



TRES CONDADOS

MANUAL DEL AFILIADO DE 2023

ESPAÑOL

1-877-600-5472, TTY 711

Actualizado el 1 de enero de 2023

TrilliumOHP.com

Actualizaciones del Manual

Trillium Community Health Plan envía por correo un manual del afiliado a los afiliados recién inscritos o reinscritos cuando la Autoridad de Salud de Oregon (por sus siglas en inglés, OHA) nos notifica que usted está inscrito en el Oregon Health Plan (por sus siglas en inglés, OHP), según lo exige la ley federal. Puede encontrar el manual más actualizado en www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472; TTY: 877-600-5473.

CONSEJOS ÚTILES:

- Consulte el final del manual para leer la definición de algunas palabras que puede serle útil.
- Lleve siempre sus tarjetas de identificación de afiliado de OHP y Trillium Community Health Plan.
 - Nota: estas llegarán por separado. Recibirá su tarjeta de identificación de OHP antes que la tarjeta de identificación de afiliado de Trillium Community Health Plan.
- Encontrará la tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan en el paquete de bienvenida que viene con este manual del afiliado. En su tarjeta de identificación figura esta información:
 - Su nombre
 - Su número de identificación
 - La información de su plan
 - Nombre e información de su proveedor de atención primaria
 - Número de teléfono del Servicio al Cliente
 - Número de teléfono de Acceso a Idiomas
- Mi proveedor de atención primaria es _____
 - Su número es _____
- Mi dentista de atención primaria es _____
 - Su número es _____
- Otros de mis proveedores son _____
 - Su número es _____

Ayuda gratis en otros idiomas y formatos.

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

Le ofrecemos estos tipos de ayuda gratis:

- Intérpretes de lengua de señas
- Intérpretes de idiomas hablados calificados y certificados para otros idiomas
- Materiales escritos en otros idiomas
- Braille
- Letra grande
- Audio y otros formatos

Puede encontrar este Manual del Afiliado en nuestro sitio web www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472; TTY: 877-600-5473

Obtenga información en otro idioma o formato.

Usted o su representante pueden recibir materiales para afiliados como este manual o avisos de una Organización de atención coordinada (por sus siglas en inglés, CCO) en otros idiomas, en letra grande, Braille o en cualquier formato que prefiera. Recibirá los materiales en el plazo de 5 días a partir de la solicitud. Esta ayuda es gratuita. Cada formato tiene la misma información. Estos son ejemplos de los materiales para afiliados:

- Este manual
- Lista de medicamentos cubiertos
- Lista de proveedores
- Cartas, como avisos de quejas, denegaciones y apelaciones

El hecho de que necesite otro formato o idioma no implica que se le denegarán o limitarán los beneficios o las quejas, apelaciones o audiencias.

Puede solicitar materiales de forma electrónica. Complete el formulario de contacto seguro en nuestro sitio web <https://www-es.trilliumohp.com/>. Díganos qué documentos desea que le enviemos por correo electrónico. Si solicita una copia digital de nuestro Manual del Afiliado o cualquier otro documento, el Servicio al Cliente le pedirá permiso para enviárselo por correo electrónico. Su dirección de correo electrónico se utilizará únicamente con su aprobación. También puede llamar a Servicio al Cliente al 877-600-5472; TTY: 877-600-5473.

Puede tener un intérprete.

Usted, su representante, familiares y cuidadores pueden solicitar un intérprete certificado y calificado en atención de salud. También puede solicitar traductores o servicios y asistentes auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Informe al consultorio de su proveedor si necesita un intérprete en su consulta. Dígalos qué idioma o formato necesita. Obtenga más información sobre los intérpretes certificados en atención de salud en Oregon.gov/OHA/OEI.

Si necesita ayuda, llámenos al 877-600-5472; TTY: 877-600-5473 o llame al Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Consulte la página 95 para leer los “Derechos de queja, apelación y audiencia”.

Si no recibe la ayuda que necesita de un intérprete, llame al coordinador del Programa de Servicios de Acceso a Idiomas del estado al 844-882-7889, TTY 711, o envíe un correo electrónico a LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov.

English

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

-

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

Spanish

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

-

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

Russian

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

-

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

Vietnamese

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

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

Arabic

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

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

Somali

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

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

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

Simplified Chinese

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

-
您可以从经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Traditional Chinese

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

-
您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

Korean

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

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

Hmong

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

-

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

Marshallese

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

-

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

Chuukese

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

-

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

Tagalog

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

-

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

German

Sie können dieses Dokument in anderen Sprachen, in Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Sie können auch einen Dolmetscher anfordern. Diese Hilfe ist gratis. Wenden Sie sich an 877-600-5472 oder per Schreibtelefon an : 877-600-5473. Wir nehmen Relaisanrufe an.

-

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

Portuguese

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

-

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

Japanese

この書類は、他の言語に翻訳されたもの、拡大文字版、点字版、その他ご希望の様式で入手可能です。また、通訳を依頼することも可能です。本サービスは無料でご利用いただけます。877-600-5472 または TTY: 877-600-5473 までお電話ください。電話リレーサービスでも構いません。

-
認定または有資格の医療通訳者から支援を受けられます。

Nuestra política de no discriminación.

Trillium Community Health Plan debe cumplir con las leyes de derechos civiles estatales y federales. No podemos tratar injustamente a las personas (afiliados o posibles afiliados) en ninguno de nuestros programas ni actividades por los siguientes motivos:

- Edad
- Discapacidad
- Identidad de género
- Estado civil
- Nacionalidad
- Raza
- Religión
- Color
- Sexo
- Orientación sexual
- Estado de salud y necesidad de servicios

Si siente que fue tratado injustamente por alguno de los motivos anteriores, puede presentar una queja o queja formal.

Puede hacer (o presentar) una queja ante Trillium Community Health Plan de alguna de estas maneras:

- Teléfono: 541-214-3948
- Llamando a nuestra coordinadora de Quejas formales, Emily Farrell, al 877-600-5472 TTY: 711
- Fax: 844-805-3991
- Correo postal: Trillium Community Health Plan
PO Box 11740
Eugene, OR 97440-3940
- Correo electrónico: Grievances@TrilliumCHP.com
- Sitio web: www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a Servicio al Cliente, a un especialista en el bienestar de pares o a un asesor de salud personal. También tiene derecho a presentar una queja ante cualquiera de estas organizaciones:

Oficina de Derechos Civiles de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA)

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

División de Derechos Civiles de la Oficina de Trabajo e Industrias

- Teléfono: 971-673-0764
- Sitio web: www.oregon.gov/boli/civil-rights
- Correo electrónico: crdemail@boli.state.or.us

- Correo postal: Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division
800 NE Oregon St., Suite 1045
Portland, OR 97232

Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

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

Conservamos la privacidad de su información.

Solo compartimos sus expedientes con las personas que necesitan verlos. Esto podría ser por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede restringir quién ve sus expedientes. Infórmenos por escrito si no desea que alguien los vea o si desea que los compartamos con alguien. Busque el formulario en www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html y envíelo a ProtectMyInfo@TrilliumCHP.com. Puede pedirnos una lista de las personas con quienes hemos compartido sus expedientes.

Una ley llamada Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA) protege sus expedientes médicos y los mantiene en privado. Esto también se llama confidencialidad. Tenemos un documento llamado Aviso de prácticas de privacidad, en el que se explica cómo usamos la información personal de nuestros afiliados. Se lo enviaremos si lo pide. Solo llame a Servicio al Cliente y solicite nuestro Aviso de prácticas de privacidad. También puede leerlo en www-es.trilliumohp.com. Desplácese hasta la parte inferior de la página y haga clic en “Aviso de prácticas de privacidad”.

Registros de salud.

En un registro de salud se incluyen sus afecciones de salud y los servicios que se le brindaron. También aparecen las remisiones que se hicieron.

¿Qué puede hacer con los registros de salud?

- Enviarlos a otro proveedor según sea necesario.
- Pedir que se corrijan.
- Obtener una copia, incluidos, entre otros:
 - Los expedientes médicos de su proveedor
 - Los expedientes odontológicos de su dentista
 - Los expedientes de Trillium Community Health Plan

Puede haber ocasiones en que la ley restrinja el acceso. Es posible que se le cobre un monto razonable por una copia de los expedientes solicitados.

Algunos expedientes no se pueden compartir.

Un proveedor no puede compartir registros de salud cuando, según su criterio profesional, hacerlo podría causar un peligro “claro e inmediato” para usted, los demás o la sociedad. Un proveedor tampoco puede compartir expedientes preparados para un caso judicial.

Contenido de este manual

Ayuda gratis en otros idiomas y formatos.....	3
<i>Obtenga información en otro idioma o formato.</i>	3
<i>Puede tener un intérprete.</i>	4
Nuestra política de no discriminación.	11
Conservamos la privacidad de su información.	12
Registros de salud.....	12
Bienvenido a Trillium Community Health Plan.....	16
Contáctenos.	17
<i>Números de teléfono importantes.</i>	17
<i>Comuníquese con Oregon Health Plan.</i>	18
Sus derechos y responsabilidades.	19
<i>Sus derechos como afiliado de OHP.</i>	19
<i>Sus responsabilidades como afiliado de OHP.</i>	21
Afiliadas embarazadas	23
Afiliados indígenas americanos y nativos de Alaska.	23
Afiliados nuevos que necesitan servicios de inmediato.....	24
Encuesta sobre su salud.	24
Sus beneficios.	26
<i>Cómo decide Oregón qué cubrirá OHP.</i>	26
<i>Obtener aprobación, también llamada autorización previa (PA).</i>	26
<i>Remisiones de proveedores y autorremisiones.</i>	27
<i>Beneficios de salud física.</i>	27
<i>Beneficios para la atención de la salud mental.</i>	34
<i>Beneficios de tratamiento por abuso de sustancias.</i>	35
<i>Beneficios odontológicos.</i>	37
Acceso a la atención que necesita.	42
Cuánto tiempo se tarda en recibir atención.	43
Proveedores de atención primaria (PCP).	45
<i>Directorio de Proveedores.</i>	46
<i>Programa una cita.</i>	46
Obtenga ayuda para organizar su atención con la coordinación de atención.....	48
Coordinación de cuidados intensivos	50
Detección especial y atención preventiva para afiliados menores de 21 años.	52
Trabajadores de la salud tradicionales (THW).....	54
Servicios adicionales	56
<i>En lugar de otros servicios (ILOS)</i>	56
<i>En lugar de otros servicios (ILOS)</i>	56

<i>Servicios relacionados con la salud</i>	57
Transporte gratuito para recibir atención	60
Obtener atención por video o por teléfono.....	64
Medicamentos con receta médica	66
Servicios que no cubrimos.....	68
Hospitales.....	69
Atención de urgencia	69
Atención de Emergencia.....	73
<i>Emergencias físicas</i>	73
<i>Emergencias odontológicas</i>	73
<i>Emergencias y crisis de salud del comportamiento</i>	75
<i>Atención de seguimiento después de una emergencia</i>	78
Atención fuera del hogar.....	78
<i>Atención planificada fuera del estado</i>	78
<i>Atención de emergencia fuera del hogar</i>	78
Facturas de servicios.....	79
<i>Los afiliados de OHP no pagan facturas de servicios cubiertos</i>	79
<i>Es posible que haya servicios que tenga que pagar</i>	80
<i>Es posible que le pidan que firme un formulario de Acuerdo de pago</i>	81
<i>Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas</i>	82
Afiliados con OHP y Medicare.....	83
Cambio de CCO y de la atención	85
<i>Cuándo puede cambiar o dejar una CCO</i>	85
<i>Cómo cambiar o dejar su CCO</i>	86
<i>Trillium Community Health Plan puede pedirle que se retire por algunas razones</i>	87
<i>Atención mientras cambia o deja una CCO</i>	88
Decisiones sobre el final de la vida.	89
<i>Instrucciones anticipadas</i>	89
<i>¿Cuál es la diferencia entre las POLST y las instrucciones anticipadas?</i>	91
<i>Declaración sobre tratamiento de salud mental</i>	91
Cómo denunciar fraude, uso indebido y abuso	93
Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales	95
<i>Cómo presentar una queja</i>	95
<i>Cómo solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos</i>	97
<i>Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias</i>	100
Palabras para tener en cuenta	101

Bienvenido a Trillium Community Health Plan

Nos complace que sea parte de Trillium Community Health Plan. Trillium Community Health Plan se complace en ayudarlo con su salud. Queremos brindarle la mejor atención posible.

Es importante que sepa cómo usar su plan. En este manual encontrará información sobre nuestra empresa, cómo recibir atención y cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Cómo trabajan juntos el OHP y Trillium Community Health Plan

El Oregon Health Plan (OHP) es una cobertura de atención de salud gratis para los residentes de Oregón. OHP es el programa de Medicaid de Oregón. Cubre servicios de atención física, odontológica y de salud del comportamiento (tratamiento de trastornos por consumo de sustancias y de salud mental). El OHP también ayudará con las recetas médicas y los traslados al lugar de atención.

El OHP tiene planes de salud locales que lo ayudan a usar sus beneficios. Los planes se denominan organizaciones de atención coordinada o CCO. Trillium Community Health Plan es una CCO.

Las CCO organizan y pagan su atención de salud. Pagamos a los médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar la forma en que usted recibe atención. Esto ayuda a garantizar que los proveedores se centren en mejorar su salud en general. Tiene derecho a preguntar cómo pagamos a los proveedores. Los pagos o incentivos al proveedor no cambiarán la atención que recibe ni la forma en que obtiene los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472.

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios que OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales, como nuevos artículos para bebés y membresías en gimnasios. Obtenga más información sobre los beneficios de Trillium Community Health Plan en la página 50.

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 permanece cerrada en Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr., Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, el viernes siguiente a Acción de Gracias, Nochebuena, Navidad y víspera de Año Nuevo.

La oficina está ubicada en:

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

Llame al número gratuito 877-600-5472, TTY 711, o a Acceso a idiomas al 877-600-5472.
Fax: 844-805-3991.

En línea: www-es.trilliumohp.com/

Dirección de correo postal: Trillium Community Health Plan
PO Box 11740
Eugene, OR 97440-3940

Números de teléfono importantes.

- **Atención y beneficios médicos**
Llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Obtenga información sobre la atención y los beneficios médicos en la página 26.
- **Beneficios de farmacia**
Servicio al Cliente de farmacias: 877-600-5472. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Obtenga información sobre los beneficios de farmacia en la página 60.
- **Atención y beneficios de tratamiento de salud del comportamiento, dependencia de drogas, alcohol o trastorno por uso de sustancias**
Servicio al Cliente: 877-600-5472. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Obtenga información sobre los beneficios de salud del comportamiento en la página 35.
- **Atención y beneficios odontológicos**

Advantage Dental Services

Número gratuito de Servicio al Cliente: 1-866-268-9631; TTY: 711

Capitol Dental Care

Servicio al Cliente: 1-503-585-5205. Número gratuito: 1-800-525-6800

TTY: 1-800-735-2900

Oregon Dental Service

Servicio al Cliente: 1-503-243-2987. Número gratuito: 1-800-342-0526

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

- Transporte gratuito a consultas de atención física, odontológica o de salud del comportamiento

Puede obtener un viaje gratuito a las consultas de atención física, odontológica y de salud del comportamiento. Para programar un viaje, llame al 877-600-5472. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La oficina permanece cerrada en Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr., Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, el viernes siguiente a Acción de Gracias, Nochebuena, Navidad y víspera de Año Nuevo.

Obtenga más información sobre el transporte para obtener atención en la página 54.

Comuníquese con Oregon Health Plan.

El Servicio al Cliente de OHP puede ayudarlo a:

- Cambiar la dirección, el número de teléfono, el estado familiar u otra información.
- Reemplazar una tarjeta de identificación de Oregon Health que perdió.
- Obtener ayuda para solicitar o renovar los beneficios.
- Recibir ayuda local de un socio de la comunidad.

Cómo ponerse en contacto con el Servicio al Cliente de OHP.

- Teléfono: número gratuito 800-699-9075 (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 su correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
 - Díganos su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Oregon Health, dirección y número de teléfono.

Sus derechos y responsabilidades.

Como afiliado de Trillium Community Health Plan, tiene derechos. También tiene responsabilidades o cosas que debe hacer cuando recibe el OHP. Si tiene alguna pregunta sobre los derechos y las responsabilidades mencionados, póngase en contacto con el Servicio al Cliente al 877-600-5472.

Tiene derecho a ejercer sus derechos como afiliado sin recibir una respuesta de mala manera ni sufrir discriminación. Si cree que no se han respetado sus derechos, puede presentar una queja. Obtenga más información sobre cómo presentar quejas en la página 95. También puede llamar a un defensor de la Autoridad de Salud de Oregón al 877-642-0450 (TTY 711). Puede enviarles un correo electrónico seguro a www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx.

Existen ocasiones en que los menores de 18 años pueden querer o necesitar servicios de atención de salud por su cuenta. Para obtener más información, lea “Derechos de los menores: acceso a la atención de salud y consentimiento”. Este documento le indica los tipos de servicios que los menores pueden obtener por su cuenta y cómo se comparten sus registros de salud. Puede leerlo en www.OHP.Oregon.gov. Haga clic en “Minor rights and access to care” (Derechos de los menores y acceso a la atención). O vaya a <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf>

Sus derechos como afiliado de OHP.

Tiene derecho a que lo traten así

- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración por su privacidad.
- Ser tratado por los proveedores de la misma manera que otras personas que buscan atención de salud.
- Tener una relación estable con el equipo de atención responsable de la administración general de su atención.
- No ser retenido o alejado de las personas porque sería más fácil para cuidarlo, castigarlo u obligarlo a hacer algo que no quiere hacer.

Tiene derecho a recibir esta información

- Explicaciones sobre los materiales de una manera que pueda comprender y en su idioma (consulte la página 3).
- Materiales que le informen sobre las CCO y cómo usar el sistema de atención médica. (El Manual del Afiliado es un buen recurso para esto.)
- Materiales escritos que le indiquen sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener servicios y qué hacer en caso de emergencia. (El Manual del Afiliado es un buen recurso para esto.)
- Información acerca de su afección, lo que está cubierto y lo que no, para que pueda tomar buenas decisiones sobre su tratamiento. Obtenga esta información en su idioma y en un formato que se adapte a sus necesidades.

- Un registro de salud donde figuren todas sus afecciones, los servicios que recibe y las remisiones (consulte la página 11).
 - Tener acceso a sus registros de salud.
 - Compartir sus registros de salud con un proveedor.
- Un aviso por escrito de la denegación o del cambio en un beneficio antes de que suceda. Es posible que no reciba un aviso si las normas federales o estatales no lo exigen.
- Aviso por escrito sobre proveedores que ya no están dentro de la red.
- Aviso de manera oportuna si se cancela una cita.

Tiene derecho a recibir esta atención

- Atención y servicios en los que usted es lo más importante. Reciba atención que le brinde opciones, independencia y dignidad. Esta atención se basará en sus necesidades de salud y cumplirá con los estándares de práctica.
- Servicios que consideren sus necesidades culturales y lingüísticas y que estén cerca de donde vive. Si está disponible, puede obtener servicios en entornos no tradicionales (consulte la página 48).
- Coordinación de la atención, atención comunitaria y ayuda con las transiciones de atención de una manera que se adapte a su cultura e idioma. Esto ayudará a que no tenga que ir a un hospital o centro.
- Servicios que se necesitan para saber cuál es la afección médica que tiene.
- Ayuda para utilizar el sistema de atención médica. Reciba el apoyo cultural y lingüístico que necesita. (Consulte la página 48). Estos podrían ser:
 - Intérpretes calificados o certificados en atención de salud.
 - Trabajadores de salud tradicionales certificados.
 - Trabajadores comunitarios de la salud.
 - Especialistas en el bienestar de pares.
 - Especialistas en el apoyo de pares.
 - Doulas.
 - Asesores de salud personal.
- Ayuda del personal de la CCO que está totalmente capacitado en las políticas y procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos cubiertos (consulte la página 26).
- Servicios de urgencia y emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin aprobación ni permiso (consulte la página 63).
- Remisiones a proveedores especializados para los servicios coordinados cubiertos que se necesitan según su salud (consulte la página 26).

Tiene derecho a lo siguiente

- Elegir a sus proveedores y cambiar esas elecciones (consulte la página 39).
- Hacer que un amigo, un familiar o un ayudante asista a sus citas.
- Participar activamente en la elaboración de su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar servicios. Saber qué podría suceder según su decisión. No se puede rechazar un servicio solicitado por un tribunal.
- Remitirse a servicios de planificación familiar o de salud del comportamiento sin el permiso de un proveedor.
- Expresar sus deseos de tratamiento. Es decir, deseos de aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud del comportamiento. También implica el derecho a preparar instrucciones y otorgar poderes legales para la atención de salud enumerados en el ORS 127. (Consulte la página 82).
- Presentar una queja o solicitar una apelación. Obtenga una respuesta de Trillium Community Health Plan al hacer esto. (Consulte la página 95).
 - Pídale al estado que haga una revisión si no está de acuerdo con la decisión de Trillium Community Health Plan. Esto se denomina audiencia.
- Obtenga intérpretes de atención médica certificados o calificados gratuitos para todos los idiomas distintos del inglés y el lenguaje de señas (consulte la página 4).

Sus responsabilidades como afiliado de OHP.

Debe tratar a los demás de esta manera

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

Le debe proporcionar esta información a OHP

Llame a OHP al 800-699-9075 (TTY 711) en los siguientes casos:

- Si se muda o cambia su dirección postal.
- Si un familiar se muda a su casa o la abandona.
- Si cambia su número de teléfono.
- Si queda embarazada y debe indicar cuándo es la fecha de parto.
- Si tiene otro seguro.

Debe ayudar con su atención de estas maneras

- Elegir o ayudar a elegir su proveedor de atención primaria o clínica.
- Recibir chequeos anuales, consultas de bienestar y atención preventiva para mantenerse saludable.
- Llegar a tiempo a sus citas. Llamar con anticipación si llegará tarde o cancelar su cita si no puede asistir.
- Llevar sus tarjetas de identificación médica a las citas. Informar a la oficina que tiene OHP y cualquier otro seguro de salud. Hacerles saber si resultó herido en un accidente.
- Ayudar a su proveedor en la elaboración de su plan de tratamiento. Seguir el plan de tratamiento y participar activamente en su atención.
- Seguir las instrucciones de sus proveedores o solicitar otra opción.
- Si no entiende, hacer preguntas sobre afecciones, tratamientos y otros temas relacionados con la atención.
- Utilizar la información que obtiene de los proveedores y equipos de atención para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Acudir a su proveedor de atención primaria para las pruebas y otras necesidades de atención, a menos que se trate de una emergencia.
- Utilizar especialistas de la red o trabajar con su proveedor para obtener la aprobación si quiere o necesita ver a alguien que no trabaja con Trillium Community Health Plan.
- Utilizar de manera adecuada los servicios de urgencia o emergencia. Informar a su proveedor de atención primaria dentro de las 72 horas si utiliza estos servicios.
- Ayudar a los proveedores a obtener su registro de salud. Es posible que tenga que firmar un formulario para esto.
- Informar a Trillium Community Health Plan si tiene algún problema, queja o necesita ayuda.
- Pagar por servicios que no están cubiertos por OHP.
- Si recibe dinero debido a una lesión, ayudar a Trillium Community Health Plan a recibir el pago de los servicios que le brindamos debido a esa lesión.

Afiliadas embarazadas

Si está embarazada, OHP brinda servicios adicionales para ayudar a que usted y su bebé se mantengan saludables. Si 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 de su embarazo.

Esto es lo que debe hacer antes del parto:

- Informar a OHP que está embarazada tan pronto como lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.
- Informar a OHP su fecha de parto.** No tiene que saber la fecha exacta en este momento. Si está lista para el parto, llámenos de inmediato.
- Pregúntenos sobre sus beneficios de embarazo.** Start Smart For Your Baby (SSFB®) es un programa para afiliadas embarazadas y padres primerizos. Este programa lo ayuda a obtener la atención que necesita para un embarazo saludable. Puede ganar recompensas por asistir a sus citas y colaborar con su equipo de administración de atención de SSFB. También podemos conectarla con los Servicios de Doula de la red. Llámenos al 877-600-5472 para obtener más información.

Después del parto:

- Llame a OHP o solicite al hospital que envíe una notificación de recién nacido a OHP.** OHP brindará cobertura para su bebé desde el nacimiento. Su bebé también tendrá Trillium Community Health Plan.

Afiliados indígenas americanos y nativos de Alaska.

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a elegir dónde recibir atención. Pueden utilizar proveedores que no son parte de nuestra CCO, como los siguientes:

- Centros tribales de bienestar.
- Clínicas de Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS).
- Asociación de Rehabilitación de Nativos Americanos del Noroeste (por sus siglas en inglés, NARA).

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

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a abandonar Trillium Community Health Plan en cualquier momento y hacer que el pago por servicio (por sus siglas en inglés, FFS) de OHP pague por su atención. Obtenga más información sobre cómo dejar o cambiar su CCO en la página 78.

Afiliados nuevos que necesitan servicios de inmediato.

Los afiliados que son nuevos en OHP o Trillium Community Health Plan pueden necesitar recetas médicas, suministros u otros artículos o servicios lo antes posible. Si no puede ver a su proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) en sus primeros 30 días con Trillium Community Health Plan haga lo siguiente:

- Llame a Coordinación de atención al 877-600-5472. Ellos pueden ayudarlo a obtener la atención que necesita. (Consulte la página 42 para obtener información sobre Coordinación de atención)
- Programe una cita con su PCP tan pronto como pueda. Puede encontrar el nombre y número en su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan.
- Llame al Servicio al Cliente al 877-600-5472 si tiene preguntas y desea conocer sus beneficios. Ellos pueden ayudarlo en lo que necesite.

Encuesta sobre su salud.

Trillium Community Health Plan intentará comunicarse con los nuevos afiliados por teléfono para revisar sus beneficios y realizar una encuesta sobre su salud dentro de los 90 días. Esta encuesta se denomina Evaluación de riesgos para la salud.

La evaluación de riesgos para la salud es una encuesta con preguntas sobre su salud general con el objetivo de ayudar a reducir los riesgos para la salud, mantenerse saludable y prevenir enfermedades.

La encuesta pregunta sobre lo siguiente:

- Sus hábitos (como el ejercicio, los 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 e historial médico.
- Su lengua materna.

Sus respuestas nos ayudan a averiguar lo siguiente:

- Si necesita algún examen de salud, incluso exámenes de la vista u odontológicos.
- Si tiene necesidades de atención de salud de rutina o especiales.
- Sus afecciones crónicas.
- Si necesita servicios y apoyos de atención a largo plazo.
- Inquietudes de seguridad.
- Dificultades que pueda tener para recibir atención.
- Si necesita ayuda adicional de la coordinación de atención o la coordinación de cuidados intensivos. Consulte la página 42 para obtener información sobre coordinación de atención y la coordinación de cuidados intensivos.

Un miembro del equipo de administración de la atención (personal de enfermería, trabajador social clínico con licencia, coordinador de apoyo clínico o farmacéutico) revisará su encuesta.

Lo llamarán para hablar sobre sus necesidades y lo ayudarán a comprender sus beneficios.

Se le enviará una nueva encuesta cada año o si se producen cambios en su salud.

Si no recibimos su encuesta, nos pondremos en contacto para asegurarnos de que se complete.

Si desea que le enviemos una encuesta, puede llamar al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 877-600-5472 y le enviaremos una.

Su encuesta puede compartirse con su médico u otros proveedores. Trillium Community Health Plan le pedirá permiso antes de compartir su encuesta con los proveedores.

La prevención es importante

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que sucedan. Puede hacer de esto una parte importante de su atención. Hágase chequeos regulares de salud y odontológicos para saber cómo está su salud.

Los siguientes son algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Controles odontológicos y limpiezas
- Mamografías (rayos X de mamas) para mujeres
- Atención de embarazo y para recién nacidos
- Exámenes anuales para mujeres
- Evaluaciones de próstata para hombres
- Chequeos anuales
- Exámenes de control del niño sano

Una boca sana también mantiene su corazón y su cuerpo más saludables.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 877-600-5472 o TTY: 877-600-5473.

Sus beneficios.

Cómo decide Oregón qué cubrirá OHP.

Hay muchos servicios disponibles para usted como afiliado de OHP. La forma en que Oregón decide qué servicios pagar se basa en la **Lista de servicios médicos prioritarios**. Esta lista se compone de diferentes afecciones médicas (llamadas “diagnósticos”) y los tipos de procedimientos que tratan las afecciones. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos comunes trabajan juntos para elaborar la lista. Este grupo se llama Comisión Revisora de Evidencia Médica de Oregón (por sus siglas en inglés, HERC). Son designados por el gobernador.

La lista tiene combinaciones de todas las afecciones y sus tratamientos. Estas 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. No todos los pares de afecciones y tratamientos están cubiertos por OHP. Hay un punto de detención en la lista llamado “la línea”. 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.

Obtenga más información sobre la Lista prioritaria en la siguiente dirección:

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

Obtener aprobación, también llamada autorización previa (PA).

Algunos servicios necesitan aprobación antes de recibir el servicio. Esto se conoce como “autorización previa (por sus siglas en inglés, PA)” o “aprobación previa”. Su proveedor trabaja con Trillium Community Health Plan para solicitar la aprobación previa de un servicio. Si tiene alguna pregunta sobre la aprobación previa de un servicio, comuníquese con el Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 877-600-5472.

Es posible que no obtenga el servicio si no está aprobado. Revisamos las solicitudes de PA tan pronto como lo requiera su estado de salud. La mayoría de las decisiones se toman dentro de los 14 días. A veces, una decisión puede demorar hasta 28 días. Esto solo sucede cuando esperamos más información. Si usted o su proveedor sienten que esperar el lapso de tiempo estándar pone en peligro su vida, su salud o su capacidad funcional, podemos tomar una decisión de “autorización de servicio acelerada”. Las decisiones de servicio aceleradas generalmente se toman dentro de las 72 horas, pero puede haber una extensión de 14 días. Tiene derecho a quejarse si no está de acuerdo con una decisión con extensión. Consulte la página 87 para saber cómo presentar una queja.

No necesita aprobación para servicios de emergencia o urgencia ni para servicios de atención posterior de emergencia. Consulte la página 67 para obtener información sobre los servicios de emergencia.

Remisiones de proveedores y autorremisiones.

Para obtener algunos servicios, necesitará una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP). Una **remisión** es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio.

Si su PCP no puede brindarle los servicios que necesita, puede remitirlo a un especialista. Si no hay un especialista cerca de donde vive o que trabaje con Trillium Community Health Plan (también llamado de la red), es posible que tengan que trabajar con el equipo de coordinación de atención para encontrarle atención fuera de la red. No hay ningún costo adicional si esto sucede.

Muchas veces su PCP puede realizar los servicios que necesita. Si cree que podría necesitar una remisión a un especialista de atención médica, pregúntele a su PCP. No necesita una remisión si tiene una emergencia y no puede comunicarse con su PCP. Algunos servicios no requieren una remisión de su proveedor. Esto se denomina autorremisión. Una **autorremisión** significa que puede buscar en el directorio de proveedores para encontrar el tipo de proveedor que le gustaría consultar. Puede llamar a ese proveedor para programar una visita sin una remisión de su proveedor. Obtenga más información sobre el Directorio de proveedores en la página 40.

Ya sea que pueda autorremitirse o necesite una remisión para ver a un especialista, es posible que aún necesite una aprobación previa para el servicio. Hable con su PCP o comuníquese con el Servicio al Cliente si tiene preguntas sobre si necesita una aprobación previa para obtener un servicio.

Acceso directo.

Tiene “acceso directo” a los proveedores cuando no necesita una remisión o aprobación previa para un servicio. Siempre tiene acceso directo a los servicios de emergencia y urgencia. Consulte las tablas a continuación para conocer los servicios que son de acceso directo y no necesitan una remisión o aprobación previa.

Beneficios de salud física.

Consulte a continuación una lista de los beneficios médicos que están disponibles para usted sin costo alguno. Mire la columna “Cantidad, duración y alcance” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Trillium Community Health Plan coordinará los servicios de forma gratuita si necesita ayuda.

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Acupuntura	8 consultas por año calendario sin autorización.	Se requiere autorización después de 8 consultas. No se requiere remisión.
Servicios de coordinación de la atención	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	No se requiere.
Servicios de administración de casos	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	No se requiere.
Quiropráctico	8 consultas por año calendario sin autorización.	Se requiere autorización después de 8 consultas. No se requiere remisión.
Servicios de cuidados paliativos y de cuidado de enfermos terminales	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	No se requiere.
Equipo Médico Duradero Estos son algunos ejemplos: suministros médicos (incluidos los suministros para diabéticos), dispositivos médicos, prótesis y ortopédicos	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	Requiere autorización. No se requiere remisión.
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (por sus siglas en inglés, EPSDT)	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	Requiere remisión.
Transporte médico de emergencia	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	No se requiere.
Servicios de emergencia	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).
Servicios de planificación familiar Estos son algunos ejemplos: control de la natalidad y exámenes anuales.	Sin límite.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Detección de riesgos para la salud para la coordinación de cuidados intensivos	Sin límite.	No se requiere remisión. Es posible que se necesite aprobación previa.
Servicios de Audición Estos son algunos ejemplos: audiología y audífonos	Límites según las pautas de OHP. Llame a Trillium para obtener detalles.	Requiere autorización.
Servicios de atención médica a domicilio	Límites según las pautas de OHP. Llame a Trillium para obtener detalles.	Requiere autorización.
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	No se requiere remisión. Es posible que se necesite aprobación previa.
Servicios de coordinación de cuidados intensivos (ICC)	Sin límite.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).
Servicios de intérprete	Sin límite. Consulte la página 4 para obtener más información.	No se requiere.
Servicios de laboratorio:		
Extracción de sangre	Sin límite.	Requiere remisión. No se requiere autorización.
Rayos X	Sin límite.	Requiere remisión. No se requiere autorización.
Tomografías computadas (TC)	Sin límite.	Requiere autorización. No se requiere remisión.
Resonancias magnéticas (RM)	Sin límite.	Requiere autorización. No se requiere remisión.

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Servicios de maternidad:		
Consultas prenatales con su proveedor	Sin límite.	No se requiere.
Atención de posparto (la atención recibida luego del nacimiento de su bebé)	Sin límite.	No se requiere.
Servicios de rutina para la vista	Disponibles para afiliadas embarazadas y personas de 20 años o menos	No se requiere.
Ayuda con el amamantamiento, incluidos los extractores de leche	Póngase en contacto con Trillium para obtener más información.	No se requiere.
Preparto y parto	Informe a Trillium y a la Autoridad de Salud de Oregón cuando esté embarazada y cuando su embarazo haya terminado. Necesitará solicitar OHP para su hijo. Trillium no paga los partos en el hogar, sino la OHA.	No se requiere.
Traslados para recibir atención. También llamados servicios de transporte médico que no sea de emergencia (por sus siglas en inglés, NEMT)	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	No se requiere.
Estos son algunos ejemplos de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: quimioterapia, radiación y control del dolor.	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	No se requiere.

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Servicios farmacéuticos (medicamentos con receta médica)	Varios medicamentos, pero no todos, están disponibles con una receta médica del proveedor. Puede encontrar una lista completa en nuestra lista de medicamentos preferidos de Oregon Health Plan.	Los medicamentos cubiertos no tienen costo. Los medicamentos de salud mental son administrados por el estado. Los copagos para esos medicamentos varían. Es posible que algunos medicamentos necesiten autorización además de una receta médica.
Especialistas en salud física para personas con necesidades especiales de atención médica que reciben servicios de ICC y de servicios y apoyo de atención a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS).	Aprobación según las pautas de OHP. Llame a Trillium para obtener detalles.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).
Fisioterapia Terapia ocupacional Terapia del habla	30 consultas por año sin autorización.	Requiere remisión. Se requiere autorización después de 30 consultas.

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Medicamentos con receta médica	Varios medicamentos, pero no todos, están disponibles con una receta médica del proveedor. Puede encontrar una lista completa en nuestra lista de medicamentos preferidos de Oregon Health Plan.	Los medicamentos cubiertos no tienen costo. Los medicamentos de salud mental son administrados por el estado. Los copagos para esos medicamentos varían. Es posible que algunos medicamentos necesiten autorización además de una receta médica.
Servicios preventivos. Estos son algunos ejemplos: exámenes físicos, atención del niño sano, vacunas, salud de la mujer (mamografía, examen ginecológico, etc.), exámenes de detección (cáncer, etc.), prevención de diabetes, asesoramiento nutricional, servicios para dejar de fumar, etc.	Según se recomienda.	No se requiere.
Visitas al proveedor de atención primaria	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).
Exámenes de abuso sexual	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Servicios de especialistas	Según se recomiende.	Para quienes tienen necesidades de atención de médica especiales y reciben ICC o LTSS: No se requiere remisión. Es posible que se necesite aprobación previa.
Procedimientos quirúrgicos	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	Requiere autorización.
Servicios de telesalud Estos son algunos ejemplos: servicios de telemedicina, consultas virtuales y consultas por correo electrónico	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	No se requiere.
Servicios de trabajadores de la salud tradicionales (por sus siglas en inglés, THW)	Sin límite.	No se requiere remisión. Es posible que se necesite aprobación previa.
Servicios de atención de urgencia	Sin límite cuando sea médicamente necesario.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).
Servicios de la visión:		
Exámenes de la vista	Disponibles para afiliadas embarazadas y personas de 20 años o menos	Requiere remisión. No se requiere autorización.
Anteojos	Disponibles para afiliadas embarazadas y personas de 20 años o menos	Requiere remisión. No se requiere autorización.
Examen oftalmológico	La cantidad de consultas varía según la aprobación del plan.	Requiere remisión. No se requiere autorización.

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Servicios de salud de la mujer (además de PCP) para atención de rutina y preventiva	Según se recomienda.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).
Servicios integrales	Según se recomienda.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa. Si tiene preguntas sobre las aprobaciones previas, llame a Servicios al Afiliado de Trillium Community Health Plan al 877-600-5472.

Beneficios para la atención de la salud mental.

Consulte a continuación una lista de los beneficios de salud del comportamiento que están disponibles para usted sin costo alguno. Mire la columna “Cantidad, duración y alcance” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Trillium Community Health Plan coordinará los servicios de forma gratuita si necesita ayuda.

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Tratamiento asertivo comunitario (por sus siglas en inglés, ACT)	Sin límite.	Requiere remisión. No se requiere autorización.
Tratamiento intensivo de salud del comportamiento en el hogar (por sus siglas en inglés, IIBHT)	Sin límite.	Requiere remisión. No se requiere autorización.
Servicios de evaluación de la salud del comportamiento	Sin límite.	Requiere remisión. No se requiere autorización.
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial (por sus siglas en inglés, PRTS) de salud del comportamiento	Límites según las pautas de OHP. Llame a Trillium para obtener detalles.	Requiere autorización. No se requiere remisión.
Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios y prestados por pares de un proveedor de la red	Sin límite.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).

Medicamentos con receta médica (específicos para la salud del comportamiento)	Sin límite.	Los medicamentos cubiertos no tienen costo. Los medicamentos de salud mental son administrados por el estado. Los copagos para esos medicamentos varían.
Servicios de especialistas	Límites según las pautas de OHP. Llame a Trillium para obtener detalles.	Para quienes tienen necesidades de atención de médica especiales y reciben ICC o LTSS: No se requiere remisión. Es posible que se necesite aprobación previa.

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa. Si tiene preguntas sobre las aprobaciones previas, llame a Servicios al Afiliado de Trillium Community Health Plan al 877-600-5472.

Beneficios de tratamiento por abuso de sustancias.

Consulte a continuación una lista de los beneficios de tratamiento por abuso de sustancias que están disponibles para usted sin costo alguno. Mire la columna “Cantidad, duración y alcance” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Trillium Community Health Plan coordinará los servicios de forma gratuita si necesita ayuda.

Servicio	Cantidad, duración y alcance de los beneficios	¿Se requiere remisión o aprobación previa?
Tratamiento asertivo comunitario	Sin límite.	Requiere remisión. No se requiere de autorización.
Servicios residenciales y de desintoxicación por trastorno por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Límites según las pautas de OHP. Llame a Trillium para obtener detalles.	Requiere autorización. No se requiere remisión.

Tratamiento asistido con medicamentos (por sus siglas en inglés, MAT) para el trastorno por abuso de sustancias (por sus siglas en inglés, SUD)	Se requiere autorización previa después de los primeros 30 días.	No se requiere aprobación previa para los primeros 30 días de tratamiento. Puede requerir una remisión.
Servicios para pacientes ambulatorios para el trastorno por abuso de sustancias (SUD)	Sin límite.	Acceso directo (no se requiere remisión ni aprobación).

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa. Si tiene preguntas sobre las aprobaciones previas, llame a Servicios al Afiliado de Trillium Community Health Plan al 877-600-5472.

Beneficios odontológicos.

Todos los afiliados del Oregon Health Plan tienen cobertura odontológica. OHP cubre limpiezas anuales, radiografías, empastes y otros servicios que mantienen sus dientes sanos.

Los dientes sanos son importantes a cualquier edad. Estos son algunos datos importantes sobre la atención odontológica:

- Los dientes sanos también mantienen el corazón y el cuerpo sanos.
- Debe visitar a su dentista una vez al año.
- Cuando está embarazada, mantener los dientes y encías saludables puede proteger la salud del bebé.
- Solucionar los problemas odontológicos puede ayudarlo a controlar el nivel de azúcar en sangre.
- Los niños deben hacerse el primer control odontológico al año de edad.

Consulte la siguiente tabla para ver qué servicios odontológicos están cubiertos.

Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Están cubiertos siempre que su proveedor indique que usted necesita los servicios. Mire la columna “Cantidad, duración y alcance” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita.

En ocasiones, podría necesitar consultar a un especialista. Los servicios odontológicos comunes que necesitan ser remitidos a un especialista son:

- Cirugía oral
- Hospital o centro quirúrgico
- Tratamientos de conducto
- Problemas de encías
- Sedación en el consultorio

Servicios cubiertos	Cantidad, duración y alcance de los beneficios (indica un ejemplo para el beneficio cubierto)	¿Se requiere remisión o aprobación previa? (indica un ejemplo del beneficio cubierto)
Atención odontológica urgente y de emergencia (dolor extremo o infección, sangrado o hinchazón, lesiones en los dientes o las encías)	Sin límites	No se requiere remisión ni aprobación.

Beneficios para afiliadas embarazadas y afiliados menores de 21 años		
Exámenes bucales	Dos veces al año	No se requiere aprobación previa. Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCD).
Limpiezas bucales	Dos veces al año	
Tratamiento con flúor	Dos veces al año	
Rayos X bucales	Una vez al año	
Selladores	Menores de 16 años, en dientes posteriores de adultos, una vez cada 5 años	
Empastes	Según sea necesario	
Dentadura parcial	Una vez cada 5 años	Se puede requerir una aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.
Dentadura completa	Una vez cada 10 años	Se puede requerir una aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.
Coronas	Algunos dientes delanteros superiores e inferiores. Cuatro coronas cada 7 años.	Se puede requerir una aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.
Extracciones	Según sea necesario	Se puede requerir una aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.
Terapia de conducto radicular	Sin cobertura en los terceros molares (muelas de juicio). Afiliadas embarazadas cubiertas en primeros molares.	No se requiere aprobación previa para dientes frontales y premolares. Se puede requerir una aprobación previa para los molares. Se necesita remisión si no es su PCD.

Beneficios para adultos (no embarazadas, mayores de 21 años)		
Exámenes bucales	Una vez al año	No se requiere aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.
Limpiezas bucales	Una vez al año	
Tratamiento con flúor	Una vez al año	
Rayos X bucales	Una vez al año	
Selladores	Sin cobertura	
Empastes	Según sea necesario	
Dentadura parcial	Una vez cada 5 años	Se puede requerir una aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.
Dentadura completa	Una vez cada 10 años	No se requiere aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.
Coronas	Sin cobertura	
Extracciones	Según sea necesario	No se requiere aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.
Terapia de conducto radicular	Solo en dientes frontales y premolares	No se requiere aprobación previa. Se necesita remisión si no es su PCD.

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa. Si tiene preguntas sobre las aprobaciones previas, llame a Servicios al Afiliado al 877-600-5472.

Servicios que OHP paga.

Trillium Community Health Plan paga por su atención, pero hay algunos servicios que no pagamos. Igualmente están cubiertos y serán pagados por el programa Pago por servicio de Oregon Health Plan. Las CCO a veces llaman a estos servicios beneficios “no cubiertos”. Existen dos tipos de servicios que OHP paga directamente:

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

Servicios con coordinación de la atención de Trillium Community Health Plan.

Trillium Community Health Plan aún le brinda coordinación de la atención para algunos servicios. Coordinación de la atención significa que recibirá transporte gratuito de la Administración del Transporte Médico (por sus siglas en inglés, MTM) para servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso aprobado que necesite para servicios no cubiertos.

Trillium Community Health Plan coordinará su atención para los siguientes servicios:

- Los servicios de Parto comunitario planificado (por sus siglas en inglés, PCB) incluyen atención prenatal y posparto para personas que experimentan un embarazo de bajo riesgo según lo determine la División de Sistemas de Salud de la OHA. La OHA es responsable de proporcionar y pagar los servicios primarios de PCB, incluidos, como mínimo, los servicios para aquellas afiliadas aprobadas para PCB, evaluación inicial del recién nacido, prueba de detección de manchas de sangre del recién nacido, incluido el kit de detección, atención del trabajo de parto y parto, visitas prenatales y atención posparto.
- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) no pagados por Trillium Community Health Plan.
- Servicios de Family Connects Oregon.
- Ayuda a los afiliados a obtener acceso a los servicios de salud del comportamiento.

Algunos ejemplos de estos servicios son:

- Determinados medicamentos para algunas afecciones de la salud del comportamiento
 - Pago de hogar de grupo terapéutico para afiliados menores de 21 años
 - Atención psiquiátrica (salud del comportamiento) a largo plazo para afiliados mayores de 18 años
 - Atención personal en hogares de acogida de adultos para afiliados de 18 años o más
 - Colocación psiquiátrica como pacientes hospitalizados y residenciales para jóvenes menores de 17 años
- Y otros servicios.

Para obtener más información o una lista completa de estos servicios, llame a Administración de la Atención al 877-600-5472 o a Servicios al Afiliado al 877-600-5472.

Servicios que OHP paga y para los que brinda coordinación de la atención.

OHP coordinará su atención para los siguientes servicios:

- Suicidio asistido por médicos según la Ley de Muerte Digna de Oregon.
- Servicios paliativos (cuidado de enfermos terminales) para afiliados que viven en centros de enfermería especializada.
- Servicios basados en la escuela que se proporcionan bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (por sus siglas en inglés, IDEA). Para niños que reciben servicios médicos en la escuela, como terapia del habla.
- Examen médico para averiguar si califica para un programa de apoyo o planificación de trabajo social.
- Servicios brindados a afiliados de Citizen Waived Medical o cobertura prenatal de CWM Plus-CHIP para CWM.

- Procedimiento para terminar un embarazo.
- Y otros servicios.

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

Igualmente, puede obtener un viaje gratuito de la Administración del Transporte Médico (MTM) para cualquiera de estos servicios. Consulte la página 54 para obtener más información. Llame a la Administración de transporte médico (MTM) al 877-583-1552 para organizar un traslado. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Veteranos y afiliados del programa odontológico del Tratado de Libre Asociación (COFA)

Si está afiliado al Programa odontológico para veteranos o al Programa odontológico del Tratado de Libre Asociación (por sus siglas en inglés, COFA), Trillium Community Health Plan **solo** brinda beneficios odontológicos y transporte gratuito a las citas odontológicas.

OHP y Trillium Community Health Plan no brindan acceso a servicios de salud física del comportamiento ni transporte gratuito para estos servicios, que son servicios no cubiertos sin coordinación de la atención.

Si tiene preguntas sobre la cobertura y los beneficios disponibles, comuníquese con Servicios al Afiliado al 877-600-5472.

Objeciones morales o religiosas.

Trillium Community Health Plan no limita los servicios en función de objeciones morales o religiosas.

Acceso a la atención que necesita.

Acceso significa que puede obtener la atención que necesita. Puede obtener acceso a la atención de una manera que satisfaga sus necesidades culturales y de idioma. 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 vive o cerca de donde desea recibir atención. Esto significa que hay suficientes proveedores en el área y hay diferentes tipos de proveedores entre los que puede elegir.

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

- **Área urbana:** acceso a proveedores dentro de 30 millas o 30 minutos de donde vive. Área urbana significa que vive en una ciudad o cerca de una ciudad.
- **Área rural:** acceso a proveedores dentro de un radio de 60 millas o a 60 minutos de donde vive. Área rural significa que usted no vive en una ciudad o cerca de una ciudad.

Nuestros proveedores también se asegurarán de que tenga acceso físico, adaptaciones razonables y equipo accesible si tiene discapacidades físicas o mentales. Comuníquese con Trillium Community Health Plan al 877-600-5472 para solicitar adaptaciones. Los proveedores también se aseguran de que el horario de atención sea el mismo para los afiliados de OHP y para todos los demás.

Traslados para recibir atención.

Puede obtener traslados gratuitos a citas cubiertas. Consulte la página 54 para obtener información sobre cómo puede obtener traslados gratuitos. Llame a la Administración de transporte médico (MTM) al 877-583-1552 para organizar un traslado. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Elija un proveedor.

Tiene derecho a elegir su proveedor y dónde recibir la atención de salud. Puede elegir de la lista de proveedores que trabajan con Trillium Community Health Plan. La lista de proveedores se denomina Directorio de proveedores de Trillium Community Health Plan. Obtenga más información sobre el directorio en la página 40.

Ayuda para organizar su atención.

La coordinación de la atención significa que recibirá ayuda para programar sus visitas y obtener apoyo y recursos. Obtenga más información sobre la coordinación de la atención en la página 42 o llame a Servicios al Afiliado al 877-600-5472.

Cuánto tiempo se tarda en recibir atención.

Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de que lo vean, lo traten o lo remitan dentro de los plazos 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 lo indicado en la evaluación inicial
Atención de emergencia	Inmediatamente o remisión a un Departamento de Emergencias, según la afección
Atención bucal y odontológica para niños y personas no embarazadas	
Citas regulares de salud bucal	Dentro de las 8 semanas, a menos que exista una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención odontológica de urgencia	Dentro de las 2 semanas
Servicios odontológicos de emergencia	en observación o con tratamiento durante 24 horas.
Atención bucal odontológica para personas embarazadas	
Atención bucal de rutina	Dentro de las 4 semanas, a menos que exista una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención odontológica de urgencia	Dentro de 1 semana
Servicios odontológicos de emergencia	en observación o con tratamiento durante 24 horas.
Salud del comportamiento	
Atención de la salud del comportamiento de rutina para poblaciones no prioritarias	Evaluación dentro de los 7 días de la solicitud, con una segunda cita programada según corresponda clínicamente.
Atención de la salud del comportamiento urgente para todas las poblaciones	dentro de las 24 horas.
Atención de la salud del comportamiento especializada para poblaciones prioritarias	
Afiliadas embarazadas, veteranos y sus familias, mujeres con niños, cuidadores no remunerados, familias y niños de 0 a 5 años, afiliados con VIH/SIDA o tuberculosis, afiliados en riesgo de un primer episodio de psicosis y población con discapacidades intelectuales/del desarrollo	Evaluación e ingreso inmediato. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores con visitas, el tratamiento al nivel adecuado de atención debe realizarse dentro de los 120 días a partir de la fecha en que se coloca al paciente en una lista de espera.
Consumidores de drogas intravenosas, incluida la heroína	Evaluación e ingreso inmediato. La admisión para los servicios en un nivel de atención residencial se requiere dentro de los 14 días de la solicitud, o se coloca dentro de los 120 días cuando se coloca en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles.

Trastorno por consumo de opioides	Evaluación e ingreso en 72 horas
Tratamiento asistido por medicamentos	Tan pronto como sea posible, pero no más de 72 horas para la evaluación y el ingreso.

Para servicios especializados de atención de la salud del comportamiento si no hay una habitación o un lugar libres:

- Se le pondrá en una lista de espera.
- Recibirá otros servicios dentro de las 72 horas.
- Estos servicios serán temporales hasta que haya una habitación o un lugar libres.

Si tiene alguna pregunta sobre el acceso a la atención, llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472.

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 Servicios al Afiliado de Trillium Community Health Plan y díganos que desea ver a otro proveedor.

Si no hay un proveedor calificado dentro de nuestra red y desea ver a un proveedor fuera de nuestra red para obtener una segunda opinión, comuníquese con Servicios al Afiliado de Trillium Community Health Plan para obtener ayuda. Coordinaremos la segunda opinión de forma gratuita.

Proveedores de atención primaria (PCP).

Un proveedor de atención primaria es a quien verá para hacer consultas periódicas, solicitar recetas médicas y recibir atención. Puede elegir uno, o podemos ayudarlo a elegir uno.

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser médicos, enfermeros profesionales 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 30 días, Trillium Community Health Plan lo asignará a una clínica o elegirá un PCP por usted. Trillium Community Health Plan le enviará una carta con la información de su proveedor.

Proveedores de la red

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

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

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

Su PCP lo remitirá a un especialista o lo internará en un hospital si es necesario.

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

Si no elige un PCP, lo elegiremos por usted; llame al Servicio al Cliente si desea cambiar su PCP. Puede comenzar a ver a su nuevo PCP el día en que se realiza este cambio.

No olvide preguntarle a Trillium Community Health Plan sobre un dentista, un proveedor de salud mental y una farmacia.

Puede elegir un dentista de atención primaria (PCD) en Encuentre un Dentista de Trillium en nuestro sitio web: www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/benefit-information.html.html o llame al Servicio al Cliente al 877-600-5472, TTY:877-600-5473.

Puede elegir un proveedor de salud mental en Encuentre un proveedor de Trillium en nuestro sitio web: www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/benefit-information.html.html Si necesita ayuda para elegir a un proveedor de salud mental, llame al Servicio al Cliente al 877-600-5472, TTY: 877-600-5473.

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 a un especialista si necesita ir a uno.

Su PCP es importante por lo siguiente:

- Será su primer contacto cuando necesite atención odontológica.
- Administrará sus servicios y tratamientos de salud dental.
- Organizará su atención especializada.

Cambios en su PCP

Si hay un cambio y su PCP ya no tiene contrato con Trillium Community Health Plan, le enviaremos una carta 30 días antes de que ocurra el cambio. Si este cambio ya se realizó, le enviaremos una carta dentro de los 15 días posteriores al cambio.

Directorio de Proveedores.

Puede elegir su PCP del directorio de proveedores en: www-es.trilliumohp.com/find-a-provider.html. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener ayuda o para solicitar una copia impresa del directorio de proveedores.

Estos son algunos ejemplos de la información que puede encontrar en el Directorio de proveedores:

- Si un proveedor acepta nuevos pacientes.
- Tipo de proveedor (médico, dental, salud del comportamiento, farmacia, etc.).
- Cómo ponerse en contacto.
- Opciones de atención telefónica y por video (telesalud).
- Ayuda con el idioma (incluye traducciones e intérpretes).
- Adaptaciones para personas con discapacidades físicas.

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

Programe una cita.

Puede programar una cita con su proveedor tan pronto como elija uno.

Su PCP debe ser su primera llamada cuando necesite atención. Le programará una cita o lo ayudará a decidir qué tipo de atención necesita. Su PCP también puede remitirlo a otros servicios o recursos cubiertos. Llámelo directamente para programar una cita.

Si es paciente nuevo de su PCP, programe una cita para un chequeo. De esta manera, puede conocer su situación y su historial médico antes de que tenga un problema o una inquietud. Esto lo ayudará a evitar demoras la primera vez que necesite usar sus beneficios.

Antes de su cita, anote lo siguiente:

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

Pida una cita en horario de oficina y dígame lo siguiente:

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

Hágale saber si está enfermo y necesita ver a alguien ese día.

Puede obtener transporte gratuito para su cita. Obtenga más información sobre el transporte gratuito para recibir atención en la página 54.

Citas a las que no pueda asistir.

Trate de no faltar a las citas. Si no puede asistir a una, llame a su PCP y cancele de inmediato. Él programará otra consulta para usted. Si no le informa al consultorio de su proveedor con anticipación, es posible que no acepten verlo nuevamente.

Cada proveedor tiene sus propias reglas sobre faltar a las citas. Pregúntele acerca de sus reglas.

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

Puede obtener coordinación de la atención de su centro de atención primaria centrada en el paciente (por sus siglas en inglés, PCPCH), proveedor de atención primaria u otro equipo de atención primaria. Puede hablar con su proveedor o con el Servicio al cliente de Trillium Community Health Plan para solicitar un coordinador de atención.

El propósito de este servicio es mejorar su salud en general. Lo ayudaremos a descubrir sus necesidades de atención médica y lo ayudaremos a hacerse cargo de su salud y bienestar.

Puede solicitarnos un coordinador de atención. Su representante también puede solicitarlo. Llame al Servicio al Cliente al 877-600-5472 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. TTY: 877-600-5473

Trabajamos juntos para su cuidado.

Su equipo coordinador de atención trabajará en estrecha colaboración con usted y su proveedor. Lo conectarán con los recursos comunitarios y de apoyo social que pueden ayudarlo. Crearán un plan para asegurarse de que su equipo de atención esté trabajando en conjunto para brindarle atención y hacer un seguimiento después de su atención.

Queremos asegurarnos de que cualquier persona que lo atienda pueda concentrarse en ayudarlo a mantenerse bien y mejorar su salud. Su equipo de atención trabajará en conjunto para administrar y organizar sus servicios. Esto lo ayudará a asegurarse de que reciba la mejor atención para sus necesidades.

Los miembros del personal de enfermería y los administradores de casos del equipo de atención tienen una capacitación especial en muchas afecciones médicas. Pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca
- Asma
- Depresión
- Presión arterial alta
- Y otras afecciones

Este equipo de atención también está listo para ayudarlo con sus aprobaciones y otras necesidades. Pueden hacer lo siguiente:

- Ayudarlo a comprender sus beneficios y cómo funcionan.
- Ayudarlo a elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Brindar atención y consejos que sean fáciles de seguir.
- Ayudarlo a comprender el sistema de atención médica coordinada.
- Ayudarlo a obtener servicios de salud del comportamiento.
- Ayudarlo a asegurarse de que sus proveedores se consulten entre sí sobre sus necesidades de atención médica.

Su equipo de atención puede ayudar a encontrar otros recursos en su comunidad, como ayuda para necesidades no médicas. Estos son algunos ejemplos:

- Vivienda segura
- Comida saludable
- Traslados
- Capacitaciones y clases
- Apoyo familiar o
- Servicios sociales

Afiliados con Medicare.

También puede obtener ayuda con sus beneficios de OHP y Medicare. Un coordinador de atención trabaja con usted, sus proveedores, su plan Medicare Advantage o su cuidador. Nos asociamos con estas personas para brindarle servicios sociales y de apoyo, como servicios comunitarios culturalmente específicos.

Representantes de conexión con el afiliado (MCR)

Los Representantes de conexión con el afiliado (por sus siglas en inglés, MCR) son trabajadores comunitarios de la salud que están certificados en el estado de Oregón y que trabajan para Trillium.

Los MCR pueden ayudar a conectar a los afiliados con los servicios necesarios. Los MCR pueden ayudarlo a que acceda a sus beneficios y programe citas médicas. También, pueden coordinar necesidades sociales como vivienda y comida. Es posible que lo conecten con recursos comunitarios.

Los MCR trabajan en estrecha colaboración con su centro médico de atención primaria y el equipo interno de Trillium. Pueden comunicarse con usted por teléfono, videollamada o en su domicilio. Pueden asistirlo de diversas formas, como brindándole estrategias para que tome los medicamentos a tiempo. También pueden ayudarlo con las solicitudes de asistencia para la vivienda o la calefacción. También pueden ayudarlo a encontrar los productos a través de los sistemas sociales. Los MCR pueden ofrecer asesoramiento de salud para la diabetes y el asma.

Los MCR son muy hábiles y conocen a la comunidad. Si desea trabajar con un MCR, llame al 877-600-5472 y pida hablar con un representante de Conexiones de los Afiliados.

Coordinación de cuidados intensivos

Puede obtener servicios de coordinación de cuidados intensivos (ICC) si necesita más ayuda. Los servicios de ICC brindan apoyo adicional a quienes lo necesitan.

Algunas personas que califican para los servicios de ICC pueden ser las siguientes:

- Adultos mayores, personas con problemas de audición, sordera, ceguera u otras discapacidades.
- Las personas con una gran necesidad de atención de salud, varias afecciones crónicas o una enfermedad mental grave o persistente (por sus siglas en inglés, SPMI).
- Personas que reciben servicios y apoyo de atención a largo plazo (LTSS) financiados por Medicaid.
- Personas que estén en tratamiento asistido por medicamentos (MAT) por trastorno por abuso de sustancias (SUD).
- Mujeres a las que se les ha diagnosticado un embarazo de alto riesgo.
- Consumidores de drogas por vía intravenosa.
- Personas que padecen un SUD y que necesitan manejo de la abstinencia.
- Personas con VIH/sida o que tienen tuberculosis.
- Veteranos y sus familias.
- Personas con alto riesgo de sufrir un primer episodio de psicosis.
- Personas dentro de las poblaciones con discapacidad intelectual y del desarrollo (por sus siglas en inglés, IDD).
- Y otros.

La coordinación de cuidados intensivos también puede ayudar a niños que se encuentran en la siguiente situación:

- Tienen de 0 a 5 años y muestran signos iniciales de problemas sociales/emocionales o de comportamiento o que tengan un diagnóstico de trastorno emocional grave (por sus siglas en inglés, SED).
- Tienen síndrome de abstinencia neonatal.
- Reciben asistencia social.

Usted y su coordinador de ICC crearán un plan llamado plan de coordinación de cuidados intensivos (por sus siglas en inglés, ICCP). Este plan se creará dentro de los 10 días siguientes al inicio del programa ICC. Lo ayudará a satisfacer sus necesidades. También lo ayudará a mantener objetivos personales de salud y seguridad.

Su plan de atención enumerará los apoyos y servicios necesarios para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. El plan de atención se actualizará cada 90 días, o antes si sus necesidades de atención médica cambian. Puede obtener una copia de su plan.

Contará con un equipo de ICC para ayudarlo. Este equipo incluirá diferentes personas que trabajarán juntas para satisfacer sus necesidades, como los proveedores y especialistas con los que trabaja.

Este plan aborda las necesidades médicas, sociales, culturales, de desarrollo, de comportamiento, educativas, espirituales y financieras para que tenga resultados positivos de salud y bienestar. El trabajo de su equipo de atención es asegurarse de que las personas adecuadas formen parte de su plan de atención para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Todos trabajaremos juntos para apoyarlo.

Su coordinador de atención también puede hacer lo siguiente:

- Acceder a recursos para asegurarse de que se sienta cómodo, seguro y cuidado.
- Usar los programas de atención para ayudarlo a controlar afecciones crónicas de salud.
- Ayudar con problemas médicos como diabetes, enfermedades cardíacas y asma.
- Ayudar con problemas de salud del comportamiento, incluidos la depresión y el trastorno por abuso de sustancias.
- Crear un plan de tratamiento con usted.

Llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 877-600-5472 para obtener un coordinador de atención de ICC. Trillium Community Health Plan se asegurará de que usted o su representante obtengan el nombre y el número de teléfono de su coordinador de atención de ICC.

Los servicios de coordinación de cuidados intensivos están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si no puede obtener los servicios de ICC durante el horario comercial normal, Trillium Community Health Plan le brindará otras opciones.

DetECCIÓN ESPECIAL Y ATENCIÓN PREVENTIVA PARA AFILIADOS MENORES DE 21 AÑOS.

Los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) son servicios integrales y preventivos de atención de salud para niños desde el nacimiento hasta los 21 años. Este beneficio le brinda servicios que sirven como prevención y detección si hay afecciones o inquietudes relacionadas con la salud en etapas tempranas. Puede reducir el riesgo de enfermedad, discapacidad u otra atención médica o de salud mental que pueda ser necesaria.

El programa EPSDT ofrece lo siguiente:

- Exámenes médicos, pruebas de detección y servicios de diagnóstico del “niño sano” para determinar si hay alguna afección física, dental, del desarrollo y de salud mental para los afiliados de 0 a 21 años.
- También cubre la atención médica, los tratamientos y otras medidas para corregir o ayudar ante cualquier afección que se descubra.

Para los afiliados elegibles para EPSDT que lo soliciten, Trillium Community Health Plan tiene que ofrecer:

- Exámenes y evaluaciones programados regularmente de la salud física y mental general, el crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional de bebés, niños y jóvenes menores de 21 años.

Si usted o su familiar necesitan servicios de EPSDT, consulte con su proveedor de atención primaria (PCP). Puede ayudarlo a obtener la atención que necesita. Si algún servicio necesita aprobación, se encargará de eso. Consulte con su dentista de atención primaria para cualquier servicio dental de EPSDT. Todos los servicios de EPSDT son gratuitos para los afiliados hasta los 21 años.

Puede obtener servicios de EPSDT de un médico (MD o DO), profesionales de enfermería, asistentes médicos con licencia y otros profesionales de la salud con licencia (proveedores de atención continua). Estos proveedores también pueden dar una remisión directa a un dentista para que brinde servicios dentales. El momento adecuado y los tipos de servicios dentales se pueden encontrar aquí: www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/OHP-Recommended-Dental-Periodicity-Schedule.pdf

Ayuda para obtener servicios de EPSDT.

- Llame al Servicio al Cliente al 877-600-5472.
- Llame al proveedor dental para programar servicios dentales o para obtener más información:

Advantage Dental Services

Número gratuito de Servicio al Cliente: 1-866-268-9631; TTY: 711

Capitol Dental Care

Servicio al Cliente: 1-503-585-5205. Número gratuito: 1-800-525-6800

TTY: 1-800-735-2900

Oregon Dental Service

Servicio al Cliente: 1-503-243-2987. Número gratuito: 1-800-342-0526

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

- Puede obtener transporte gratuito desde y hasta una consulta cubierta al proveedor de EPSDT. Para programar un viaje o para obtener más información, llame al 877-600-5472.
- También puede obtener esta información en nuestro sitio web en:
www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html

Evaluaciones de detección.

OHP cubre las consultas de evaluación de EPSDT en momentos apropiados para la edad. Una vez que solicite una evaluación de detección, el tratamiento generalmente comenzará dentro de los 6 meses. OHP sigue las pautas de la Academia Americana de Pediatría y Bright Futures. Bright Futures se puede encontrar en: <https://brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx>.

Las *Pautas de Bright Futures* brindan orientación para todas las evaluaciones de detección de atención preventiva y consultas de niño sano.

Las consultas para la evaluación de detección deben tener lo siguiente:

- Evaluación de detección del desarrollo.
- Análisis de plomo:
 - Los niños deben someterse a pruebas de detección de plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad. Cualquier niño entre las edades de 24 y 72 meses sin antecedentes de una evaluación previa de detección de plomo en la sangre debe hacerse una.
 - Completar un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple con el requisito de evaluación de detección de plomo para niños en OHP. Todos los niños con envenenamiento por plomo pueden obtener servicios de administración de casos de seguimiento.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como prueba de anemia, prueba de células falciformes y otras) según la edad y el riesgo del cliente.
- Evaluación del estado nutricional.
- Examen físico general sin ropa con inspección de dientes y encías.
- Historial completo de salud y desarrollo (incluida la revisión del desarrollo de la salud física y mental).
- Vacunas que cumplan con los estándares médicos:
 - Programa de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años):
www.cdc.gov/vaccines/parents/index-sp.html
 - Programa de vacunación para adultos (mayores de 19 años):
www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html
- Orientación y educación en salud para padres e hijos.
- Remisiones para tratamiento de salud física y mental médicamente necesario.
- Pruebas de audición y visión necesarias.

- Servicios recomendados y evaluaciones a determinadas edades, hasta los 21 años. Vea el programa de Bright Futures aquí:
https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf
- Y otros.

Las consultas de EPSDT también incluyen chequeos o exámenes no programados que pueden realizarse en cualquier momento debido a una enfermedad o un cambio en la salud.

Remisión, diagnóstico y tratamiento de EPSDT.

Su proveedor de atención primaria puede remitirlo si encuentra una afección de salud física, mental, de abuso de sustancias o dental. Otro proveedor lo ayudará con más diagnósticos o tratamientos.

El proveedor de evaluaciones explicará la necesidad de la remisión al niño y al padre o tutor. Si está de acuerdo con la remisión, el proveedor se encargará de los trámites.

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

Las evaluaciones pueden necesitar de los siguientes servicios:

- Diagnóstico y tratamiento de defectos en la visión y la audición, incluidos anteojos y audífonos.
- Atención dental, tan pronto como sea posible respecto de la edad, para el alivio del dolor y las infecciones, la restauración de los dientes y el mantenimiento de la salud dental.
- Vacunas. (Si se determina en el momento de la evaluación que se necesita una vacuna y que es apropiado proporcionarla en el momento de la evaluación, entonces se debe proporcionar el tratamiento de la vacuna en ese momento).

Estos servicios deben proporcionarse a personas elegibles para EPSDT que los necesiten.

Trillium Community Health Plan brindará ayuda de remisión a los afiliados o sus representantes para servicios sociales, programas educativos, programas de asistencia nutricional y otros servicios.

Trabajadores de la salud tradicionales (THW).

Los trabajadores de la salud tradicionales (THW) ayudan con las preguntas que tenga sobre su atención de salud y sus necesidades sociales. Ayudan en la comunicación entre sus proveedores de atención de salud y otras personas implicadas en su atención. También se conectan con personas y servicios en la comunidad que pueden ayudarlo.

Hay varios tipos de trabajadores de salud tradicionales:

- **Doula para el parto:** una doula (para el parto) es una persona que proporciona apoyo personal y no médico a las mujeres embarazadas y sus familias durante el embarazo, el parto y el posparto.

- **Trabajador comunitario de la salud:** un trabajador de la salud pública entiende a la gente y la comunidad en la que vive. Lo ayuda a acceder a los servicios comunitarios y de salud. Un trabajador comunitario de la salud lo ayuda a iniciar comportamientos saludables. Por lo general, comparte su origen étnico, idioma o experiencias de vida.
- **Asesor de salud personal:** una persona que brinda información, herramientas y apoyo para ayudarlo a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar, según su situación.
- **Especialista en apoyo de pares:** una persona con experiencias de vida en relación con la salud mental, la adicción y la recuperación. También puede haber sido padre o madre de un niño en tratamiento de salud mental o adicciones. Brinda apoyo, aliento y ayuda a quienes enfrentan adicciones y problemas de salud mental. Puede ayudarlo a pasar por lo mismo.
- **Especialista en el bienestar de pares:** una persona que trabaja como parte de un equipo de salud en el hogar y habla en su nombre y en el de sus necesidades. Apoya la salud general de las personas de su comunidad y puede ayudarlo a recuperarse de una adicción, un problema de salud mental o una afección física.
- **Trabajadores de salud tradicionales tribales:** una persona que ayuda a las comunidades de indígenas tribales o urbanas a mejorar su salud en general. Proporciona educación, asesoramiento y apoyo que pueden ser específicos de las prácticas tribales.

Los THW pueden ayudarlo con muchas cosas, tales como:

- Encontrar un nuevo proveedor.
- Recibir la atención que necesita.
- Entender sus beneficios.
- Brindar información sobre servicios y apoyo de salud del comportamiento.
- Asesorar sobre los recursos comunitarios que podría utilizar.
- Ser alguien de la comunidad con quien hablar.

Llame a nuestro THW intermediario para obtener más información sobre los THW y cómo usar sus servicios.

Información de contacto del THW intermediario:

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

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

Servicios adicionales

En lugar de otros servicios (ILOS)

En lugar de otros servicios (ILOS)

Trillium Community Health Plan ofrece servicios o entornos que son alternativas médicamente apropiadas a los servicios cubiertos por OHP. Estos se denominan “en lugar de otros servicios” (por sus siglas en inglés, ILOS). Se ofrecen como opciones útiles para los afiliados cuando los entornos o servicios tradicionales no satisfacen las necesidades de nuestros afiliados. Trillium Community Health Plan ofrece los siguientes ILOS:

Servicios de apoyo para la recuperación ofrecidos por pares y asociados de salud mental calificados en un entorno alternativo como sustituto de los servicios de terapia de salud del comportamiento. Este ILOS puede ser apropiado para los afiliados con afecciones de salud del comportamiento que necesitan servicios de rehabilitación psicosocial.

- Los Servicios de apoyo para la recuperación ofrecidos por pares y asociados de salud mental calificados en un entorno alternativo pueden incluir programas sin cita previa, prestación de servicios basados en la comunidad y sitios de servicios basados en la comunidad más allá de un consultorio o clínica tradicional.
- Ejemplo de ILOS: servicios de divulgación y participación prestados por especialistas en el apoyo de pares, especialistas en el bienestar de pares o asociados de salud mental calificados para implicar a los afiliados en su atención y brindarles apoyo continuo para mejorar la administración del bienestar, las habilidades de afrontamiento, las habilidades de vida independiente y la asistencia para la recuperación. Los servicios pueden ofrecerse antes o después de la evaluación y el diagnóstico, en entornos clínicos o comunitarios, en sesiones individuales o grupales, y pueden incluir servicios sin cita previa, servicios de transición de la atención, servicios culturalmente específicos y servicios centrados en poblaciones específicas de OHP.

Servicios de trabajadores comunitarios de la salud como sustitutos de servicios similares en un entorno tradicional. Este ILOS puede ser adecuado para los afiliados que necesitan asesoramiento de medicina-preventiva o reducción de factores de riesgo, capacitación y desarrollo de habilidades o servicios integrales de apoyo comunitario.

- Servicios de trabajadores comunitarios de la salud ofrecidos en un entorno alternativo o mediante un acuerdo de facturación no tradicional.
- Ejemplo de ILOS: coordinación de sistemas de atención a los afiliados por parte de trabajadores comunitarios de la salud (por sus siglas en inglés, CHW) en entornos comunitarios, como viviendas o servicios cultural y lingüísticamente apropiados de agencias de servicios sociales que pueden o no facturar los servicios de forma independiente. Servicios prestados para ayudar a los afiliados a orientarse en el sistema de atención médica, facilitar la asistencia de los afiliados a las citas médicas y de otro tipo, contribuir con el equipo o la planificación de atención, explicar la información de salud y atención médica y ayudar a comprender las necesidades y localizar los servicios.

Programa Nacional de Prevención de la Diabetes como sustituto de los Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes. Este ILOS puede ser apropiado para los afiliados con riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2.

- Programa Nacional de Prevención de la Diabetes que se ofrece en un entorno comunitario, como un gimnasio comunitario o una biblioteca comunitaria, además de un entorno de clínica de salud que ofrezca servicios en persona o en línea.
- Ejemplo de ILOS: prestación del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (por sus siglas en inglés, DPP Nacional) por parte de una organización de prestación de programas reconocida por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC). *Este ILOS apoya la prestación del DPP Nacional por parte de organizaciones comunitarias que no disponen de infraestructura de facturación, pero que, por lo demás, son elegibles para ser proveedores del DPP.*

Consultas de lactancia como sustituto de las consultas de lactancia tradicionales que no satisfacen las necesidades de los afiliados. Este ILOS puede ser apropiado para las personas que se encuentran en el posparto y sus bebés, que necesitan consultas de lactancia que tradicionalmente se brindan en el consultorio u otros entornos para pacientes ambulatorios.

- Consultas de lactancia ofrecidas en un entorno alternativo o mediante un acuerdo de facturación no tradicional.
- Ejemplo de ILOS: asesoramiento proporcionado por personal de enfermería registrado, un trabajador de salud tradicional o una doula con formación en lactancia (como un asesor certificado en educación sobre lactancia o una formación de especialista certificado en lactancia), en un entorno comunitario que puede o no facturar de forma independiente esos servicios.

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 elección es suya. No está obligado a participar en ninguno de estos programas. Se notificará a los afiliados con 30 días de antelación si se interrumpe un ILOS que estén recibiendo. Este aviso incluirá información sobre quejas formales y apelaciones para los servicios cubiertos que se denieguen total o parcialmente (en la página 81 encontrará más información sobre las quejas formales y las apelaciones). Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los beneficios o servicios indicados arriba, llame al 877-600-5472 (TTY: 877-600-5473).

Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (por sus siglas en inglés, HRS) son servicios adicionales que ofrece Trillium Community Health Plan. Los HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar general de los afiliados y de la comunidad. Los HRS son servicios flexibles para los afiliados e iniciativas de beneficio comunitario para los afiliados y la comunidad en general. El programa de HRS de Trillium Community Health Plan ayuda a hacer el mejor uso posible de los fondos para abordar los factores de riesgo social, como el lugar de residencia, con el fin de mejorar el bienestar de la comunidad. Obtenga más información sobre los servicios relacionados con la salud en www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-tc/Pages/Health-Related-Services.aspx.

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son apoyos para obtener artículos o servicios para ayudar a los afiliados a estar o mantenerse sanos. Trillium Community Health Plan ofrece estos servicios flexibles:

- Apoyos alimentarios, como entrega de comestibles, cupones de alimentos o comidas médicamente adaptadas.
- Apoyos de vivienda a corto plazo, como depósitos de alquiler para cubrir los costos de mudanza, apoyo de alquiler por un período corto de tiempo o tarifas de instalación de servicios públicos.
- Vivienda o refugio temporal durante la recuperación de una hospitalización.
- Artículos que apoyan comportamientos saludables, como ropa o calzado deportivo.
- Teléfonos móviles o dispositivos para acceder a telesalud o aplicaciones de salud.
- Otros artículos que lo mantengan saludable, como un aire acondicionado o un filtro de aire.

Ejemplos de otros servicios flexibles:

- Programas y servicios de salud y acondicionamiento físico
- Servicio de transporte o combustible/mantenimiento de vehículos
- Ayudas auxiliares, dispositivos de asistencia, funciones de accesibilidad

Obtenga más información sobre los servicios flexibles de Trillium Community Health Plan en www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/Flexible-Services.html.

Iniciativas de beneficio comunitario

Las iniciativas de beneficio comunitario son servicios y ayudas destinados a los afiliados y a la comunidad en general para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

En Trillium, la equidad en salud es importante para nosotros. Creemos que todo el mundo debe tener acceso a una atención de salud integral. Escuchamos a los afiliados de nuestras comunidades locales. Averiguamos qué necesitan. Establecemos asociaciones con organizaciones comunitarias (por sus siglas en inglés, CBO) para ayudar a satisfacer esas necesidades. Esto puede significar poner en contacto a las personas con la atención de salud física. También puede tratarse de ponerlas en contacto con recursos de alimentación, vivienda y transporte (traslados). Algunas de nuestras iniciativas de beneficio comunitario son las siguientes:

- Apoyo a las despensas de alimentos y acceso a alimentos culturalmente específicos
- Creación de espacios de aprendizaje más seguros
- Inversión en proyectos de campañas de capital para reconstruir centros comunitarios locales
- Ampliación de la plantilla de trabajadores de salud tradicionales (THW), trabajadores comunitarios de la salud (CHW) y doulas

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

- Clases de educación para padres y apoyo familiar.
- Programas comunitarios que ayudan a las familias a acceder a frutas y verduras frescas a través de los mercados de agricultores.
- Mejoras en el transporte activo, como carriles para bicicletas y aceras seguros.

- Programas escolares que favorecen un entorno enriquecedor para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los estudiantes.
- Capacitación para maestros y organizaciones comunitarias específicas para niños sobre prácticas informadas sobre trauma.

Cómo obtener servicios relacionados con la salud para usted o un familiar

Puede trabajar con su proveedor para solicitar servicios relacionados con la salud. También puede llamar al Servicio al Cliente al 877-600-5472. Pídeles que le envíen un formulario de solicitud en el idioma o formato que se adapte a sus necesidades.

Las decisiones de aprobar o denegar las solicitudes de servicios flexibles se toman en función de cada caso. Si se deniega su solicitud de servicio flexible, recibirá una carta. No puede apelar una denegación de servicio flexible, pero tiene derecho a presentar una queja. Obtenga más información sobre apelaciones y quejas en la página 87.

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

Otro recurso de apoyo y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 2-1-1 o visite el sitio web de [211 Info](#) para obtener ayuda.

Atención comunitaria de salud bucal

Estamos orgullosos de apoyar a los afiliados que reciben servicios de salud bucal en entornos comunitarios. Para llevar a cabo evaluaciones de salud bucal, los planes dentales pueden enviar higienistas dentales con un permiso especial a las escuelas, citas de mujeres, bebés y niños (por sus siglas en inglés, WIC), Head Start, consultorios médicos, centros de atención a largo plazo y otros centros de la comunidad. También ofrecen algunos servicios preventivos mientras están allí, como flúor, esmalte y selladores dentales para niños en edad escolar, y ayudan a la gente a entender cómo cuidar sus dientes.

En los lugares donde no disponemos de higienistas, trabajamos con otras organizaciones. Los servicios que se prestan en la comunidad deberían ser gratuitos para usted si están cubiertos por su plan. Si no está seguro, puede preguntar a la persona que presta los servicios o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

Puntos de acceso abierto

En la mayoría de las regiones de Oregón, tenemos acuerdos especiales con Centros de Salud Federalmente Calificados (por sus siglas en inglés, FQHC), Centros de Salud Comunitarios Rurales (por sus siglas en inglés, RCHC), Proveedores de Atención Médica para Indígenas (por sus siglas en inglés, IHCP) y clínicas de Servicio de Salud Indígena (IHS). Estos acuerdos especiales permiten a nuestros afiliados ser atendidos en este tipo de centros sin estar asignados a ellos y sin necesidad de remisión.

Si desea recibir atención de salud bucal en uno de estos tipos de centros, puede llamar al centro y preguntar si trabajan con Trillium Community Health Plan como “Punto de Acceso Abierto”. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado y solicitar una lista actualizada de los Puntos de acceso abierto de su región.

Transporte gratuito para recibir atención

Transporte gratuito a las citas para todos los afiliados de Trillium Community Health Plan.

Si necesita ayuda para llegar a una cita, llame a MTM (Administración del Transporte Médico) para solicitar un traslado gratuito. Puede obtener transporte gratuito a cualquier visita de atención física, odontológica, a la farmacia o de salud del comportamiento que esté cubierta por Trillium Community Health Plan.

Usted o su representante pueden solicitar un traslado. Puede que le demos un boleto de autobús o dinero para un taxi o que un conductor lo recoja. Podríamos pagarle el combustible a usted o a un familiar o amigo para que lo lleve. Este servicio no tiene ningún costo. Trillium Community Health Plan nunca le facturará los traslados hacia o desde los servicios cubiertos.

Programe un traslado.

Llame a la Administración del Transporte Médico (MTM) al 877-583-1552.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario de atención: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Días festivos cerrados: Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Navidad.

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

Si el traslado se solicita con menos de dos (2) días de anticipación a la hora de recogida programada, el contratista o su agencia de NEMT subcontratada dará al afiliado el número de teléfono de la agencia y podrá brindarle al afiliado el nombre y el número de teléfono del conductor de NEMT o del proveedor de NEMT, aunque no tiene la obligación de hacerlo.

Puede obtener un traslado el mismo día o al día siguiente. Por favor llame a la Administración del Transporte Médico (MTM).

Usted o alguien que usted conoce puede programar más de un traslado a la vez para diversas citas. Puede programar traslados para próximas citas con hasta 90 días de antelación.

Qué esperar cuando llame.

La Administración del Transporte Médico (MTM) cuenta con personal de atención telefónica que puede ayudarlo en el idioma que prefiera y de una forma que pueda entender. Esta ayuda es gratuita.

La primera vez que llame, le informaremos sobre el programa y hablaremos sobre sus necesidades de transporte. Le preguntaremos por su capacidad física y si necesita que alguien lo acompañe.

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

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

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

Punto de recogida y destino.

Recibirá el nombre y el número de la empresa de transporte o del conductor antes de su cita. El conductor se pondrá en contacto con usted al menos 2 días antes del traslado para confirmar los detalles. Lo recogerán a la hora programada. Le rogamos que sea puntual. Si se retrasa, lo esperarán 15 minutos después de la hora programada. Esto significa que si su traslado está programado para las 10:00 a. m., lo esperarán hasta las 10:15 a. m.

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

- **Primera cita del día:** lo dejaremos como máximo 15 minutos antes de que abra el consultorio.
- **Última cita del día:** Lo recogeremos como máximo 15 minutos después del cierre del consultorio, a menos que se prevea que la cita no finalizará en los 15 minutos siguientes al cierre.
- **Cómo pedir más tiempo:** debe pedir que lo recojan antes o que lo dejen después de estos horarios. Su representante o su padre/madre o tutor también pueden pedirnoslo.
- **Llame si no tiene un horario en que haya que recogerlo:** si no hay un horario programado para recogerlo cuando vuelva, llámenos cuando esté listo. El conductor estará allí una hora después de que llame.

La Administración del Transporte Médico (MTM) es un programa de traslados compartidos. Es posible que se recoja y se deje a otras personas en el camino. Si tiene varias citas, es posible que le pidan que las programe para el mismo día. Esto nos ayudará a hacer menos viajes.

Puede pedirle a un amigo o a un familiar que lo lleve a la cita. Pueden recibir un reembolso (un pago) por los kilómetros que conducen.

Tiene derechos y responsabilidades como conductor:

Tiene derecho a:

- Tener un viaje seguro y confiable que se adapte a sus necesidades.
- Que lo traten con respeto.
- Pedir servicios de interpretación cuando hable con servicio al cliente.
- Recibir materiales en un idioma o en un formato que se adapte a sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando se deniega un viaje.
- Presentar una queja sobre su experiencia del viaje.
- Pedir una apelación, una audiencia, o pedir ambas si siente que le denegaron un servicio de viaje injustamente.

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Tratar a los conductores y a otros pasajeros con respeto.
- Llamarnos lo antes posible para programar, cambiar o cancelar un viaje.
- Usar cinturón y otros equipos de seguridad según lo exige la ley (por ejemplo: asientos del auto).
- Pedir paradas adicionales con antelación, como la farmacia.

Cancelar o cambiar su viaje.

Llame a la Administración del Transporte Médico (MTM) al menos dos horas antes del horario de recogida cuando sepa que necesita cancelar o reprogramar su viaje.

Puede llamar a la Administración del Transporte Médico (MTM) de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Deje un mensaje si no puede llamar durante el horario de atención. Llame a la Administración del Transporte Médico (MTM) si tiene alguna pregunta o cambios de viaje.

Qué sucede cuando no se presenta.

Una “ausencia” significa que no está listo para que lo recojan a horario. El conductor esperará al menos 15 minutos después del horario de recogida programado antes de irse. Podemos restringir sus viajes futuros si tiene demasiadas ausencias.

Si tiene una restricción, quiere decir que podemos limitar la cantidad de traslados que puede hacer, limitarlo a un solo conductor o exigirle que llame antes de cada viaje.

Qué sucede si se le deniega el viaje.

Recibirá una llamada para hacerle saber que se le denegó el viaje. Dos miembros del equipo revisan todas las denegaciones antes de enviarlas. Si se le deniega el viaje, le enviaremos una carta de denegación por correo dentro de las 72 horas posteriores a la decisión. En el aviso, se indica la regla y el motivo de la denegación.

Puede pedir una apelación al Trillium Community Health Plan si no está de acuerdo con la denegación. Tiene 60 días desde la fecha del aviso de denegación para solicitar una apelación.

Después de la apelación, si la denegación se mantiene, también tiene derecho a solicitar una audiencia ante el estado.

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

Tiene derecho a presentar una queja o una queja formal en cualquier momento. Estos son algunos ejemplos de una queja o una queja formal:

- Inquietudes sobre la seguridad del vehículo.
- Calidad de los servicios.
- Interacciones con conductores y proveedores (como mala educación).
- No se proporcionó el servicio de viaje solicitado como estaba previsto.
- Derechos del consumidor.

Obtenga más información sobre quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias en la página 87.

Guía del conductor

Obtenga la Guía para pasajeros de la Administración del Transporte Médico (MTM) en:

www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html.

Usted o su representante también pueden llamar a Servicio al Cliente al 877-600-5472 para pedir una copia en papel gratis. La recibirá 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 ayuda con la movilidad.
- Seguridad del vehículo.
- Obligaciones y reglas del conductor.
- Qué hacer ante una emergencia o si hay mal tiempo.
- Citas a larga distancia.
- Reembolso de comidas y alojamiento.

Obtener atención por video o por teléfono.

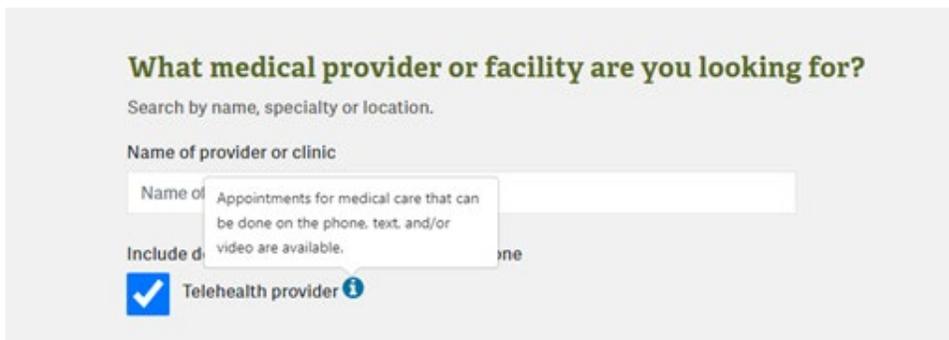
La telesalud (también conocida como telemedicina y teledentística) es una forma en la que puede recibir atención sin ir a la clínica o al consultorio. Telesalud significa que puede asistir a su cita por llamada telefónica o por videollamada. Trillium Community Health Plan cubrirá las visitas de telesalud. La telesalud le permite hacer una consulta a su proveedor usando lo siguiente:

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

Todos son gratis. Si no tiene acceso a Internet o a video, hable con su proveedor para saber qué le conviene.

Cómo encontrar proveedores de telesalud.

No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud. Debe preguntar sobre la telesalud cuando llama para programar una consulta. También puede consultar nuestra herramienta de búsqueda Encuentre un proveedor en www-es.trilliumohp.com. Consulte la casilla de proveedor de telesalud que se muestra en la siguiente imagen. Esta lista no está completa, por lo que también puede llamar a su proveedor para preguntar si ofrece servicios de telesalud.



Si tiene problemas con el audio o el video en la consulta de telesalud, asegúrese de consultarlo con su proveedor.

Cuándo usar el servicio de telesalud.

Los afiliados del Trillium Community Health Plan que usan telesalud tienen derecho a recibir los servicios de salud física, odontológica y del comportamiento que necesitan.

Estos son algunos ejemplos de cuándo se puede usar la telesalud:

- Cuando su proveedor quiere hacer una consulta antes de renovar una receta médica.
- Servicios de asesoramiento.
- Seguimiento de una consulta en persona.
- Cuando tiene preguntas médicas de rutina.
- Si está en cuarentena o mantiene el distanciamiento social por una enfermedad.
- Si no está seguro de si necesita ir a la clínica o al consultorio.

No se recomienda la telesalud para emergencias. Si siente que su vida está en peligro, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Consulte la página 63 para ver una lista de hospitales con salas de emergencia.

Si no sabe qué servicios de telesalud o qué opciones tiene su proveedor, llámelo y haga la consulta.

Las consultas de telesalud son privadas.

Los servicios de telesalud que ofrece su proveedor son seguros. Cada proveedor tendrá su propio sistema para consultas de telesalud, pero cada sistema debe cumplir la ley.

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (HIPAA) en la página 11.

Asegúrese de responder la llamada en un lugar privado o donde nadie pueda escuchar la consulta con su proveedor.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener servicios de telesalud en el idioma que necesita.
- Tener un proveedor que respete su cultura y sus necesidades lingüísticas.
- Obtener servicios de interpretación calificados y certificados. Obtenga más información en la página 4.
- Obtener consultas en persona, no solo consultas de telesalud.
- Obtener ayuda y tener las herramientas que necesita para la telesalud.

Hable con su proveedor sobre telesalud. También puede llamar a Servicio al Cliente al 877-600-5472 (TTY 877-600-5473). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Medicamentos con receta médica

Si necesita renovar una receta médica, 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: www-es.trilliumohp.com/find-a-provider.html.

Vaya a la farmacia con la tarjeta de identificación del Trillium Community Health Plan y la tarjeta de identificación de Oregon Health. Si no las lleva, es posible que no pueda renovar una receta médica.

Qué recetas médicas están cubiertas.

Puede ver la lista de medicamentos con receta médica que cubre el Trillium Community Health Plan en www.trilliumohp.com/content/dam/centene/trillium/medicaid/pdfs/Trillium_OHP%20Formulary_Medicaid.pdf. Si no está seguro de si su medicamento está en la lista, llámenos y lo verificaremos por usted.

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

Es posible que algunos medicamentos que le haya recetado su proveedor no estén en nuestra lista. Puede pedirnos que lo cubramos a modo de excepción. Si quiere una excepción, dígale a su proveedor. Nuestros médicos y farmacéuticos de Trillium Community Health Plan revisarán la excepción para su aprobación.

Cuando se deniega una solicitud, recibirá una carta por parte del Trillium Community Health Plan. En la carta, verá los derechos de apelación y el formulario de solicitud de apelación que puede usar si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Llame a Servicio al Cliente de la farmacia de Trillium Community Health Plan al 877-600-5472 (TTY: 844-600-5473) si tiene preguntas.

Medicamentos de venta libre (OTC).

El Trillium Community Health Plan cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC). Los medicamentos OTC son los que puede comprar en cualquier tienda o farmacia sin una receta médica, como la aspirina. Para que el Trillium Community Health Plan pague estos medicamentos, necesitará una receta médica emitida por su proveedor. Lleve la receta médica junto con la tarjeta de identificación del Trillium Community Health Plan y la tarjeta de identificación de Oregon Health a la farmacia cuando busque la receta médica de un medicamento de venta libre.

Farmacia de pedido por correo.

Algunos medicamentos se pueden enviar por correo a su hogar. Este servicio se llama farmacia de pedido por correo. Si no puede ir a la farmacia a buscar sus recetas médicas, esta opción puede ser la adecuada para usted. Los afiliados del Trillium Community Health Plan pueden usar Postal Prescription para la farmacia de pedido por correo al 1-800-552-6694. Para obtener más información e iniciar el proceso de pedido por correo con la farmacia, llame a Servicio al Cliente de la farmacia del Trillium Community Health Plan al 877-600-5472 (TTY: 877-600-5473).

El OHP paga los medicamentos de salud del comportamiento.

El Oregon Health Plan (OHP) paga la mayoría de los medicamentos que se usan para tratar afecciones de salud del comportamiento, y no Trillium Community Health Plan. La farmacia envía la factura de su receta médica directamente a OHP. El Trillium Community Health Plan y su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos para la salud del comportamiento que necesite. Si tiene preguntas, hable con su proveedor. También puede llamar a Servicio al Cliente del Trillium Community Health Plan al 877-600-5472.

Cobertura de recetas médicas para miembros con Medicare.

El Trillium Community Health Plan y el OHP no cubren los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare.

Si califica para la Parte D de Medicare, pero decide no inscribirse, deberá pagar estos medicamentos. Si tiene la Parte D, muestre la tarjeta de identificación de Medicare y la tarjeta de identificación del Trillium Community Health Plan en la farmacia.

Si la Parte D de Medicare no cubre sus medicamentos, la farmacia puede enviarle una factura a Trillium Community Health Plan para saber si OHP los cubre. Trillium Community Health Plan pagará todos los demás servicios cubiertos.

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en la página 77.

Servicios que no cubrimos.

No toda la atención médica está cubierta por OHP o Trillium Community Health Plan. Cuando necesite atención, hable con su proveedor de atención primaria acerca de las opciones. Si decide obtener un servicio que no está cubierto, es posible que deba pagar la factura. El consultorio del proveedor debe decirle si un tratamiento o un servicio no está cubierto. Ellos le dirán el costo.

Solo debe pagar si, antes de obtener el servicio, firma un formulario que dice que accede a pagarlo. El formulario debe nombrar o describir el servicio, indicar el costo aproximado e incluir una declaración de que el OHP no cubre el servicio. Obtenga más información sobre facturas en la página 73.

Contáctese siempre con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan antes para analizar lo que está cubierto. Si recibe una factura, comuníquese con Servicio al Cliente del Trillium Community Health Plan de inmediato.

Estos son algunos ejemplos de servicios que no están cubiertos:

- Algunos tratamientos, como medicamentos de venta libre, para afecciones que puede tratar en casa o que mejoran por sí solas (resfriados, gripe leve, callos, piel endurecida, etc.).
- Cirugías o tratamientos estéticos solo para la apariencia.
- Servicios que la ayudan a quedar embarazada.
- Tratamientos que no suelen ser efectivos.
- Ortodoncia, excepto para tratar el paladar hendido en los menores.

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

Hospitales.

Trabajamos con los siguientes hospitales para ofrecer atención hospitalaria regular. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital.

Hillsboro

Tuality Community Hospital

335 South East Eighth Avenue, Hillsboro, OR 97123
(503) 681-1111, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno
<https://tuality.org/es/>

Portland

Oregon Health and Sciences University

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

Portland

OHSU Center for Health & Healing

3303 S Bond Avenue, Portland, OR 97239
(503) 494-4779, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno
www.ohsu.edu/visit/south-waterfront-campus

Portland

Portland Adventist Medical Center

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

Portland

Cedar Hills Hospital

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

Atención de urgencia.

Un problema urgente es lo suficientemente grave como para tratarlo de inmediato, pero no es tan grave como para tratarlo de inmediato en la sala de emergencias. Estos problemas urgentes pueden ser físicos, del comportamiento u odontológicos.

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

No necesita una remisión para recibir atención de emergencia o de urgencia. Para ver una lista de centros de atención de urgencia y clínicas ambulatorias, consulte lo siguiente.

Atención física de urgencia.

Estos son algunos ejemplos de atención física de urgencia:

- Los cortes que no sangran mucho, pero que pueden necesitar puntos.
- Fracturas leves y fracturas en dedos de manos y pies.
- Torceduras y esguinces.

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

Puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, los fines de semana y los días festivos. Explique en el consultorio del PCP que es afiliado de Trillium Community Health Plan. Lo atenderán en 30 minutos. Recibirá asesoramiento o una remisión. Si no puede comunicarse con su PCP para consultar un problema urgente, o si su PCP no puede atenderlo rápido, vaya a un centro de atención de urgencia o a una clínica ambulatoria. No necesita una cita. Consulte la siguiente lista de clínicas de atención de urgencia y clínicas ambulatorias.

Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente del Trillium Community Health Plan al 877-600-5472 (TTY: 877-600-5473).

Si no sabe si su problema es urgente, de todas formas llame al consultorio de su proveedor, aunque esté cerrado.

Puede que reciba un servicio de contestador. Deje un mensaje y diga que es afiliado de Trillium Community Health Plan. Le devolverán la llamada dentro de los 60 minutos para evaluar la naturaleza de su llamada. Puede obtener consejos o una remisión de otro lugar para llamar.

También puede acceder a la Línea de Consultas con Enfermeras atendida las 24 horas para recibir asesoramiento al 844-647-9667.

Para asesoramiento y citas que no son de urgencia, llame durante el horario laboral.

Centros de atención de urgencia y clínicas ambulatorias en el área de Trillium Community Health Plan:

Forest Grove

OHSU Tuality Healthcare Urgent Care Forest Grove

1809 Maple St. Forest Grove, OR 97116
(503) 369-6180, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Gresham

Adventist Health Urgent Care Gresham Station

831 NW Council Dr. Gresham, OR 97030
(503) 665-8176, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Hillsboro

Rose City Urgent Care and Family Practice

6110 B N Lombard Hillsboro, OR 97123
(503) 894-9005, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Hillsboro

Rose City Urgent Care and Family Practice

9975 SW Frewing St. Hillsboro, OR 97123
(503) 894-9005, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Hillsboro

Tuality Urgent Care

7545 SE Tualatin Valley Hwy Hillsboro, OR 97123]
(503) 681-4223, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Lake Oswego

AFC Urgent Care

17437 Boones Ferry Rd. Lake Oswego, OR 97305
(503) 305-6262, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Molalla

Molalla Urgent Care

861 W. Main St., Molalla, OR 97038
(503) 829-7344, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Portland

Adventist Health Urgent Care Parkrose

1350 NE 122nd Ave. Portland, OR 97230
(503) 408-7008, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Portland

Adventist Health Urgent Care Rockwood

18750 SE Stark St. Portland, OR 97233
(503) 408-7008, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Portland

AFC Urgent Care NE Portland

7033 NE Sandy Blvd. Portland, OR 97213
(503) 305-6262, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Portland

Pacific Crest Children's Urgent Care

6924 NE Sandy Blvd. Portland, OR 97213
(503) 963-7963, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Portland

Portland Urgent

4160 NE Sandy Blvd. Portland, OR 97212
(9503) 249-9000, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Portland

Rose City Urgent Care and Family Practice Gateway

135 NE 102nd Ave. Hillsboro, OR 97123
(503) 894-9005, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Sandy

Adventist Health Urgent Care Sandy

17055 Ruben Ln. Sandy, OR 97055
(503) 668-8002, número gratuito: ninguno, TTY: ninguno

Atención odontológica de urgencia.

Estos son algunos ejemplos de atención odontológica de urgencia:

- Un dolor de muelas.
- Un diente astillado o roto.
- Pérdida de una corona o empaste.

Si tiene un problema odontológico urgente, llame a su dentista de atención primaria (PCD). Si no puede comunicarse con su PCD o no tiene uno, llame a Servicio al Cliente odontológico a los siguientes números:

Advantage Dental Services

Número gratuito de Servicio al Cliente: 1-866-268-9631; TTY: 711

Capitol Dental Care

Servicio al Cliente: 1-503-585-5205. Número gratuito: 1-800-525-6800

TTY: 1-800-735-2900

Oregon Dental Service

Servicio al Cliente: 1-503-243-2987. Número gratuito: 1-800-342-0526

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

Ellos lo ayudarán a encontrar atención odontológica de urgencia, según su afección. Para una afección odontológica urgente, deberían darle una cita dentro de las dos semanas o una semana si está embarazada.

Atención de Emergencia

Llame al 911 si necesita una ambulancia o si tiene que ir a la sala de emergencias cuando crea que está en peligro. Una emergencia necesita atención inmediata y pone su vida en peligro. Puede ser una lesión repentina o una enfermedad repentina. Las emergencias también pueden dañar su cuerpo. Si está embarazada, la emergencia también puede dañar a su bebé. **Puede obtener servicios de urgencia y de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin autorización previa. No necesita una remisión.**

Emergencias físicas

La atención física de emergencia sirve cuando necesita atención inmediata y su vida está en peligro. Estos son algunos ejemplos de emergencias médicas:

- Huesos rotos.
- Sangrado que no para.
- Posible ataque cardíaco.
- Pérdida de la consciencia.
- Convulsiones.
- Dolor intenso.
- Dificultad para respirar.
- Reacciones alérgicas.

Le damos más información sobre la atención de emergencia:

- Llame a su PCP o a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan dentro de los 3 días posteriores a la recepción de la atención de emergencia.
- Tiene derecho a usar cualquier hospital u otro establecimiento dentro de los Estados Unidos.
- Las emergencias están cubiertas en los Estados Unidos. No están cubiertas en México ni en Canadá.
- La atención de emergencia ofrece servicios de estabilización posterior (después de la atención). Los servicios después de la atención son servicios cubiertos relacionados con una afección de emergencia. Estos servicios se le ofrecen después de que esté estabilizado. Lo ayudan a mantener estable su afección. Lo ayudan a mejorar o arreglar la afección.

Consulte la lista de hospitales con salas de emergencia en la página 63.

Emergencias odontológicas

Una emergencia odontológica ocurre cuando necesita atención odontológica en el mismo día. Esta atención está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Es posible que una emergencia odontológica requiera tratamiento inmediato. Estos son algunos ejemplos:

- Se le ha caído un diente.
- Tiene una infección o inflamación grave en la boca.

- Le duelen mucho los dientes. Esto significa que es un dolor que le impide dormir o no cesa cuando toma medicamentos de venta libre, como aspirina o Tylenol.

Ante una emergencia odontológica, llame a su odontólogo de atención primaria (PCD). Lo atenderán en un plazo de 24 horas. Algunos consultorios tienen horarios de emergencia, sin cita previa. Si no puede comunicarse con su PCD o no tiene uno, llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472. Ellos lo ayudarán a encontrar atención odontológica de emergencia.

Si ninguna de estas opciones es la adecuada para usted, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias. **Si necesita un traslado en ambulancia, llame al 911.** Consulte la lista de hospitales con salas de emergencia en la página 63.

Emergencias y crisis de salud del comportamiento

Una emergencia de salud del comportamiento ocurre cuando necesita ayuda inmediata para sentirse seguro o estar seguro. Es decir, cuando usted u otras personas están en peligro. Un ejemplo de esto es sentirse fuera de control. Puede sentir que su seguridad está en riesgo o tener pensamientos de hacerse daño a usted mismo o dañar a otra persona.

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

- Los servicios de emergencia de salud del comportamiento no necesitan una remisión ni aprobación previa. Trillium Community Health Plan ofrece a los afiliados servicios y ayuda ante crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud del comportamiento puede ayudarlo a conseguir servicios para mejorar y estabilizar la salud mental. Intentaremos ayudarlo y apoyarlo después de una crisis.

Números de crisis locales y de atención las 24 horas, centros para casos de crisis sin cita previa y centros de acogida

Puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al 988. 988 es una línea de ayuda contra suicidio y crisis en la que puede obtener apoyo solidario y compasivo de asesores capacitados las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Contactos ante crisis:

David Romprey Oregon Warmline
800-698-2392

Teen Line Warmline
800-852-8336

Senior Loneliness Line
800-282-7035

Condado de Clackamas:

Crisis Line & Mental Health Urgent Walk-In
11211 SE 82nd Ave, Suite O
Happy Valley, Oregon 97086
503-655-8585

Servicios de protección para adultos de Clackamas
971-673-6655

Condado de Multnomah

Crisis Line & Mental Health Urgent Walk-In
4212 SE Division St. Suite 100
Portland Oregon, 97206
800-716-9769
Foster Care Crisis Response and Coordination
503-575-3767

Servicios de protección para adultos de Multnomah
503-988-4450

Condado de Washington

Crisis de salud conductual
503-291-9111

Servicios de protección para adultos de Washington
971-673-5200

Recursos comunitarios de salud mental

NAMI-Condado de Clackamas *disponible en español
503-344-5050

NAMI-Condado de Multnomah
503-228-5692

NAMI-Condado de Washington
503-356-6835

Una crisis de salud del comportamiento ocurre cuando necesita ayuda inmediata. Si no se trata, esta afección puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas locales de crisis locales de 24 horas que se mencionan anteriormente o llame al 988 si está experimentando alguna de las siguientes situaciones o no está seguro de si es una crisis. Queremos ayudarlo a evitar una emergencia.

Ejemplos de lo que debe observar si usted o un familiar están sufriendo una crisis o emergencia de salud del comportamiento:

- Considera el suicidio.
- Escucha voces que le dicen que se haga daño a usted mismo o a otra persona.
- Daña a otras personas, animales o propiedad.
- Comportamientos peligrosos o muy destructivos en la escuela, el trabajo, o con amigos o familia.

Estas son algunas de las cosas que Trillium Community Health Plan puede hacer para apoyar la estabilización en la comunidad:

- Una línea directa ante crisis para llamar cuando un afiliado necesita ayuda.
- Un equipo móvil ante crisis que asistirá a un afiliado que necesite ayuda.
- Centros para casos de crisis sin cita previa y de acogida (ver abajo).
- Cuidado de relevo en casos de crisis (cuidados de corta duración).
- Lugares de estancia a corto plazo para estabilizarse.
- Servicios posteriores a la estabilización y servicios de atención de urgencia. Esta atención está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos, relacionados con una emergencia de salud médica o del comportamiento, que se ofrecen después de estabilizar la emergencia y para mantener la estabilización o resolver la afección.

- Servicios de respuesta ante crisis para afiliados que reciben tratamiento intensivo de salud del comportamiento a domicilio las 24 horas del día.

Consulte la página 30 para obtener más información sobre los servicios de salud del comportamiento que se ofrecen.

Prevención del suicidio

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

Señales habituales de advertencia de suicidio

Busque ayuda si nota cualquier señal de que usted o alguien que conoce está considerando el suicidio. Al menos el 80 % de las personas que consideran el suicidio quieren ayuda. Debe tomar las señales de advertencia con seriedad.

Estas son algunas señales de advertencia de suicidio:

- Hablar sobre querer morir y suicidarse.
- Planear una forma de suicidarse, como comprar un arma.
- Sentirse desesperanzado o no tener motivos para vivir.
- Sentirse atrapado o con un dolor insoportable.
- Hablar sobre ser una carga para las personas.
- Regalar objetos preciados.
- Pensar y hablar mucho sobre la muerte.
- Consumir más alcohol o drogas.
- Actuar con ansiedad o agitación.
- Comportarse de forma imprudente.
- Retraerse o sentirse aislado.
- Tener cambios de humor extremos.

¡Nunca mantenga en secreto los pensamientos o las conversaciones sobre suicidio!

También puede obtener ayuda de las siguientes formas:

- Marque 988: es el número de teléfono nacional de tres dígitos para conectarlo directamente a la línea 988 de ayuda contra suicidio y crisis. Llame o envíe un mensaje de texto al 988: se comunicará con profesionales de la salud mental que pueden ayudarle.
- Busque el número de crisis de salud mental del condado en línea. Pueden ofrecerle evaluaciones y ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Para ver una lista de líneas directas adicionales, consulte la página 69 o vaya a www-es.trilliumohp.com/.

Atención de seguimiento después de una emergencia

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Esto incluye todo lo que necesite después de irse de la sala de emergencias. La atención de seguimiento no es una emergencia. OHP no cubre la atención de seguimiento cuando está fuera del estado. Llame a su proveedor de atención primaria o al consultorio odontológico para programar cualquier atención de seguimiento.

- Debe recibir atención de seguimiento por parte de su proveedor u odontólogo habitual. Puede pedir al médico de emergencias que llame a su proveedor para programar atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor u odontólogo lo antes posible después de recibir atención de urgencia o emergencia. Dígale a su proveedor u odontólogo dónde recibió tratamiento y por qué.
- Su proveedor u odontólogo administrará la atención de seguimiento y programará una cita si la necesita.

Atención fuera del hogar

Atención planificada fuera del estado

Trillium Community Health Plan lo ayudará a ubicar a un proveedor fuera del estado y pagará un servicio cubierto cuando ocurra lo siguiente:

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

Atención de emergencia fuera del hogar

Es posible que necesite atención de emergencia cuando esté fuera del hogar o fuera del área de servicio de Trillium Community Health Plan. **Llame al 911 o vaya a cualquier sala de emergencias.** No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos; esto incluye afecciones odontológicas de emergencia o de salud del comportamiento. No cubrimos servicios fuera de los Estados Unidos, incluido México y Canadá.

No pague la atención de emergencia. Si paga la factura de la sala de emergencias, Trillium Community Health Plan no puede devolverle el dinero. Consulte la página 73 para saber qué hacer si le cobran.

Siga los pasos que se muestran a continuación si necesita atención de emergencia fuera del hogar

1. Asegúrese de tener la tarjeta de identificación de Oregon Health y la tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan cuando viaje fuera del estado.

2. Muéstrelas su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan y pídale que le cobren a Trillium Community Health Plan.
3. No firme ningún documento hasta que sepa que el proveedor le cobrará a Trillium Community Health Plan.
4. Puede pedir que la sala de emergencias o el consultorio del proveedor se comuniquen con Trillium Community Health Plan si desean verificar su seguro o si tienen preguntas.
5. Llame a su PCP si necesita atención fuera del hogar que no sea de emergencia.

Cuando hay una emergencia, no siempre es posible seguir los pasos anteriores. Es posible que estar preparado y saber qué pasos dar para recibir atención de emergencia fuera del estado pueda solucionar los problemas de facturación mientras usted está fuera. Estos pasos pueden ayudarlo a evitar que le facturen servicios que Trillium Community Health Plan puede cubrir. Trillium Community Health Plan no puede pagar un servicio si el proveedor no nos ha enviado la factura.

Facturas de servicios

Los afiliados de OHP no pagan facturas de servicios cubiertos.

Cuando programe su primera consulta con un proveedor, dígame al consultorio que tiene Trillium Community Health Plan. Si tiene otro seguro, también hágaselo saber. Esto ayudará al proveedor a saber a quién debe cobrar. Lleve su tarjeta de identificación a todas las consultas médicas.

Ningún proveedor dentro de la red de Trillium Community Health Plan o alguien que trabaje para ellos le puede facturar a un afiliado, enviarle la factura de un afiliado a una agencia de cobro o mantener una acción civil contra un afiliado para cobrar cualquier dinero que Trillium Community Health Plan debe al proveedor contratado por servicios de los que usted no es responsable.

No se puede cobrar a los afiliados las citas a las que no puede asistir o por errores.

- Las citas a las que no puede asistir el afiliado no son un servicio de OHP (Medicaid) y no se facturan al afiliado ni a OHP.
- Si su proveedor no envía la documentación correcta o no recibe una aprobación, no puede recibir una factura por eso. Esto se llama error del proveedor.

Los afiliados no pueden recibir facturación de saldo o sorpresa.

Cuando un proveedor factura la cantidad restante de la factura, eso se llama facturación de saldos. También se llama facturación sorpresa. El monto es la diferencia entre la cantidad real facturada y la cantidad que paga Trillium Community Health Plan. Esto suele suceder cuando hace una consulta a un proveedor fuera de la red. Los afiliados no son responsables de estos costos.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472. Para obtener más información sobre facturación sorpresa, consulte <https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf>.

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

Llame a Trillium Community Health Plan para obtener ayuda de inmediato al 877-600-5472, (TTY 711).

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

Es posible que haya servicios que tenga que pagar.

Por lo general, con Trillium Community Health Plan, no tendrá que pagar ninguna factura médica. Aunque a veces, sí deberá pagar.

Debe pagarle al proveedor si ocurre alguna de las siguientes opciones:

- **Recibe atención de rutina fuera de Oregón.** Recibe servicios fuera de Oregón que no son urgentes ni de atención de emergencia.
- **No le informa al proveedor que tiene OHP.** No le informó al proveedor que tiene Trillium Community Health Plan, otro seguro o le dio un nombre que no coincidía con el de la identificación de Trillium Community Health Plan en el momento en que se brindó el servicio o después de este, por lo que el proveedor no podría facturarle a Trillium Community Health Plan. Los proveedores deben verificar su elegibilidad de Trillium Community Health Plan al momento de ofrecer el servicio y antes de facturar o hacer cobros. Deben intentar recibir información sobre la cobertura antes de facturarle.
- **Sigue recibiendo un servicio denegado.** Usted o su representante solicitaron la continuación de beneficios durante un proceso de apelación y audiencia de caso impugnado, y la decisión final no fue a su favor. Deberá pagar los gastos ocasionados por los servicios denegados a partir de la fecha de entrada en vigencia del Aviso de Acción o aviso de resolución de la apelación.
- **Recibe dinero por los servicios de un accidente.** Si un pagador externo, como un seguro de autos, le envió cheques por los servicios que recibió por parte de su proveedor y no los usó para pagarle al proveedor.
- **No trabajamos con ese proveedor.** Cuando elige hacer una consulta con un proveedor que no está dentro de la red de Trillium Community Health Plan, es posible que deba pagar sus servicios. Antes de hacer una consulta con un proveedor que no está dentro de la red de Trillium Community Health Plan, debe llamar a Servicio al Cliente o trabajar con su PCP; es posible que necesite una aprobación previa o que haya un proveedor dentro de la red que se adapte a lo que necesita.
- **Elige recibir servicios que no están cubiertos.** Debe pagar cuando elige recibir servicios que el proveedor le indica que Trillium Community Health Plan no cubre. En este caso:

- El servicio es un costo que su plan no cubre.
- Antes de recibir el servicio, debe firmar un formulario de Acuerdo de pago válido. Obtenga más información sobre el formulario a continuación.

Es posible que le pidan que firme un formulario de Acuerdo de pago.

Un formulario de Acuerdo de pago se usa cuando usted quiere un servicio que ni Trillium Community Health Plan ni OHP cubren. El formulario también recibe el nombre de anulación. Puede ver una copia del formulario en <https://bit.ly/OHPwaiver>.

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

- El formulario debe mostrar el costo estimado del servicio. Debe ser el mismo que figura en la factura.
- El servicio se programa en un plazo de 30 días siguientes a la fecha en que firmó el formulario.
- El formulario dice que OHP no cubre el servicio.
- El formulario dice que usted acepta pagar la factura.
- Usted solicitó hacer el pago privado de un servicio cubierto. Si decide hacerlo, el proveedor puede facturarle si le avisa con anticipación lo siguiente:
 - El servicio está cubierto y Trillium Community Health Plan se lo pagaría en su totalidad.
 - El costo estimado, incluidos todos los gastos relacionados, el monto que Trillium Community Health Plan pagaría por el servicio. El proveedor no puede facturarle un monto superior al que pagaría Trillium Community Health Plan.
 - Usted acepta pagar el servicio cubierto de forma consciente y voluntaria.
- El proveedor documenta por escrito, con su firma o la de su representante, que le ha entregado la información anterior, y:
 - Le dio la oportunidad de hacer preguntas, obtener más información y hacerle consultas a su asistente social o representante.
 - Usted acepta pagar de forma privada. Usted o su representante firman el acuerdo que tiene toda la información de pago privado.
 - El proveedor debe darle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar un reclamo a Trillium Community Health Plan por el servicio cubierto que figura en el acuerdo.

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

Debido a que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas de OHP (Medicaid) de Oregón, es posible que le facturen. Si recibe una factura, comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan. Es posible que tengamos recursos para ayudarlo si le facturaron indebidamente.

Llámenos de inmediato si recibe facturas de proveedores fuera del estado. Algunos proveedores envían las facturas impagas a agencias de cobro e incluso pueden demandar en tribunales para cobrarlas. Es más difícil arreglar el problema una vez que sucede. Apenas reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan de inmediato al 877-600-5472 (TTY: 877-600-5473).
Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Si recibe documentos del tribunal, llámenos de inmediato. También, puede llamar a un abogado o a la línea directa de Beneficios Públicos al 800-520-5292 para obtener asesoramiento legal gratuito. Existen derechos del consumidor que pueden ayudarlo cuando se le factura injustamente mientras es afiliado de OHP.
- Si recibió una factura porque Trillium Community Health Plan rechazó su reclamo, comuníquese con Servicio al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, sus derechos y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros en la página 87.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas.

- Le recomendamos encarecidamente que llame a Servicio al Cliente antes de aceptar pagarle a un proveedor.
- Si su proveedor le pide que pague un copago ¡no lo pague! Pídale al personal de la oficina que llame a Trillium Community Health Plan.
- Trillium Community Health Plan paga todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Lista de Prioridad de Servicios Médicos, consulte la página 24.
- Para obtener una lista breve de los beneficios y servicios que están cubiertos por sus beneficios de OHP con Trillium Community Health Plan, que también cubre la administración de casos y la coordinación de la atención, consulte la página 42. Si tiene alguna pregunta sobre lo que está cubierto, puede preguntarle a su PCP o llamar a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan.
- Ningún proveedor dentro de la red de Trillium Community Health Plan o alguien que trabaje para ellos le puede facturar a un afiliado, enviar la factura de un afiliado a una agencia de cobro o mantener una acción civil contra un afiliado para cobrar cualquier dinero que Trillium Community Health Plan debe por servicios de los que usted no es responsable.

- A los afiliados nunca se les cobra por los traslados a las citas cubiertas. Consulte la página 54. Los afiliados pueden solicitar reembolsos por ir en sus propios medios a visitas cubiertas u obtener pasajes de autobús para usar el autobús para ir a consultas cubiertas.
- Estas protecciones contra la facturación, por lo general, se aplican solo 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 le paguen. Eso no significa que usted tenga que pagar. Incluso si ya recibió el servicio y nos negamos a pagarle a su proveedor, este no puede cobrarle.
- Es posible que reciba un aviso nuestro en el que se informe que no pagaremos 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 informan que OHP no cubre el servicio, usted todavía tiene el derecho de impugnar esa decisión al presentar una apelación y solicitar una audiencia. Consulte la página 87.
- En caso de cierre de Trillium Community Health Plan, usted no es responsable de pagar los servicios que cubrimos o brindamos.

Afiliados con OHP y Medicare.

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

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

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

Es posible que deba pagar un copago por algunos costos de medicamentos que requieren receta médica.

En ocasiones, es posible que deba pagar deducibles, coseguros o copagos si elige consultar a un proveedor fuera de la red. Comuníquese con la oficina local de Personas Mayores y Personas con Discapacidades (por sus siglas en inglés, APD) o de la Agencia del Área sobre el Envejecimiento (por sus siglas en inglés, AAA). Lo ayudarán a obtener más información sobre cómo utilizar sus beneficios.

Llame al Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitados (por sus siglas en inglés, ADRC) al 855-673-2372 para obtener el número de teléfono de su oficina local de APD o AAA.

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

Los proveedores le facturarán a su plan Medicare y a Trillium Community Health Plan.

Trillium Community Health Plan trabaja con Medicare y tiene un acuerdo de que enviarán todos los reclamos para que podamos pagarlos.

- Proporciónale al proveedor su número de identificación de OHP y dígame que tiene cobertura de Trillium Community Health Plan. Si aún le dicen que debe dinero, llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472, (TTY 877-600-5473). Podemos ayudarlo.
- Conozca cuáles son las pocas veces que un proveedor puede enviarle una factura, en la página 73.

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

Cambio de CCO y de la atención

Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO si tiene un motivo aprobado.

Si no tiene una CCO, su OHP se llama Pago por servicio o de tarjeta abierta. Se llama “pago por servicio” porque el estado les paga a los proveedores una tarifa por cada servicio que brindan. Los afiliados de pago por servicio obtienen los mismos tipos de beneficios de atención física, odontológica y de salud del comportamiento que los afiliados de la CCO.

Cuándo puede cambiar o dejar una CCO.

La CCO que tiene depende de dónde vive. Algunas áreas tienen más de una CCO. En esas áreas, existen reglas sobre cuándo puede cambiar su CCO. Puede elegir cambiar o cancelar (abandonar) la afiliación en los siguientes períodos:

- Dentro de los 30 días si:
 - No desea el plan en el que estaba inscrito.
 - Usted pidió un determinado plan y el estado le asignó uno diferente.
- En los primeros 90 días después de unirse a la CCO. O bien
 - Si el estado le envía una carta de “cobertura” que indica que usted será parte de la CCO después de la fecha de inicio, entonces tiene 90 días después de la fecha de la carta.
- Después de haber estado 6 meses en la misma CCO.
- Cuando renueva su OHP.
- Si pierde el OHP por menos de 2 meses, lo reinscriben en una CCO y pierde la oportunidad de elegir la CCO cuando hubiera renovado su OHP.
- Cuando a una CCO se le suspende la afiliación de nuevos afiliados.
- Al menos una vez cada 12 meses si las opciones anteriores no aplican.

Si ocurre algo de lo siguiente, puede cambiar o abandonar en cualquier momento:

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted desea.
- Tiene un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor dice que obtener los servicios por separado significaría un riesgo innecesario. Por ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otros motivos que incluyen, entre otros, atención deficiente, falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades de atención médica específicas.
- Se muda del área de servicio.
 - Si se muda a algún lugar donde su CCO no brinda servicios, puede cambiarse de plan tan pronto como avise al OHP sobre su mudanza. Llame al OHP al 800-699-9075 o use su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.

- Si pierde el OHP por menos de 2 meses, lo reinscriben en una CCO y pierde la oportunidad de elegir la CCO cuando hubiera renovado su OHP.
- Los servicios no se brindan en su idioma preferido.
- Los servicios no se brindan de una manera culturalmente apropiada.
- Corre el riesgo de tener una falta de atención continua.

Algunas personas pueden solicitar cambiar o dejar una CCO en cualquier momento. Estos afiliados son los siguiente:

- Los afiliados de Medicare y OHP (Medicaid) pueden cambiar o dejar la CCO que utilizan para la atención física en cualquier momento. Sin embargo, los afiliados con Medicare deben usar una CCO para la atención odontológica y de salud del comportamiento.
- Los indígenas americanos y nativos de Alaska con prueba de herencia indígena que desean recibir atención en otro lugar. Pueden recibir atención en un centro de Servicio de Salud Indígena, una clínica/programa de salud tribal o una clínica urbana y pago por servicio de OHP.

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

Cómo cambiar o dejar su CCO

Cosas para tener en cuenta: Trillium Community Health Plan quiere asegurarse de que reciba la mejor atención posible. Trillium Community Health Plan puede brindarle algunos servicios que el FFS o la tarjeta abierta no pueden. Cuando tenga un problema para obtener la atención apropiada, permítanos ayudarlo antes de dejar Trillium Community Health Plan.

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

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

Puede recibir atención mientras cambia su CCO. Consulte la página 80 para obtener más información.

Trillium Community Health Plan puede pedirle que se retire por algunas razones.

Trillium Community Health Plan puede solicitarle a la OHA que lo desafilie de nuestro plan si usted tiene los siguientes comportamientos:

- Es agresivo, poco colaborador o perjudicial para nuestro personal o proveedores. A menos que el comportamiento se deba a su necesidad especial de atención médica o discapacidad.
- Comete fraude u otros actos ilegales, como permitir que otra persona use sus beneficios de atención médica, cambiar una receta médica, robar u cometer otros actos delictivos.
- Es violento o amenaza con violencia a un proveedor de atención de salud, su personal, otros pacientes o al personal de Trillium Community Health Plan. Cuando el acto o la amenaza de violencia afecta gravemente la capacidad de Trillium Community Health Plan para brindarle servicios a usted o a otros afiliados.

Tenemos que pedirle al estado (Autoridad de Salud de Oregón) que revise y apruebe su eliminación de nuestro plan. Usted recibirá una carta si la solicitud de CCO para cancelar (eliminar) su afiliación ha sido aprobada. Puede presentar una queja si no está satisfecho con el proceso o si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la página 87 para saber cómo presentar una queja o solicitar una apelación.

Trillium Community Health Plan no puede solicitar que lo eliminen de nuestro plan por los siguientes motivos (entre otros):

- Su estado de salud empeora.
- No utiliza los servicios.
- Utiliza muchos servicios.
- Está a punto de utilizar los servicios o de ingresar a un centro de atención (como un centro de atención a largo plazo o un Centro de Servicios Residenciales Psiquiátrico).
- Tiene comportamiento de necesidades especiales que puede ser perjudicial o poco colaborador.
- Su clase protegida, afección médica o historial demuestran que probablemente necesitará muchos servicios futuros o servicios futuros costosos.
- Tiene una discapacidad física, intelectual, de desarrollo o mental.
- Está bajo el cuidado de Bienestar Infantil del Departamento de Servicios Humanos de Oregón (por sus siglas en inglés, ODHS).
- Presenta una queja, no está de acuerdo con una decisión, solicita una apelación o una audiencia.
- Usted toma una decisión sobre su atención, con la que Trillium Community Health Plan no está de acuerdo.

Para obtener más información o hacer preguntas sobre otros motivos por los que se puede cancelar su afiliación, excepciones de afiliación temporales o exenciones de afiliación, llame a Trillium Community Health Plan al 877-600-5472 o a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557.

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

Atención mientras cambia o deja una CCO

Algunos afiliados que cambian de plan aún pueden obtener los mismos servicios, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica y consultar a los mismos proveedores, incluso si no están dentro de la red. Eso significa que la atención no cambiará cuando cambie de CCO o pase del pago por servicio de OHP a una CCO. Generalmente, esto se denomina “transición de la atención”.

Si tiene problemas de salud graves, sus planes nuevos y antiguos deben trabajar juntos para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

¿Quién puede recibir la misma atención al cambiar de plan?

Esta ayuda es para afiliados que tienen problemas de salud graves, necesitan atención hospitalaria o atención de salud mental para pacientes hospitalizados. A continuación, encontrará una lista de algunos ejemplos de personas que pueden recibir esta ayuda:

- Afiliados que necesitan atención por enfermedad renal en etapa terminal.
- Niños que son médicamente frágiles.
- Afiliadas que están en programas de tratamiento de cáncer de mama o cuello uterino.
- Afiliados que reciben la ayuda de Care Assist por tener VIH/sida.
- Afiliados que tuvieron un trasplante.
- Afiliadas que están embarazadas o acaban de tener un bebé.
- Afiliados que reciben tratamiento para el cáncer.
- Cualquier afiliado que, de no recibir servicios continuos, puede sufrir un perjuicio grave a su salud o estar en riesgo por la necesidad de atención hospitalaria o institucional.

El tiempo que dura esta atención es el siguiente:

- 90 días para afiliados que tienen Medicare y OHP (Medicaid).
- Para otros afiliados, cualquier período de tiempo que sea más corto:
 - 30 días para la salud física y bucal y 60 días para la salud del comportamiento.
 - O bien
 - Hasta que el nuevo PCP del afiliado revise su plan de atención.

Trillium Community Health Plan se asegurará de que los afiliados que necesitan la misma atención mientras cambian de plan obtengan lo siguiente:

- Acceso continuo y traslados a la atención.

- Los servicios de su proveedor incluso si no están en la red de Trillium Community Health Plan hasta que ocurra uno de los siguientes:
 - Se completa el curso de tratamiento prescrito mínimo o aprobado. O bien
 - El proveedor revisor decide que la atención ya no es médicamente necesaria. Si la atención es brindada por un especialista, el plan de tratamiento será revisado por un proveedor calificado.
- Algunos tipos de atención continuarán hasta completarse con el proveedor actual. Estos tipos de atención son los siguientes:
 - Atención antes y después de quedar embarazada o dar a luz (prenatal y posparto).
 - Servicios de trasplante hasta el primer año después del trasplante.
 - Radiación o quimioterapia (tratamiento del cáncer) para su curso de tratamiento.
 - Medicamentos con un curso de tratamiento mínimo definido que es mayor que los plazos de transición de atención mencionados anteriormente.

Puede obtener una copia de la Política de Coordinación de la Atención de Trillium Community Health Plan, llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472. También está en nuestro sitio web: www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/care-coordination-and-case-management.html. Llame a Servicio al Cliente si tiene preguntas.

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 y rechazar el tratamiento. Una enfermedad o lesión puede impedirle informar a su médico, familiares o representante sobre la atención que desea recibir. La ley de Oregón le permite expresar sus deseos, creencias y objetivos por adelantado antes de que necesite este tipo de atención. El formulario que usa se llama **instrucción anticipada**.

Una instrucción anticipada le permite hacer lo siguiente:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos en relación con la atención de salud si no puede expresarlos usted mismo.
- Nombrar a una persona para que tome las decisiones sobre su atención de salud si usted no puede hacerlo. Esta persona se denomina representante de la atención de salud y debe estar de acuerdo en desempeñar esta función.
- Tener el derecho a denegar o aceptar el tratamiento médico o las cirugías y el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.

Cómo obtener más información sobre las instrucciones anticipadas.

Podemos darle un folleto gratuito sobre las instrucciones anticipadas. Se llama "Making Health Care Decisions" (Cómo tomar decisiones sobre la atención médica). Llámenos para obtener más información y recibir una copia del folleto y el formulario de instrucciones anticipadas.

Llame al Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 877-600-5472. Trillium Community Health Plan también ofrece.

Para descargar el formulario de instrucciones anticipadas, visite:

www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx

Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, también puede llamar a Oregon Health Decisions al: **503-692-0894** o **800-422-4805** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario de atención: de lunes a jueves de 9:00 a. m. a 3:00 p. m., hora del Pacífico.

Para obtener más información sobre la política y el procedimiento de Trillium Community Health Plan sobre las instrucciones anticipadas, visite

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

Información útil adicional sobre las instrucciones anticipadas

- Completar la instrucción anticipada es su decisión. Si decide no completar ni firmar las instrucciones anticipadas, su cobertura o acceso a la atención seguirán siendo los mismos.
- Trillium Community Health Plan no lo tratará diferente si decide que no completará ni firmará una instrucción avanzada.
- Si completa una instrucción anticipada, asegúrese de informar a sus proveedores y familiares sobre esto, y entrégueles copias.
- Trillium Community Health Plan respetará toda decisión que haya mencionado en las instrucciones anticipadas que completó y firmó.

Cómo presentar una queja si Trillium Community Health Plan no sigue los requisitos de la instrucción anticipada

Puede presentar una queja a la Oficina de Otorgamiento de Licencias de Salud si su proveedor no hace lo que usted pide en sus instrucciones anticipadas.

Oficina de Otorgamiento de Licencias de Salud

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

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico

Envíe la queja por correo postal a la siguiente dirección:

1430 Tandem Ave NE, Suite 180

Salem, OR 97301

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

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

Puede encontrar los formularios de quejas y obtener más información en:

www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx.

Cómo cancelar las instrucciones anticipadas.

Para cancelar las instrucciones anticipadas, solicite las copias de las instrucciones y destrúyalas. También puede escribir la palabra CANCELED (Cancelado) en letras grandes, firmar y colocar la fecha. En caso de que tenga preguntas o quiera obtener más información, comuníquese con Oregon Health Decisions al 800-422-4805 o al 503-692-0894 (TTY 711).

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

Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (por sus siglas en inglés, POLST)

Las POLST son un formulario médico que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos sigan sus deseos de tratamiento cerca del final de su vida. Nunca se le solicita que complete una POLST, pero si tiene una enfermedad grave u otras razones por las que no quisiera recibir todos los tipos de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario. A continuación, se indican las diferencias entre las POLST y las instrucciones anticipadas:

	Instrucciones anticipadas	POLST
¿Qué son?	Documento legal	Orden médica
¿Quién puede obtenerlas?	Toda persona adulta mayor de 18 años	Cualquier persona de cualquier edad con una enfermedad grave
¿El proveedor debe aprobarlas/firmarlas?	No requieren la aprobación del proveedor.	El proveedor de atención médica debe firmarlas y aprobarlas.
¿Cuándo se usan?	Para la atención o una afección en el futuro	Para la atención y una afección en el presente

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

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

Declaración sobre tratamiento de salud mental

Oregón tiene un formulario para que registre sus deseos para la atención de salud mental. El formulario se llama Declaración sobre tratamiento de salud mental. Este formulario se usa cuando tiene una crisis de salud mental o no puede tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental. Tiene la opción de completar este formulario, cuando no esté pasando por una crisis y pueda entender y tomar decisiones sobre su atención.

¿En qué me ayuda este formulario?

El formulario indica qué tipo de atención desea si en algún momento no puede tomar decisiones por sí mismo. Solo un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no puede tomar decisiones sobre su salud mental.

Este formulario le permite tomar decisiones sobre los tipos de atención que quiere y los que no. Puede usarse para designar a un adulto a fin de que tome decisiones sobre su atención. La persona que usted designa debe aceptar hablar en su nombre y seguir sus deseos. Si sus deseos no están escritos, esta persona decidirá lo que usted desearía.

Un formulario de declaración es válido solo por 3 años. Si no puede tomar decisiones durante esos 3 años, el formulario entrará en vigencia. Permanecerá en vigencia hasta que pueda volver a tomar decisiones. Podrá cancelar su declaración cuando pueda tomar decisiones sobre su atención. Debe darles el formulario a su PCP y a la persona que asigna para tomar decisiones en su nombre.

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

Si su proveedor no cumple los deseos de su formulario, puede presentar una queja. Para hacerlo, hay un formulario disponible en www.healthoregon.org/hcrqi. Envíe su queja a:

Health Facility Licensing and Certification Program
800 NE Oregon Street, Suite 465
Portland, OR 97232
Correo electrónico: mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov
FAX: (971) 673-0556

Cómo denunciar fraude, uso indebido y abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero de la atención médica se gaste en ayudar a nuestros afiliados a que estén sanos y se sientan bien. Para ello, necesitamos su ayuda.

Si cree que hubo casos de fraude, uso indebido o abuso, infórmelos lo antes posible. Puede denunciarlos de forma anónima. Las leyes de denunciantes protegen a las personas que informan sobre casos de fraude, uso indebido o abuso. No perderá su cobertura si presenta un informe. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a una persona que denuncia un caso de fraude, uso indebido o abuso.

El fraude a Medicaid es ilegal y Trillium Community Health Plan toma este tema con seriedad.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, uso indebido y abuso por parte de un proveedor:

- Un proveedor le cobra un servicio que está cubierto por Trillium Community Health Plan.
- Un proveedor le factura servicios que no recibió.
- Un proveedor le da un servicio que no necesita de acuerdo con su afección médica.

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, uso indebido y abuso por parte de un afiliado:

- Una persona va a varios médicos para obtener recetas médicas para un medicamento que ya ha sido recetado.
- Una persona usa la identificación de otra persona para obtener beneficios.

Cómo hacer un informe de un caso de fraude, uso indebido y abuso.

Para presentar un informe de fraude, uso indebido y abuso, puede hacer lo siguiente:

Llame, envíe un fax, envíe en línea o escriba directamente a Trillium Community Health Plan. **Informamos sobre todos los casos sospechosos de fraude, uso indebido y abuso cometidos por proveedores o afiliados a las agencias del estado que se mencionan abajo.**

Llame a nuestra línea directa: 877-600-5472

Fax: 844-805-3991

Envíe un mensaje seguro en: www-es.trilliumohp.com/login.html

Escriba a: Trillium Community Health Plan

PO Box 11740

Eugene, OR 97440-3940

O BIEN

Denuncie el caso de fraude, uso indebido y abuso por parte de un afiliado llamando, enviando un fax o escribiendo a:

DHS Fraud Investigation Unit

P.O. Box 14150

Salem, OR 97309

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

Fax: 503-373-1525 Attn: línea directa

Sitio web: www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx.

O BIEN (específico para proveedores)

OHA Office of Program Integrity

3406 Cherry Avenue NE

Salem, OR 97303-4924

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

Fax: 503-378-2577

Sitio web: www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx.

O BIEN

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)

Departamento de Justicia de Oregon (Oregon Department of Justice)

100 SW Market Street

Portland, OR 97201

Teléfono: 971-673-1880

Fax: 971-673-1890

Para denunciar el fraude por parte de un cliente y un proveedor en línea:

www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx

Trillium Community Health Plan se ha comprometido a prevenir los casos de fraude, uso indebido y abuso. Seguiremos todas las leyes relacionadas, incluida la Ley federal y estatal de reclamos falsos.

Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales

Trillium Community Health Plan se asegura de que todos los afiliados tengan acceso a un sistema de quejas formales (quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias). Intentamos que sea fácil para los afiliados presentar una queja, una queja formal o una apelación y obtener información sobre cómo presentar una audiencia ante la Autoridad de Salud de Oregón.

Háganos saber si necesita ayuda con cualquier parte del proceso de queja, queja formal, apelación o audiencia. También podemos brindarle más información sobre cómo manejamos las quejas/quejas formales y apelaciones. También hay disponibles copias de nuestra plantilla de notificación. Si necesita ayuda o desea obtener más información además de la que se encuentra en el manual, comuníquese con nosotros a:

- Teléfono: 541-214-3948
- Llame a nuestro Coordinador de Quejas Formales al 877-600-5472 TTY: 877-600-5473
- Fax: 844-805-3991
- Correo postal: Trillium Community Health Plan
PO Box 11740
Eugene, OR 97440-3940
- Correo electrónico: Grievances@TrilliumCHP.com
- Sitio web: www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html

Cómo presentar una queja

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

Para hacerlo más fácil, OHP también usa la palabra **queja** para quejas formales y disputas.

Tiene derecho a presentar una queja si no está satisfecho con alguna parte de su atención. Trataremos de mejorar la situación. Simplemente llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472, TTY: 877-600-5473. También puede presentar una queja ante la OHA o el Defensor del pueblo. Puede comunicarse con la OHA al 1-800-273-0557 o con el Defensor del pueblo al 1-877-642-0450.

O BIEN

Escriba a:

Trillium Community Health Plan
PO Box 11756
Eugene, OR 97440
Correo electrónico: grievances@Trilliumchp.com

Fax: 844-850-4861

También puede encontrar un formulario de quejas en
www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html

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

Los siguientes son ejemplos de razones por las que puede presentar una queja:

- Problemas para programar citas o conseguir transporte.
- 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 la recibió de todos modos.
- Facturas por servicios que no acordó pagar.
- Disputas sobre las propuestas de extensión del Trillium Community Health Plan para tomar decisiones de aprobación.
- Seguridad del conductor o del vehículo.
- Calidad del servicio que recibió.

Un representante o su proveedor puede presentar una queja en su nombre, con su permiso por escrito para hacerlo.

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

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles. Le informaremos por qué necesitamos más tiempo. Solo le pediremos más tiempo si es lo mejor para usted. Todas las cartas estarán escritas en su idioma preferido. Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la queja en la que explicaremos cómo la abordaremos.

Si no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, puede compartirla con la Unidad de Servicios al Cliente del OHP al 1-800-273-0557 o comuníquese con el Programa de Defensoría de la OHA. Los defensores del pueblo son defensores de los afiliados de OHP y harán todo lo posible para ayudarlo. Envíe un correo electrónico a la OHA.

OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o deje un mensaje al 877-642-0450.

Otro recurso de apoyo y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame el 2-1-1 o vaya al 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 afiliado use cualquier parte del proceso del sistema de quejas y apelaciones o tomar medidas punitivas contra un proveedor que solicite un resultado acelerado o apoye la apelación de un afiliado.
- Incentivar el retiro de una queja, apelación o audiencia ya presentada. O bien
- Usar la presentación o el resultado de una queja, apelación o audiencia como motivo para reaccionar contra un afiliado o para solicitar la cancelación de la afiliación.

Cómo solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos

Esto se llama apelación.

Si denegamos, detenemos o reducimos un servicio médico, odontológico o de salud del comportamiento, le enviaremos una carta de denegación que le informará sobre nuestra decisión. Esta carta de denegación también se denomina Notificación de determinación adversa de beneficios (por sus siglas en inglés, NOABD). También le informaremos a su proveedor acerca de nuestra decisión.

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

Siga estos pasos si no está de acuerdo con nuestra decisión

Paso 1

Cómo solicitar una apelación.

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

Llámenos al 877-600-5472 (TTY 877-600-5473) o utilice el formulario Solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se envía con la carta de denegación. También puede conseguirlo en www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html.

Puede enviar el formulario por correo a:

Trillium Community Health Plan
PO Box 11756
Eugene, OR 97440

	<p>Correo electrónico: Appeals@TrilliumCHP.com</p> <p>También puede enviar el formulario por fax a 844-850-4861.</p> <p>¿Quién puede solicitar una apelación? Usted o alguien con permiso por escrito para hablar por usted. Ese podría ser su médico o un representante autorizado.</p>
<p>Paso 2</p>	<p>Espere que le demos una respuesta. Una vez que recibamos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un nuevo médico revisará sus expedientes médicos y la solicitud de servicio para ver si seguimos las reglas correctamente. Puede brindarnos más información que crea que nos ayudaría a revisar la decisión.</p> <p>¿Cuánto tiempo tienen para revisar mi apelación? Tenemos 16 días para revisar su solicitud y responder. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta. Tenemos hasta 14 días más para responder.</p> <p>¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida? Puede solicitar una apelación rápida. Esto también se llama apelación acelerada. Llámenos o envíe por fax el formulario de solicitud. El formulario se envía con la carta de denegación. También puede conseguirlo en www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html. Pida una apelación rápida si esperar la apelación regular podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de funcionamiento. Lo llamaremos y le enviaremos una carta, dentro de 1 día hábil, para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación rápida.</p> <p>¿Cuánto tarda una apelación rápida? Si obtiene una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan pronto como lo requiera su salud, no más de 72 horas desde que se recibió la solicitud de apelación rápida. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted y su proveedor por teléfono para informarle nuestra decisión. También recibirá una carta.</p> <p>Si lo solicita o si necesitamos más tiempo, podemos ampliar el plazo hasta 14 días.</p> <p>Si se deniega una apelación rápida o se necesita más tiempo, lo llamaremos y recibirá un aviso por escrito dentro 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.</p> <p>Si no está de acuerdo con la decisión de ampliar el plazo de apelación o si se deniega una apelación rápida, tiene derecho a presentar una queja.</p>

Paso 3

Lea nuestra decisión.

Le enviaremos una carta con nuestra decisión de apelación. Esta carta de decisión de apelación también se llama Notificación de Resolución de Apelación (por sus siglas en inglés, NOAR). Si está de acuerdo con la decisión, no tiene que hacer nada.

¿Aún no está de acuerdo? Solicite una audiencia.

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

¿Qué pasa si necesito una audiencia más rápida?

Puede solicitar una audiencia rápida. Esto también se llama audiencia acelerada.

Utilice el formulario de audiencia en línea en:

www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html para solicitar 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 envió con la carta. Obtenga el formulario en

www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html. Puede enviar el formulario a:

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

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

¿Quién puede solicitar una audiencia?

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

¿Qué sucede en una audiencia?

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

Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias

¿Qué sucede si no recibo una carta de denegación? ¿Todavía puedo pedir una apelación?

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

Si su proveedor dice que no puede tener 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 sucede si Trillium Community Health Plan no cumple con el plazo de apelación?

Si tardamos más de 30 días en responder, puede solicitar una revisión al estado. Esto se denomina audiencia. Para solicitar una audiencia, también puede llamar al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o usar el formulario de solicitud que se envió con la carta de denegación. Obtenga el formulario en www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html.

¿Puede alguien más representarme o ayudarme en una audiencia?

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

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 la Asistencia legal de Oregón y el Centro legal de Oregón. También se puede encontrar información sobre ayuda legal gratuita en OregonLawHelp.com

¿Todavía puedo obtener el beneficio o servicio mientras espero una decisión?

Si usted ha estado recibiendo el beneficio o servicio que le fue negado y dejamos de brindarlo, puede pedirnos que lo continuemos durante el proceso de apelación y audiencias. Puede solicitar la continuación de los beneficios por teléfono, carta o fax.

Necesita lo siguiente:

- Solicitar esto dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso o para la fecha en que esta decisión entre en vigencia, lo que ocurra más tarde.
- Utilice el formulario Solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se envía con la carta. También puede conseguirlo en www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/handbooks-forms.html.

- Responda “sí” a la pregunta sobre la continuación de los servicios en el recuadro 8 de la página 4 del formulario *Solicitud para revisar una decisión de atención médica*.

¿Tengo que pagar por la continuación del servicio?

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

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

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

Si tiene Trillium Community Health Plan y Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los mencionados anteriormente. Llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472 (TTY: 877-600-5473) para obtener más información. También puede llamar a Medicare al 800-633-4227 para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Palabras para tener en cuenta

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

Afección médica de emergencia: una enfermedad o lesión que requieren atención de inmediato. Puede tratarse de sangrado que no se detiene, dolor intenso o huesos rotos. Puede ser un factor que cause que alguna parte del cuerpo deje de funcionar correctamente. Una afección de salud mental de emergencia es la sensación de estar fuera de control o sentir que podría lastimarse a sí mismo o a otra persona.

Afección odontológica de emergencia: un problema de salud dental basado en sus síntomas. Algunos ejemplos son el dolor dental intenso o la hinchazón.

Anulación del acuerdo de pago del OHP (OHP 3165 o 3166): un formulario que usted firma si acepta pagar un servicio que el OHP no paga. Solo es válido para el servicio exacto y las fechas que figuran en el formulario. Puede ver el formulario de anulación en blanco en <https://bit.ly/OHPwaiver>. ¿No está seguro si firmó un formulario de anulación? Puede preguntar en el consultorio de su proveedor. Para idiomas adicionales, consulte: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx

Apelación: cuando le pide a un plan que cambie una decisión sobre un servicio que su médico solicitó porque que no está de acuerdo. Puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique por qué el plan debe cambiar su decisión. Esto se llama presentar una apelación.

Aprobación previa (autorización previa o PA): un documento que establece que su plan pagará un servicio. Algunos planes y servicios requieren una autorización previa (por sus siglas en inglés, PA) antes de que reciba el servicio. Generalmente, los médicos se encargan de esto.

Atención de enfermería especializada: ayuda que se recibe de un enfermero, que puede incluir cuidado de heridas, terapia o ayuda para tomar sus medicamentos. Puede obtener atención de enfermería especializada en un hospital, un hogar de convalecencia o en su propio hogar con cuidado de la salud en el hogar.

Atención de urgencia: atención que necesita el mismo día debido a un dolor grave. Atención que necesita recibir el mismo día para controlar un dolor intenso, impedir que una lesión o enfermedad empeoren, o evitar perder la función de alguna parte del cuerpo.

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

Atención para paciente hospitalizado y paciente ambulatorio. Paciente hospitalizado: cuando esté internado en un hospital y permanezca por lo menos tres (3) noches. Paciente ambulatorio: cuando la cirugía o el tratamiento se realiza en un hospital y tras eso se retira.

Atención preventiva o prevención: atención médica que lo ayuda a mantenerse saludable. Algunos ejemplos son recibir una vacuna contra la gripe o un chequeo cada año.

Cobertura de medicamento que requiere receta médica: seguro de salud o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos y fármacos que requieren receta médica.

Coordinación de atención: un servicio que le brinda educación, apoyo y recursos comunitarios. Lo ayuda a trabajar en su salud y a encontrar su camino en el sistema de atención médica.

Coordinación de cuidados intensivos: algunos afiliados con necesidades especiales de atención médica obtendrán más ayuda y recursos para lograr resultados saludables. Un ejemplo de alguien con necesidades especiales de atención médica puede ser:

- Adultos mayores.
- Afiliados con discapacidades.
- Personas con afecciones múltiples o crónicas.
- Niños con problemas de comportamiento.
- Personas que usan medicamentos intravenosos.
- Mujeres con embarazo de alto riesgo.
- Veteranos y sus familias.
- Personas con VIH/sida o tuberculosis.

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

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

Crisis: un momento de dificultad, problema o peligro. Puede conducir a una situación de emergencia si no se aborda.

Cuidado de la salud en el hogar: servicios que recibe en su hogar para ayudarlo a mejorar la vida luego de una cirugía, una enfermedad o una lesión. Algunos de estos servicios son ayuda con medicamentos, comidas y baño.

Declaración de tratamiento de salud mental: un formulario que puede completar cuando tiene una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones sobre su atención. Describe las opciones sobre la atención que desea y la que no desea. También le permite nombrar a un adulto que puede tomar decisiones sobre su atención.

Deducible: el monto que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su seguro pague el resto. Esto es solo para Medicare y seguro de salud privado.

Dentista de atención primaria (PCD): el dentista al que suele acudir para cuidar sus dientes y encías.

Denunciante: alguien que denuncia el uso indebido, el fraude, el abuso, la corrupción o los peligros para la salud y la seguridad públicas.

Detección: una encuesta o examen para verificar las condiciones de salud y las necesidades de atención.

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

Dispositivos para habilitación y rehabilitación: suministros para ayudarlo con los servicios de tratamiento u otras tareas cotidianas. Estos son ejemplos:

- Andadores
- Bastones
- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas para infusión intravenosa
- Dispositivos protésicos y ortopédicos
- Aparato para la vista en casos de visión deficiente
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Máquina de respiración asistida

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

ER o ED: significa sala de emergencias o departamento de emergencias. En estos lugares de un hospital es donde puede obtener atención para una emergencia médica o de salud mental.

Especialista: un proveedor médico que tiene un entrenamiento especial para brindar atención relacionada con una cierta parte del cuerpo o un cierto tipo de enfermedad.

Evaluación de riesgos para la salud: una encuesta sobre la salud de un afiliado. La encuesta pregunta sobre la salud emocional y física, los comportamientos, las condiciones de vida y los antecedentes familiares. Los CCO lo usan para conectar a los afiliados con la ayuda y el apoyo adecuados.

Evaluación: revisión de la información sobre la atención, los problemas de atención médica y las necesidades de un paciente. Esto se usa para saber si la atención debe cambiar y planificar la atención futura.

Facturación de saldo (facturación sorpresa): la facturación de saldo es cuando recibe una factura de su proveedor por un monto sobrante. Esto sucede cuando un plan no cubre el costo total de un servicio. Esto también se llama factura sorpresa. Se supone que los proveedores de OHP no facturan el saldo a los afiliados.

Hospitalización: cuando alguien ingresa en un hospital para recibir atención.

Instrucción anticipada: un formulario legal que le permite expresar sus deseos de atención al final de la vida. Puede elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo usted mismo.

Ley federal y estatal de reclamos falsos: leyes que tipifican como delito que alguien realice un registro falso o presente un reclamo falso de atención médica a sabiendas.

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

Medicaid: un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica para personas de bajos ingresos. En Oregón, se llama Oregon Health Plan.

Médicamente necesario: servicios y suministros que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. También puede significar servicios que son un tratamiento estándar.

Medicamento que requiere receta médica: medicamentos que su médico le indica que tome.

Medicare: un programa de atención médica para personas mayores de 65 años. También ayuda a personas con ciertas discapacidades de cualquier edad.

Organización de atención coordinada (CCO): una CCO es un plan OHP local que lo ayuda a usar sus beneficios. Las CCO están compuestas por todo tipo de proveedores de atención médica en una comunidad. Trabajan juntos para cuidar a los afiliados de OHP en un área o región del estado.

Plan: una organización médica, odontológica o de salud mental, o una CCO, que paga los servicios de atención de salud de sus afiliados.

POLST: Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (POLST). Un formulario médico que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos sigan sus deseos de atención cerca del final de su vida.

Prima mensual: el costo del seguro.

Proveedor de atención primaria (PCP): un profesional médico que se ocupa de su salud. Es, generalmente, la primera persona a la que llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, un enfermero profesional, un médico auxiliar, un osteópata o, algunas veces, un naturópata.

Proveedor de la red o participante: cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Puede ver proveedores de la red de forma gratuita. Algunos especialistas de la red requieren una remisión.

Proveedor fuera de la red: un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga para que los afiliados los vean. Debe obtener aprobación para ver a un proveedor fuera de la red.

Proveedor: cualquier persona o agencia que brinde un servicio de atención de salud.

Queja formal: un reclamo formal que puede presentar si no está satisfecho con su Organización de atención coordinada (CCO), sus servicios de atención médica o su proveedor. OHP llama a esto una queja. La ley establece que las CCO deben responder a cada queja.

Red: los proveedores médicos, de salud mental, odontológicos, de farmacia y de equipos que tienen un contrato con una CCO.

Representante: una persona elegida para actuar o hablar en su nombre.

Salud del comportamiento: esto es salud mental, enfermedad mental, adicción y trastornos por uso de sustancias. Puede cambiar su estado de ánimo, su forma de pensar o su forma de actuar.

Seguro de salud: un programa que paga la atención médica. Luego de inscribirse en el programa, una empresa o agencia gubernamental pagan los servicios médicos cubiertos. Algunos programas de seguro requieren pagos mensuales, denominados *primas mensuales*.

Servicios de cuidado de enfermos terminales: servicios para confortar a una persona que se está muriendo y a su familia. Los servicios de cuidado de enfermos terminales son flexibles y pueden incluir tratamiento del dolor, asesoramiento y atención de relevo.

Servicios de emergencia: atención que mejora o estabiliza afecciones médicas o de salud mental graves y repentinas.

Servicios de médicos: servicios que obtiene de un médico.

Servicios de rehabilitación: servicios para ayudarlo a recuperar la salud por completo. Estos ayudan generalmente después de una cirugía, lesión o abuso de sustancias.

Servicios excluidos: lo que no paga un plan de salud. Por ejemplo: el OHP no paga los servicios para mejorar su apariencia, como cirugía estética o cosas que mejoran por sí solas, como un resfriado.

Servicios posteriores a la estabilización: servicios después de una emergencia para ayudarlo a mantenerse estable o para mejorar o arreglar su afección médica

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios y dispositivos que enseñan habilidades para la vida diaria. Un ejemplo es la terapia del habla para un niño que no ha comenzado a hablar.

Suicidio: el acto de quitarse la vida.

Telesalud: atención por video o atención por teléfono en lugar de en el consultorio de un proveedor.

Trabajador de salud tradicional (THW): un trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para servir a una comunidad o clínica. Un THW se asegura de que los afiliados reciban un trato justo. No todos los THW están certificados por el estado de Oregón. Hay seis (6) tipos diferentes de THW, que incluyen lo siguiente:

- Trabajador comunitario de la salud
- Especialista en el bienestar de pares
- Asesor de salud personal
- Especialista en apoyo de pares
- Doula para el parto
- Trabajadores de salud tradicionales tribales

Transición de la atención: algunos afiliados que cambian de planes de OHP aún pueden obtener los mismos servicios y consultar a los mismos proveedores. Eso significa que la atención no cambiará cuando cambie de plan CCO o se mude hacia/desde el pago por servicio de OHP. Esto se llama transición de la atención. Si tiene problemas de salud graves, sus planes nuevos y antiguos deben trabajar juntos para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

Transporte médico de emergencia: uso de una ambulancia o Life Flight para obtener atención médica. Los técnicos médicos de emergencia brindan atención durante el viaje o el vuelo.