcionan acceso a servicios de salud física o de salud conductual ni traslados gratuitos para estos servicios.

Si tiene preguntas sobre la cobertura y los beneficios disponibles, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711).

OHP Bridge para adultos con ingresos más altos

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

- Tener de 19 a 64 años;
- Recibir ingresos de entre el 138 por ciento y 200 por ciento del nivel de pobreza federal (FPL);
- Tener una ciudadanía o situación migratoria elegible para calificar; y,
- No tener acceso a otro seguro de salud asequible.

Si usted informa ingresos más altos cuando renueva su OHP, es posible que se lo cambie a OHP Bridge. Obtenga más información sobre OHP Bridge en <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/bridge.aspx>.

OHP Bridge es casi igual a OHP Plus. Hay algunas cosas que OHP Bridge no cubre, incluyendo:

- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud

Las Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN) son necesidades sociales y económicas que afectan su capacidad para estar sano y sentirse bien. Estos servicios ayudan a los miembros que experimentan cambios importantes en su vida. Obtenga más información en:

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

Consulte a Trillium Community Health Plan para saber qué beneficios gratuitos de HRSN están disponibles. Los beneficios HRSN incluyen los siguientes servicios:

- Servicios de vivienda:
 - Ayuda con el alquiler y los servicios públicos para mantener su vivienda.
 - Ayuda con otros servicios que le asisten como inquilino.
 - Cambios en el hogar para la salud, como acondicionadores de aire, calentadores, dispositivos de filtración de aire, fuentes de alimentación portátiles y minirefrigeradores.
- Servicios de nutrición:
 - Ayuda con la educación nutricional y las comidas preparadas según indicaciones médicas. Se prevé que el abastecimiento de la despensa, y los beneficios de frutas y verduras comiencen en el verano de 2026.
- Servicios de extensión y participación:
 - Obtenga ayuda para conectarse con otros recursos y asistencia.

Es posible que pueda obtener algunos o todos los beneficios de HRSN si es miembro de OHP, y:

- Ha sido excarcelado recientemente o será excarcelado (cárcel, detención, etc.).
- Ha dejado hace poco o dejará un centro de recuperación de salud mental o por consumo de sustancias.
- Ha estado en el sistema de bienestar infantil de Oregon (cuidado de crianza) ahora o en el pasado.
- Cambiará de los beneficios solo de Medicaid a calificar para Medicaid y Medicare.
- Tiene ingresos familiares que son del 30% o menos del ingreso anual promedio en el lugar donde usted vive, y usted carece de recursos o el apoyo para prevenir la falta de vivienda.
- Es un adulto joven con necesidades especiales de atención médica.

También debe cumplir otros criterios. Si tiene preguntas o quiere saber si califica, comuníquese con Trillium Community Health Plan. Trillium Community Health Plan puede ayudarle a saber si califica para cualquiera de estos beneficios.

Tenga en cuenta que, para ser seleccionado y obtener beneficios de HRSN, es posible que recopilemos y usemos sus datos personales para remisiones del médico. Puede limitar la forma en que se comparte su información.

Los beneficios de HRSN son gratuitos y usted puede anularlos en cualquier momento. Si recibe beneficios de HRSN, su equipo de coordinación de atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención esté actualizado. Consulte [Obtener ayuda para organizar su atención con Coordinación de Atención](#) para obtener más información sobre la Coordinación de Atención y los planes de atención.

Si se le niegan los beneficios de HRSN, usted tiene derecho a apelar esa decisión. Consulte [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales](#) para obtener más información sobre las denegaciones y apelaciones.

Notas importantes:

- No se pueden utilizar los traslados hasta la atención para los servicios de HRSN.
- OHP Bridge no cubre los servicios de HRSN.
- Es posible que deba esperar hasta seis semanas hasta que se aprueben y presten los servicios de HRSN.

Servicios Alternativos (ILOS)

Trillium Community Health Plan ofrece servicios o entornos que son alternativas médicamente adecuados a los servicios cubiertos por OHP. Estos se llaman “servicios alternativos” (ILOS) y se ofrecen como opciones útiles para los miembros. Trillium Community Health Plan ofrece los siguientes ILOS:

1) Consultas sobre Lactancia en Entornos Alternativos como reemplazo de las consultas sobre lactancia que tradicionalmente se realizan en el consultorio, la clínica u otros entornos ambulatorios que no satisfacen las necesidades de los miembros. Ejemplos de entornos alternativos incluyen su hogar, centros comunitarios, agencias de servicios sociales, escuelas y más.

- Estos ILOS pueden ser apropiados para los miembros que necesitan apoyo durante la lactancia o para amamantar a su bebé.
- Un ejemplo de estos ILOS es la educación y el apoyo en lactancia proporcionados por una enfermera certificada, o un Trabajador de Salud Tradicional, como una doula de nacimiento con formación y certificación en lactancia (por ejemplo, un Consejero Certificado de Educación en Lactancia o un Especialista Certificado en Lactancia). Pueden ayudar con preocupaciones frecuentes como un agarre incómodo del bebé, conocer sobre las posiciones para amamantar, dificultades con el suministro de leche, orientación sobre la extracción, directrices para la conservación segura de la leche materna y mucho más.

Decidir si un ILOS es adecuado para usted es un trabajo en equipo. Trabajamos con su equipo de atención para tomar la mejor decisión. Sin embargo, la decisión es suya. No es necesario que participe en ninguno de estos programas. Se notificará a los miembros con 30 días de anticipación si se interrumpirá un ILOS que están recibiendo. Esta notificación incluirá información sobre quejas y apelaciones para los servicios cubiertos que se deniegan en su totalidad o en parte ([consulte Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales](#) para obtener más información sobre quejas y apelaciones). Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los beneficios o servicios mencionados, llame al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Servicios que OHP paga

Trillium Community Health Plan paga por su atención, pero hay algunos servicios por los que no pagamos. Estos todavía están cubiertos y serán pagados por el programa de pago por servicio (tarjeta abierta) de Oregon Health Plan. A veces, las organizaciones de atención coordinada (CCO) llaman a estos servicios beneficios “no cubiertos”. Hay dos tipos de servicios que OHP paga directamente:

1. Servicios de los que obtiene coordinación de atención de Trillium Community Health Plan.
2. Servicios de los que usted obtiene coordinación de atención de OHP.

Servicios con la coordinación de atención de Trillium Community Health Plan

Trillium Community Health Plan aún le ofrece coordinación de atención para algunos servicios. La coordinación de la atención significa que usted recibirá traslados gratis de Medical Transportation Management (MTM) para servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para servicios no cubiertos.

Comuníquese con Trillium Community Health Plan para los siguientes servicios:

- Los servicios de Planned Community Birth (PCB) incluyen atención prenatal y posparto para las personas que experimentan un embarazo de bajo riesgo, según lo determinado por la División de Sistemas de Salud de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). La OHA es responsable de proporcionar y pagar los servicios primarios de BPC incluyendo, como mínimo, para aquellos miembros aprobados para PCB, la evaluación inicial del recién nacido, la prueba del talón del recién nacido, incluido el kit de detección, la atención del trabajo de parto y del parto, las visitas prenatales y la atención posparto.
- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) no pagados por Trillium Community Health Plan
- Servicios de Family Connects Oregon, que proporcionan apoyo para las familias con recién nacidos. Obtenga más información en <https://www.familyconnectsoregon.org/>.
- Ayudamos a los miembros a obtener acceso a los servicios de salud conductual. Algunos ejemplos de estos servicios son:
 - Ciertos medicamentos para algunas condiciones de salud conductual
 - Pago de vivienda grupal terapéutica para miembros menores de 21 años de edad
 - Pago de vivienda grupal terapéutica para miembros menores de 18 años de edad
 - Cuidado personal en hogares de crianza temporal para adultos para miembros mayores de 18 años

Para obtener más información o una lista completa de estos servicios, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711) y pregunte por un Coordinador de Atención o Administrador de Casos. Si ya tiene un Coordinador de Atención o un Administrador de Casos, comuníquese con ellos tal y como se lo han indicado.

Servicios por los que OHP paga y proporciona coordinación de atención

Comuníquese con OHP por los siguientes servicios:

- Servicios de cuidados paliativos (centro de cuidado para pacientes terminales) para miembros que viven en centros de enfermería especializada
- Servicios basados en la escuela que se proporcionan según la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA). Para los niños que reciben servicios médicos en la escuela, como terapia del habla.

- Examen médico para saber si usted califica para un programa de apoyo o planificación de trabajo social
- Servicios proporcionados a miembros del programa Healthier Oregon Program
- Abortos y otros procedimientos para interrumpir el embarazo
- La eutanasia según la Ley de Muerte con Dignidad de Oregon y otros servicios

Para obtener más información y ayuda con estos servicios, comuníquese con el equipo de Coordinación de Atención de Acentra de OHP al 800-562-4620.

Todavía puede obtener un traslado gratis de Medical Transportation Management (MTM) para cualquiera de estos servicios. Consulte la sección [Traslados gratuitos hasta la atención](#) para obtener más información. Llame a Medical Transportation Management (MTM) al 877-583-1552 (TTY 711) para programar un traslado o hacer preguntas.

Objeciones morales o religiosas

Trillium Community Health Plan no limita los servicios en función de objeciones morales o religiosas. Puede haber algunos proveedores dentro de nuestra red que podrían tener objeciones morales o religiosas. Si tiene alguna pregunta al respecto, llámenos al 1-877-600-5472 (TTY 711). Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que pueda prestar el servicio.

Acceso a la atención que necesita

Por acceso, se entiende que usted puede recibir la atención que necesita. Usted puede obtener acceso a la atención de una manera que satisfaga sus necesidades culturales y lingüísticas. Trillium Community Health Plan se asegurará de que su atención esté coordinada para satisfacer sus necesidades de acceso. Consulte la sección [Obtener ayuda para organizar su atención con Coordinación de Atención](#) para obtener más información sobre la Coordinación de la Atención.

Si Trillium Community Health Plan no trabaja con un proveedor que satisfaga sus necesidades de acceso, puede obtener estos servicios fuera de la red. Trillium Community Health Plan se asegura de que los servicios estén cerca de donde usted vive o cerca de donde usted desea recibir la atención. Esto significa que hay suficientes proveedores en el área y que hay diferentes tipos de proveedores entre los que elegir.

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

Trillium Community Health Plan sigue las reglas del estado acerca de la distancia que posiblemente deba recorrer para consultar a un proveedor. Las reglas son diferentes según el proveedor que necesita ver y el área en la que vive. Los Proveedores de Cuidado Primario son de “Nivel 1”, lo que significa que estarán más cerca de usted que un especialista en Dermatología, que es de “Nivel 3”. Si usted vive en un área alejada, le llevará más tiempo llegar a un proveedor que si vive en un área urbana. Si necesita ayuda con el transporte de ida y vuelta a las citas, consulte la sección [Traslados gratuitos hacia la atención](#).

La tabla siguiente indica los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) de su ubicación en función del lugar en el que vive.

	Urbana grande	Urbana	Rural	Condado con Consideraciones de Acceso Extremas
Nivel 1	10 minutos o 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos u 85 millas

Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45 minutos o 30 millas	110 minutos o 90 millas	140 minutos o 125 millas
----------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Para obtener más información sobre qué proveedores pertenecen a los diferentes niveles, visite el sitio web de Adecuación de la Red de la OHA en:

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

¿Tiene dudas sobre el tipo de área en la que vive? Consulte el mapa en la página siguiente:

Tipos de área:

- **Urbana Grande (3):** áreas urbanas conectadas, según se definen más arriba, con un tamaño de población combinado mayor o igual a 1,000,000 personas con una densidad de población mayor o igual a 1,000 personas por milla cuadrada.
- **Urbana (2):** menos de o igual a 10 millas del centro de 40,000 o más.
- **Rural (1):** más de 10 millas del centro de 40,000 o más con una densidad de población del condado superior a 10 personas por milla cuadrada.
- **Condado con Consideraciones de Acceso Extremas (4):** condados con 10 o menos personas por milla cuadrada.

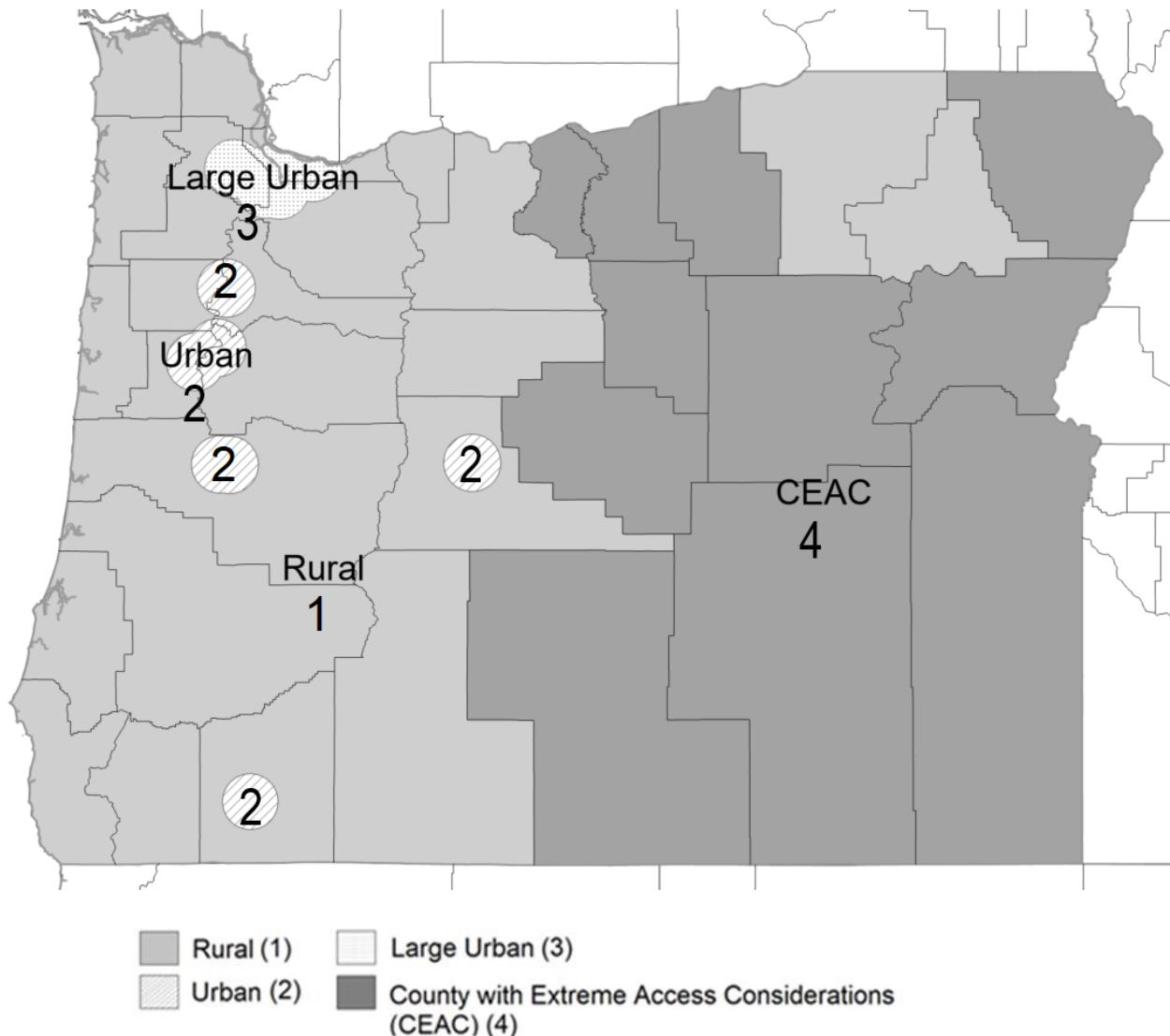


Figura 1: mapa de las regiones geográficas de Oregon según se define para la adecuación de la red. Las distinciones de área incluyen: Urbana Grande, Urbana, Rural y Condado con Consideraciones de Acceso Extremas (CEAC).

Nuestros proveedores también se asegurarán de que usted tenga acceso físico, adaptaciones razonables y equipos accesibles si tiene discapacidades físicas y/o mentales. Comuníquese con Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para solicitar adaptaciones. Los proveedores también se aseguran de que el horario de atención sea el mismo para los miembros de OHP que para todos los demás.

Tiempo que demora en recibir atención

Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de que usted sea atendido, tratado o remitido dentro de los tiempos que se indican a continuación:

Tipo de atención	Plazo
Salud física	
Citas regulares	Dentro de las 4 semanas
Atención de urgencia	Dentro de las 72 horas o según se indique en la selección inicial.
Atención de emergencia	Inmediatamente o con remisión del médico a un servicio de urgencias según su condición.
Atención bucal y dental para niños y mujeres no embarazadas	
Citas regulares de salud bucal	Dentro de las 8 semanas a menos que haya una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención bucal de urgencia	Dentro de las 2 semanas.
Servicios de Emergencia Dentales	Atendido o tratado en un plazo de 24 horas
Atención bucal y dental para embarazadas	
Atención bucal de rutina	Dentro de las 4 semanas a menos que haya una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención dental de urgencia	Dentro de 1 semana
Servicios de emergencia dentales	Atendido o tratado en un plazo de 24 horas
Salud conductual	
Atención médica conductual de rutina para poblaciones no prioritarias	Evaluación dentro de los 7 días de la solicitud, con una segunda cita programada según criterios clínicos adecuados.
Atención de salud conductual de urgencia para todas las poblaciones	Dentro de las 24 horas
Atención de la salud conductual especializada para poblaciones prioritarias*	
Embarazadas, veteranos y sus familias, personas con hijos, cuidadores no remunerados, familias y niños de entre 0 y 5 años de edad, miembros con HIV/AIDS o tuberculosis, miembros con riesgo de psicosis en el primer episodio y la población con discapacidades intelectuales y del desarrollo (I/DD)	Evaluación e ingreso inmediatos. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores que puedan atenderlo, el tratamiento con el nivel adecuado de atención debe proveerse dentro de los 120 días siguientes a la fecha en que el paciente se incluye en lista de espera.

Tipo de atención	Plazo
Consumidores de drogas intravenosas (i.v.), incluida la heroína	<p>Evaluación e ingreso inmediatos.</p> <p>La admisión para los servicios en un nivel residencial de atención se requiere dentro de 14 días de la solicitud, o, se efectiviza dentro de 120 días cuando se lo incluye en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles.</p>
Trastorno por consumo de opioides	Evaluación e ingreso en un plazo de 72 horas
Tratamiento asistido por medicamentos	Lo antes posible, pero no más de 72 horas para la evaluación y el ingreso.

* Para servicios de salud conductual especializados si no hay habitación o vacante disponible:

- Se lo incluirá en una lista de espera.
- Recibirá otros servicios en un plazo de 72 horas.
- Estos servicios serán temporales hasta que haya una habitación o vacante disponible.

Si tiene preguntas sobre el acceso a la atención, llame al Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años

El programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) proporciona servicios de atención médica integral y preventiva para los miembros de OHP desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Este programa le proporciona la atención que necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar y brindar ayuda con sus preocupaciones de manera temprana, tratar enfermedades y dar apoyo a los niños con discapacidades.

Usted no tiene que inscribirse por separado en el programa de EPSDT; si es menor de 21 años y está inscrito en OHP, recibirá estos beneficios. A partir de 2025, los adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (de 19 a 25 años de edad) también pueden calificar para los beneficios de EPSDT. Comuníquese con Trillium Community Health Plan para obtener más información.

El programa EPSDT cubre lo siguiente:

- Servicios necesarios para encontrar o tratar enfermedades, lesiones u otros cambios en la salud.
- Exámenes médicos, exámenes de detección y servicios de diagnóstico para “niño sano” o “visita de bienestar para adolescentes” para determinar si existen condiciones físicas, bucales/dentales, de desarrollo y de salud mental en miembros menores de 21 años.
- Remisiones del médico, tratamiento, terapia y otras medidas que sirven de ayuda para cualquier condición detectada.

Para los miembros menores de 21 años, Trillium Community Health Plan debe proporcionar lo siguiente:

- Exámenes y evaluaciones regulares de salud física, mental y conductual, desarrollo, salud bucal/dental, crecimiento y estado nutricional.
 - Si su plan de Trillium Community Health Plan no cubre la salud bucal/dental, todavía puede obtener estos servicios a través de OHP llamando al 1-800-273-0557.
- Todos los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados deben estar cubiertos para los miembros menores de 21 años, independientemente de si se cubrieron en el pasado (esto incluye cosas que están “por debajo de la línea” en la Lista de Prioridades). Para obtener más información sobre la Lista de Prioridades, consulte [Cómo Oregon decide lo que cubre OHP](#).

Según el programa de EPSDT, Trillium Community Health Plan no le negará un servicio sin primero considerar si es médicamente necesario y médicalemente adecuado para usted.

- *Médicamente necesario* generalmente se refiere a un tratamiento que se necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición, o para favorecer el crecimiento, el desarrollo, la independencia y la participación en la escuela.
- *Médicamente adecuado* generalmente se refiere a que el tratamiento es seguro, eficaz y le ayuda a participar en la atención y las actividades. Trillium Community Health Plan puede optar por cubrir la opción más económica que sea conveniente para usted.

Siempre debe recibir una notificación por escrito ante una denegación y, si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a una apelación. Para obtener más información, consulte [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales](#).

Esto incluye *todos* los servicios:

- Salud Física;
- Salud Conductual;
- Salud Dental;
- Visión; y
- Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud.

Si usted o un familiar necesitan servicios de EPSDT, trabaje con su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) o hable con un coordinador de atención llamando al 1-877-600-5472 (TTY 711). Lo ayudará a obtener la atención que necesita. Si algún servicio necesita aprobación, se encargará de ello. Trabaje con su dentista de atención primaria para cualquier servicio dental que necesite. Todos los servicios de EPSDT son gratuitos.

Ayuda para obtener servicios de EPSDT

- Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711).
- Llame a su DCO asignado al número que figura en su tarjeta de ID de Trillium Community Health Plan para establecer servicios dentales o para obtener más información.
- Usted puede obtener traslados gratuitos de ida y vuelta de las visitas cubiertas del proveedor de EPSDT. Llame al proveedor de transporte que aparece al dorso de su tarjeta de ID de Trillium Community Health Plan para programar un viaje o para obtener más información.
- Puede consultar a su PCP o visitar el sitio web de la American Academy of Pediatrics en <https://www.aap.org/en/practice-management/bright-futures> para obtener una copia del programa de periodicidad. Este programa le indica cuándo los niños necesitan ver a su PCP.

Exámenes de detección

Las visitas para pruebas de detección cubiertas se ofrecen a intervalos apropiados para la edad (entre ellas, visitas de niños sanos o visitas de adolescentes sanos). Trillium Community Health Plan y su PCP siguen las directrices de la American Academy of Pediatrics y Bright Futures para todos

los exámenes de atención preventiva y las visitas de niños sanos. Bright Futures está disponible en: <https://www.aap.org/brightfutures>. Puede utilizar el planificador de visitas de bienestar en <https://www.wellvisitplanner.org> para prepararse para estos cheques.

Su PCP le ayudará a obtener estos servicios y tratamiento según lo indiquen las directrices.

Las visitas para pruebas de detección incluyen lo siguiente:

- Evaluación del desarrollo.
- Pruebas de intoxicación por plomo:
 - Los niños deben hacerse pruebas de detección de plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad. Todo niño entre los 24 y 72 meses sin registro de una prueba de detección previa de plomo en la sangre debe hacerse una.
 - La cumplimentación de un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple con el requisito de detección de plomo para niños en OHP. Todos los niños con intoxicación por plomo pueden recibir servicios de seguimiento de la administración de casos.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como la prueba de anemia, la prueba de células falciformes y otras) según la edad y el riesgo.
- Evaluación del estado nutricional.
- En cada visita, es fundamental hacer una exploración física adecuada a la edad, con el lactante totalmente desvestido y los niños mayores sin ropa y con las protecciones adecuadas.
- Historial completo de salud y desarrollo (incluida la revisión del desarrollo de la salud física y mental).
- Vacunas que cumplen con las normas médicas:
 - Programa de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años):
<https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/child-easyread.html>
 - Calendario de Vacunación para Adultos (más de 19 años):
<https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/adult-easyread.html>
- Asesoramiento de salud y educación para padres e hijos.
- Remisiones del médico para tratamiento médica mente necesario de salud física y mental.
- Pruebas de audición y visión necesarias.
- Y otras.

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

Remisión del médico al programa de EPSDT, diagnóstico y tratamiento

Su Proveedor de Cuidado Primario puede remitirlo si detecta una condición física, mental, abuso de sustancias o dental. Otro proveedor le ayudará con más servicios de diagnóstico y/o tratamiento.

El proveedor de las pruebas de detección explicará la necesidad de la remisión al niño y al padre/la madre o el tutor. Si usted está de acuerdo con la remisión del médico, el proveedor se ocupará de la documentación.

Trillium Community Health Plan u OHP también ayudará con la coordinación de la atención, según sea necesario.

Las pruebas de detección pueden revelar la necesidad de los siguientes servicios, así como otros:

- Diagnóstico y tratamiento de deterioros visuales y auditivos, incluyendo anteojos y audífonos.
- Atención dental, tan temprana como sea necesaria, requerida para aliviar el dolor y combatir las infecciones, restaurar los dientes y mantener la salud dental.
- Vacunas (si en el momento de la evaluación se determina que es necesario y apropiado aplicar la vacuna en el momento de la evaluación, entonces el tratamiento de vacunación debe aplicarse en ese momento).

Estos servicios deben ser proporcionados a los miembros elegibles menores de 21 años que los necesiten. Los tratamientos que están “por debajo de la línea” en la Lista de Prioridades de Servicios de Salud están cubiertos para los miembros menores de 21 años si son médicaamente necesarios y médicaamente adecuados para ese miembro (consulte otra información arriba).

- Si le indicamos que el servicio no está cubierto por OHP, usted todavía tiene el derecho de impugnar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales](#) para obtener más información.

Trillium Community Health Plan proporcionará ayuda con la remisión del médico a los miembros o a sus representantes para servicios sociales, programas de educación, programas de asistencia nutricional y otros servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura del programa de EPSDT, puede visitar www.Oregon.gov/EPSDT y leer una hoja informativa para miembros.

Trillium Community Health Plan también incluye información en <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/early-and-periodic-screening-diagnosis-and-treatment.html>.

Adultos Jóvenes con Necesidades de Atención Médica Especiales

Adultos Jóvenes con Necesidades de Atención Médica Especiales (YSHCN) es un nuevo programa que da beneficios adicionales de OHP a personas de 19 a 21 años de edad que tienen ciertas condiciones de salud. Las condiciones de salud deben haber aparecido antes de los 19 años. Algunos ejemplos de problemas de salud son los siguientes:

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

Los miembros de OHP que califican para el programa obtendrán automáticamente beneficios de YSHCN. Los beneficios YSHCN incluyen los siguientes servicios:

- Más servicios de visión y dentales
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) hasta los 26 años
- Posible acceso a los servicios de Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN)

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

Trabajadores de Salud Tradicionales (THW)

Los Trabajadores de Salud Tradicionales (THW) brindan apoyo y ayuda con las dudas que usted tiene sobre su atención médica y sus necesidades sociales. Ayudan con la comunicación entre sus proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su atención. También pueden conectarlo con personas y servicios en la comunidad que pueden brindarle apoyo.

Hay varios tipos diferentes de trabajadores de salud tradicionales:

- **Doula de nacimiento:** persona que ayuda a las personas y a sus familias con apoyo personal, no médico. Ayudan durante el embarazo, el parto y después del nacimiento del bebé.
- **Trabajador de Salud Comunitario (CHW):** un trabajador de salud comunitario comprende a las personas y la comunidad donde usted vive. Ellos le ayudan a tener acceso a servicios de salud y comunitarios. Un trabajador de salud comunitario le ayuda a adoptar comportamientos saludables. Por lo general, comparten su origen étnico, su idioma o sus experiencias de vida.
- **Navegador de Salud Personal (PHN):** persona que proporciona información, herramientas y apoyo para ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar, en función de su situación.
- **Especialista de Apoyo de Pares (PSS):** una persona que tiene experiencias de vida con salud mental y/o adicción y su recuperación. Un PSS también puede haber sido un apoyo para un miembro de la familia con problemas de salud mental y/o haber recibido tratamiento de adicción. Dan apoyo, ánimo y ayuda a quienes enfrentan adicciones y problemas de salud mental.
- **Par Especialista en Bienestar (PWS):** una persona que trabaja como parte de un equipo de salud en el hogar y se expresa por usted y sus necesidades. Dan apoyo a la salud general de las personas en su comunidad y pueden ayudarle a recuperarse de la adicción, la salud mental o las condiciones físicas.

Un THW puede ayudarle con muchas cosas, como las siguientes:

- Trabajar con usted y su coordinador de atención médica para encontrar un nuevo proveedor.
- Recibir la atención que busca y necesita.
- Conectarlo con otros que le explican sus beneficios.
- Proporcionar información sobre salud mental y/o servicios y apoyo para adicciones.
- Información y remisiones del médico sobre recursos de la comunidad que usted podría usar.
- Alguien con quien hablar de su comunidad.
- Lo acompaña a las citas con su proveedor.

Como miembro de Trillium Community Health Plan, usted es elegible para ver a un Trabajador de Salud Tradicional si lo desea. No necesita una remisión del médico para ver a un Trabajador de Salud Tradicional. Le ayudaremos a conectarlo con un grupo o persona que pueda ayudarle

con sus necesidades. Comuníquese con nuestro enlace de THW para solicitar servicios de THW o para obtener más información sobre el THW y cómo utilizar sus servicios.

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

Información de contacto del enlace de THW:

Kristinia Rogers, Enlace del Trabajador de Salud Tradicional Sénior

Lamar Tillman, Enlace del Trabajador de Salud Tradicional

Correo electrónico: THW@TrilliumCHP.com

Teléfono: 1-877-600-5472 (TTY 711)

Si cambiamos la información de contacto del enlace de THW, puede encontrar información actualizada en nuestro sitio web: <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/wellness/traditional-health-workers.html>.

Servicios adicionales

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son servicios adicionales que Trillium Community Health Plan ofrece que no son beneficios regulares de OHP. Los Servicios flexibles ayudan a mejorar la salud y el bienestar de los miembros y de la comunidad. Incluyen servicios flexibles para los miembros e iniciativas de beneficios comunitarios para la comunidad en general. Dado que los Servicios flexibles no son beneficios regulares de OHP y son opcionales para las CCO, los miembros no tienen derechos de apelación en relación con estos de la misma manera que lo tienen para los servicios cubiertos.

Los servicios flexibles son artículos o servicios que ayudan a los miembros a mantenerse sanos o a mejorar su salud. Trillium Community Health Plan ofrece los siguientes servicios flexibles:

- Una tableta para unirse virtualmente a los grupos que su asesor o proveedor ha recomendado
- Un lugar para quedarse por un tiempo para recuperarse y fortalecerse después de la cirugía cuando no tiene un hogar al que volver
- Acceso a una piscina climatizada para nadar como ayuda para la artritis y mejorar el movimiento

Ejemplos de otros servicios flexibles:

- Ayuda alimentaria, como entrega de alimentos, cupones de comida o comidas preparadas según criterios médicos

- Apoyo de vivienda a corto plazo, tales como depósitos de alquiler como ayuda para pagar los costos de mudanza, asistencia con el alquiler por un período corto de tiempo, o tarifas por la instalación de servicios públicos
- Vivienda temporal o refugio mientras se recupera de la hospitalización
- Artículos que favorecen los comportamientos saludables, como zapatos o ropa deportiva
- Teléfonos móviles o dispositivos para acceder a aplicaciones de telesalud o salud
- Otros artículos que le permiten mantenerse saludable, como un aire acondicionado o un dispositivo de filtración de aire

Obtenga más información sobre los servicios relacionados con la salud en
<https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf>

Cómo obtener servicios flexibles para usted o un familiar

Usted puede trabajar con su proveedor para solicitar servicios flexibles, o puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711) para obtener ayuda al solicitar un servicio flexible. Además, usted o alguien que le ayude puede solicitar Servicios flexibles llenando un formulario de Solicitud de Servicios Flexibles que se encuentra en el sitio web de Servicios flexibles de Trillium, <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/Flexible-Services.html>.

Los servicios flexibles no son un beneficio cubierto para los miembros y las CCO no están obligadas a proporcionarlos. Las decisiones para aprobar o denegar solicitudes de servicios flexibles se toman según el caso. Es importante asegurarse de que el artículo o servicio favorecerá su salud de una manera positiva y que no sea parte de otro beneficio disponible para usted. Este artículo o servicio no puede reemplazar un beneficio que usted tiene a través de otra agencia o en la comunidad. Si su solicitud de servicios flexibles es denegada, recibirá una carta que le explica sus opciones. No puede apelar un servicio flexible denegado, pero tiene derecho a presentar un reclamo. Conozca más sobre este proceso en la sección [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales](#). Puede leer nuestra Política de Servicios Flexibles en <https://www.trilliumohp.com/providers/resources/clinical-payment-policies2.html> bajo “Otras Políticas” y “Servicios Relacionados con la Salud”.

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

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

Iniciativas de Beneficios Comunitarios

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

Las iniciativas de beneficios comunitarios son servicios y apoyos para los miembros y la comunidad en general para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

Trillium Community Health Plan ofrece oportunidades de iniciativas de beneficios para la comunidad. Nuestros planes regionales de mejora de la salud comunitaria tienen como objetivo respaldar muchos aspectos de la igualdad sanitaria y los determinantes sociales de la salud.

Ejemplos de otras iniciativas de beneficio comunitario:

- Clases de educación para padres y apoyo familiar
- Programas basados en la comunidad que ayudan a las personas a tener acceso a frutas y verduras frescas a través de los mercados de agricultores
- Programas basados en la comunidad que ayudan a las personas a ingresar o mantener una vivienda segura y estable.
- Mejoras activas en el transporte, como bicisendas y aceras seguras
- Programas escolares que promueven un ambiente propicio para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los estudiantes
- Capacitación para maestros y organizaciones comunitarias específicas para niños en prácticas atentas al tratamiento de traumas

Puntos de Acceso Abiertos

En la mayoría de las regiones de Oregon, tenemos acuerdos especiales con Centros de Salud Habilitados Federalmente (FQHC), Centros de Salud Comunitaria Rural (RCHC). Estos acuerdos especiales permiten que nuestros miembros sean atendidos en estos tipos de centros sin ser asignados a ese centro y sin una remisión del médico.

Si desea que su atención de salud bucal se realice en uno de estos tipos de centros, puede llamar al centro y preguntar si trabajan con su Organización de Cuidado Dental (DCO) asignada como “Punto de Acceso Abierto”. También puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar una lista actualizada de los Puntos de Acceso Abiertos en su región.

Traslados gratuitos hacia la atención Traslados gratis a las citas para todos los miembros de Trillium Community Health Plan.

Si necesita ayuda para llegar a una cita, llame a Medical Transportation Management (MTM) para un traslado gratis. Usted puede obtener un traslado gratis a cualquier visita de atención física, dental, farmacéutica o de salud conductual que esté cubierta por Trillium Community Health Plan.

Usted o su representante pueden pedir un traslado. Podemos darle un boleto de autobús, dinero para un taxi o hacer que un conductor lo recoja. Podemos pagarle el combustible para usted, un miembro de su familia o a un amigo conduzcan hasta el lugar. Este servicio se ofrece sin costo para usted. Trillium Community Health Plan nunca le facturará por traslados de ida o vuelta de la atención cubierta. Llame a Medical Transportation Management (MTM) antes de su traslado para ver si califica para el reembolso. Medical Transportation Management (MTM) le reembolsará los viajes que cumplan los requisitos. Debe seguir su proceso.

Programar un traslado

Llame a Medical Transportation Management (MTM) al 1-877-583-1552 (TTY 711)

Horario de atención: de domingo a sábado, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Los centros de atención telefónica pueden estar cerrados en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, y el Día de Navidad. Los servicios de traslados pueden ayudar con los recorridos cuando los centros están cerrados. Usted puede recibir una grabación en inglés y/o español durante estos horarios. Deje un mensaje grabado. El servicio de traslados le devolverá la llamada en el plazo de un día hábil.

Llame con al menos 2 días hábiles de anticipación a la cita para programar un traslado. Esto nos ayudará a asegurarnos de que podemos satisfacer sus necesidades de traslado.

Puede obtener un traslado para el mismo día o para el día siguiente. Llame a Medical Transportation Management (MTM)

Usted o alguien que conozca puede programar más de un traslado a la vez para varias citas. Puede programar traslados para citas futuras con hasta 90 días de anticipación.

Expectativas durante la llamada

Trillium Community Health Plan cuenta con personal del centro de atención telefónica que puede ayudarle con los traslados en su idioma preferido y de una manera que usted pueda entender. Esta ayuda es gratuita.

La primera vez que llame le informaremos sobre el programa y hablaremos sobre sus necesidades de traslado. Le haremos preguntas sobre su habilidad física y si necesita que alguien lo acompañe.

Cuando llame para programar un traslado, le pediremos lo siguiente:

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

Comprobaremos si usted tiene Trillium Community Health Plan y si su cita es para un servicio que está cubierto. Recibirá más información sobre su traslado en un plazo de 24 horas. Recibirá información sobre su solicitud de traslado de la forma que usted elija (llamada telefónica, correo electrónico, fax).

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

Recogida y entrega

Recibirá el nombre y número de la compañía de transporte o del conductor antes de su cita. Su conductor se pondrá en contacto con usted al menos 2 días antes del traslado para confirmar los detalles. Lo recogerá a la hora programada. Sea puntual. Si llega tarde, esperará 15 minutos después de la hora programada. Esto significa que si su traslado está programado para las 10 a.m., lo esperará hasta las 10:15 a.m.

Lo llevará a su cita al menos 15 minutos antes de que esta comience.

- **Primera cita del día:** lo dejaremos no más de 15 minutos antes del horario de apertura del consultorio.
- **Última cita del día:** lo recogeremos como máximo 15 minutos después de la hora de cierre del consultorio, a menos que se prevea que la cita no terminará dentro de los 15 minutos después del cierre.
- **Pedir más tiempo:** debe pedir que lo recojan antes o que lo dejen más tarde de estas horas. Su representante, parente, madre o tutor también puede pedirnos esto.
- **Llame si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida:** si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida programada, llame a la compañía de transporte. El personal le informará si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachador antes de salir del lugar de recogida. Llame al consultorio de su proveedor para comunicarle que su traslado está demorado.

- **Llame si no tiene una hora de recogida:** si no hay una hora de recogida programada para su traslado de regreso, llámenos cuando esté listo. Su conductor estará allí dentro de 1 hora después de su llamada.

Medical Transportation Management (MTM) es un programa de viajes compartidos. Es posible que haya que recoger o entregar a otros pasajeros en el camino. Si tiene varias citas, es posible que se le pida que las programe para el mismo día. Esto nos ayudará a hacer menos traslados.

Puede pedir que un amigo o familiar lo lleve a la cita. La persona que lo lleve puede obtener un reembolso (pago) por las millas que conduzca. Obtenga más información en la Guía de Traslados Médicos de Trillium Community Health Plan. Obtenga la Guía de Traslados Médicos en: <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html>. También puede llamar al Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711) y pedir que le envíen una copia.

Como pasajero, usted tiene derechos y responsabilidades: Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Disfrutar de un traslado seguro y fiable que se adapte a sus necesidades.
- Ser tratado con respeto.
- Pedir servicios de interpretación cuando hable con el servicio al cliente
- Obtener materiales en un idioma o formato que satisfaga sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando se deniegue un traslado.
- Presentar un reclamo sobre su experiencia con el traslado.
- Pedir una apelación, pedir una audiencia, o ambas, si siente que le han negado injustamente un servicio de traslado.

Sus responsabilidades son:

- Tratar a los conductores y a otros pasajeros con respeto.
- Llamarnos lo antes posible para programar, cambiar o cancelar un traslado
- Usar los cinturones de seguridad y otros equipos de seguridad según lo requiera la ley (por ejemplo: asiento para automóvil).
- Pedir paradas adicionales, como la farmacia, con anticipación.

Cancelar o cambiar su traslado

Llamar a Medical Transportation Management (MTM) cuando sepa que necesita cancelar o reprogramar su traslado, como mínimo 2 horas antes de la hora de recogida.

Puede llamar a Medical Transportation Management (MTM) [de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.]. Deje un mensaje si no puede llamar durante el horario laboral. Llame a Medical Transportation Management (MTM) si tiene alguna pregunta o cambio de conducción.

Qué sucede si usted no se presenta

Esta situación se da cuando usted no está listo para ser recogido a tiempo. Su conductor esperará al menos 15 minutos después de la hora de recogida programada antes de dejar el lugar. Es posible que restrinjamos sus próximos traslados si esto sucede con mucha frecuencia.

Tener una restricción implica que podemos limitar el número de traslados que puede realizar, limitarlo a un conductor o requerir llamadas antes de cada traslado.

Si se deniega el traslado

Recibirá una llamada en la que se le informará que se ha denegado el traslado. Dos miembros del personal revisan todas las denegaciones antes de enviarlas. Si se deniega su traslado, le enviaremos una carta de denegación dentro de las 72 horas de la decisión. El aviso indica la regla y la razón de la denegación.

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

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

Usted tiene derecho a presentar un reclamo o una queja en cualquier momento, incluso si ya ha presentado el reclamo antes. Algunos ejemplos de un reclamo o una queja son:

- Preocupaciones sobre la seguridad del vehículo
- Calidad de los servicios
- Interacciones con conductores y proveedores (por ejemplo, mala educación)
- El servicio de traslado solicitado no se proporcionó como estaba previsto
- Derechos del consumidor

Conozca más en la sección [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales](#).

Guía de Traslados

Obtenga la Guía de Traslados Médicos de Trillium Community Health Plan en:

<https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html>. Usted o su representante también pueden llamar al Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711) y pedir que le envíen una copia. Se enviará en 5 días hábiles. La copia en papel puede estar en el idioma y el formato que prefiera.

La guía tiene más información, como la siguiente:

- Sillas de ruedas y asistencia con la movilidad.
- Seguridad del vehículo.
- Obligaciones y reglas para conductores.
- Qué hacer en caso de emergencia o ante condiciones climáticas adversas.
- Citas de larga distancia.
- Reembolso por comidas y alojamiento.

Recibir atención por video o teléfono

La telesalud (también conocida como telemedicina y telodontología) es una forma de que usted reciba atención médica sin tener que acudir personalmente a la clínica o al consultorio. Telesalud significa que usted puede asistir a su cita a través de una llamada telefónica o una videollamada. Trillium Community Health Plan cubrirá las visitas de telesalud. La telesalud le permite visitar a su proveedor por los siguientes medios:

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

Si usted no tiene acceso a Internet o video, hable con su proveedor acerca de una opción conveniente para usted, o comuníquese con Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711). Los [Servicios flexibles](#) pueden estar disponibles para ayudar con los dispositivos o servicios.

Cómo encontrar proveedores de telesalud

No todos los proveedores tienen opciones de telesalud. Debe consultar sobre la telesalud cuando llame para programar su cita.

También puede consultar nuestra herramienta de búsqueda Find a Provider (Encontrar un proveedor) en <https://findaprovider.trilliumhealthplan.com/location>. Puede filtrar la lista de proveedores marcando la casilla TeleHealth (Telesalud) que se muestra en la imagen a la derecha. Esta lista no está completa, por lo que también puede llamar a su proveedor para preguntarle si ofrece telesalud. Si tiene algún problema de audio o video durante su consulta de telesalud, no olvide hablar con su proveedor al respecto.

Filter Options

Distance
25 Mile Search Radius

Additional Practitioner Languages
Click to View Options

Additional Office Languages
Click to View Options

Gender
Click to View Options

Pharmacy Types
Click to View Options

Provider Type
Either

Office Features

Accepting New Patients
 Extended Day Supply
 Open After 5:00 PM
 Open Weekends
 Patient Centered Medical Home
 Telehealth
 Vaccines Offered

Additional Search Options

Cuándo utilizar la telesalud

Los miembros de Trillium Community Health Plan que utilizan telesalud tienen derecho a recibir los servicios de salud física, dental y conductual que necesitan.

Algunos ejemplos de cuándo puede utilizar la telesalud son los siguientes:

- Cuando su proveedor quiere que usted lo visite antes de resurtir una receta.
- Servicios de asesoramiento.
- Para el seguimiento de una visita presencial.
- Cuando tenga preguntas médicas de rutina.
- Si está en cuarentena o con distanciamiento social debido a una enfermedad.
- Si está temporalmente fuera de casa y no puede reunirse con su médico en persona.
- Si no está seguro de si necesita ir a la clínica o al consultorio.

La telesalud no se recomienda para casos de emergencia. Si siente que su vida está en peligro, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Consulte las páginas de [Hospitales](#) para obtener una lista de los hospitales con salas de emergencias.

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

Las visitas de telesalud son privadas

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

Trillium Community Health Plan también ofrece servicios de telesalud a través de Teladoc.

Tendrá que registrarse en Teladoc para acceder a sus servicios en

<https://member.teladoc.com/trilliumchp>. El número de teléfono de Teledoc es 1-800-835-2362.

Teladoc está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para asuntos médicos que no sean de emergencia. Obtenga más información sobre la privacidad y la ley Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) en [Mantenemos su información privada](#).

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

Cuenta con los siguientes derechos:

- Obtenga servicios de telesalud en el idioma que necesite.
- Visite a proveedores que respeten su cultura y necesidades lingüísticas.
- Reciba servicios de interpretación calificados y certificados para usted y su familia.
Obtenga más información en [Puede tener un intérprete](#).
- Realice visitas en persona, no solo visitas de telesalud.

- Trillium Community Health Plan se asegurará de que usted tenga la opción de cómo tener sus visitas. Un proveedor no puede obligarle a usar la telesalud a menos que haya un estado de emergencia declarado, o que un centro esté usando su plan ante desastres.
- Obtenga apoyo y disponga de las herramientas necesarias para la telesalud.
 - Trillium Community Health Plan le ayudará a identificar qué herramienta de telesalud es la mejor para usted.
 - Además, se asegurará de que su proveedor lleve a cabo una evaluación para ver si la telesalud es adecuada para usted. Estos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:
 - Necesidad de un formato alternativo;
 - Acceso a los dispositivos necesarios;
 - Acceso a un lugar privado y seguro;
 - Acceso al servicio de Internet;
 - Comprensión de los dispositivos digitales;
 - Inquietudes culturales.

Hable con su proveedor sobre la telesalud. Si necesita o prefiere visitas en persona, y su proveedor es solo un proveedor de telesalud, informe esto. Puede remitirlo a otro proveedor y notificar a Trillium Community Health Plan. Usted tiene opciones sobre cómo recibe su atención y Trillium Community Health Plan puede ayudar a coordinar la atención con otro proveedor. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Medicamentos de venta con receta

Para surtir una receta, puede ir a cualquier farmacia de la red de Trillium Community Health Plan. Puede encontrar una lista de las farmacias con las que trabajamos en nuestro directorio de proveedores en: <https://findaprovider.trilliumhealthplan.com/location>.

- En la farmacia, usted tiene derecho a recibir servicios de intérprete y ayudas auxiliares.
- Además, tiene derecho a que se traduzcan las etiquetas de los medicamentos recetados.

Para todas las recetas cubiertas por Trillium Community Health Plan, traiga a la farmacia:

- La receta médica.
- Su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan, tarjeta de identificación de Oregon Health u otro comprobante de cobertura, como una tarjeta de identificación de Medicare Part D o una tarjeta de seguro privado. Es posible que no pueda surtir una receta sin ellos.

Recetas cubiertas

La lista de medicamentos cubiertos de Trillium Community Health Plan se encuentra en:

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

- Si no está seguro de si su medicamento está en nuestra lista, llámenos. Lo verificaremos. Si su medicamento no está en la lista, informe a su proveedor. Usted puede solicitarnos que lo cubramos.
- Trillium Community Health Plan necesita aprobar algunos medicamentos de la lista antes de que su farmacia pueda surtirlos. Para estos medicamentos, su proveedor nos pedirá nuestra aprobación.

Trillium Community Health Plan también cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC) cuando su proveedor o farmacia los receta para usted. Los medicamentos OTC son los que normalmente compraría sin receta en una tienda o farmacia, como la aspirina.

Cómo pedir a Trillium Community Health Plan que cubra las recetas

Cuando su proveedor le pide a Trillium Community Health Plan que apruebe o cubra una receta:

- Los médicos y los farmacéuticos de Trillium Community Health Plan revisarán la solicitud de su proveedor.
- Tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información para tomar una decisión, puede tardar 72 horas.

Si Trillium Community Health Plan decide no cubrir la receta, usted recibirá una carta de Trillium Community Health Plan. En la carta se explica:

- Su derecho de apelar la decisión.
- Cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión. La carta también tendrá un formulario que puede utilizar para presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente de Farmacia de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Farmacia de pedidos por correo postal

Express Scripts puede enviar por correo algunos medicamentos a su domicilio. A este tipo de farmacia se las conoce como farmacia de compra por correo. Si recoger su receta en una farmacia es difícil para usted, la farmacia de pedidos por correo puede ser una buena opción.

Llame al Servicio al Cliente de Farmacia de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web en <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/pharmacy-program/helpful-resources.html> para:

- Obtenga más información sobre la farmacia de pedidos por correo.
- Configure el servicio de farmacia por correo.

OHP paga por medicamentos de salud conductual.

Trillium Community Health Plan no paga por la mayoría de los medicamentos utilizados para tratar afecciones de la salud conductual. En su lugar, OHP los paga. Si necesita medicamentos para la salud conductual:

- Trillium Community Health Plan y su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos que necesita.
- La farmacia envía la factura correspondiente a sus recetas directamente a OHP. Trillium Community Health Plan y su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos de salud conductual que necesita. Hable con su proveedor si tiene inquietudes. También puede llamar al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Cobertura de medicamentos recetados para miembros con Medicare

Trillium Community Health Plan y OHP no cubren los medicamentos que cubre Medicare Part D.

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

Si tiene la Parte D, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan en la farmacia.

Si Medicare Part D no cubre su medicamento, su farmacia puede facturar a Trillium Community Health Plan. Si el OHP cubre el medicamento, Trillium Community Health Plan lo pagará.

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en [Miembros con OHP y Medicare](#).

Obtención de medicamentos recetados antes de un viaje

Si planea viajar fuera del estado, asegúrese de tener suficiente medicamento para su viaje. Para ello, solicite el resurtido de su receta con antelación. Esto se denomina una excepción por viaje. Para averiguar si esta es una buena opción para usted, llame a Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY: 711).

Hospitales

Trabajamos con los siguientes hospitales para la atención hospitalaria. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital. Algunos hospitales ofrecen una sala de emergencias completa para ayudar a alguien que está experimentando una crisis de salud mental, pero usted puede ir a cualquier hospital para obtener ayuda.

Gresham	Hillsboro	Portland
Legacy Mount Hood Medical Center Sala de emergencias completa: Sí Solo salud física 24800 SE Stark St, Portland, OR 97030 Teléfono: 503-674-1122 (TTY 711) https://www.legacyhealth.org/	OHSU Hillsboro Medical Center Sala de emergencias completa: Sí Solo salud física 335 SE 8th Ave, Hillsboro, OR 97213 Teléfono: 503-681-1111 (TTY 711) https://tuality.org/	Legacy Emanuel Hospital & Health Center Sala de emergencias completa: Sí Salud física para adultos 2801 N Gantenbein Ave, Portland, OR 97210 * Entre por N Morris St, estacionamiento designado para ER Teléfono: 503-413-2200 (TTY 711) https://www.legacyhealth.org/

Portland	Portland	Portland
Randall Children's Hospital Sala de emergencias completa: Sí Salud física y conductual pediátrica 2801 N Gantenbein Ave, Portland, OR 97210 * Apenas al este de la sala de emergencias Legacy Emanuel Teléfono: 503-276-6500 (TTY 711) https://www.legacyhealth.org/	Legacy Good Samaritan Medical Center Sala de emergencias completa: Sí Solo salud física 1015 NW 22nd Ave, Portland, OR 97210 Teléfono: 503-413-7711 (TTY 711) https://www.legacyhealth.org/	Portland Adventist Medical Center Sala de emergencias completa: Sí Solo salud física 10300 SE Main St, Portland, OR 97216 Teléfono: 503-257-2500 (TTY 711) https://www.adventisthealth.org/portland/

Portland	Portland	Tualatin
<p>Unity Center for Behavioral Health</p> <p>Sala de emergencias completa: No</p> <p>Salud del comportamiento para adolescentes (de 9 a 17 años)</p> <p>Salud conductual para adultos (más de 18 años) 1225 NE 2nd Ave, Portland, OR 97232</p> <p>Teléfono: 503-944-8000 (TTY 711)</p> <p>https://unityhealthcenter.org/</p>	<p>OHSU Marquam Hill (campus principal) y Doernbecher Children's Hospital</p> <p>Sala de emergencias completa: Sí</p> <p>Solo salud física 3181 SW Sam Jackson Park Rd, Portland, OR 97239</p> <p>Teléfono: 503-494-7551 (TTY 711)</p> <p>https://www.ohsu.edu/visit</p>	<p>Legacy Meridian Park Medical Center</p> <p>Sala de emergencias completa: Sí</p> <p>Solo salud física 19300 SW 65th Ave, Tualatin, OR 97062</p> <p>Teléfono: 503-692-1212 (TTY 711)</p> <p>https://www.legacyhealth.org/</p>

Atención de urgencia

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

Puede obtener servicios de atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin aprobación previa.

No necesita una remisión del médico para recibir de urgencia ni atención de emergencia. Para obtener una lista de centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa, consulte a continuación.

Atención física urgente

Algunos ejemplos de atención física urgente son:

- Cortes que no implican mucha sangre, pero que podrían necesitar puntos de sutura.
- Huesos pequeños rotos y fracturas en dedos de las manos y los pies.
- Esguinces y distensiones.

Si tiene un problema urgente, llame a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP).

Puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, los fines de semana y feriados. Informe a la oficina del PCP que usted es miembro de Trillium Community Health Plan. Recibirá asesoramiento o una remisión del médico. Si no puede comunicarse con su PCP sobre un problema urgente o si su PCP no puede verlo lo suficientemente pronto, vaya a un centro de atención de urgencias o a una clínica sin cita previa. No necesita una cita. Consulte la lista de [atención de urgencia y clínicas sin cita previa](#).

La información de su PCP se encuentra en su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan. Si necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Si no sabe si su problema es urgente, llame a la oficina de su proveedor, incluso si está cerrada. Usted puede obtener un servicio de contestación automática. Deje un mensaje y diga que es miembro de Trillium Community Health Plan. Es posible que reciba orientación o una remisión del médico a otro servicio al que pueda comunicarse. Recibirá una llamada de vuelta de un representante de Trillium Community Health Plan dentro de los 30 a 60 minutos posteriores a su llamada, para hablar sobre los próximos pasos.

Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas

Trillium Community Health Plan tiene una Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas del día. Esta línea siempre está abierta. Nuestro número es el 1-844-647-9667. Pueden proporcionar asesoramiento inmediato sobre qué tipo de atención buscar, si la necesita. Recibirá una llamada de seguimiento unos días más tarde para comprobar su situación.

Para recibir orientación no urgente y concertar citas, llame durante el horario laboral.

Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa en el área del Trillium Community Health Plan:

Clackamas County

Lago Oswego

Maxem Health Urgent Care
17437 Boones Ferry Rd, Ste 100
Lake Oswego, OR 97035
Teléfono: 503-387-3796

Horario de atención: de lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., domingos de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Oregon City

AFC Urgent Care
397 Warner Milne Rd
Oregon City, OR 97045
Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 9:00 a.m a 6:00 p.m.

Portland

Maxem Health Urgent Care
10582 SE 32nd Ave
Portland, OR 97222
Teléfono: 503-387-3796

Horario de atención: de lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., domingos de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Multnomah County

Portland

AFC Urgent Care
7033 NE Sandy Blvd
Portland, OR 97213
Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 9:00 a.m a 6:00 p.m.

Evergreen Urgent Care

2250 NW Flanders St, Ste 109
Portland OR 97210
Teléfono: 503-468-7482

Horario de atención: de lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., domingos de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Washington County

Beaverton

AFC Urgent Care
14278 SW Allen Blvd
Beaverton, OR 97005
Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 9:00 a.m a 6:00 p.m.

Forest Grove

Best Med Urgent Care
3675 Pacific Ave, #101, Forest Grove, OR
971-762-4611
De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y sábados y domingos de 8:00 a.m a 5:00 p.m.

Hillsboro

AFC Urgent Care
1071 SE Tualatin Valley Hwy
Hillsboro, OR 97123
Teléfono: 503-305-6262
Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 9:00 a.m a 6:00 p.m.

Portland

AFC Urgent Care
11786 NW Cedar Falls Dr, Ste 120
Portland, OR 97229
Teléfono: 503-305-6262
Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 9:00 a.m a 6:00 p.m.

Tigard

AFC Urgent Care
11675 SW Pacific Hwy
Tigard, OR 97223
Teléfono: 503-305-6262
Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 9:00 a.m a 6:00 p.m.

Marion County

Salem

2920 Commercial St SE, Salem, OR

971-301-4919

De domingo a sábado de 08:00 a.m. a 8:00 p. m.

Woodburn

Best Med Urgent Care

2902 Tom Tennant Dr, Woodburn, OR

971-345-4767

De domingo a sábado de 08:00 a.m. a 8:00 p. m.

Atención dental de urgencia

Algunos ejemplos de atención dental urgente incluyen:

- Dolor dental que hace que se despierta por la noche y que sea difícil masticar.
- Un diente astillado o roto.
- Una corona perdida o relleno.
- Absceso (cavidad de pus en un diente causada por una infección).

Si tiene un problema dental urgente llame a su dentista de atención primaria (PCD)

Si no puede comunicarse con su PCD o no tiene uno, llame a su Organización de Cuidado Dental (DCO) al número que aparece en su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan. Ellos le ayudarán a encontrar atención dental urgente, dependiendo de su afección. Usted debe conseguir una cita dentro de 2 semanas, o 1 semana si está embarazada, para una afección dental urgente.

Atención de emergencia

Llame al 911 si necesita una ambulancia o vaya a la sala de emergencias cuando piense que está en peligro. Una emergencia requiere atención inmediata y pone en peligro su vida. Puede ser una lesión o una enfermedad repentina. Las emergencias también pueden causar daño a su cuerpo. Si está embarazada, la emergencia también puede causar daño a su bebé.

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

Emergencias físicas

La atención física de emergencia es para cuando usted necesita atención inmediata y su vida está en peligro.

Los siguientes son algunos ejemplos de emergencias médicas:

- Fracturas.
- Sangrado que no se detiene.
- Posible ataque cardíaco.
- Pérdida de conciencia.
- Convulsiones.
- Dolor intenso.
- Dificultad para respirar.
- Reacciones alérgicas.

Más información sobre atención de emergencia:

- Llame a su PCP o al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan dentro de los 3 días siguientes a recibir atención de emergencia.

- Usted tiene el derecho de usar cualquier hospital u otro entorno dentro de los Estados Unidos.
- La atención de emergencia incluye los servicios posteriores a la estabilización (después de la atención). Los servicios de atención posterior son servicios cubiertos relacionados con una afección de emergencia. Estos servicios se proporcionan después de que usted está estabilizado. Ayudan a mantener su afección estabilizada. Ayudan a mejorar o solucionar su afección.

Consulte una lista de hospitales con salas de emergencia en [Hospitales](#).

Emergencias dentales

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

- Un diente se desprendió (que no sea un diente de leche flojo propio de la infancia).
- Tiene hinchazón facial o infección en la boca.
- Sangrado de las encías que no se detiene.

Para una emergencia dental, llame a su dentista de atención primaria (PCD). Este lo atenderá en un plazo de 24 horas. Algunas oficinas tienen horarios de visitas de emergencia. Si tiene una emergencia dental y su dentista o PCP no puede ayudarle, no necesita permiso para obtener atención dental de emergencia. Puede ir a la sala de emergencias o llamar a la Organización de Cuidado Dental (DCO) en su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan para obtener ayuda y encontrar atención dental de emergencia.

Si ninguna de estas opciones funciona para usted, llame al 911 o visite la Sala de Emergencias.

Si necesita un traslado en ambulancia, llame al 911. Consulte una lista de hospitales con salas de emergencia en [Hospitales](#).

Crisis y emergencia de salud conductual

Una emergencia de salud mental es cuando usted necesita ayuda de inmediato para sentirse seguro. Es cuando usted u otras personas están en peligro. Un ejemplo es sentirse fuera de control. Es posible que sienta que su seguridad está en riesgo o que tenga pensamientos de lastimarse a sí mismo o a los demás.

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

- Los servicios de emergencia de salud conductual no necesitan una remisión del médico o aprobación previa. Trillium Community Health Plan ofrece a sus miembros ayuda y servicios de crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud conductual puede apoyarlo en la obtención de servicios para mejorar y estabilizar la salud mental. Intentaremos ayudarle y apoyarle después de una crisis.

Números locales y disponibles las 24 horas para situaciones de crisis, así como centros de crisis con atención sin cita previa y servicios de ingreso directo.

Puede realizar llamadas, enviar mensajes de texto al 988. El 988 es una línea de ayuda para la prevención del suicidio y situaciones de crisis, a través de la cual puede recibir apoyo atento y compasivo de consejeros especializados en crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Números locales de crisis disponibles las 24 horas:

- En Clackamas County: 503-655-8585
- En Multnomah County: 503-988-4888
- En Washington County: 503-291-9111

Una crisis de salud conductual es cuando usted necesita ayuda rápidamente. Si no se trata, la afección puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas locales de crisis disponibles las 24 horas mencionadas anteriormente, o llame al 988 si está experimentando alguna de las siguientes situaciones o si no está seguro de que se trate de una crisis. Queremos ayudarle y apoyarle en la prevención de una emergencia.

Ejemplos de aspectos a los que debe estar atento si usted o un familiar está pasando por una crisis o emergencia de salud conductual:

- Está considerando el suicidio.
- Oye voces que le indican que se lastime a sí mismo o a otra persona.
- Lastima a otras personas, animales o propiedades.
- Tiene comportamientos peligrosos o muy inapropiados en la escuela, el trabajo, o con amigos o familia.

A continuación se describen algunos de los servicios que Trillium Community Health Plan ofrece para apoyar la estabilización en la comunidad:

- Una línea telefónica de crisis a la que se puede llamar cuando un miembro necesita ayuda
- Un equipo móvil de crisis que acude al lugar donde se encuentre el miembro que necesita ayuda
- Centros de crisis con atención sin cita previa y servicios de ingreso directo
- Servicios de respiro en situaciones de crisis (atención a corto plazo)
- Lugares de estancia temporal para ayudar a la persona a estabilizarse
- Servicios de posterior a la estabilización y servicios de atención de atención de urgencia
Esta atención está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos, relacionados con una emergencia médica o de salud conductual, que se proporcionan después de que la emergencia se estabiliza y para mantener la estabilización o resolver la condición.
- Servicios de respuesta a crisis, las 24 horas del día, para miembros que reciben tratamiento intensivo de salud conductual en el hogar.

Consulte más información sobre los servicios de salud conductual que se ofrecen en la sección [Beneficios de salud conductual](#).

Prevención del suicidio

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

Si tiene pensamientos suicidas, un profesional de la salud mental puede ayudarle. Si actualmente está en peligro, puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear con la Línea 988 de prevención del suicidio, su conversación es confidencial y gratuita. La Línea 988 de prevención del suicidio proporciona un cuidado sin juicios de valor. Hablar con alguien puede ayudar a salvar su vida.

Señales comunes de advertencia de suicidio

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

A continuación se muestran algunas señales de advertencia de suicidio:

- Hablar de querer morir o matarse a sí mismo.
- Planear una manera de matarse a sí mismo, como comprar un arma.
- Sentirse desesperado o no tener razón para vivir.
- Sentirse atrapado o en dolor insopportable.
- Hablar de ser una carga para los demás.

- Regalar posesiones preciadas.
- Pensar y hablar mucho sobre la muerte.
- Consumir más alcohol o drogas.
- Actuar ansioso o agitado.
- Comportarse imprudentemente.
- Retirarse o sentirse aislado.
- Tener cambios de humor extremos.

¡Nunca oculte los pensamientos o las conversaciones relacionados con el suicidio!

Si desea hablar con alguien fuera de Trillium Community Health Plan, llame a cualquiera de las siguientes personas:

- Consulte la lista de líneas de crisis en [Crisis y emergencia de salud conductual](#).
- Centro Nacional de Prevención del Suicidio: Llame al 988 o visite 988lifeline.org
- The David Romprey Memorial WarmLine: 800-698-2392
- Línea de texto de crisis: envíe el texto 741741
- Para la prevención del suicidio adolescente: YouthLine: 877-968-8491 o envíe el texto teen2teen al 839863
- También puede buscar en línea el número de crisis de salud mental de su condado. Ellos pueden realizar evaluaciones y ayudarle a acceder a los servicios que necesita.

Para obtener una lista de las líneas de emergencia adicionales para crisis, consulte la sección [Crisis y emergencias de salud conductual](#) o visite <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/wellness/behavioral-health.html>.

Atención de seguimiento después de una emergencia

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Esto incluye cualquier cosa que necesite después de salir de la sala de emergencias. La atención de seguimiento no es una emergencia. OHP no cubre la atención de seguimiento cuando usted está fuera del estado. Llame a su Proveedor de Cuidado Primario o al consultorio del dentista de atención primaria para establecer cualquier tipo de atención de seguimiento.

- Usted debe obtener atención de seguimiento de su proveedor o dentista habitual. Puede pedirle al médico de emergencia que llame a su proveedor para coordinar la atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor o dentista lo antes posible después de recibir atención urgente o atención de emergencia. Informe a su proveedor o dentista dónde le trajeron y por qué.

- Su proveedor o dentista gestionará su atención de seguimiento y programará una cita si usted la necesita.

Atención médica lejos del hogar

Atención planificada fuera del estado

Trillium Community Health Plan le ayudará a localizar un proveedor fuera del estado y a pagar un servicio cubierto cuando:

- Necesite un servicio que no está disponible en Oregon
- O si el servicio es rentable

Para obtener más información sobre cómo puede acceder al resurtido de un medicamento recetado antes de su viaje, consulte [Obtención de medicamentos recetados antes de un viaje](#).

Atención de emergencia lejos del hogar

Usted puede necesitar atención de emergencia cuando esté fuera de su localidad o fuera del área de servicios del Trillium Community Health Plan. **Llame al 911 o diríjase al departamento de emergencias.** No necesita una aprobación para servicios de emergencias. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos en todos los Estados Unidos; esto incluye la salud conductual y las afecciones dentales de emergencia.

No pague por la atención de emergencia. Si usted paga la factura de la sala de emergencias, Trillium Community Health Plan no puede reembolsarle dicho pago. Consulte la sección [Facturación por atención de emergencia fuera de su localidad o del estado](#) para saber qué hacer si recibe una factura.

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

Siga los pasos que se indican a continuación si necesita atención de emergencia fuera de casa

1. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación de Oregon Health y la tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan con usted cuando viaje fuera del estado.
2. Muéstrelas su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan y pídale que le facturen a Trillium Community Health Plan.
3. No firme ningún documento hasta que sepa que el proveedor le facturará a Trillium Community Health Plan. A veces Trillium Community Health Plan no puede pagar su factura si se ha firmado un acuerdo para pagar el formulario. Para obtener más información sobre este formulario, consulte la sección [Puede que se le pida que firme un formulario de acuerdo de pago.](#)

4. Puede pedir a la Sala de Emergencias o a la oficina de facturación del proveedor que se comunique con Trillium Community Health Plan si desean verificar su seguro o tienen alguna pregunta.

5. Si necesita asesoramiento sobre qué hacer o necesita atención que no sea de emergencia fuera de casa, llame a Trillium Community Health Plan para obtener ayuda.

En casos de emergencia, los pasos anteriores no siempre son posibles. Estar preparado y saber qué pasos tomar para la atención de emergencia fuera del estado puede arreglar los problemas de facturación mientras usted está fuera. Estos pasos pueden ayudar a evitar que se le facture por los servicios que Trillium Community Health Plan puede cubrir. Trillium Community Health Plan no puede pagar por un servicio si el proveedor no nos ha enviado una factura.

Si recibe una factura, consulte la sección [Facturación de servicios](#) a continuación.

Facturación de servicios

Los miembros de OHP no pagan facturas por los servicios cubiertos

Cuando usted programe su primera visita con un proveedor, informe al personal del consultorio que usted está con Trillium Community Health Plan. También debe hacerles saber si usted tiene otro seguro. Esto ayudará al proveedor a saber a quién debe facturar. Lleve su tarjeta de identificación a todas sus citas médicas. Trillium Community Health Plan paga por todos los servicios cubiertos, médicaamente necesarios y apropiados de acuerdo con la Lista Priorizada de Servicios de Salud.

Un proveedor de la red de Trillium Community Health Plan (Para obtener una lista de proveedores dentro de la red, consulte la sección [Directorio de proveedores](#)). O alguien que trabaja para ellos no puede facturarle o tratar de cobrar cualquier dinero adeudado por Trillium Community Health Plan por servicios que usted no es responsable de cubrir.

No se puede facturar a los miembros por citas perdidas o errores.

- Las citas perdidas no se le deben facturar a usted ni a OHP.
- Si su proveedor no envía la documentación correcta o no obtiene aprobación, usted no puede obtener una factura por eso. Esto se denomina error del proveedor.

Los miembros no pueden obtener una factura sorpresa o factura de saldo.

Cuando un proveedor factura un monto restante, después de que Trillium Community Health

Plan haya pagado, se llama facturación de saldos. También se llama facturación sorpresa. El monto es la diferencia entre el monto real facturado y el monto que Trillium Community Health Plan paga. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando se ve a un proveedor fuera de la red. Usted no es responsable de estos costos.

Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711). Para obtener más información sobre la facturación sorpresa, visite <https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf>.

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

Llame inmediatamente a Trillium Community Health Plan para obtener ayuda al 1-877-600-5472 (TTY 711).

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

Es posible que tenga que pagar por servicios

Por lo general, con Trillium Community Health Plan, usted no tendrá que pagar ninguna factura médica. Cuando necesite atención, hable con su proveedor sobre las opciones. La oficina del proveedor verificará con Trillium Community Health Plan para ver si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si usted decide recibir un servicio que no está cubierto, es posible que tenga que pagar la factura. Esto solo sucede cuando se ha hablado de ello y se ha firmado un formulario de acuerdo de pago. Obtenga más información en la sección [Puede que se le pida que firme un acuerdo de pago](#).

Usted tiene que pagar al proveedor si:

- **Recibe atención de rutina fuera de Oregon.** Recibe servicios fuera de Oregon que no son de atención urgente ni atención de emergencia.
- **No le dice al proveedor que tiene OHP.** No le dijo al proveedor que usted tiene Trillium Community Health Plan, otro seguro o dio un nombre que no coincidía con el que figura en el ID de Trillium Community Health Plan al momento o después de que se provea el servicio, por lo que el proveedor no pudo facturar a Trillium Community Health Plan. Los proveedores deben verificar su elegibilidad de Trillium Community Health Plan al momento de prestar el servicio y antes de facturar o hacer cobros. Deben tratar de obtener información de cobertura antes de facturarle.
- **Continúa recibiendo un servicio denegado.** Usted o su representante solicitaron la continuación de los beneficios durante una apelación y un proceso de audiencia de caso impugnado, y la decisión final no fue a su favor. Usted tendrá que pagar por cualquier cargo incurrido por los servicios denegados en o después de la fecha efectiva en la notificación de acción o notificación de resolución de apelación.

- **Usted recibe dinero por servicios de un accidente.** Si un tercer pagador, como el seguro de automóvil, le envió cheques por servicios que obtuvo de su proveedor y no utilizó estos cheques para pagar al proveedor.
- **No trabajamos con ese proveedor.** Cuando elige ver a un proveedor que no está en la red con Trillium Community Health Plan usted puede tener que pagar por sus servicios. Antes de ver a un proveedor que no esté en la red de Trillium Community Health Plan, debe llamar a Servicio al Cliente o trabajar con su PCP. Es posible que se necesite aprobación previa o que haya un proveedor en la red que se adapte a sus necesidades. Para obtener una lista de proveedores de la red, consulte la sección [Directorio de proveedores](#).
- **Elige obtener servicios que no están cubiertos.** Tiene que pagar cuando usted elige tener servicios que el proveedor le dice que no están cubiertos por Trillium Community Health Plan. En este caso:
 - El servicio es algo que su plan no cubre.
 - Antes de recibir el servicio, usted firma un Formulario de Acuerdo de Pago válido. Obtenga más información acerca del formulario a continuación.
 - Siempre comuníquese primero con el Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan para analizar lo que está cubierto. Si recibe una factura, por favor comuníquese con el Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan de inmediato.
 - Ejemplos de algunos servicios no cubiertos:
 - Algunos tratamientos, como medicamentos de venta libre, para afecciones que se pueden tratar en casa o que mejoran por sí solas (resfriados, gripe leve, callos, etc.)
 - Cirugías cosméticas o tratamientos para la apariencia solamente.
 - Servicios para ayudarla a quedar embarazada.
 - Tratamientos que generalmente no son efectivos.
 - Ortodoncia, excepto para maloclusión discapacitante y para tratar la hendidura del paladar en niños.

Si tiene preguntas acerca de los servicios cubiertos o no cubiertos, comuníquese con el Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Es posible que se le pida que firme un formulario de Acuerdo de Pago

Un formulario de acuerdo para pagar se utiliza cuando usted desea un servicio que no está cubierto por Trillium Community Health Plan ni OHP. El formulario también se denomina exención. Solo se le puede facturar por un servicio si firma el formulario Acuerdo de Pago. No debe sentirse obligado a firmar el formulario. Puede obtener una copia del formulario de contribución en <https://bit.ly/OHPwaiver>.

No es necesario que firme el formulario Acuerdo de Pago si no desea hacerlo. Si no está seguro de si debe firmar el formulario de Acuerdo de Pago o si tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto, comuníquese con Servicios al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para obtener ayuda. Si Trillium Community Health Plan o su proveedor le dicen que el servicio no está cubierto por OHP, usted todavía tiene el derecho de impugnar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales](#) para obtener más información.

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

- En el formulario se debe establecer el costo estimado del servicio. Debe ser el mismo que en la factura.
- El servicio está programado en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que firmó el formulario.
- El formulario dice que OHP no cubre el servicio.
- El formulario dice que usted está de acuerdo en pagar la factura usted mismo.
- Usted pidió pagar en privado por un servicio cubierto. Si usted decide hacer esto, el proveedor puede facturarle si le dice por adelantado lo siguiente:
 - El servicio está cubierto y Trillium Community Health Plan los pagaría en su totalidad por el servicio cubierto.
 - El costo estimado, incluyendo todos los cargos relacionados, el monto que Trillium Community Health Plan pagaría por el servicio. El proveedor no puede cobrarle un monto mayor del que Trillium Community Health Plan pagaría; y,
 - Usted, a sabiendas y voluntariamente, acepta pagar por el servicio cubierto.
- El proveedor documenta por escrito, firmado por usted o su representante, que le dieron la información anterior y:
 - Le dieron la oportunidad de hacer preguntas, obtener más información y consultar con su trabajador social o representante.
 - Usted acepta pagar en privado. Usted o su representante firmaron el acuerdo que contiene toda la información de pago privado.
 - El proveedor debe darle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar una reclamación al Trillium Community Health Plan por el servicio cubierto que se indica en el acuerdo.

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

Debido a que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas de OHP (Medicaid) de Oregon, es posible que le facturen. No se le debe facturar por atención de emergencia o posterior a la hospitalización. Comuníquese con el Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan si recibe una factura. Tenemos recursos para ayudarle.

Llámenos de inmediato si recibe facturas de proveedores de fuera del estado. Algunos proveedores envían facturas impagadas a agencias de recaudación e incluso pueden demandar en la corte para recibir el pago. Es más difícil solucionar el problema una vez que esto sucede. Tan pronto como reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con el Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan lo antes posible al 1-877-600-5472 (TTY 711).
Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- Si usted recibe documentos de la corte, llámenos de inmediato. También puede llamar a un abogado o a la Línea Directa de Beneficios Públicos al 800-520-5292 para obtener asesoramiento legal gratuito. Existen leyes del consumidor que pueden ayudarle cuando se le factura de forma incorrecta mientras está en OHP.
- Si recibió una factura porque Trillium Community Health Plan negó su reclamación, comuníquese con Servicio al Cliente. Aprenda más sobre denegaciones, su derecho a una apelación y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros en la sección [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Justas](#).
 - Para apelar, también enviar una carta a Trillium Community Health Plan diciendo que no está de acuerdo con la factura porque estaba en OHP en el momento del servicio.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas

- Le recomendamos encarecidamente que llame al Servicio al Cliente antes de aceptar pagar a un proveedor.
- Si su proveedor le pide que pague un copago, ¡no lo pague! Pida al personal de la oficina que llame a Trillium Community Health Plan.
- Trillium Community Health Plan paga por todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Lista Priorizada de Servicios de Salud, vea [Cómo decide Oregon qué debe cubrir OHP](#) para más información.
- Para obtener una breve lista de beneficios y servicios que están cubiertos bajo sus beneficios de OHP con Trillium Community Health Plan, que también cubre la administración de casos y la coordinación de la atención, consulte la sección de [Beneficios de salud física](#). Si tiene alguna pregunta sobre lo que está cubierto, puede preguntar a su PCP o llamar al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711).
- Ningún proveedor de la red de Trillium Community Health Plan o alguien que trabaje para ellos puede facturar a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobro, o mantener una acción civil contra un miembro para cobrar cualquier dinero que deba Trillium Community Health Plan por servicios de los que usted no es responsable.
- A los miembros nunca se les cobra por los viajes a las citas cubiertas. Consulte la sección [Traslados gratuitos para recibir atención](#) para obtener más información. Los miembros pueden solicitar reembolsos por conducir a visitas cubiertas u obtener pases de autobús para asistir por este medio de transporte a las visitas cubiertas.
- Las protecciones para que no se le facture generalmente solo se aplican si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía OHP. Además, solo se aplican a los proveedores que trabajan con OHP (pero la mayoría de los proveedores lo hacen).
- A veces, su proveedor no llena la documentación correctamente. Cuando esto sucede, es posible que no se les pague. Eso no significa que usted tenga que pagar. Si ya recibió el servicio y nos negamos a pagarle a su proveedor, su proveedor no puede facturarle a usted.
- Usted puede recibir un aviso de nuestra parte en el que informamos que no pagaremos por el servicio. Ese aviso no significa que usted tenga que pagar. El proveedor cancelará los cargos.

- Si Trillium Community Health Plan o su proveedor le dicen que el servicio no está cubierto por OHP, usted todavía tiene el derecho de impugnar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la sección [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Justas](#) para saber cómo hacer esto.
- En caso de cierre del Trillium Community Health Plan, usted no es responsable de pagar por los servicios que cubrimos o proporcionamos.

Miembros con OHP y Medicare

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

Si tiene ambos, usted no es responsable de pagar lo siguiente:

- Copagos
- Deducibles ni
- Cargos de coseguro para los servicios de Medicare, esos cargos están cubiertos por OHP.

Es posible que tenga que pagar copagos por algunos costos de los medicamentos recetados. Si usted es elegible para Medicare Part D y no se inscribe, puede ser responsable de muchos costos de medicamentos con receta. El OHP aún puede cubrir algunos medicamentos no cubiertos por la Parte D, pero se recomienda enfáticamente que usted se inscriba en un plan de la Parte D para evitar pagar la mayoría los gastos de bolsillo de sus medicamentos.

Hay veces en que usted puede tener que pagar deducibles, coseguros o copagos si elige ver a un proveedor fuera de la red. Comuníquese con la oficina local para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (APD) o la Agencia para Personas Mayores del Área (AAA). Ellos le ayudarán a aprender más sobre cómo usar sus beneficios. Llame a la Conexión de Recursos para Personas Mayores (ADRC) al 855-673-2372 y obtener el número de teléfono de su oficina local de APD o AAA.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre los beneficios que Medicare y OHP (Medicaid) pagan, o para obtener ayuda para encontrar un proveedor y cómo acceder a los servicios.

Los proveedores facturarán a Medicare o a Trillium Community Health Plan.

Trillium Community Health Plan trabaja con Medicare y tiene un acuerdo de que todas las reclamaciones se enviarán para que podamos pagarlas.

- Proporcione al proveedor su número de identificación de OHP y dígale que está cubierto por Trillium Community Health Plan. Si aún así le informan que debe dinero, llame al Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711). Podemos ayudarlo.
- Conozca las pocas ocasiones en las que un proveedor puede enviarle una factura en la sección de [Facturación por servicios](#).

Los miembros con Medicare pueden cambiar o abandonar la CCO que utilizan para la atención física en cualquier momento. Sin embargo, los miembros con Medicare deben usar una CCO para atención dental y de salud conductual.

Cambio de CCO y traslado de la atención

Tiene derecho a cambiar de CCO o abandonar una CCO.

Si usted no tiene una CCO, su OHP se llama Pago por Servicio o tarjeta abierta. Esto se llama “pago por servicio” porque el estado paga a los proveedores una tarifa por cada servicio que prestan. Los miembros de pago por servicio reciben los mismos tipos de beneficios de salud física, dental y conductual que los miembros de la CCO.

La CCO que tenga depende del lugar en el que viva. Las reglas sobre cambiar o abandonar una CCO son diferentes cuando hay una sola CCO en el área y cuando hay más CCO en un área.

Miembros con Medicare y OHP (Medicaid)

Usted puede cambiar o dejar la CCO que usa para atención física en cualquier momento. Sin embargo, los miembros con Medicare deben usar una CCO para atención dental y de salud conductual.

Indígenas Americanos y Nativos de Alaska con prueba de Ascendencia Indígena

Usted también puede obtener atención en un centro de Servicios de Salud Indígena, clínica/programa de salud tribal, clínica urbana y OHP de pago por servicio.

Áreas de servicios con una sola CCO:

Los miembros con una sola CCO en su área de servicio pueden solicitar la cancelación de su inscripción (salida) de una CCO y obtener atención de pago por servicio de OHP en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones “con causa”:

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

- Otras razones, como la atención deficiente, la falta de acceso a los servicios cubiertos, o la falta de acceso a proveedores de la red que tienen experiencia en sus necesidades específicas de atención médica.
- Los servicios no se proporcionan en su idioma preferido.
- Los servicios no se proporcionan de una manera culturalmente apropiada; o
- Usted corre el riesgo de no gozar de la continuidad en su atención.

Si se muda a un lugar en el que su CCO no sirve, puede cambiar de plan tan pronto como le informe a OHP sobre el cambio. Llame a OHP al 800-699-9075 o use su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.

Áreas de servicio con más de una CCO:

Los miembros con más de una CCO en su área de servicios pueden solicitar salir y cambiar a una CCO diferente en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones “con causa”:

- Usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
 - Si se muda a un lugar en el que su CCO no sirve, puede cambiar de plan tan pronto como le informe a OHP sobre el cambio. Llame a OHP al 800-699-9075 o use su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted desea.
- Usted tiene una razón médica. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor dice que obtener los servicios por separado significaría un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otras razones, como la atención deficiente, la falta de acceso a los servicios cubiertos, o la falta de acceso a proveedores de la red que tienen experiencia en sus necesidades específicas de atención médica.
- Los servicios no se proporcionan en su idioma preferido.
- Los servicios no se proporcionan de una manera culturalmente apropiada; o
- Usted corre el riesgo de no gozar de la continuidad en su atención.

Los miembros con más de una CCO en su área de servicios también pueden solicitar abandonar y cambiar de CCO en cualquier momento por las siguientes razones “sin causa”:

- Dentro de los 30 días de la inscripción si:
 - No desea el plan en el que se inscribió, o.
 - Usted pidió un plan determinado y el estado le puso en uno diferente.
- En los primeros 90 días después de unirse a OHP o
 - Si el estado le envía una carta de “cobertura” que dice que usted es parte de la CCO después de su fecha de inicio, entonces usted tiene 90 días después de esa fecha de la carta.
- Despues de haber estado con la misma CCO durante 6 meses.

- Al renovar su OHP.
- Si pierde el OHP por menos de 2 meses, se vuelve a inscribir en una CCO y perdió la oportunidad de elegir una CCO cuando renovó su OHP.
- Cuando se impide a una CCO de agregar nuevos miembros.
- Al menos una vez cada 12 meses si las opciones anteriores no son aplicables.

Puede solicitar información acerca de estas opciones por teléfono o por escrito. Llame a Servicios al Cliente de OHP al 800-273-0557 o escriba a Oregon.Benefits@odhssoha.oregon.gov.

Cómo cambiar o dejar su CCO.

Aspectos a tener en cuenta: Trillium Community Health Plan quiere asegurarse de que usted reciba la mejor atención posible. Trillium Community Health Plan puede darle algunos servicios que el pago por servicio o la tarjeta abierta no pueden. Cuando usted tenga un problema para obtener la atención adecuada, déjenos tratar de ayudarle antes de dejar Trillium Community Health Plan.

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

Informe a OHP si desea cambiar o abandonar su CCO. Usted y/o su representante pueden llamar al Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075 o al Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PT. Puede utilizar su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o enviar un correo electrónico a OHP a Oregon.Benefits@odhssoha.oregon.gov. La fecha efectiva de la cancelación de la inscripción será la primera del mes siguiente a la aprobación de la cancelación de la inscripción por parte de la OHA.

Puede recibir atención mientras cambia de CCO. Para obtener más información, consulte la sección [Atención durante el cambio o la salida de una CCO](#).

Las **familias de adopción y tutela** deben comunicarse con el coordinador de elegibilidad médica e inscripción de adopción y tutela al:

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

Trillium Community Health Plan puede pedirle que se vaya por algunas razones

Trillium Community Health Plan puede pedirle a OHA que lo retire de nuestro plan si:

- Es abusivo, no coopera o perturba a nuestro personal o proveedores. Excepto cuando el comportamiento se debe a su necesidad especial de atención médica o discapacidad.
- Cometer fraude u otros actos ilegales, como dejar que otra persona use sus beneficios de atención médica, cambiar una receta, robo u otros actos criminales.
- Es violento o amenaza con ejercer violencia. Esta podría dirigirse a un proveedor de atención médica, a su personal, a otros pacientes o al personal de Trillium Community Health Plan. Cuando el acto o la amenaza de violencia perjudica seriamente la capacidad de Trillium Community Health Plan de proveer servicios a usted o a otros miembros.

Tenemos que pedirle al estado (Autoridad de Salud de Oregon) que revise y apruebe su eliminación de nuestro plan. Recibirá una carta si se aprueba la solicitud de la CCO para cancelar (retirar) su inscripción. Puede presentar un reclamo si no está satisfecho con el proceso o si no está de acuerdo con la decisión. Consulte [Reclamos, Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales](#) para obtener más información.

Trillium Community Health Plan no puede pedir que se lo retire de nuestro plan debido a razones relacionadas con (entre otros) lo siguiente:

- Su estado de salud empeora.
- No utiliza los servicios.
- Utiliza muchos servicios.
- Está a punto de utilizar servicios o de ser colocado en un centro de atención (como un centro de cuidado a largo plazo o un centro de tratamiento psiquiátrico residencial).
- Comportamiento asociado a necesidades especiales que puede ser disruptivo o no cooperativo.
- Su clase protegida, condición médica o antecedentes implican que probablemente necesitará muchos servicios futuros o servicios futuros costosos.
- Su discapacidad física, intelectual, mental o de desarrollo.
- Usted está bajo la custodia de Bienestar Infantil del ODHS.
- Usted presenta un reclamo, no está de acuerdo con una decisión, solicita una apelación o audiencia.
- Usted toma una decisión acerca de su atención con la que Trillium Community Health Plan no está de acuerdo.

Para más información o preguntas sobre otras razones por las que se puede cancelar su inscripción, excepciones temporales de inscripción o exenciones de inscripción, llame a Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) o a Servicios al Cliente de OHP al 800-273-0557.

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

Atención al cambiar o dejar una CCO

Algunos miembros que cambian de plan podrían seguir recibiendo los mismos servicios y cobertura de medicamentos con receta, y ver a los mismos proveedores, incluso si no están dentro de la red. Esto significa que la atención se coordinará cuando cambie las CCO o pase de pago por servicio de OHP a CCO. A veces, a esto se le llama “Transición de la atención”.

Si tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental para pacientes internados, su plan nuevo y su plan anterior deben trabajar juntos para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

Cuando necesita la misma atención al cambiar de plan

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

- Atención para enfermedad renal en etapa terminal
- Usted es un niño médicaamente frágil.
- Recibe tratamiento contra el cáncer de mama y/o cervical.
- Recibe asistencia y apoyo en el cuidado debido al VIH/SIDA.
- Atención previa y posterior a un trasplante.
- Está embarazada o acaba de tener un bebé.
- Recibe tratamiento contra el cáncer.
- Cualquier miembro que, si no recibe servicios continuados, puede sufrir daños graves en su salud o correr el riesgo de necesitar atención hospitalaria o institucional.

El plazo que dura esta atención es el siguiente:

Tipo de miembro	Cuánto tiempo puede recibir la misma atención
OHP con Medicare (Doblemente Elegibles con Beneficios Completos)	90 días
Solo OHP	30 días para la salud física y oral* 60 días para la salud conductual*

* O hasta que su nuevo Proveedor de Cuidado Primario (PCP) haya revisado su plan de tratamiento.

Si usted deja Trillium Community Health Plan, trabajaremos con su CCO o OHP nuevos para asegurarnos de que pueda obtener los mismos servicios que se enumeran a continuación.

Si necesita atención mientras cambia de plan o tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al: 1-877-600-5472 (TTY 711) Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. PST

Trillium Community Health Plan se asegurará de que los miembros que necesiten la misma atención al cambiar de plan reciban:

- Acceso continuo a la atención y traslados para recibir atención.
- Servicios de su proveedor, incluso si no están en la red del Trillium Community Health Plan, hasta que ocurra alguna de estas situaciones:
 - Se completó el ciclo de tratamiento prescrito mínimo o aprobado.
 - Su proveedor decide que su tratamiento ya no es necesario. Si la atención es de un especialista, un proveedor calificado revisará el plan de tratamiento.
- Algunos tipos de atención continuarán hasta que se complete con el proveedor actual. Estos tipos de atención son:
 - Atención antes y después de que esté embarazada/dé a luz a un bebé (prenatal y posparto).
 - Servicios de trasplantes hasta que se cumpla el primer año posterior al trasplante.
 - Radiación o quimioterapia (tratamiento contra el cáncer) durante el curso del tratamiento.
 - Medicamentos con un ciclo de tratamiento mínimo definido que sea superior a los plazos de transición de atención mencionados anteriormente.

Usted puede obtener una copia de la Política de Transición de la Atención de Trillium Community Health Plan llamando al Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711). También se encuentra en nuestro sitio web en la página de Políticas Clínicas y Farmacéuticas en “Otras Políticas”, en <https://www.trilliumohp.com/providers/resources/clinical-payment-policies2.html>. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Decisiones sobre el final de la vida

Instrucciones Anticipadas

Todos los adultos tienen derecho a tomar decisiones sobre su atención. Esto incluye el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento. Una enfermedad o lesión puede impedir que informe a su médico, familiares o representante acerca de la atención que desea recibir. La ley de Oregon le permite declarar sus deseos, creencias y objetivos por adelantado, antes de que necesite ese tipo de cuidado. El formulario que se utiliza se denomina **instrucciones anticipadas**. Obtenga más información sobre las instrucciones anticipadas en nuestro sitio web en:

https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/Advance_Directive.html

o consulte nuestra política sobre Instrucciones Anticipadas en

<https://www.trilliumohp.com/providers/resources/clinical-payment-policies2.html>, en “Otras políticas”.

Las instrucciones anticipadas le permiten:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos para la atención médica si no puede expresarlos usted mismo.

- Nombre a una persona para que tome sus decisiones sobre la atención médica si usted no puede tomarlas por sí mismo. Esta persona es su representante de atención médica y debe aceptar desempeñarse en este rol.
- El derecho a compartir, rechazar o aceptar tipos de atención médica y el derecho a compartir sus decisiones sobre su atención médica futura.

Cómo obtener más información sobre las instrucciones anticipadas

Podemos darle un folleto gratuito sobre las instrucciones anticipadas. Se llama “Cómo tomar decisiones relacionadas con la atención médica”. Llámenos para obtener más información y obtener una copia del folleto y el formulario de instrucciones anticipadas. Llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Hay disponible una Guía del usuario para instrucciones anticipadas, que proporciona información sobre lo siguiente:

- Las razones para presentar instrucciones anticipadas
- Las secciones del formulario de instrucciones anticipadas
- Cómo completar u obtener ayuda para completar las instrucciones anticipadas
- Quién debe recibir una copia de las instrucciones anticipadas
- Cómo realizar cambios en las instrucciones anticipadas

Para descargar una copia de la Guía del usuario para instrucciones anticipadas o del formulario de instrucciones anticipadas, visite <https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

Otra información útil sobre las instrucciones anticipadas

- Presentar instrucciones anticipadas es su decisión. Si decide no llenar ni firmar la instrucciones anticipadas, su cobertura o acceso a la atención médica permanecerá igual.
- Trillium Community Health Plan no lo tratará de manera diferente si decide no llenar ni firmar instrucciones anticipadas.
- Si presenta instrucciones anticipadas asegúrese de hablar con sus proveedores y su familia acerca de eso y de darles copias.
- Trillium Community Health Plan cumplirá todas las elecciones que usted haya enumerado en sus instrucciones anticipadas completas y firmadas. Si un médico con el que usted trabaja tiene una objeción moral para honrar sus instrucciones anticipadas, llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para pedir ayuda para encontrar un médico nuevo.

Cómo informar si Trillium Community Health Plan no siguió unas instrucciones anticipadas

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Licencias de Salud si su proveedor no hace lo que usted pide en sus instrucciones anticipadas.

Health Licensing Office

503-370-9216 (TTY 711)

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

Envíe una queja a:

1430 Tandem Ave NE, Suite 180
Salem, OR 97301

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

<https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx>

Puede presentar un reclamo al Programa de Licencias y Certificación de Instalaciones de Salud si un centro (como un hospital) no hace lo que usted pide en sus instrucciones anticipadas.

Health Licensing Office

Correo a: 800 NE Oregon Street, Suite 465

Portland, OR 97322

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

Fax: 971-673-0556

En línea:

<https://www.oregon.gov/OHA/PH/ProviderPartnerResources/HealthcareProvidersFacilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Pages/index.aspx>

Llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para obtener una copia impresa del formulario de reclamo.

Cómo cancelar sus instrucciones anticipadas

Para cancelarlas, pida que le devuelvan las copias de sus instrucciones anticipadas para que su proveedor sepa que ya no son válidas. Rómpalas o escriba CANCELADAS en letras grandes, firmelas y póngales la fecha. Si tiene preguntas o necesita más información, comuníquese con Oregon Health Decisions llamando al 800-422-4805 o 503-692-0894 (TTY 711).

¿Cuál es la diferencia entre una POLST y las instrucciones anticipadas?

Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (POLST)

Una POLST es un formulario médico que usted puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos cumplan sus deseos de tratamiento cerca del final de la vida. Nunca se le

exige que llene una POLST, pero si tiene enfermedades graves u otras razones por las que no desea todos los tipos de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario. La POLST es diferente de las instrucciones anticipadas:

Pregunta	Directiva Anticipada	POLST
¿Qué es?	Documento legal	Orden médica
¿Quién debería obtenerla?	Para todos los adultos mayores de 18 años	Las personas que tienen una enfermedad grave o son mayores y frágiles y podrían no querer todos los tratamientos
¿Se necesita la firma/aprobación de mi proveedor?	No se requiere la aprobación del proveedor.	Debe estar firmada y aprobada por un proveedor de atención médica.
¿Cuándo se utiliza?	Atención o afección futura	Atención y estado actual

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

Envíe un correo electrónico a polst@ohsu.edu o llame a Oregon POLST al 503-494-3965.

Declaración sobre tratamiento de salud mental

Oregon tiene un formulario para que escriba sus deseos relacionados con la atención de la salud mental. El formulario se llama Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental. El formulario es para cuando tiene una crisis de salud mental o no puede tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Usted tiene la opción de llenar este formulario, cuando no esté en una crisis, y puede entender y tomar decisiones sobre su cuidado.

¿Qué hace este formulario por mí?

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

Este formulario le permite tomar decisiones sobre los tipos de atención que desea y no desea. Se puede utilizar para designar a un adulto para que tome decisiones sobre su atención. La persona que designe debe estar de acuerdo en hablar por usted y seguir sus deseos. Si sus deseos no están por escrito, esta persona decidirá lo que usted desearía.

Un formulario de declaración solo es válido durante 3 años. Si no puede decidir durante esos 3 años, el formulario entrará en vigor. Permanecerá en vigor hasta que pueda tomar decisiones de nuevo. Usted puede cancelar su declaración cuando pueda tomar decisiones acerca de su atención. Debe entregar su formulario tanto a su PCP como a la persona que designa para que tome decisiones por usted.

Para obtener más información sobre la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental, visite el sitio web del estado de Oregon en

https://aix-xweb1p.state.or.us/es_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf

Si su proveedor no cumple los deseos que figuran en su formulario, usted puede quejarse. En www.healthoregon.org/hcrqi, encontrará un formulario para tal fin. Puede enviar su reclamo a esta dirección:

Health Care Regulation and Quality Improvement

800 N.E. Oregon St., #465

Portland, OR 97232

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

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

Fax: 971-673-0556

Fraude, Despendio y Abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero de la atención médica se gaste ayudando a nuestros miembros a estar sanos. Para eso, necesitamos su ayuda.

Si cree que se ha producido fraude, desperdicio o abuso, denuncie el hecho tan pronto como pueda. Puede informarlo de forma anónima. Las leyes de denuncia de irregularidades protegen a las personas que denuncian fraude, desperdicio y abuso. Usted no perderá su cobertura si hace una denuncia. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a alguien que denuncia fraude, desperdicio o abuso.

El fraude en Medicaid es ilegal y Trillium Community Health Plan lo toma en serio.

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

- Un proveedor que le cobra por un servicio cubierto por Trillium Community Health Plan
- Un proveedor que factura servicios que usted no recibió
- Un proveedor que le da un servicio que no necesita basándose en su estado de salud

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

- Obtener artículos del programa de Medicaid y revenderlos.
- Alguien que utiliza el ID de otra persona para obtener beneficios.

Trillium Community Health Plan está comprometido a prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso. Cumpliremos todas las leyes relacionadas, incluyendo la Ley de Reclamaciones Falsas del Estado y la Ley Federal de Reclamaciones Falsas.

Cómo hacer una denuncia de fraude, desperdicio y abuso

Puede hacer una denuncia de fraude, desperdicio y abuso de varias maneras:

Llame, envíe un fax, envíe en línea o escriba directamente a Trillium Community Health Plan. **Denunciamos todo fraude, desperdicio y abuso sospechado cometido por proveedores o miembros a las agencias estatales que se enumeran a continuación.**

Llame a nuestra línea directa: 1-866-685-8664

Presente una denuncia en línea: <http://www.trilliumohp.com/login> y envíenos un mensaje

Escriba a: Trillium Community Health Plan

Attn: Compliance

PO Box 11740

Eugene, OR 97440

O

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

ODHS Fraud Investigation Unit

P.O. Box 14150

Salem, OR 97309

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

Fax: 503-373-1525 Attn: Hotline

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

O

OHA Office of Program Integrity

500 Summer St. NE, E-36

Salem, OR 97301

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

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

O

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)

Oregon Department of Justice

100 SW Market Street

Portland, OR 97201

Teléfono: 971-673-1880

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

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

Para denunciar un fraude en línea: <https://www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx>

Reclamos, quejas, apelaciones y audiencias imparciales

Trillium Community Health Plan se asegura de que todos los miembros tengan acceso a un sistema de quejas (reclamos, quejas, apelaciones y audiencias). Tratamos de facilitar a los miembros la presentación de un reclamo, una queja o una apelación y obtener información sobre cómo presentar una audiencia ante la Autoridad de Salud de Oregon.

Háganos saber si necesita ayuda con cualquier parte del proceso de reclamo, queja, apelación y/o audiencia. También podemos darle más información sobre cómo manejamos los reclamos/quejas y las apelaciones. También están disponibles las copias de nuestras plantillas de aviso. Si necesita ayuda o desea obtener más información aparte de la que aparece en el manual, póngase en contacto con nosotros:

1-877-600-5472 (TTY 711)

Puede presentar un reclamo

- Un **reclamo** nos hace saber que no está satisfecho.
- Una **disputa** es cuando usted no está de acuerdo con Trillium Community Health Plan o con un proveedor.
- Una **queja** es un reclamo que usted puede hacer si no está satisfecho con Trillium Community Health Plan, con sus servicios de atención médica o con su proveedor. Una disputa también puede ser una queja.

Para simplificar, OHP también utiliza la palabra **reclamo** para quejas y disputas.

Usted tiene derecho a presentar un reclamo si no está satisfecho con alguna parte de su atención. Intentaremos mejorar las cosas. Solo llame [al Servicio al Cliente al] 1-877-600-5472 (TTY 711). También puede presentar un reclamo ante la OHA o el Defensor. Puede llamar a la OHA al 1-800-273-0557 o al Defensor al 1-877-642-0450.

o

Escriba a:

Trillium Community Health Plan

ATTN: Grievances

PO Box 11740

Eugene, OR 97440

Correo electrónico: grievances@trilliumchp.com

También puede encontrar un formulario de reclamo en

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

Puede presentar un reclamo sobre cualquier asunto que no sea una denegación de servicios o beneficios y en cualquier momento verbalmente o por escrito. Si presenta un reclamo ante la OHA, se la reenviará a Trillium Community Health Plan

Algunos ejemplos de razones por las que puede presentar un reclamo son:

- Problemas para concertar citas o conseguir traslados
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de donde vive
- No sentirse respetado o comprendido por los proveedores, el personal del proveedor, los conductores o Trillium Community Health Plan
- Atención de la que no estaba seguro, pero recibió de todos modos
- Facturas por servicios que usted no aceptó pagar
- Disputas sobre propuestas de extensión del Trillium Community Health Plan para tomar decisiones de aprobación
- Seguridad del conductor o del vehículo
- La calidad del servicio que recibió

Un representante o su proveedor pueden presentar un reclamo en su nombre, con su permiso por escrito para hacerlo.

Estudiaremos su reclamo y le informaremos qué se puede hacer tan rápido como su salud lo requiera. Esto se realizará en un plazo de 5 días hábiles a partir del día en que recibamos su reclamo.

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles. Le diremos por qué necesitamos más tiempo. Solo solicitaremos más tiempo si es lo mejor para usted. Todas las cartas se escribirán en su idioma de preferencia. Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo explicando cómo lo manejaremos.

Si no está satisfecho con la forma en que gestionamos su reclamo, puede compartirlo con la unidad de atención al cliente de OHP llamando al 1-800-273-0557 o poniéndose en contacto con el Programa de Defensor de la OHA. Los defensores son responsables de los miembros de OHP y harán todo lo posible para ayudarle. Envíe un correo electrónico seguro a www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx o deje un mensaje al 877-642-0450.

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

Trillium Community Health Plan, sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden hacer lo siguiente:

- Impedir que un miembro utilice cualquier parte del proceso del sistema de reclamos y apelaciones ni tomar medidas punitivas contra un proveedor que solicite un resultado acelerado o apoye la apelación de un miembro.
- Alentar el retiro de un reclamo, una apelación o una audiencia ya presentada.
- Utilizar la presentación o el resultado de un reclamo, una apelación o una audiencia como una razón para reaccionar contra un miembro o para solicitar la cancelación de la inscripción de un miembro.

Puede pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos. Esto se denomina una apelación.

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

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

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

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

1

Solicite una apelación

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

2

Espere nuestra respuesta

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

3

Lea nuestra decisión

¿Todavía no está de acuerdo? Puede pedir al estado que la revise. Esto se denomina audiencia.

4

Pida una audiencia

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

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

Paso 1	<p>Solicite una apelación.</p> <p>Debe solicitarla dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de denegación (NOABD).</p> <p>Llámenos al 1-877-600-5472 (TTY 711) o utilice el Formulario de Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review.</p> <p>Puede enviar el formulario o la solicitud escritos mediante correo postal a:</p> <p>Trillium Community Health Plan Attn Appeals PO Box 11740 Eugene, OR 97440</p> <p>También puede enviar el formulario o la solicitud escritos por fax al 1-866-703-0958.</p> <p>¿Quiénes pueden solicitar una apelación?</p> <p>Usted o alguien con un permiso escrito para hablar por usted. Podría ser su médico o un representante autorizado.</p>
Paso 2	<p>Espere nuestra respuesta.</p> <p>Una vez que recibamos su solicitud, examinaremos la decisión original. Un nuevo médico examinará su historia clínica y la solicitud de servicio para ver si seguimos las reglas correctamente. Puede proporcionarnos cualquier información adicional que considere que nos ayudaría a revisar la decisión.</p> <p>Para respaldar su apelación, tiene derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dar información y testimonio en persona o por escrito.• Presentar argumentos legales y fácticos en persona o por escrito. <p>Debe hacer esto dentro de los plazos de apelación que se indican a continuación.</p>

¿Cuánto tiempo tienen para revisar mi apelación?

Tenemos 16 días para revisar su solicitud y dar una respuesta. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta. Tenemos hasta 14 días más para responder.

¿Qué sucede si necesito una respuesta más rápida?

Puede solicitar una apelación rápida. Esto también se denomina una apelación acelerada. Llámenos o envíe por correo o fax el formulario de solicitud. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>. Solicite una apelación rápida si esperar la apelación regular podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de funcionar. Lo llamaremos y le enviaremos una carta, en el plazo de 1 día hábil, para informarle que recibimos su solicitud para una apelación rápida.

¿Cuánto tiempo tarda una apelación rápida?

Si presenta una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan rápidamente como lo requiera su salud, antes de que se cumplan 72 horas del momento en que se recibió la solicitud de apelación rápida. Haremos todo lo posible para ponernos en contacto con usted y su proveedor por teléfono para informarle de nuestra decisión. También recibirá una carta.

A petición suya, si necesitamos más tiempo, podemos ampliar el plazo hasta 14 días.

Si se niega una apelación rápida o se necesita más tiempo, lo llamaremos y le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de dos días. Una solicitud de apelación rápida denegada se convertirá en una apelación estándar y debe resolverse en 16 días o posiblemente extenderse 14 días más.

Si no está de acuerdo con la decisión de ampliar el plazo de apelación o si se rechaza una apelación rápida, tiene derecho a presentar un reclamo.

Paso 3

Lea nuestra decisión.

Le enviaremos una carta con nuestra decisión de apelación. Esta carta de decisión de apelación también se denomina Aviso de Resolución de Apelación (NOAR). Si está de acuerdo con la decisión, no tiene que hacer nada.

Paso 4

¿Todavía no está de acuerdo? Pida una audiencia.

Tiene derecho a pedir al estado que revise la decisión de apelación. Esto se llama pedir una audiencia. Debe solicitar una audiencia dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la carta de la decisión de apelación (NOAR).

¿Qué sucede si necesito una audiencia más rápida?

Puede solicitar una audiencia rápida. Esta también se denomina audiencia acelerada.

Use el formulario de audiencia en línea en <https://bit.ly/ohp-hearing-form> para pedir una audiencia normal o una audiencia más rápida.

También puede llamar al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o usar el formulario de solicitud que se le enviará con la carta. Obtenga el formulario en <https://bit.ly/request2review>. Puede enviar el formulario a la siguiente dirección de correo electrónico:

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

El estado decidirá si usted puede tener una audiencia rápida 2 días hábiles después de recibir su solicitud.

¿Quiénes pueden solicitar una audiencia?

Usted o alguien con un permiso escrito para hablar por usted. Podría ser su médico o un representante autorizado.

¿Qué sucede en una audiencia?

En la audiencia, puede decirle al juez de derecho administrativo de Oregon por qué no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. El juez tomará la decisión final.

Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias

¿Qué pasa si no recibo una carta de denegación? ¿Puedo pedir una apelación?

Tiene que recibir una carta de denegación antes de poder solicitar una apelación.

Los proveedores no deben denegar un servicio. Tienen que preguntar a Trillium Community Health Plan si puede obtener aprobación para un servicio.

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

¿Qué pasa si Trillium Community Health Plan no cumple con el plazo de apelación?

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

¿Puede alguien más representarme o ayudarme en una audiencia?

Tiene derecho a que otra persona de su elección lo represente en la audiencia. Podría ser cualquier persona, como un amigo, un familiar, un abogado o su proveedor. También tiene derecho a representarse a sí mismo si elige hacerlo. Si contrata a un abogado, debe pagar sus honorarios.

Para obtener asesoramiento y una posible representación sin costo, llame a la Línea Directa de Beneficios Públicos al 1-800-520-5292 (TTY 711). La línea directa es una asociación entre Legal Aid of Oregon y el Oregon Law Center. También puede encontrar información sobre ayuda legal gratuita en OregonLawHelp.org

¿Puedo obtener el beneficio o servicio mientras estoy esperando una decisión?

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

Debe solicitar esto dentro de los 10 días posteriores a la fecha de notificación o para la fecha en que la decisión sea efectiva, lo que sea más tarde. Puede solicitarlo por teléfono, carta o fax.

- Puede llamarnos al 1-877-600-5472 (TTY: 711).
 -
- Utilice el Formulario de Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.
- **Responda “sí” a la pregunta sobre la continuación de los servicios en el recuadro 8 de la página 4 del *Formulario de Solicitud de Revisión de una Decisión de Atención Médica*.**

Puede enviar el formulario por correo a la siguiente dirección:

Trillium Community Health Plan
 Attn: Appeals
 PO Box 11740
 Eugene, OR 97440

¿Tengo que pagar por el servicio continuado?

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

Si cambiamos nuestra decisión y usted no estaba recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o proporcionaremos el servicio o beneficio tan rápidamente como lo requiera su salud. No tardaremos más de 72 horas a partir del día en que recibamos el aviso de que nuestra decisión se revocó.

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

Si tiene Trillium Community Health Plan y Medicare, puede tener más derechos de apelación que los mencionados anteriormente. Si quiere obtener más información, llame al Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY: 711). También puede llamar a Medicare al 1-800-633-4227 para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

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

Puede comunicarse con Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para pedir copias gratuitas de todos los documentos utilizados para tomar la decisión.

Palabras que Debe Conocer

Apelación: Cuando usted pide a su plan que cambie una decisión con la que no está de acuerdo acerca de un servicio que su médico ordenó. Puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique por qué el plan debe cambiar su decisión. Esto se denomina presentar una apelación.

Instrucciones anticipadas: Un formulario legal que le permite expresar sus deseos para la atención al final de su vida. Puede elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas usted mismo.

Evaluación: Revisión de la información sobre la atención, los problemas de atención médica y las necesidades de un paciente. Se utiliza para saber si la atención debe cambiar y planificar la atención futura.

Factura de saldo (facturación sorpresa): Es cuando usted recibe una factura de su proveedor por un monto sobrante. Esto sucede cuando un plan no cubre el costo total de un servicio. También se llama factura sorpresa. Se supone que los proveedores de OHP no deben facturarle el saldo a los miembros.

Salud conductual: Se trata de trastornos de la salud mental, de enfermedades mentales, por adicción y por consumo de sustancias. Puede cambiar su estado de ánimo, su pensamiento o su forma de actuar.

Copago: Un monto de dinero que una persona debe pagar por servicios como recetas o visitas. Los miembros de OHP no tienen copagos. El seguro de salud privado y Medicare a veces tienen copagos.

Coordinación de la atención: Un servicio al que todos los miembros pueden acceder que le proporciona educación, apoyo y recursos comunitarios. Lo ayuda a trabajar en su salud y a encontrar su camino en el sistema de atención médica.

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

Coseguro: El monto que alguien debe pagar a un plan de salud para recibir atención médica. A menudo es un porcentaje del costo, como el 20%. El seguro paga el resto.

Leyes del consumidor: Reglas y leyes destinadas a proteger a las personas y detener las prácticas comerciales deshonestas.

Organización de Atención Coordinada (CCO): Una CCO es un plan local de OHP que lo ayuda a utilizar sus beneficios. Las CCO están formadas por todo tipo de proveedores de atención médica en una comunidad. Trabajan juntos para cuidar a los miembros del OHP en un área o una región del estado.

Crisis: Un tiempo de dificultades, problemas o peligros. Puede provocar una situación de emergencia si no se soluciona.

Declaración de Tratamiento de la Salud Mental: Formulario que puede llenar cuando tiene una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones sobre su atención. Describe qué opciones de atención desea y cuáles no. También le permite designar a un adulto que puede tomar decisiones acerca de su atención.

Deductible: El importe que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su seguro pague el resto. Esto es sólo para Medicare y seguros de salud privados.

Dispositivos de habilitación y rehabilitación: Suministros para ayudarlo con los servicios de terapia u otras tareas cotidianas. Los ejemplos incluyen:

- Andadores
- Bastones
- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas de infusión
- Prótesis y Aparatos Ortopédicos
- Aparatos para la vista deficiente
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Máquina de respiración asistida

Diagnóstico: Cuando un proveedor descubre el problema, la afección o la enfermedad.

Equipo médico duradero (DME): Cosas como sillas de ruedas, andadores y camas de hospital que duran mucho tiempo. No se agotan como los suministros médicos.

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT): El programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) ofrece servicios de atención médica integral y preventiva a personas menores de 21 años que están cubiertas por el Oregon Health Plan (OHP). EPSDT proporciona servicios de EPSDT médicalemente necesarios y servicios de EPSDT médicalemente apropiados cubiertos por Medicaid para tratar cualquier afección física, dental, de la visión, del desarrollo, nutricional y de salud mental y conductual. La cobertura para EPSDT incluye todos los servicios cubiertos por Oregon Health Plan (OHP),

cuando los servicios de EPSDT son médicaamente necesarios y médicaamente apropiados para el individuo.

Afección dental de emergencia: Un problema de salud dental basado en sus síntomas. Algunos ejemplos son dolor dental severo o hinchazón.

Condición médica de emergencia: Una enfermedad o lesión que necesita atención inmediata. Puede ser sangrado que no se detiene, dolor severo o huesos rotos. Puede ser algo que hará que alguna parte de su cuerpo deje de funcionar. Una afección de salud mental de emergencia es la sensación de estar fuera de control o sentir que podría lastimarse a sí mismo o lastimar a otra persona.

Transporte médico de emergencia: Uso de una ambulancia o de un vuelo de Life Flight para obtener atención médica. Los técnicos médicos de emergencias prestan atención durante el viaje o el vuelo.

ER o ED: Se refiere a la sala de emergencias o al servicio de emergencias. Es el lugar en un hospital donde usted puede obtener atención para una emergencia médica o de salud mental.

Atención de emergencia: Atención que recibe cuando tiene un problema médico grave y no es seguro esperar. Puede suceder en una sala de urgencias.

Servicios de emergencia: Atención que mejora o estabiliza las afecciones médicas o mentales graves repentina.

Servicios excluidos: Lo que un plan de salud no paga. Ejemplo: OHP no paga por servicios para mejorar su apariencia, como la cirugía cosmética o cosas que mejoran por sí solas, como un resfriado.

Ley Federal y Estatal de Reclamaciones Falsas: Leyes que hacen que sea un delito para alguien a sabiendas hacer un registro falso o presentar una reclamación falsa por atención médica.

Queja: un reclamo formal que puede presentar si no está satisfecho con su CCO, sus servicios de atención médica o su proveedor. OHP lo llama reclamo. La ley dice que las CCO deben responder a todos los reclamos.

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios y dispositivos que enseñan las habilidades de la vida diaria. Un ejemplo es la terapia del habla para un niño que no ha empezado a hablar.

Seguro de salud: Un programa que paga la atención médica. Después de inscribirse, una compañía o agencia gubernamental paga los servicios de salud cubiertos. Algunos programas de seguros necesitan pagos mensuales, llamados *primas*.

Evaluación de riesgos para la salud: Encuesta sobre la salud de un miembro. La encuesta averigua sobre la salud emocional y física, los comportamientos, las condiciones de vida y los antecedentes familiares. Las CCO la utilizan para conectar a los miembros con la ayuda y el soporte adecuados.

Atención médica en el hogar: Servicios que usted recibe en su casa para ayudarlo a vivir mejor después de una cirugía, una enfermedad o una lesión. Algunos de estos servicios son la ayuda con medicamentos, comidas y baños.

Servicios en un centro de cuidado para pacientes terminales: Servicios para consolar a una persona que está muriendo y para ayudar a su familia. El cuidado para pacientes terminales es flexible y puede consistir en tratamiento del dolor, consejería y cuidados de relevo.

Atención ambulatoria en el hospital: Cuando le realizan una cirugía o un tratamiento en un hospital y después se va.

Hospitalización: Cuando se ingresa a una persona en un hospital para recibir atención médica.

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

Médicamente necesario: Servicios y suministros que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o sus síntomas. También puede significar servicios que son el tratamiento estándar.

Medicare: Un programa de atención médica para personas de 65 años o más. También ayuda a personas de cualquier edad que tienen ciertas discapacidades.

Red: Los proveedores médicos, dentales, de salud mental, de farmacia y de equipos que tienen un contrato con una CCO.

Proveedor de la red o proveedor participante: Cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Puede consultar a los proveedores de la red de forma gratuita. Algunos especialistas de las red requieren una remisión del médico.

Proveedor fuera de la red o proveedor no participante: Proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga si los miembros consultan a estos proveedores. Usted debe obtener una aprobación para ver a un proveedor fuera de la red.

Acuerdo de renuncia de pago de OHP (OHP 3165 o 3166): Formulario que usted firma si acepta pagar por un servicio que OHP no paga. Solo es válido para el servicio y las fechas exactas que se indican en el formulario. Puede ver el formulario de renuncia en blanco en <https://bit.ly/OHPwaiver>. ¿No está seguro de si ha firmado un formulario de renuncia? Puede preguntar al consultorio de su proveedor. Para otros idiomas, visite: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx

Servicios médicos: Servicios que usted recibe de un médico.

Plan: Una organización de salud o CCO que paga los servicios de atención médica de sus miembros.

POLST: Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (POLST). Un formulario que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos cumplan sus deseos de atención médica para cuando se encuentra cerca del final de su vida.

Servicios posteriores a la estabilización: Servicios después de una emergencia para ayudarlo a mantenerse estable o para mejorar o curar su afección.

Aprobación previa (autorización previa o PA): Un documento que dice que su plan pagará por un servicio. Algunos planes y servicios requieren una PA antes de que usted reciba el servicio. Los médicos suelen ocuparse de esto.

Prima: El costo del seguro.

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

Medicamentos con receta: Medicamentos que su médico le dice que tome.

Atención preventiva o prevención: Atención médica que lo ayuda a mantenerse bien. Algunos ejemplos son vacunarse contra la gripe o hacerse un chequeo cada año.

Proveedor de Cuidado Primario o médico (PCP): Un profesional médico que se ocupa de su salud. Por lo general, es la primera persona a la que llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, un profesional de enfermería practicante, un asistente médico, un osteópata o, a veces, un naturópata.

Odontólogo de atención primaria (PCD): El dentista al que suele acudir y que se ocupa del cuidado de los dientes y las encías.

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

Remisión del médico: Una remisión del médico es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio. Trabaje con su proveedor para obtener una remisión del médico.

Servicios de rehabilitación: Servicios para ayudarlo a recuperar su salud completa. Ayudan generalmente después de una cirugía, una lesión o un episodio de abuso de sustancias. Los dispositivos de rehabilitación son herramientas que ayudan a la recuperación.

Representante: Persona elegida para actuar o hablar en su nombre.

Evaluación: Una encuesta o un examen para verificar las afecciones de salud y las necesidades de atención.

Atención de enfermería especializada: Ayuda que brinda un miembro del personal de enfermería con el cuidado de heridas, la terapia o la toma de medicamentos. Puede obtener atención de enfermería especializada en un hospital, un centro de convalecencia o en su propio hogar con atención médica en el hogar.

Especialista: Un proveedor médico que tiene entrenamiento especial para cuidar cierta parte del cuerpo o un tipo específico de enfermedad.

Suicidio: El acto de quitarse la vida.

Telesalud: Atención por video o atención telefónica en lugar de que se brinde en el consultorio de un proveedor.

Transición de la atención: Algunos miembros que cambian los planes de OHP todavía pueden obtener los mismos servicios y ver a los mismos proveedores. Esto significa que la atención no se modificará cuando cambie los planes de la CCO o pase de pago por servicio a OHP o desde OHP. Esto se denomina transición de la atención. Si tiene problemas de salud graves, su plan nuevo y su plan anterior deben trabajar juntos para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

Trabajador de salud tradicional (THW): Trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para atender a una comunidad o clínica. Un THW se asegura de que los miembros sean tratados de manera justa. No todos los THW están certificados por el estado de Oregon. Existen seis (6) tipos diferentes de THW, entre los que se incluyen:

- Trabajador de la salud comunitario
- Especialista en bienestar de compañeros
- Facilitador de recursos de salud personales
- Especialista de apoyo entre pares
- Doula

Atención de urgencia: Atención que necesita el mismo día para el dolor grave. También incluye atención para evitar que una lesión o enfermedad empeore mucho o para evitar perder la función de una parte de su cuerpo.

Denunciante: Alguien que denuncia un desperdicio, fraude, abuso, acto de corrupción o peligro para la salud y la seguridad públicas.