Yamhill Community Care

Manual para miembros

2024

Actualizado el 1 de enero de 2024

Actualizaciones del manual

Yamhill Community Care (YCCO) envía por correo un manual para miembros a los miembros recién inscritos o reinscritos cuando la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) nos notifica que usted está inscrito en el Plan de Salud de Oregón (OHP), como lo requiere la ley federal. Aquí encontrará el manual más actualizado https://yamhillcco.org/members/member-handbook/. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, llame al servicio al cliente al 855-722-8205 (TTY 711).

Cómo empezar:

Usted recibirá una encuesta por correo que le ayudará a YCCO a saber cómo apoyarlo con sus necesidades de salud física, conductual y dental. Este es un enlace de cómo se ve la encuesta https://yamhillcco.org/members/documents-and-forms/. Para obtener más información sobre esta encuesta, vea la página 30.

Rellene y envíe su encuesta de cualquiera de estas formas:

- Por teléfono: 833-257-2191.
- Fax: 503-607-8336
- Correo postal: YCCO
  PO Box 5490
  Salem, OR 97304
- Correo electrónico: caremanagement@yamhillcco.org
- Página web: https://www.yamhillcco.org

Consejos útiles

Aquí se responde a algunas preguntas https://yamhillcco.org/members/faq.

Algunos miembros de YCCO pueden obtener beneficios adicionales como transporte a la tienda de comestibles o materiales educativos, llame a YCCO para obtener más información.

Al final del manual encontrará la definición de algunas palabras que le pueden ser útiles.

Si lo que busca es:

- Beneficios. Vaya a la página 34
- Proveedores de atención primaria Vaya a la página 27
- Autorizaciones previas y remisiones. Vaya a la página 35
- Sus derechos y responsabilidades. Vaya a la página 22
- Transporte para citas. Vaya a la página 64
- Coordinación de atención. Vaya a la página 32
- Recetas. Vaya a la página 75
- Atención de emergencia Vaya a la página 80
- Cuánto se tarda en recibir atención. Vaya a la página 59
- Reclamaciones, quejas y apelaciones. Vaya a la página 102

- Lleve siempre consigo sus tarjetas de identificación de miembro del OHP y de YCCO.

- Nota: Estas le llegarán por separado. Usted recibirá su tarjeta de identificación del OHP antes que su tarjeta de identificación de miembro de YCCO.

Encontrará su tarjeta de identificación YCCO en el paquete de bienvenida. Su tarjeta de identificación contiene la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de identificación
- Información sobre su plan
- Nombre e información de su proveedor de atención primaria
- Número de teléfono del servicio de atención al cliente
  - Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener acceso lingüístico

- Mi proveedor de atención primaria es _____
  - Su número es _____
- Mi dentista de atención primaria es_____
  - Su número es _____
- Otros proveedores que tengo son_____
  - Su número es _____
- Mi transporte médico de no emergencia (transporte gratuito a la atención médica) es WellRide
  - Su número es _844-256-5720____

Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.

Todos tienen derecho a conocer los programas y los servicios de YCCO. Todos los miembros tienen derecho a saber cómo utilizar nuestros programas y servicios.

Ofrecemos estos tipos de ayuda de forma gratuita:

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

Puede encontrar este manual del miembros en nuestro sitio web: https://yamhillcco.org. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente al 855-722-8205.

Obtenga información en otro idioma o formato.
Usted o su representante pueden obtener materiales para miembros, como este manual o los avisos de la CCO, en otros idiomas, en letra grande, en Braille o en el formato que usted prefiera. Recibirá los materiales dentro de los 5 días que siguen a su petición. Esta ayuda es gratuita. Todos los formatos contienen la misma información. Algunos ejemplos de los materiales para miembros son:

- Este manual
- La lista de los medicamentos cubiertos
- La lista de proveedores
- Cartas, como notificaciones de quejas, denegaciones y apelaciones

No se le negará ni limitará el uso de beneficios, la posibilidad de presentar quejas, apelaciones o de pedir audiencias por necesitar otro idioma u otro formato.

Puede solicitar los materiales electrónicamente. Rellene el formulario de contacto seguro de nuestro sitio web en https://yamhillcco.org/contact-us/. Por favor, déjenos saber qué documentos desea que le enviemos por correo electrónico. También puede llamar al servicio al cliente al 855-722-8205.

Puede tener un intérprete.
Usted, su representante, sus familiares y cuidadores pueden solicitar un intérprete de salud certificado y calificado. También puede solicitar intérpretes de lenguaje de señas y por escrito o ayudas y servicios auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Notifique en la oficina de su proveedor si necesita un intérprete durante su cita. Dígales qué idioma o formato necesita. Obtenga más información sobre intérpretes de salud certificados en Oregon.gov/OHA/OEI.

Si lo necesita, por favor, llámenos al 855-722-8205 o al servicio al cliente del OHP 800 -273-0557 (TTY 711). Vea la página 103 para información sobre "Derechos de quejas, apelaciones y audiencias".

Si no obtiene la ayuda del intérprete que necesita, llame al coordinador estatal del programa de servicios de acceso al idioma al 844-882-7889, (TTY 711) o envíe un correo electrónico: LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov.

English

You can get this handbook in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 855-722-8205 or TTY 711. 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 855-722-8205 o TTY 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

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

Russian

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 855-722-8205 или TTY 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

-

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

Vietnamese

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 855-722-8205 hoặc TTY

(Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

-

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

Arabic

يمكنكم الحصول على هذا وثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضّلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 855-722-8205 أو المبرقة الكاتبة 711. نستقبل المكالمات المحولة.

-

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

Somali

Waxaad heli kartaa warqadan oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa lacag la’aan. Wac 855-722-8205 ama TTY 711. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

-

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

Simplified Chinese

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。**本帮助免**费。致电 855-722-8205 **或** TTY 711。**我**们会接听所有的转接来电。

-

您可以从经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Traditional Chinese

您可獲得本**信**息函的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 855-722-8205 或聽障專線 711。我們接受所有傳譯電話。

-

您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

Korean

이문서은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 855-722-8205 또는 TTY 711 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-

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

Hmong

Koj txais tau ntaub 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 855-722-8205 los sis TTY 711. 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 peba in ilo kajin ko jet, kōn jeje ikkillep, ilo braille ak bar juon wāwein eo eṃṃanḷọk ippaṃ. Kwomaroñ kajjitōk bwe juon ri ukōt en jipañ eok. Ejjeḷọk wōṇāān jipañ in. Kaaltok 855-722-8205 ak TTY 711. 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 855-722-8205 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

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

Tagalog

Makukuha mo ang papel 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 855-722-8205 o TTY 711. 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 855-722-8205 oder per Schreibtelefon an 711. Wir nehmen Relaisanrufe an.

-

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

Portuguese

Esta documento está disponível em outros idiomas, letras grandes ou braile, se preferir. Também poderá solicitar serviços de interpretação. Essa ajuda é gratuita. Ligue para 855-722-8205 ou use o serviço TTY 711. 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。855-722-8205 または TTY 711 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。

Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 855-722-8205 або телетайпу 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Nuestra normativa de no discriminación.

YCCO debe cumplir las leyes estatales y federales de derechos civiles. No podemos tratar injustamente a las personas (miembros o miembros potenciales) en ninguno de nuestros programas o actividades debido a su:

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

Si cree que lo han tratado de manera injusta por alguna de las razones anteriores, puede presentar una queja o un reclamo.
Presente una queja ante YCCO de cualquiera de las siguientes maneras:

- Por teléfono: Llame a nuestro especialista en reclamos al 833-257-2192 (TTY 711)
- Fax: 503-765-9675
- Correo postal:

  YCCO
  807 Third Street
  McMinnville, OR 97128
- Correo electrónico: complaints@yamhillcco.org
- Página web: https://yamhillcco.org/members/documents-and-forms/

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame al servicio al cliente al 855-722-8205 para obtener ayuda o puede solicitar el nombre y el número de teléfono de un especialista en bienestar de pares o de un navegador personal de salud. También tiene derecho a presentar una queja ante cualquiera de las siguientes organizaciones:

Derechos civiles de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA)

- Teléfono: 844-882-7889, TTY 711
- 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

Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division
(División de derechos civiles del departamento de labores e industrias)

- Teléfono: 971-673-0764 Web: https://www.oregon.gov/boli/civil-rights/Pages/default.aspx
- Correo electrónico: BOLI_help@boli.oregon.gov
  mailto:mailto:crdemail@boli.state.or.us
- Correo postal: Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division (División de derechos civiles del departamento de labores e industrias)
  800 NE Oregon St., Suite 1045
  Portland, OR 97232

Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos (OCR)

- Página web: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
- Teléfono: 800-368-1019, TDD: 800-537-7697
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Correo postal: Oficina de Derechos Civiles
  200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg.
  Washington, DC 20201

Mantenemos la privacidad de su información.

Solo compartimos su historial con las personas que necesitan verlo. Esto puede suceder por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede limitar quién puede ver su historial. Díganos por escrito si no quiere que alguien vea su historial **o** si quiere que compartamos su historial con alguien. https://yamhillcco.org/privacy-policy/. Puede pedirnos una lista de las personas con las que hemos compartido su historial.

Existe una ley llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) que protege su historial médico y lo mantiene en privado. A esto también se le llama confidencialidad. Tenemos un documento llamado Notificación de Prácticas de Privacidad que explica cómo utilizamos la información personal de nuestros miembros. Se lo enviaremos si usted lo solicita. Solo tiene que llamar al servicio al cliente y pedir nuestra notificación de prácticas de privacidad. También puede verlo en https://yamhillcco.org/privacy-policy/.

Historial de salud.

El historial de salud contiene sus condiciones de salud y los servicios que ha utilizado. También muestra las remisiones que se le han hecho.

¿Qué puede hacer con los historiales de salud?

- Pedir que le envíen su historial a otro proveedor.
- Pedir que arreglen o corrijan su historial.
- Recibir una copia de su historial. Esto incluye, pero no se limita a:
    - Historial médico de su proveedor
    - Historial dental de su dentista
    - Historial de YCCO

Puede haber ocasiones en las que la ley restrinja su acceso. Es posible que se le cobre una cantidad razonable por una copia del historial solicitado.

Algunos historiales no pueden compartirse.

Un proveedor no puede compartir historiales cuando, en su criterio profesional, compartirlos podría causar un peligro "claro e inmediato" para usted, para otros o para la sociedad. Tampoco se pueden compartir los historiales preparados para un proceso judicial.

Contenido

Actualizaciones del manual 2
Cómo empezar: 2
Consejos útiles 2
Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos..... 3
Obtenga información en otro idioma o formato..... 4
Puede tener un intérprete. 5
Nuestra normativa de no discriminación. 12
Mantenemos la privacidad de su información..... 13
Historial de salud. 14
Contenido 15
¡Bienvenidos a YCCO!..... 19
Cómo colaboran el OHP y la YCCO 19
Póngase en contacto con nosotros 20
Números de teléfono importantes..... 21
Póngase en contacto con el Plan de Salud de Oregón. 21
Sus derechos y responsabilidades. 22
Sus derechos como miembro del OHP..... 22
Sus responsabilidades como miembro del OHP 25
Miembros indios americanos y nativos de Alaska. 26
Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato. 26
Proveedores de atención primaria (PCPs). 27
Proveedores dentro de la red 28
Directorio de Proveedores 28
Haga una cita. 29
Citas perdidas..... 29
Cambiar de PCP..... 30
Cambios en los proveedores de 30
Segundas opiniones 30
Encuesta sobre su salud 30
Miembros que están embarazadas 31
Reciba ayuda para organizar su atención con la Coordinación de cuidados..... 32
Miembros con Medicare. 34
Sus beneficios. 34

¿Cómo decide Oregón qué cubrirá el OHP? *34*
Acceso directo *35*
Sin necesidad de remisión ni aprobación previa *35*
Obtener la aprobación previa *36*
Servicios que requieren aprobación previa *37*
Remisiones a proveedores y auto-remisiones. *37*
Servicios que necesitan remisión *37*
Servicios a los que puede autoremitirse: *38*
Guía de los iconos de los gráficos de beneficios *39*
Beneficios para la salud física *39*
Beneficios para la *48*
Beneficios dentales *50*
Miembros veteranos y del programa dental del Pacto de Libre Asociación (COFA, por sus siglas en inglés). *55*
Servicios que paga OHP. *56*
Objeciones morales o religiosas. YCCO no limita los servicios por objeciones morales o religiosas. *57*

Acceso a la atención que necesita. 57

¿Cuánto tiempo se tarda en recibir atención? *59*

Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años 61

El beneficio EPSDT cubre: *61*
Ayuda para obtener servicios de EPSDT *62*
Evaluaciones *63*
EPSDT remisión, diagnóstico y tratamiento *64*

Trabajadores de salud tradicionales (THW) 65

Información de contacto del enlace de THW *66*

Servicios extra 66

Servicios relacionados con la salud *66*

Necesidades sociales relacionadas con la salud 68

Traslados gratuitos para recibir 69

Programe un viaje *69*
Qué esperar cuando llamas *69*
Recogida y dejada *70*
Como pasajero, tiene derechos y responsabilidades: *71*
Cancelar o cambiar el transporte *71*
Cuando no se presenta a *71*
Guía del *72*

Recibir atención por video o teléfono 73

Cómo encontrar proveedores de telesalud *73*

Cuándo utilizar la telesalud ... *73*
Las visitas de telesalud son privadas ... *74*
Tiene derecho a: ... *74*

Medicamentos recetados ... 74

Medicamentos recetas cubiertas ... *75*
Pida a YCCO que cubra las recetas ... *75*
Farmacia de pedidos por correo ... *75*
OHP paga por medicamentos de salud conductual ... *76*
Cobertura de medicamentos recetados para miembros con Medicare ... *76*
Obtener recetas antes de un viaje ... *76*

Hospitales ... 76

Atención de urgencias ... 78

Atención física urgente ... *78*
Centros de atención urgente y clínicas sin cita previa en el área de YCCO: ... *78*
Atención dental urgente ... *79*

Atención de emergencia ... 80

Emergencias físicas ... *80*
Emergencias dentales ... *80*
Crisis y emergencias de salud conductual ... *81*
Prevención del suicidio ... *82*
Seguimiento después de una emergencia ... *83*

Atención fuera de su domicilio ... 84

Atención planificada fuera del estado ... *84*
Atención de emergencia fuera de ... *84*

Facturas por servicios ... 85

Los miembros del OHP no pagan facturas por los servicios cubiertos ... *85*
Si su proveedor le envía una factura, no la pague. ... *86*
Puede haber servicios por los que tiene que pagar. ... *86*
Es posible que se le pida que firme un formulario de Acuerdo de Pago. ... *87*
Facturas por atención de emergencia fuera de su domicilio o fuera del estado ... *88*
Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas ... *89*

Miembros con OHP y Medicare ... 90

Cambio de CCO y traslado de atención ... 91

Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO. ... *91*
Cómo cambiar o dejar su CCO ... *93*
YCCO puede pedirle que se vaya por algunas razones ... *93*

Recibir atención mientras cambia o deja una CCO ... 95

Cuando usted necesita la misma atención mientras cambia de plan ... *95*

Decisiones para el final de la vida 96

Directivas anticipadas..... 96
¿Cuál es la diferencia entre una POLST y una directiva anticipada?..... 99
Declaración para el tratamiento de salud mental..... 99

Denunciar fraude, despilfarro y abuso..... 100

Cómo hacer una denuncia de fraude, despilfarro y abuso 101

Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas 102

Puede presentar una queja 103
Puede pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos. Esto se llama apelación. 104
Conozca más sobre los pasos para solicitar una apelación o audiencia..... 107
Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias 109

Definiciones útiles..... 111

¡Bienvenidos a YCCO!

Nos alegramos de que sea parte de YCCO. YCCO está encantada de ayudarlo con su salud. Queremos darle la mejor atención posible. Colaboramos con otras organizaciones para ayudar a gestionar determinadas partes de sus beneficios, por ejemplo, el dental y el de transporte. En la página 21 encontrará una lista completa de las organizaciones y una descripción de los servicios que ofrecen.

Es importante saber cómo utilizar su plan. Este manual le ofrece información sobre nuestra compañía, cómo obtener atención médica y cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Nuestra visión:

"Una comunidad sana y unida que celebra el bienestar físico, mental, emocional, espiritual y social."

Nuestra misión:
"Trabajar juntos para mejorar la calidad de vida y la salud de los miembros de Yamhill Community Care coordinando una atención médica efectiva".

Cómo colaboran el OHP y la YCCO

El Plan de Salud de Oregón (OHP) es una cobertura de atención médica gratuita para los habitantes de Oregón. El OHP es el programa Medicaid de Oregón. Cubre servicios de salud físicos, dentales y de atención conductual (salud mental y tratamiento de desórdenes por uso de sustancias). El OHP también ayuda con las recetas médicas y con el transporte a sus citas médicas.

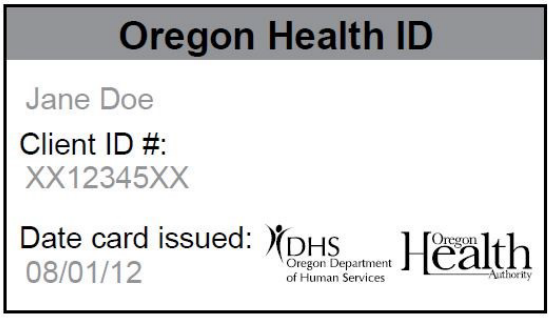
El OHP tiene planes de salud locales que le ayudan a utilizar sus beneficios. Los planes se llaman organizaciones de atención coordinada o CCO. YCCO es una CCO. YCCO presta servicio en los condados de Yamhill y parte de los de Polk y Washington.

Las CCO organizan y pagan por su atención médica. Pagamos a los doctores o a los proveedores de distintas maneras para mejorar la atención que usted recibe. Esto ayuda a asegurar que los proveedores se enfoquen en mejorar su salud general. Tiene derecho a preguntar cómo pagamos a los proveedores. Los pagos o incentivos a los proveedores no cambiarán su atención ni cómo recibe sus beneficios. Para obtener más información, llame a servicio al cliente al 855-722-8205.

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios que el OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales, como artículos para recién nacidos y membresías para un gimnasio. Obtenga más información sobre los beneficios de YCCO en la página 34.

Cuando se inscriba en el OHP, recibirá una tarjeta de identificación de salud de Oregón. Se le enviará por correo junto con la carta de cobertura. Cada miembro del OHP de su hogar recibe una tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación de salud de Oregón tendrá este aspecto:



Cuando se inscriba en una CCO, también recibirá una tarjeta de identificación de la CCO. Esta tarjeta es muy importante. Muestra que usted es miembro de YCCO y contiene otra información como los números de teléfono importantes. Su proveedor de atención primaria (PCP) también figurará en su tarjeta de identificación.

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de YCCO cada vez que vaya a una cita o a la farmacia.

La carta de cobertura y la tarjeta de identificación de YCCO le indicarán en qué CCO está inscrito. También le indicarán qué nivel de atención cubre su plan:

- CCOA: Salud médica, dental y conductual
- CCOB: Salud médica y conductual
- CCOE: Sólo salud conductual
- CCOG: Salud dental y conductual
- CCOF: Sólo salud dental

Póngase en contacto con nosotros

La oficina de la YCCO está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Cerramos el día de Año Nuevo (01/01/24), el día de Martin Luther King Jr. (15/01/24), el día del Presidente (19/02/24), el día de los Caídos (27/05/24), el día de la Independencia (04/07/24), el día del Trabajo (02/09/24), Acción de Gracias (28/11/24), el viernes después de Acción de Gracias (29/11/24) y Navidad (25/12/24).
Nuestra oficina se encuentra en:

YCCO
807 NE Third Street
McMinnville, OR 97128

Llame gratis al 855-722-8205, TTY 711, para acceso en otros idiomas llame al 855-722-8205.
Fax: 503-857-0767
En línea: https://www.yamhillcco.org http://www.yamhillcco.org/
Dirección postal:

YCCO

807 NE Third Street
McMinnville, OR 97128

Números de teléfono importantes.

- Beneficios y atención médica
  Llame al Servicio al Cliente al 855-722-8205. Los usuarios de TTY, por favor, llamen al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información sobre los beneficios y la atención médica en la página 34.

- Beneficios de farmacia
  Servicio al cliente para farmacia: 877-216-3644. Los usuarios de TTY llamen al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información sobre los beneficios de farmacia en la página 75.

- Beneficios y atención para el tratamiento de la salud conductual, la dependencia de drogas, alcohol o los desórdenes por uso de sustancias
  Servicio al cliente: 855-722-8205. Los usuarios de TTY, por favor, llamen al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información sobre los beneficios para la salud conductual en la página 39.

- Beneficios y atención dentales
  Servicio al cliente de Capitol Dental Care: 800-525-6800. Los usuarios de TTY, por favor, llamen al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información sobre los beneficios dentales en la página 50.

- Transporte gratuito para recibir atención física, dental o de salud conductual
  Puede obtener transporte gratuito para acudir a las citas de atención física, dental y de salud conductual. Llame al 844-256-5720 para programar un transporte. Los usuarios de TTY, por favor, llamen al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. El centro de llamadas de WellRide está cerrado el Año Nuevo, el Día de los Caídos, el 4 de julio, el Día del Trabajo, el Día de Acción de Gracias y la Navidad.
  Obtenga más información sobre los servicios de transporte en la página 71.

Póngase en contacto con el Plan de Salud de Oregón.

El Servicio de atención al cliente del OHP puede ayudarlo a:

- Cambiar la dirección, el número de teléfono, el estado civil u otra información
- Reemplazar una tarjeta de identificación de Oregon Health perdida

- Recibir ayuda para solicitar beneficios o para renovarlos
- Obtener ayuda local de un socio de la comunidad

Ponerse en contacto con el servicio al cliente del OHP.

- Llame gratis al: 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 aOregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
    - Díganos su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación del Plan de Salud de Oregón, su dirección y número de teléfono.

Sus derechos y responsabilidades.

Como miembro de YCCO, usted tiene derechos. También existen responsabilidades, o cosas que tiene que hacer al recibir el OHP. Si tiene alguna pregunta sobre los derechos y las responsabilidades que se enumeran aquí, llame al servicio al cliente al 855-722-8205.

Usted tiene el derecho de ejercer sus derechos como miembro sin recibir una mala respuesta ni ser discriminado. Puede presentar una queja si cree que sus derechos no han sido respetados. Obtenga más información sobre cómo presentar quejas en la página 94. También puede llamar a un defensor del pueblo 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.

Hay ocasiones en las que las personas menores de 18 años (menores) quieren o necesitan recibir servicios de atención médica por su cuenta. Para obtener más información, lea la sección "Derechos de los menores: acceso y consentimiento para la atención de salud". Este manual le ofrece información sobre los tipos de servicio que los menores pueden recibir por su cuenta y cómo se puede compartir su historial de salud. Puede leerlo en www.OHP.Oregon.gov. Haga clic en "Derechos de los menores y acceso a la atención de salud" o visite https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf

Sus derechos como miembro del OHP.

Usted tiene derecho a
• 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 médica. • Tener una relación estable con un equipo de atención que sea responsable de administrar su atención general.

- No ser retenido o alejado de la gente porque sería más fácil:
  - Cuidar de usted,
  - Castigarle, o
  - Conseguir que haga algo que no quiere hacer.

Tiene derecho a recibir esta información

- Materiales con información clara y en un idioma que pueda entender. (Vea la página 3)
- Materiales que le informen sobre las CCO y sobre cómo utilizar el sistema de salud (el Manual del miembro es una buena fuente para esto).
- Material escrito que le informa de sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener servicios y qué hacer en caso de emergencia (el Manual del miembro es una buena fuente para esto).
- Información sobre su enfermedad, tratamientos y alternativas, lo que está cubierto y lo que no. Esta información le ayudará a tomar buenas decisiones sobre su atención. Obtenga esta información en el idioma y en el formato que más le convenga.
- Un historial de salud que lleve un registro de sus condiciones, de los servicios que recibe y de sus remisiones. (Vea la página 13)
  - A acceder a su historial de salud
  - A compartir su historial de salud con un proveedor.
- Notificación por escrito enviada por correo de la denegación o modificación de un beneficio antes de que se produzca. Es posible que no reciba una notificación si las normas federales o estatales no lo requieren.
- Notificación por escrito enviada por correo postal sobre los proveedores que ya no forman parte de la red Dentro de la red significa proveedores o especialistas que trabajan con YCCO. (Vea la página 30)
- Una notificación puntual si hay una cita cancelada.

Tiene derecho a recibir esta atención

- Atención y servicios que se enfoquen en usted. A recibir una atención que le ofrezca 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 usted vive. Si está disponible, puede obtener servicios en entornos no tradicionales, como por ejemplo en línea. (Vea la página 69).
- Coordinación de atención, atención basada en la comunidad y ayuda con las transiciones de atención de manera que se adapten a su cultura e idioma. Esto le ayudará a mantenerse fuera del hospital o de un centro de salud.
- Los servicios necesarios para saber qué condición médica tiene.

- Ayuda para utilizar el sistema de salud. Recibir el apoyo cultural y lingüístico que necesite. (Vea la página 3). Esto podría ser:
    - Intérpretes para la atención de salud certificados o cualificados.
    - Trabajadores de salud tradicionales certificados.
    - Trabajadores de salud comunitarios.
    - Especialistas en bienestar de pares.
    - Especialistas en apoyo de pares.
    - Comadronas.
    - Navegadores de salud personal.
- Ayuda del personal de la CCO, que está plenamente capacitado en las normativas y los procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos cubiertos. (Vea la página 34)
- Servicios de urgencia y emergencia 24 horas al día, 7 días a la semana, sin autorización ni permiso. (Vea la página 80)
- Remisiones a proveedores especializados para los servicios coordinados cubiertos que sean necesarios en base a su estado de salud. (Vea la página 35)
- Apoyo adicional de un intermediario del OHP (véase la página 66).

Tiene derecho a hacer lo siguiente

- Elegir a sus proveedores y cambiar esas opciones. (Vea la página 30)
- Pedir una segunda opinión. (Vea la página 30)
- Pedir a un amigo, familiar o ayudante que venga a sus consultas con usted.
- Participar activamente en la elaboración de su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar servicios. Saber qué podría suceder en base a su decisión. No se puede rechazar un servicio ordenado por un tribunal.
- Remitirse a sí mismo a servicios de salud conductual o de planificación familiar sin el permiso de un proveedor.
- Hacer una declaración de deseos para su tratamiento. Esto son sus deseos de aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud conductual. También significa que tiene el derecho a dar directivas y otorgar poderes notariales para la atención de salud, enumerados en ORS 127. (Vea la página 96)
- Presentar una queja o solicitar una apelación. Recibir una respuesta de YCCO cuando lo haga. (Vea la página 102)
    - Pedir una revisión al estado si no está de acuerdo con la decisión de YCCO. Esto se llama audiencia.
- Conseguir gratuitamente intérpretes médicos certificados o cualificados para todas las lenguas que no sean el inglés y para el lenguaje de señas. (Vea la página 3)

Sus responsabilidades como miembro del OHP

Debe tratar a los demás de esta manera
• Trate al personal de YCCO, a los proveedores y a los demás con respeto. • Sea honesto con sus proveedores para que puedan darle la mejor atención.
Debe dar esta información al OHP
Llame a la línea de servicio al cliente de OHP/ONE al 800-699-9075 (TTY 711) cuando: ○ Se mude o cambie de dirección postal. ○ Si algún familiar se muda a su casa o se va de ella. ○ Cambie su número de teléfono. ○ Se quede embarazada y cuando dé a luz. ○ Tenga otro seguro.
Debe colaborar con su atención de las siguientes maneras
• Elija o ayude a elegir a su proveedor o clínica de atención primaria. • Acuda a revisiones anuales, citas de bienestar y cuidado preventivo para mantenerse sano. • Llegue a tiempo a las citas. Si va a llegar tarde, llame con antelación o cancele la cita si no puede llegar. • Lleve sus tarjetas de identificación médica a las citas. Comunique a la oficina que tiene el OHP y cualquier otro seguro médico. Hágales saber si se lastimó en un accidente. • Ayude a su proveedor a elaborar su plan de tratamiento. Siga el plan de tratamiento y participe activamente en su atención. • Siga las instrucciones de sus proveedores o solicite otra opción. • Si no entiende, haga preguntas sobre las condiciones, los tratamientos y otras cuestiones relacionadas con la atención. • Utilice la información que reciba de los proveedores y equipos de salud para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. • Acuda a su proveedor de atención primaria para los exámenes y otras necesidades de atención, a menos que se trate de una emergencia. • Utilice los especialistas de la red o trabaje con su proveedor para recibir aprobación si desea o necesita ver a alguien que no trabaje con YCCO.

- Utilice los servicios urgentes o de emergencias apropiadamente. Avise a su proveedor de atención primaria en las 72 horas después de utilizar estos servicios.
- Ayude a que los proveedores consigan su expediente de salud. Puede que tenga que firmar un formulario para esto.
- Avise a YCCO si tiene cualquier problema, queja o si necesita ayuda.
- Pague por los servicios que no están cubiertos por OHP.
- Si recibe dinero por un accidente, ayude a YCCO a recibir pago por los servicios que le prestaron por ese accidente.

Miembros indios americanos y nativos de Alaska.

Los indios americanos y nativos de Alaska tienen el derecho a elegir dónde reciben atención. Pueden utilizar proveedores de atención primaria y otros proveedores que no forman parte de nuestra CCO, como:

- Centros de bienestar tribal.
- Clínicas de Indian Health Servicies (IHS). Busque una clínica en https://www.ihs.gov/findhealthcare/ .
- Native American Rehabilitation Association of the Northwest (NARA). Obtenga más información o busque una clínica en https://www.naranorthwest.org

Puede acudir a otras clínicas que no estén en nuestra red. Obtenga más información sobre remisiones y preaprobaciones en (la página 37).

Los indios americanos y nativos de Alaska no necesitan una remisión ni permiso para recibir atención de estos proveedores. Estos proveedores tendrán que facturar a YCOO. Solo pagaremos por los beneficios cubiertos. Si un servicio necesita aprobación, el proveedor debe pedirla primero.

Los indios americanos y nativos de Alaska tienen el derecho de salir de YCCO en cualquier momento, y de que OHP Free-For-Service (FFS) pague por su atención. Obtenga más información sobre cómo salir de o cambiar su CCO en la página 93.

Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato.

Los miembros que son nuevos en OHP, YCCO o Medicare pueden necesitar recetas, suministros u otros artículos o servicios lo antes posible. Si no puede ver a su proveedor de atención primaria (PCP) o dentista de atención primaria (PCD) en sus primeros 30 días con YCCO:

- Llame a coordinación de atención al 833-257-2191. Ellos pueden ayudarlo a conseguir la atención que necesita. La coordinación de la atención también puede ayudar a los miembros del OHP con Medicare. (Vea la página 34 para la coordinación de atención)
- Haga una cita con su PCP tan pronto como pueda. Puede encontrar su nombre y número en su tarjeta de identificación de miembro.
- Llame a servicio al cliente al 855-722-8205 si tiene alguna pregunta y quiere obtener información sobre sus beneficios. Ellos pueden ayudarlo con lo que necesite.

Proveedores de atención primaria (PCPs).

Un médico de atención primaria es aquel al que acudirá para las visitas periódicas, las recetas y los cuidados. Puede elegir uno o podemos ayudarlo a elegir uno.

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser doctores, enfermeras practicantes y otros. Tiene derecho a elegir un PCP dentro de la red de YCCO. Si no elige un proveedor en los 90 días después de hacerse miembro, YCCO le asignará una clínica o le elegirá un PCP. YCCO notificará a su PCP de la asignación y le enviará una carta con la información de su proveedor.

Para elegir su PCP:

- Elija uno del directorio de proveedores en el sitio web aquí :https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/
- Llame a servicio al cliente al 855-722-8205 o TTY 711.

Después de que elija un PCP le enviaremos una nueva tarjeta de identificación que muestre el nombre del PCP que eligió.

Para cambiar su PCP:
Usted o su representante pueden cambiar de PCP:

- En cualquier momento
- Si una clínica o un proveedor terminan sus servicios.

Si tiene preguntas sobre cómo cambiar o desea cambiar su PCP, puede llamar al servicio al cliente para obtener ayuda al 855-722-8205 o TTY 711. Cuando llama para cambiar de PCP, el nuevo PCP se activa ese mismo día. Después de elegir un PCP, le enviaremos por correo postal una nueva tarjeta de identificación con el nombre del PCP o de la clínica que elija.

Su PCP trabajará con usted para ayudarlo a mantenerse lo más sano posible. Su PCP mantiene un registro de todas sus necesidades de atención básica y especializada. Su PCP

- Lo conocerá a usted y a su historial médico.
- Proporcionará su atención médica.
- Mantendrá sus expedientes al día y en un solo lugar.

Su PCP lo remitirá a un especialista o lo ingresará en el hospital si fuera necesario.

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

No se olvide de preguntar a YCCO sobre un dentista, un proveedor de salud mental y una farmacia.

Para elegir a su dentista, proveedor de salud mental y farmacia:

- Elija uno del directorio de proveedores de YCCO en nuestro sitio web aquí https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/.
- Llame a servicio al cliente al 855-722-8205 o TTY 711.

YCCO no asigna un dentista de atención primaria. Para elegir un nuevo dentista, elija uno del directorio aquí https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/ o llame al servicio de atención al cliente dental al 800-525-6800 o TTY 711 y le ayudarán a encontrar un dentista. Irá a su PCD para la mayoría de sus necesidades dentales. Su PCD lo enviará a un especialista si lo necesita.

Su PCD es importante porque:

- Es su primer contacto cuando necesite atención dental.
- Maneja sus servicios y tratamientos de salud dental.
- Prepara su atención especializada.

Llame al servicio al cliente al 855-722-8205 de lunes a viernes, de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. (TTY 711) si desea cambiar de PCP, PCD u otros proveedores. Puede empezar a ver a su nuevo PCP, PCD u otros proveedores el día en que se realice este cambio.

Proveedores dentro de la red

YCCO trabaja con algunos proveedores, pero no con todos ellos. Los proveedores con quienes trabajamos son proveedores dentro de la red o participantes. Los proveedores con quienes no trabajamos son proveedores de fuera de la red. Puede ver a un proveedor de fuera de la red si es necesario, pero deben trabajar con el Plan de Salud de Oregón.

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

- Va a cambiar de CCO o va a pasar de una tarifa por servicio del OHP a una CCO (véase la página 28).
- Es indio americano o nativo de Alaska (véase la página 26)

Directorio de Proveedores

Puede elegir su PCP, PCD u otros proveedores del directorio de proveedores en: https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/. También puede llamar al servicio al cliente para obtener ayuda, rellenar nuestro formulario de contacto general en línea aquí https://yamhillcco.org/contact-us/, o envíe un correo electrónico a info@yamhillcco.org.

Aquí hay ejemplos de la información que puede encontrar en el directorio de proveedores:

- Si un proveedor está aceptando pacientes nuevos.
- Tipo de proveedor (médico, dental, salud conductual, farmacia, etc.).

- Cómo ponerse en contacto con ellos.
- Opciones de atención por video o por teléfono (telesalud).
- Ayuda con el idioma (incluyendo traducciones e intérpretes).
- Acomodaciones para personas con discapacidades físicas.

Puede obtener una copia impresa. La puede obtener en otro formato (como en otros idiomas, en letra grande, o Braille) gratuitamente. Llame al servicio al cliente al 855-722-8205.

Haga una cita.

Puede hacer una cita con su proveedor tan pronto como elija uno.
Su PCP debe ser su primera llamada cuando necesita atención. Le harán una cita o lo ayudarán a decidir qué tipo de atención necesita. Su PCP puede remitirlo también a otros servicios o recursos cubiertos. Llámelos directamente para hacer una cita.

Si es nuevo con su PCP, haga una cita para una revisión. De esta forma pueden aprender sobre usted y su historial médico antes de que tenga un problema o una preocupación médica. Esto le ayudará para evitar cualquier demora la primera vez que tenga que usar sus beneficios.

Antes de su cita, escriba:

- Las preguntas que tenga para su PCP u otros proveedores.
- Historial de problemas de salud familiares.
- Recetas, medicinas sin receta, vitaminas o suplementos que tome.

Llame para hacer una cita durante las horas de oficina y dígales:

- Que es miembro de YCCO.
- Su nombre y número de identificación de YCCO.
- El tipo de cita que necesita.
- Si necesita un intérprete y de qué idioma.

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

Puede obtener transporte gratuito a su cita. Obtenga más información sobre viajes gratuitos a Care en la
página 69

Citas perdidas

Las que no se asistió trate de no faltar a sus citas. Si necesita faltar a una, llame a su PCP y cancele lo más pronto que pueda. Le programarán otra cita. Si no le informa al consultorio de su proveedor con anticipación, es posible que no acepten verle nuevamente.

Cada proveedor tiene sus propias reglas acerca de las citas perdidas. Pregúnteles sobre sus reglas.

Cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento.
Usted o su representante pueden cambiar de PCP:

- En cualquier momento
- Si una clínica o un proveedor le dan de alta.

Si tiene preguntas sobre cómo cambiar su PCP, o desea cambiar su PCP, puede llamar al servicio al cliente para solicitar ayuda al 855-722-8205 o (TTY 711). Cuando llama para cambiar de PCP, el nuevo PCP se activa ese mismo día. Después de que elija un PCP le enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación que muestre el nombre del PCP o clínica que eligió.

Cambios en los proveedores de YCCO

Le informaremos cuando uno de sus proveedores habituales deje de trabajar con YCCO. Recibirá 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.

Segundas opiniones

Tiene el derecho a tener una segunda opinión sobre su condición o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si desea una segunda opinión, llame a atención al cliente de YCCO 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, póngase en contacto con servicio al cliente de YCCO para que lo ayuden. Tramitaremos la segunda opinión de forma gratuita.

Encuesta sobre su salud

Poco después de registrarse, YCCO le enviará una encuesta sobre su salud Puede completar la encuesta por correo o por teléfono. Puede encontrar la encuesta de YCCO sobre su salud en línea en https://yamhillcco.org/members/documents-and-forms/ o llamar al 833-257-2191 para que un miembro del equipo de coordinación de atención le ayude a completarla.

La encuesta hace preguntas sobre su salud general con la meta de ayudar a reducir sus riesgos de salud, mantener su salud y prevenir enfermedades.

La encuesta pregunta sobre:

- Su acceso a alimentos y vivienda.
- Sus hábitos (como; hábitos de ejercicio, hábitos de alimentación y si fuma o toma alcohol).
- Cómo se está sintiendo (para ver si tiene depresión o necesita un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, salud oral e historial médico.

- Su idioma principal.
- Cualquier necesidad de atención de salud especial, p.ej. un embarazo de alto riesgo, condiciones crónicas, desórdenes de salud conductual, discapacidades, etc.
- Si desea apoyo de un equipo de coordinación de atención.

Sus respuestas nos ayudan a averiguar:

- Si necesita algún examen de salud, incluyendo exámenes de la vista o dentales.
- Si tiene alguna necesidad rutinaria o de atención especial.
- Sus condiciones crónicas.
- Si necesita servicios y apoyo de atención a largo plazo
- Preocupaciones de seguridad.
- Dificultades que pueda tener para recibir atención.
- Si necesita ayuda extra con la coordinación de cuidados. Consulte la página 32 para la coordinación de la atención.

Un miembro del equipo de coordinación de cuidados revisará su encuesta. Lo llamarán para hablar de sus necesidades y ayudarlo a comprender sus beneficios.

Si no recibimos su encuesta, nos pondremos en contacto con usted para asegurarnos de que la complete dentro de los 90 días posteriores a la inscripción. Si quiere que le enviemos una encuesta puede llamar a servicio al Cliente en el 855-722-8205 y le enviaremos una.

Podríamos compartir su encuesta con su doctor u otros proveedores. YCCO le pedirá permiso antes de compartir su encuesta con los proveedores.

Miembros que están embarazadas

Si está embarazada, OHP proporciona servicios adicionales para ayudar a mantenerla sana a usted y a su bebé. Cuando esté embarazada, YCCO puede ayudarla a conseguir la atención que necesita. También puede cubrir el nacimiento y su atención por un año después de su embarazo.

Esto es lo que tiene que hacer antes de dar a luz:

- ☐ **Avise a OHP que está embaraza tan pronto como lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o entre en su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov/.
- ☐ **Avise a OHP de su fecha probable de parto.** No necesita saber la fecha exacta en ese momento. Si está lista para dar a luz, llámenos enseguida.
- ☐ **Pregúntenos por sus beneficios de embarazo. YCCO** tiene material educativo para miembros embarazadas. Coordinación de cuidados la ayudará a recibir estos materiales. Llame a servicio al cliente y pida hablar con ellos.

Después del parto:

- ☐ **Llame a OHP o pida que el hospital envíe una notificación de recién nacido a OHP.** OHP cubrirá a su bebé desde su nacimiento. Su bebé también tendrá YCCO.
- ☐ **Reciba una visita a domicilio gratuita de una enfermera de Family Connects Oregón.** Es un programa de enfermeras que visitan a domicilio que es gratuito para todas las familias con recién nacidos. Una enfermera la visitará para revisiones, consejos para el recién nacido, y recursos.

La prevención es importante.

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que se presenten. Usted puede hacer de esto una parte importante de sus cuidados. Por favor, hágase sus chequeos regulares de salud y dentales para descubrir qué está pasando con su salud.

Algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Revisiones y limpiezas dentales
- Mamografías (radiografías de senos)
- Prueba de Papanicolaou
- Atención de embarazo y para recién nacidos
- Exámenes para el bienestar
- Estudios de próstata para varones
- Chequeos anuales
- Exámenes de niño sano

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

Si tiene alguna pregunta, por favor, llámenos al 855-722-8205 o 711 (TTY).

Reciba ayuda para organizar su atención con la Coordinación de cuidados.

Puede recibir coordinación de cuidados de su proveedor de atención primaria en el hogar centrada en el paciente (PCPCH por sus siglas en inglés), de su proveedor de atención primaria, de YCCO, o de otros equipos de atención primaria. Puede visitar https://yamhillcco.org/members/benefits-and-rights/ para más información sobre la coordinación de cuidados.

YCCO tiene personal que son parte de su equipo de coordinación. El personal de YCCO está comprometido a apoyar a los miembros con sus necesidades de atención y puede asistirlo a encontrar cómo cubrir sus necesidades físicas, de desarrollo, dentales, de conducta y sociales

donde y cuando lo necesite.

Usted o alguien que hable por usted puede solicitar la coordinación de cuidados en cualquier momento.

Trabajando juntos para su atención

. Su equipo de coordinación de cuidados:

- Lo ayudará a entender sus beneficios y cómo funcionan.
- Utilizará programas de cuidados para ayudarlo a manejar condiciones de salud crónicas como la diabetes, problemas del corazón y asma.
- Ayudará con problemas de salud mental incluyendo depresión y desórdenes por uso de sustancias.
- Ayudará a encontrar formas de conseguir los servicios y recursos adecuados para asegurar que se siente cómodo, seguro y atendido.
- Ayudará a elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Proporcionará atención y consejos que sean fáciles de seguir.
- Ayudará a programar sus citas y exámenes médicos.
- Ayudará a programar el transporte a las citas con su doctor.
- Ayudará a realizar la transición de sus cuidados cuando sea necesario.
- Ayudará a conseguir atención de proveedores especialistas.
- Ayudará a asegurar que sus proveedores se comuniquen unos con otros sobre sus necesidades de atención médica.
- Creará un plan de atención con usted que cubra sus necesidades de salud.

Su equipo de atención puede ayudarlo a encontrar otros recursos en su comunidad, como ayuda para necesidades no de salud. A continuación, encontrará algunos ejemplos:

- Ayuda para encontrar vivienda.
- Ayuda con el alquiler y servicios públicos.
- Servicios de nutrición.
- Transporte.
- Capacitaciones y clases.
- Apoyo familiar.
- Servicios sociales.
- Dispositivos para condiciones climáticas extremas.

El propósito de la coordinación de atención es mejorar su salud general. Trabajaremos juntos para ayudar a encontrar sus necesidades de atención y ayudarlo a tomar el control de su salud y su bienestar.

Su equipo coordinador de atención trabajará estrechamente con usted. Lo conectarán con su comunidad y con los recursos de apoyo social que lo pueden ayudar. Este equipo incluirá diferentes personas que trabajarán juntas para cubrir sus necesidades, como los proveedores y especialistas con quienes usted trabaja. El trabajo de su equipo de atención es asegurarse de que las personas adecuadas son parte de su plan de atención para ayudarlo a alcanzar sus metas. Trabajaremos todos juntos para apoyarlo.

Usted y su equipo de atención asignado crearán un plan llamado plan de atención. Este plan lo ayudará a cubrir sus necesidades. Su plan de atención enumerará los apoyos y servicios necesarios para ayudarlos a alcanzar sus metas. Este plan atiende las necesidades médicas, dentales, culturales, de desarrollo, conductuales, y sociales para que tenga resultados positivos de salud y bienestar. Este plan se revisará y actualizará al menos anualmente, y según cambien sus necesidades o si usted lo solicita. Usted recibirá una copia de su plan de cuidados.

Disponibilidad de la coordinación de cuidados.

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

- Llame al servicio de gerencia de atención al 833-257-2191 para obtener más información sobre la coordinación de atención.
- La gerencia de atención lo llamará o le enviará una carta por correo para dejarle saber quién, del equipo de coordinación de cuidados es el responsable principal de la coordinación de sus cuidados y servicios. Si hay un cambio de persona, le enviaremos una carta o lo llamaremos para informarlo.

Miembros con Medicare.

También puede recibir ayuda con sus beneficios de OHP y Medicare. Un miembro del equipo de coordinación de atención de YCCO trabaja con usted, con sus proveedores, su plan de Medicare Advantage y/o sus cuidadores. Nos asociamos con estas personas para conseguirle servicios sociales y de apoyo, como servicios culturalmente específicos basados en la comunidad.

Sus beneficios.

¿Cómo decide Oregón qué cubrirá el OHP?

Como miembro de OHP hay muchos servicios a su alcance. La forma en que Oregón decide qué servicios pagar se basa en la Lista **priorizada de servicios de salud** Esta lista se compone de diferentes condiciones médicas (llamadas diagnósticos) y los tipos de procedimientos que tratan dichas condiciones. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos normales trabajan juntos para desarrollar la lista. A este grupo se le llama la comisión de revisión de evidencia de salud de

Oregón (HERC, por sus siglas en inglés). Los designa el gobernador.

La lista tiene combinaciones de todas las condiciones y sus tratamientos. Se les llama pares de condición/tratamiento.

Los pares condición/tratamiento están calificados en la lista según la seriedad de cada condición y la efectividad de cada tratamiento.

Para miembros de 21 años o más:
No todos los pares condición/tratamiento están cubiertos por OHP. Hay un punto límite en la lista llamado "la línea" o el "nivel de financiación." Los pares por encima de la línea están cubiertos y los pares por debajo no. Algunas condiciones y tratamientos por encima de la línea tienen ciertas reglas y tal vez no estén cubiertos.

Para miembros de menores de 21 años:
Todos los servicios médicamente necesarios y apropiados deben estar cubiertos, en base a sus necesidades individuales e historial médico. Esto incluye los artículos "bajo la línea" de la lista de prioridades, así como los servicios que no aparecen en la lista de prioridades, como el equipo médico duradero. Vea la página 61 para más información sobre la cobertura para los miembros de menos de 21 años.

Obtenga más información sobre la lista de prioridades en:
https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx

Acceso directo

Tiene "acceso directo" a proveedores cuando no necesite una remisión o autorización previa para un servicio. Siempre tiene acceso directo a servicios de emergencia y urgentes. Vea los gráficos que siguen para los servicios que tienen acceso directo y no necesitan una remisión ni autorización previa.

Sin necesidad de remisión ni aprobación previa

No necesita una remisión o autorización previa para algunos servicios. A esto se le llama acceso directo.

Estos servicios no necesitan una remisión o autorización previa:

- **Servicios de emergencia**
  Para cuidados físicos, dentales o conductuales
- **Servicios de atención urgente**
  Para cuidados físicos, dentales o conductuales
- **Servicios de planificación familiar**
- **Servicios para la salud de la mujer**
  Para atención rutinaria y preventiva

- **Exámenes de abuso sexual**
- **Evaluación de salud conductual y servicios de evaluación;**
- **Servicios de salud conductual ambulatorios y Servicios de salud conductual brindados por pares**
  De un proveedor de la red
- **Servicios de coordinación de cuidados.**
  Disponible para todos los miembros

Obtener la aprobación previa

Algunos servicios, como una cirugía o servicios de ingreso, necesitan ser aprobados antes de recibirlos. Esto es para asegurarse de que la atención es médicamente necesaria y lo correcto para usted. Su proveedor se ocupará de esto. A veces, su proveedor puede enviarnos la información para apoyar que usted reciba el servicio. Aunque al proveedor no se le requiere que nos envíe información, puede que YCCO todavía necesite revisar su caso para asegurarse de que recibe el servicio.

Debe saber que estas decisiones se basan solo en si la atención o el servicio es correcto para usted y en si está cubierto por YCCO. YCCO no recompensa a los proveedores o a ninguna otra persona por denegar cobertura o atención. Nunca se da dinero extra a nadie por tomar la decisión de decir que no a una petición de atención. Póngase en contacto con atención al cliente de YCCO en el 855-722-8205 si:

- Tiene preguntas
- Necesita ponerse en contacto con nuestro departamento de gerencia de uso
- Necesita una copia de las pautas clínicas

Puede que no reciba el servicio si no está aprobado. Revisamos las peticiones de PA tan rápido como requiera su condición médica. La mayoría de las decisiones se toman en un plazo 14 días. A veces una decisión puede tomar hasta 28 días. Esto solo pasa cuando estamos esperando recibir más información. Si usted o su proveedor piensa que seguir los plazos normales pone en peligro su vida, su salud, o su capacidad de funcionamiento; podemos tomar una decisión de "autorización acelerada para un servicio". Las decisiones aceleradas para servicios se toman típicamente en 72 horas, pero pueden recibir una extensión de hasta 14 días. Tiene el derecho de quejarse si no está de acuerdo con la decisión de la extensión. Vea la página 102 para obtener más información en cómo presentar una queja.

Si necesita autorización previa para una receta, tomaremos una decisión en 24 horas. Si necesitamos más información para tomar una decisión, puede demorar 72 horas.

Vea la página 69 para información sobre recetas.

No necesita aprobación para servicios de emergencia o urgentes o para servicios de atención tras una emergencia. Vea la página 80 para obtener más información sobre los servicios de

emergencia.

Servicios que requieren aprobación previa

- **Servicios de ingreso en el hospital**
- **Uso de sustancias como paciente ingresado residencial y desintoxicación**
- **Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés) para el Trastorno por Uso de Sustancias**
  Los primeros 30 días de tratamiento no necesitan autorización previa.
- **Servicios por uso de sustancias fuera de la red.**
- **Dentaduras parciales o totales**
- **Coronas**
- **Terapia de endodoncia en molares**

YCCO puede requerir autorización previa para servicios que no aparecen en esta lista.

Remisiones a proveedores y auto-remisiones.

Para que reciba atención del proveedor correcto, se puede necesitar una remisión. Una **remisión** es una orden escrita por su proveedor indicando la necesidad de un servicio.

Por ejemplo, si su PCP no puede proporcionarle los servicios que necesita, lo pueden remitir a un especialista. Si se necesita la aprobación previa para el servicio, su proveedor pedirá la autorización a YCCO.

Si no hay un especialista cerca de donde vive o que trabaje con YCCO (también llamado dentro de la red), es posible tengan que trabajar con el equipo de coordinación de atención para encontrar atención fuera de la red. No hay costos extra si pasa esto.

Normalmente, su PCP puede realizar los servicios que usted necesita. Si piensa que puede necesitar una remisión a un especialista de atención médica, pregunte a su PCP. No necesita una remisión si tiene una emergencia.

Servicios que necesitan remisión

- **Tratamiento Asistido por Medicamentos para el Trastorno por Uso de Sustancias**
- **Servicios Especializados**
  Si tiene necesidades especiales de salud, su equipo de atención médica puede trabajar en conjunto para conseguirle acceso a especialistas sin una remisión.

Si acude a un proveedor dental que no es su dentista de atención primaria, puede necesitar una remisión para estos servicios.

- **Exámenes orales**
- **Dentaduras parciales o totales**
- **Extracciones**
- **Terapia de conducto radicular**

Algunos servicios no requieren una remisión de su proveedor. A esto se le llama una auto remisión.

Una **auto remisión** significa que usted puede buscar en el directorio de proveedores para encontrar el tipo de proveedor que quiere ver. Puede llamar a ese proveedor para programar una cita sin una remisión de su proveedor. Obtenga más información sobre el directorio de proveedores en la página 28.

Servicios a los que puede autoremitirse:

- Visitas con su PCP
- Atención cuando tiene una emergencia
- Servicios de su obstetra/ginecólogo dentro de la red para servicios de rutina o preventivos
- Atención por infecciones transmitidas sexualmente (STIs)
- Vacunas
- Servicios de los trabajadores de la salud tradicionales.
- Proveedores de servicios de visión de rutina en la red
- Proveedores dentales en la red
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de salud mental por problemas con el alcohol u otras drogas
- Tratamiento asertivo comunitario

Todavía se puede necesitar autorización previa por un servicio cuando utiliza una auto remisión. Hable con su PCP o póngase en contacto con servicio al cliente si tiene alguna pregunta sobre si necesita una autorización previa para recibir un servicio.

Guía de los iconos de los gráficos de beneficios		
Servicios que requieren aprobación previa Algunos servicios necesitan aprobación antes de recibirlo. Su proveedor debe pedir al CCO la aprobación. A esto se le conoce como pre-autorización.	**Servicios que necesitan remisión** Una remisión es una orden escrita por su proveedor indicando la necesidad de un servicio. Usted debe pedirle al proveedor la remisión.	**Sin necesidad de remisión ni aprobación previa** No necesita una remisión o autorización previa para algunos servicios. A esto se le llama acceso directo.

Beneficios para la salud física

Vea a bajo la lista de beneficios médicos que están disponibles para usted sin costo. Mire en la columna de "servicio" para ver cuántas veces puede recibir cada servicio gratuitamente. Mire en la columna de "cómo acceder" para ver si necesita obtener una remisión o autorización previa para el servicio. YCCO coordinará los servicios gratuitamente si necesita ayuda.

Si ve un * en la tabla de beneficios, esto significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites para miembros de menos de 21 años si es médicamente necesario y apropiado. Consulte la página 61 para obtener más información.

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Servicios de coordinación de atención. Sin límite. Consulte la página 32 para más información. La coordinación de cuidados una ayuda que se da para hacer que su salud general sea mejor. El personal de YCCO lo apoyará con sus necesidades de atención y puede asistirlo a encontrar cómo cubrir sus necesidades físicas, de desarrollo, dentales, de conducta y sociales donde y cuando lo necesite. Parte de esta ayuda puede ser preparando una cita médica, eligiendo un proveedor de atención primaria o ayudar entendiendo sus beneficios.		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Servicios de atención paliativa y hospicio Límites y/o aprobación previa basados en las pautas de OHP y tipo de atención. Llame a servicio al cliente, o hable con su proveedor. Servicios para reconfortar a una persona que está muriendo y a su familia. El hospicio es flexible y puede ser tratamiento para el dolor, consejería y cuidado de relevo.		Todos los miembros
Servicios de diagnóstico Toma de sangre, rayos X, tomografías computarizadas necesitan una orden de su proveedor y no tienen límites. Una tomografía computarizada es una serie de radiografías que se reúnen para formar una imagen del área escaneada. Las imagines de resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés) no tienen límites, pero necesitan autorización previa. Un MRI es un escáner utilizando un campo magnético fuerte y ondas de radio para crear imágenes detalladas del interior del cuerpo.		Todos los miembros
Equipos médicos duraderos Límites y/o aprobación basados en las pautas de OHP y el tipo de servicio, equipo, o suministros. Se necesitan la autorización previa y una orden de su proveedor. El equipo médico duradero es un tipo de equipo que dura mucho tiempo. No se desgastan como los suministros médicos. Incluye equipo como sillas de ruedas, andaderas, camas de hospital, prótesis e insertos. Los suministros médicos son artículos como los suministros para diabéticos o para incontinencia.		Todos los miembros
Servicios de revisiones de bienestar infantil, evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés). Citas rutinarias para bebés, niños y adolescentes sanos según las recomendaciones.		Miembros entre 0 y 20 años.

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Exámenes físicos de rutina según las recomendaciones. Solamente las vacunas recomendadas por el proveedor y cubiertas por el OHP. * Ayuda con la lactancia, incluidos los extractores de leche, no tiene límite. Los servicios de nutrición no tienen límite. Los apoyos sociales no tienen límite. Exámenes rutinarios de la vista, limitados a 1 examen cada 12 meses. * Gafas (lentes y montura) limitados a nuevas gafas cada 12 meses aprobación basada en las pautas de OHP. Debe tener una receta válida de un proveedor de la vista. * Audífonos y exámenes limitados y/o aprobados en base a las pautas de OHP y el tipo de atención/asistencia. Se necesita autorización previa. * Consulte la página 61para obtener más información.		Miembros entre 0 y 20 años.
Cirugías/procedimientos electivos La cirugía debe estar programada y el límite y/o la aprobación basada en las pautas de OHP y el tipo de atención. Se necesita autorización previa. Las cirugías/procedimientos electivos se programan con antelación y no envuelven una emergencia médica como la extracción de la vesícula o piedras en los riñones.		Todos los miembros
Transporte médico de emergencia No hay límite ni se necesita autorización previa, pero debe utilizarse para servicios de emergencia solamente. Un ejemplo de transporte médico de emergencia es una ambulancia. Usted utiliza este tipo de transporte cuando necesita llegar al hospital rápidamente.		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Servicios de emergencia No hay límite en el número de visitas. Una emergencia requiere atención inmediata y pone su vida en peligro. Puede ser una lesión repentina o una enfermedad repentina. Algunos ejemplos son huesos rotos, dificultad para respirar, o un posible infarto.		Todos los miembros
Servicios de planificación familiar No hay límite en el número de visitas. Puede obtener estos servicios de proveedores fuera de la red. La planificación familiar es cuando tiene un examen para la salud de sus órganos reproductores y para ayudarlo a tomar decisiones sobre tener o prevenir un embarazo. Algunos ejemplos son los anticonceptivos y los exámenes anuales.		Todos los miembros
Atención para la afirmación del género Tiene límites y/o aprobación basados en las pautas de OHP y el tipo de atención/ayuda y necesita autorización previa. La atención para la afirmación del género es atención médica que se utiliza durante la transición de género, ejemplos son la terapia hormonal y la cirugía de reasignación de sexo.		Todos los miembros
Servicios de audición Límite y/o aprobación basados en las pautas de OHP y tipo de atención/ayuda y necesita autorización previa. Los servicios de audición son exámenes para revisar lo bien que escucha y audífonos para ayudar con la audición. Algunos ejemplos son la prueba de audición, audiología y audífonos.		Todos los miembros
Servicios médicos en el hogar Límites y/o aprobación basados en las pautas de OHP y el tipo de atención/ayuda y necesita autorización previa. Los servicios de atención en el hogar son servicios de salud que se pueden recibir en su hogar por una		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
enfermedad o lesión, ejemplos sin cuidado de una enfermera, terapia física o terapia del habla.		
Inmunizaciones y vacunas para viajes solamente vacunas recomendadas por el proveedor y cubiertas por el OHP, ejemplos pueden incluir vacunas que su proveedor quiere que reciba por una condición de salud, por su trabajo o viajes.		Todos los miembros
Servicios de ingreso en el hospital Límites y/o aprobación basados en las pautas de OHP y el tipo de atención/ayuda y necesita autorización previa. Esta es atención que recibe en un hospital donde pasa al menos una noche.		Todos los miembros
Servicios de interpretación No hay límites de servicio. Servicios de interpretación de idioma (en persona, por teléfono o video) e interpretación por lenguaje de señas (en persona o por video).		Todos los miembros
Servicios de laboratorio, radiografías y otros procedimientos. Toma de sangre, rayos X, tomografías computarizadas necesitan una orden de su proveedor y no tienen límites. Una tomografía computarizada es una serie de radiografías que se reúnen para formar una imagen del área escaneada. Las imágenes de resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés) no tienen límites, pero necesitan autorización previa. Un MRI es un escáner utilizando un campo magnético fuerte y ondas de radio para crear imágenes detalladas del interior del cuerpo.		Todos los miembros
Servicios de maternidad No hay límites para las citas prenatales, la atención de posparto (cuidado de la madre después del nacimiento del bebé) o ayuda con la lactancia, (incluidos los extractores de leche).		Miembros embarazados

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Los límites del trabajo de parto y el nacimiento están basados en el tipo de atención y su prestación. Hable con su proveedor Los servicios de rutina de visión se limitan a un examen cada 24 meses.		
Transporte para citas. También llamado transporte médico que no sea de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés) No hay límite en el número de trayectos, pero el transporte debe ser utilizado para citas médicas que no sean de emergencia aprobadas por OHP. Consulte la página 69 para obtener más información**.**		Todos los miembros
Servicios ambulatorios en el hospital Límites y/o aprobación basados en las pautas de OHP y tipo de atención. Los servicios ambulatorios en el hospital son servicios que tienen lugar en el hospital, pero no necesita pasar la noche. Algunos ejemplos son la quimioterapia, radiación, y manejo del dolor.		Todos los miembros
Servicios de farmacia (medicamentos con receta) Muchos medicamentos están disponibles con receta. Puede encontrar una lista completa de medicamentos recetados en el "formulario". Para buscar el formulario o imprimir una copia, visite: https://yamhillcco.org/members/pharmacy-drug-list/ Los medicamentos recetados para la salud mental **no** están cubiertos por su plan médico o de salud mental. Están cubiertos por OHP, su farmacéutico sabrá dónde enviar la factura.	Se necesita la receta	Todos los miembros
Terapia física, ocupacional y del habla La terapia física (PT), y ocupacional (OT) aprobación basada en las pautas de OHP y el tipo de atención. El límite es una combinación de (PT, OT, quiropráctico y acupuntura) 30 visitas por año calendario de 12 meses * La terapia del habla límite y/o aprobación basada en las pautas de OHP y el tipo de atención.		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
La terapia física es terapia utilizada para tratar una deformidad, enfermedad o lesión con métodos físicos. Ejemplos son masaje, tratamiento con calor, y ejercicio. La terapia ocupacional es terapia utilizada para ayudar a la recuperación de una enfermedad física o mental para mejorar la capacidad de realizar las actividades de vida diaria, como ducharse y meterse o salir de la cama. La terapia del habla es capacitación para ayudar a las personas con problemas del habla y lenguaje a hablar con más claridad, esto pueden ser ejercicios para la boca o hablando.		
Servicios preventivos Citas rutinarias para bebés, niños y adolescentes sanos según las recomendaciones. Exámenes físicos de rutina, citas de bienestar femenino (mamografías, exámenes ginecológicos, etc.), evaluaciones (cáncer, etc.) y consejería de nutrición según las recomendaciones. Mamografías según las recomendaciones. Las mamografías de 3D no están cubiertas. La planificación familiar, los exámenes de próstata, los servicios de cese de uso de tabaco no tienen límite.		Todos los miembros
Citas con el proveedor de atención primaria: Sin límite, pero debe ver a su PCP. Algunos ejemplos de una razón para ver a su PCP son una enfermedad como un resfriado o la gripe, alergias, o por su peso. Consulte la página 27 para obtener más información.		Todos los miembros
Exámenes de abuso sexual Sin límite Un examen físico para recolectar evidencia del cuerpo y de la ropa de una persona para determinar si ha habido una agresión o abuso sexual.		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Servicios Especializados No hay límites, pero los servicios deben estar cubiertos por el OHP y debe ver a un proveedor de la red de YCCO. YCCO no requiere una remisión, pero el especialista puede requerir información de su PCP u otro proveedor. Los servicios del especialista son servicios que usted recibe de un proveedor médico que se especializa en un área específica de la medicina, ejemplos son la atención para el corazón, las alergias o el hígado.		Miembros Para aquellos con necesidades especiales de atención médica o LTSS, no se requiere remisión.
Procedimientos quirúrgicos Límites y/o aprobación basados en las pautas de OHP y el tipo de atención. Se necesita autorización previa. Cambiar los órganos o tejidos de su cuerpo mediante cortes. También se le llama una operación. Ejemplos son la extracción de las anginas o la vesícula.		Todos los miembros
Servicios de telesalud Sin límite, pero los servicios deben estar cubiertos por el OHP. Algunos servicios no están disponibles mediante la telesalud, pregunte a su proveedor si los suyos se pueden hacer así. A continuación, encontrará algunos ejemplos: Servicios teleféricos, citas virtuales, y citas por correo electrónico. Consulte la página 73 para obtener más información.		Todos los miembros
Servicios de los trabajadores de salud tradicionales (THW) Sin límite Los servicios de un trabajador médico tradicional o trabajador médico tradicional tribal son servicios de un trabajador de salud de la comunidad, comadrona, apoyo de iguales o especialista en bienestar de iguales, o navegador personal de la salud. Consulte la página 65 para obtener más información.		Todos los miembros
Servicios de atención urgente Sin límite Los problemas urgentes necesitan tratarse enseguida, pero no son lo suficientemente serios como para un tratamiento inmediato en la sala de emergencias. Algunos ejemplos de atención urgente son		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
fracturas óseas menores y fracturas en los dedos de manos o pies, torceduras y esguinces, cortes que no sangran mucho, pero pueden requerir puntos. Consulte la página 78 para obtener más información.		
Servicios de salud para la mujer (además del PCP) para atención de rutina y preventiva. Sin límite Las citas con su proveedor para su examen anual preventivo, que puede incluir un examen pélvico o prueba de Papanicolaou, un examen de senos y un examen para su bienestar.		Todos los miembros
Servicios de visión **Los adultos no embarazados (21+) están cubiertos para:** • exámenes de rutina cada 24 meses. • Exámenes de la vista cuando los necesita. ○ Lentes de corrección/accesorios solo para ciertos tipos de condiciones de los ojos. **Miembros de menos de 21 años, adultas embarazadas, adultas hasta 12 meses posparto están cubiertos para:** • Exámenes de rutina de visión cada 24 meses. • Exámenes de la vista cuando los necesita. • Lentes de corrección/accesorios cuando los necesite Ejemplos de condiciones oculares son afaquia, queratocono, o después de una cirugía de cataratas. Las lentes de corrección deben tener una receta válida de un proveedor de la vista. Las gafas deben comprarse a través SWEEPS. Las aprobaciones para los exámenes médicos de la vista están basadas en las pautas de OHP.		Los miembros de 0-20, y las mujeres embarazadas. Según se recomienda para todos los demás

La tabla de arriba no es una lista total de los servicios que necesitan autorización previa o remisiones. Si tiene alguna pregunta, llame a servicio al cliente de YCCO al 855-722-8205.

Beneficios para la salud conductual

Vea abajo la lista de beneficios médicos que están disponibles para usted sin costo alguno. Salud conductual quiere decir salud mental y tratamiento por consumo de sustancias. Mire en la columna de "servicio" para ver cuántas veces puede recibir cada servicio gratuitamente. Mire en la columna de "cómo acceder" para ver si necesita obtener una remisión o autorización previa para el servicio. YCCO coordinará los servicios gratuitamente si necesita ayuda.

Si ve un * en la tabla de beneficios, esto significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites para miembros de menos de 21 años si es médicamente necesario y apropiado. Consulte la página 61 para obtener más información.

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT, por sus siglas en inglés) Sin límite Debe tener una necesidad médica para recibir este servicio. ACT está diseñado para reducir las estancias en el hospital por salud mental y el uso de cuidado agudo, aumentar la estabilidad de vivienda y mejorar la calidad de vida de aquellos con problemas severos de salud mental y cuyas necesidades no se han cubierto por servicios de salud mental más comunes.	Revisiones necesaria	Todos los miembros
Servicios Integrales Sin límite Debe tener una necesidad médica para recibir este servicio. Los servicios integrales son una planificación basada en equipo y en un proceso de resolución de problemas para ayudar a los jóvenes y a sus familias que batallan con problemas emocionales, mentales y conductuales.	Revisiones necesaria	Niños y jóvenes que cumplen con el criterio médico.
Servicios de evaluación de salud conductual y de valoración No hay límites, los servicios deben realizarse por un proveedor de la red de YCCO. Una evaluación de salud conductual es una serie de preguntas, entrevistas y exámenes mentales y físicos utilizados para entender lo que la persona necesita.		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico para salud conductual (PRTS) Sin límite Tratamiento de salud conductual en una instalación de nivel de atención de 24 horas que da servicios de salud conductual que no se pueden dar como paciente ambulatorio.		Jóvenes de menos de 21 años.
Servicios por uso de sustancias como paciente ingresado residencial y desintoxicación Sin límite Instalaciones de nivel de atención de 24 horas para desintoxicación y tratamiento por uso de sustancias.		Todos los miembros
Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) para el Desorden por Uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) Es posible que se deban cumplir requisitos de necesidad médica para obtener este servicio MAT es el uso de medicamentos en combinación con consejería y terapias conductuales para el tratamiento de desórdenes por uso de sustancias**.**	Se necesita aprobación previa después de los primeros 30 días.	Todos los miembros
Servicios de salud conductual prestados para pacientes ambulatorios y pares por parte de un proveedor dentro de la red. No hay límites, los servicios de salud conductual se llevan a cabo como paciente ambulatorio.		Todos los miembros
Especialista en servicios de salud conductual Sin límite Los servicios de especialistas en salud conductual son servicios que usted obtiene de un proveedor de salud conductual que se especializa en un área específica de		Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
la salud conductual, por ejemplo, terapia de grupo o pruebas psicológicas.		
Servicios para el trastorno por uso de sustancias (TUS, por sus siglas en inglés) Sin límite No se recibe autorización ni derivación para servicios de YCCO en un proveedor de la red. Es posible que se requiera aprobación previa para proveedores fuera del área. Los servicios SUD son servicios que se utilizan para tratar el abuso de drogas o alcohol.		Todos los miembros

La tabla de arriba no es una lista total de los servicios que necesitan autorización previa o remisiones. Si tiene alguna pregunta, llame a servicio al cliente de YCCO al 855-722-8205.

Beneficios dentales

Todos los miembros del Plan de Salud de Oregón tienen **cobertura dental. OHP cubre las limpiezas anuales, las radiografías, los empastes, y otros servicios que mantienen sanos sus dientes.**

Los dientes sanos son importantes a cualquier edad. Aquí hay algunos datos importantes sobre el cuidado dental:

- Puede ayudar a prevenir el dolor.
- Los dientes sanos mantienen sano a su corazón y a su cuerpo también.
- Debería ver a su dentista una vez al año.
- Cuando está embarazada, mantener sus dientes y sus encías sanos puede proteger la salud de su bebé.
- Reparar los problemas dentales puede ayudarlo a controlar su nivel de azúcar en la sangre.
- Los niños deberían tener su primera revisión dental antes de cumplir 1 año.
- Una infección en su boca puede extenderse a su corazón, su cerebro y su cuerpo.

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

- Endodoncistas (para conductos radiculares)
- Pediodontista (para adultos con necesidades especiales, y niños)

- Periodoncista (para las encías)
- Ortodoncista (en casos extremos, para frenillos)
- Cirujanos dentales (para extracciones que requieren sedación o anestesia general).

Por favor, consulte la tabla de abajo para ver qué servicios
dentales están cubiertos. Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Estos están cubiertos siempre y cuando su proveedor indique que necesita los servicios. Mire en la columna de "servicio" para ver cuántas veces puede recibir cada servicio gratuitamente. Mire en la columna de "cómo acceder" para ver si necesita obtener una remisión o autorización previa para el servicio.

A veces puede necesitar ver a un especialista. Los servicios dentales comunes que necesitan ser referidos a un especialista son:

- Cirugía oral
- Hospital o centro quirúrgico
- Conductos radiculares
- Problemas de encías
- Sedación en la oficina

Si ve un * en la tabla de beneficios, esto significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites para miembros de menos de 21 años si es médicamente necesario y apropiado. Consulte la página 61 para obtener más información.

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Atención dental urgente y de emergencia Sin límite La atención dental urgente o de emergencia es atención para un problema dental que no puede esperar a una cita programada con su dentista. Ejemplos: dolor extremo o infección, sangrado o inflamación, lesiones a los dientes o las encías.		Todos los miembros
Exámenes orales Miembros embarazadas: dos veces al año Miembros de menos de 19 años: dos veces al año * Miembros de 19 años o más: una vez al año* Los exámenes orales son la revisión de los dientes o las encías por parte de su dentista de atención	Se necesita remisión si no está	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
primaria para revisar caries u otros problemas con los dientes.	viendo a su dentista de atención primaria.	
Limpiezas bucales Miembros de menos de 19 años: dos veces al año * Todos los demás miembros: una vez al año La limpieza bucal es la retirada de placa de los dientes para prevenir caries.		Todos los miembros
Barniz de fluoruro Miembros hasta los 18 años: dos veces al año * Miembros hasta los 18 años con alto riesgo: cuatro veces al año * Miembros de 19 años o más: una vez al año* Miembros de 19 años o más con alto riesgo: hasta cuatro veces al año * El barniz de fluoruro es un tratamiento dental que pone una capa sobre los dientes que puede ayudar a prevenir el deterioro, ralentizarlo o detenerlo para que no empeore.		Todos los miembros
Radiografías dentales Limitado a una vez al año Las radiografías dentales de los dientes se toman en la boca para revisar las caries u otros problemas de los dientes.		Todos los miembros
Selladores Edad por debajo de los 16 años. En los dientes adultos de atrás, una vez cada 5años. Aprobación basada en las pautas de OHP Los selladores dentales son delgadas capas de plástico que se ponen en los dientes de atrás para sellarlos de los gérmenes y prevenir las caries. Los selladores deben aplicarse tan pronto como a los niños les salen sus dientes de atrás permanentes		Para miembros de menos de 16 años:

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
(molares). Todas las muelas sin deterioro dental deben tener selladores dentales. Los niños necesitan sellar sus primeros molares entre la edad de 6 y 9 y los segundos molares entre los 10 y los 14 años.		
Obturaciones Sin límite No necesita aprobación previa para su dentista de atención primaria Una obturación se usa para tratar un pequeño agujero, o caries, en un diente. Las obturaciones pueden ser de amalgama o compuesto.	Aprobación previa necesaria si no es con su PCD	Todos los miembros
Dentaduras parciales o totales Parcial: una vez cada 5 años Completa: una vez cada 10 años Aprobación basada en las pautas de OHP. Las dentaduras parciales son una placa con uno o más dientes falsos en ella para remplazar lo que falta en la boca, no remplazan todos los dientes en al área superior o inferior. Algunas son desmontables, y algunas tienen ganchos para mantenerlas en la boca. Las dentaduras postizas completas son reemplazos removibles para la parte superior o inferior de la boca cuando faltan todos los dientes.	Se necesita remisión si no está viendo a su dentista de atención primaria.	Todos los miembros
Coronas Algunos dientes superiores e inferiores frontales. 4 coronas cada 7 años. Aprobación basada en las pautas de OHP.* Ciertos requisitos deben cumplirse para obtener una corona. Los beneficios varían según el tipo de corona, dientes específicos que necesitan atención, edad y estado de embarazo. Póngase en contacto con su plan de salud dental.	Se necesita remisión si	Para miembros embarazadas o de menos de 21 años

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
Una corona es una cubierta con forma de diente que cubre un diente para restaurarlo.	no está viendo a su dentista de atención primaria.	
Extracciones Sin límite Se necesita aprobación previa y remisión si no está viendo a su dentista de atención primaria. Una extracción es cuando el dentista retira completamente su diente de su lugar. Extracciones continuadas	Aprobación previa necesaria si no está viendo a su dentista de atención primaria. Se necesita remisión si no está viendo a su dentista de atención primaria.	Todos los miembros
Terapia de conducto radicular Menos de 21 años: no está cubierta para los terceros molares (las muelas del juicio).* Miembros embarazados: cubierto para los primeros molares. Todos los demás miembros: solo para los dientes frontales y los premolares.	Se necesita aprobación previa para los molares o si no está	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder	¿Quién puede recibirlo?
La terapia de conducto radicular es un procedimiento dental que involucra la retirada de tejido blando infectado (pulpa dental) dentro de un diente. Una vez que el diente está limpio, los canales se rellenan con material permanente y pueden cubrirse por una corona. Aprobación basada en las pautas de OHP.	viendo a su dentista de atención primaria. Se necesita remisión si no está viendo a su dentista de atención primaria.	
Ortodoncia En casos como un labio o paladar leporino o cuando el habla, el masticar u otras funciones están afectadas. Se requiere tener aprobación de su dentista y no tener ninguna carie o condición de las encías. La ortodoncia utiliza frenillos para tratar las irregularidades de los dientes y la mandíbula para corregir la manera en la que se alinean.		Miembros de menos de 21

La tabla de arriba no es una lista total de los servicios que necesitan autorización previa o remisiones. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio al Cliente al 855-722-8205**.**

Miembros veteranos y del programa dental del Pacto de Libre Asociación (COFA, por sus siglas en inglés).

Si es miembro del programa dental de los veteranos o del programa dental de COFA, YCCO **solo** proporciona beneficios dentales y transporte gratuito a las citas dentales.

OHP y YCCO no proporcionan acceso a servicios de salud física o conductual o transporte gratuito para estos servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura y sobre qué beneficios tiene a su disposición, póngase en contacto con servicio al cliente en el 855-722-8205.

Servicios que paga OHP.

YCCO paga su atención, pero hay algunos servicios que no pagamos. Estos están cubiertos todavía y los pagará el programa de Pago por Servicio del Plan de Salud de Oregón A veces los CCOs llaman a estos servicios beneficios "no cubiertos". Hay dos tipos de servicios que OHP paga directamente:

1. Servicios por los que usted recibe coordinación de atención de YCCO.
2. Servicios por los que usted recibe coordinación de atención de OHP.

Servicios con coordinación de atención de YCCO.

YCCO todavía le da coordinación de atención para algunos servicios. La coordinación de la atención significa que obtendrá viajes gratuitos de WellRide para servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para servicios no cubiertos.

YCCO coordinará su atención para los siguientes servicios:

- Servicios para un nacimiento planeado en la comunidad (PCB por sus siglas en inglés), que incluyen atención prenatal y de posparto para personas con embarazos de bajo riesgo según lo determina la División de Sistemas de Salud de OHA. La OHA es responsable de proporcionar y pagar por servicios de PCB primarios, incluyendo, como mínimo, para aquellos miembros aprobados por PCB, la evaluación inicial del recién nacido, las revisiones de sangre del recién nacido, incluyendo el kit de examen, la atención del trabajo de parto y del nacimiento, las visitas prenatales y la atención de posparto. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) no pagados por YCCO.
- Los servicios de Family Connects de Oregón, que proporcionan apoyo a las familias con recién nacidos. Obtenga más información en https://www.familyconnectsoregon.org/
- Ayudando a los miembros a conseguir acceso a servicios de salud conductual Algunos ejemplos de estos servicios son:
    - Algunos medicamentos para algunas condiciones de salud conductual
    - Pago de casa de grupo terapéutico para afiliados menores de 21 años
    - Atención psiquiátrica (salud conductual) a largo plazo para miembros mayores de 18 años
    - Cuidado personal en hogares de crianza para adultos para miembros mayores de 18 años
- Y otros servicios

Para obtener más información o para una lista completa sobre estos servicios, llame a Administración de cuidados al 833-257-2191 o al servicio al cliente al 855-722-8205.

Servicios por los que el OHP paga y proporciona coordinación de la atención.

OHP coordinará su atención para los siguientes servicios:

- Servicios de cuidados paliativos (hospicio) para miembros que viven en centros de enfermería especializada
- Servicios escolares que se brindan según la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés). Para niños que reciben servicios médicos en la escuela, como terapia del habla.
- Examen médico para saber si califica para un programa de apoyo o planificación de trabajo social
- Abortos y otros procedimientos para terminar un embarazo
- Suicidio asistido por un médico bajo la ley de Oregón de Morir con Dignidad y otros servicios

Póngase en contacto con el Equipo de coordinación de atención de OHP de Acentra, llamando al (800) 562-4620 para obtener más información y ayuda con estos servicios.

Puede obtener transporte gratuito de WellRide para cualquiera de estos servicios. Consulte la página 69 para obtener más información. Llame a WellRide al 844-256-5720 para programar el transporte, o para hacer preguntas.

Objeciones morales o religiosas. YCCO no limita los servicios por objeciones morales o religiosas.

Acceso a la atención que necesita.

Acceso significa que puede recibir la atención que necesita. Puede obtener acceso a la atención de una manera que cumpla con sus necesidades culturales y de idioma. Si YCCO no trabaja con un proveedor que cumpla con sus necesidades de acceso, puede obtener estos servicios fuera de la red. YCCO 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 que hay diferentes tipos de proveedores para que usted pueda elegir.

Mantenemos un registro de nuestra red de proveedores para asegurarnos de que tenemos la atención primaria y el cuidado especializado que necesita. También nos aseguramos de que tiene acceso a todos los servicios cubiertos en su área.

YCCO sigue las reglas del estado sobre lo lejos que puede necesitar viajar para ver a un proveedor. Las reglas son diferentes en base al proveedor que necesita ver y el área en la que vive. Los proveedores de atención primaria son de "nivel 1", que significa que estarán más cerca

de usted que un especialista como un dermatólogo, que es de "nivel 3". Si vive en un área remota, tomará más tiempo llegar a un proveedor que si vive en un área urbana.

La tabla que sigue enlista los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o distancia (en millas) de donde están ubicados en base a donde usted vive.

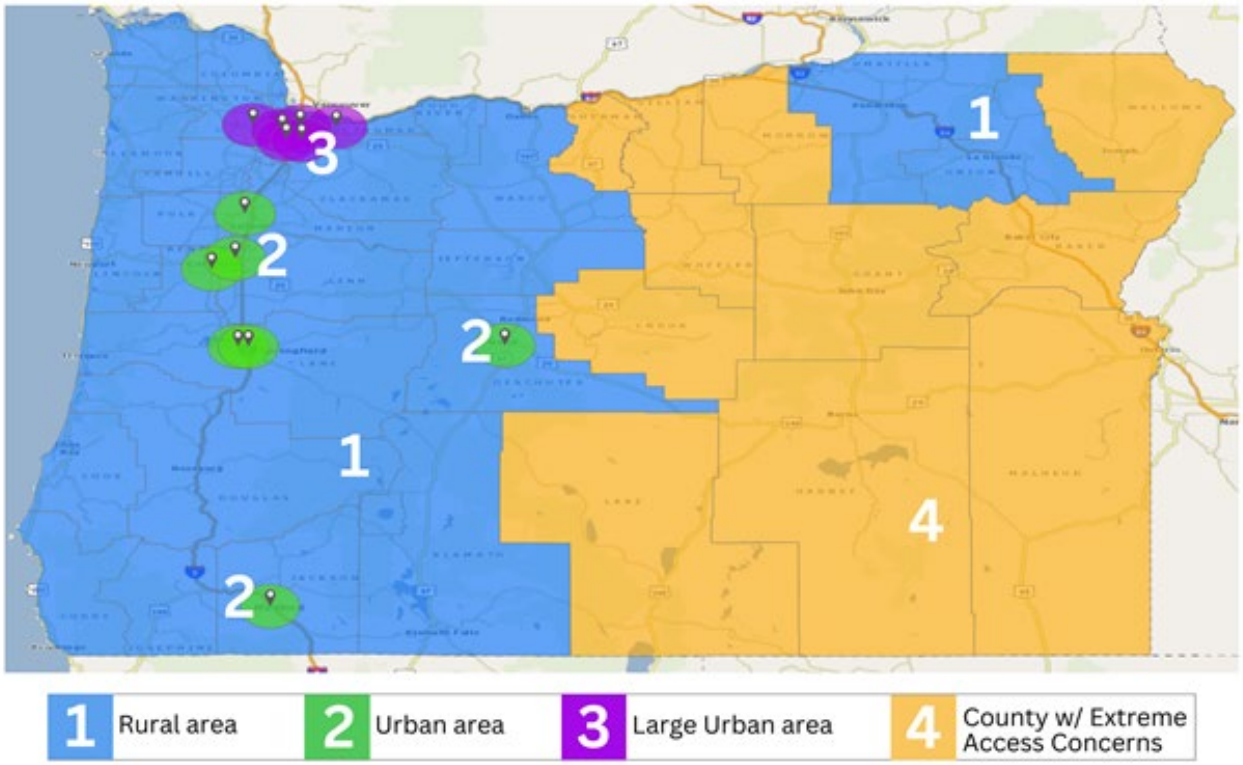
	Gran área urbana	Área urbana	Área rural	Condado con consideraciones extremas de acceso
Nivel 1	10 minutos 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos u 85 millas
Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45 minutos o 30 millas	110 minutos o 90 millas	140 minutos o 125 millas

Para obtener más información sobre qué proveedores entran en los diferentes niveles, visite el sitio web de la red de Adequacy de OHA en: https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/network.aspx

¿No está seguro de en qué tipo de área vive? Vea el mapa de la página siguiente

Tipos de área

- **Gran área urbana (3).** Áreas urbanas conectadas, como se definen arriba, con un tamaño de población combinada mayor o igual a 1,000,000 personas con una densidad de población mayor o igual a 1,000 personas por milla cuadrada.
- **Urbano (2):** Menos o igual a 10 millas del centro de 40,000 o más.
- **Rural (1):** A más de 10 millas de un centro de 40,000 o más con la densidad de población del condado mayor de 10 personas por milla cuadrada.
- **Condado con preocupaciones extremas de acceso (4):** Condados con 10 o menos personas por milla cuadrada.



Nuestros proveedores también se asegurarán de que tiene acceso físico, acomodaciones razonables y equipo de acceso si tiene alguna discapacidad física y/o mental. Póngase en contacto con YCCO en el 855-722-8205 para pedir acomodaciones. Los proveedores se asegurarán también de que las horas de oficina son las mismas para los miembros de OHP que para los demás.

¿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	En de 4 semanas
Atención de urgencias	En de 72 horas o según lo indique la evaluación inicial.
Atención de emergencia	Inmediatamente o ser referido a una sala de emergencia, dependiendo de su condición.
Atención oral o dental infantil y para personas no embarazadas	
Citas rutinarias de salud bucal	Dentro de 8 semanas a menos que haya una razón clínica para esperar más.
Atención oral urgente	Dentro de 2 semanas.
Servicios dentales de emergencia	Visto o tratado en 24 horas
Atención oral y dental para mujeres embarazadas	
Atención oral rutinaria	En de 4 semanas a menos que haya una razón clínica para esperar más.
Atención dental urgente	Dentro de 1 semana
Servicios dentales de emergencia	Visto o tratado en 24 horas
Salud conductual	
Atención médica conductual de rutina para poblaciones no prioritarias	Evaluación dentro de 7 días de la solicitud, con una segunda cita programada según sea clínicamente apropiada.
Atención mental urgente para todas las poblaciones	Dentro de 24 horas
Atención médica conductual especializada para poblaciones prioritarias*	
Personas embarazadas, veteranos y sus familias, personas con niños, cuidadores no remunerados, familias y niños de 0 a 5 años, miembros con VIH/SIDA o tuberculosis, miembros en riesgo de sufrir un primer episodio de psicosis y población con I/DD	Evaluación e ingreso inmediato. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores con visitas, el tratamiento al nivel de atención adecuado debe realizarse dentro de los 120 días posteriores a la inclusión del paciente en una lista de espera.

Tipo de atención	Plazo
Consumidores de drogas intravenosas incluyendo 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.
Desórdenes por uso de opioides	Evaluación e ingreso dentro de 72 horas
Tratamiento asistido por medicamentos	Tan pronto como sea posible, sin exceder 72 horas para la evaluación e ingreso.

* Para servicios de atención conductual especializados si no hay habitación o un espacio libre:

- Se le pondrá en una lista de espera.
- Se le ofrecerán otros servicios dentro de 72 horas.
- Estos servicios serán temporales hasta que haya una habitación o un espacio libre.

Si tiene alguna pregunta sobre el acceso a la atención, llame a servicio al cliente al 855-722-8205.

Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años

El beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) proporciona servicios de atención médica integral y preventiva para los miembros del OHP desde el nacimiento hasta los 21 años. Este beneficio le ofrece la atención que necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar y ayudar con preocupaciones tempranas, tratar enfermedades y apoyar a niños con discapacidades.

No es necesario que se inscriba por separado en EPSDT; si tiene menos de 21 años y está inscrito en el OHP, recibirá estos beneficios.

El beneficio EPSDT cubre:

- Cualquier servicio necesario para encontrar o tratar enfermedades, lesiones u otros cambios de salud.
- Exámenes médicos, pruebas de detección y servicios de diagnóstico de “bienestar infantil” o “visita de bienestar para adolescentes” para determinar si existe alguna condición física, bucal/dental, de desarrollo y de salud mental para miembros menores de 21 años.

- Remisiones, tratamiento, terapia y otras medidas para ayudar con cualquier condición descubierta.

Para los miembros menores de 21 años, YCCO debe proporcionar:

- Exámenes y evaluaciones programadas periódicamente de salud física, mental, desarrollo, salud bucal/dental, crecimiento y estado nutricional.
    - Si YCCO no cubre la salud bucal/dental, aún puede obtener estos servicios a través del OHP llamando al 1-800-273-0557.
- A partir del 1 de enero de 2023, todos los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados deben estar cubiertos para miembros menores de 21 años, independientemente de si estuvieron cubiertos en el pasado (esto incluye cosas que están "por debajo de la línea" en la Lista de Prioridades). Para obtener más información sobre la Lista de Prioridades, consulte la página 61.

Según EPSDT, YCCO no negará un servicio sin antes comprobar si es médicamente necesario y médicamente apropiado para usted.

- *Médicamente necesario:* generalmente significa un tratamiento requerido para prevenir, diagnosticar o tratar una condición, o para apoyar el crecimiento, el desarrollo, la independencia y la participación en la escuela.
- *Médicamente apropiado generalmente significa* que el tratamiento es seguro, eficaz y lo ayuda a participar en la atención y las actividades. YCCO puede optar por cubrir la opción menos costosa que funcione para usted.

Siempre debe recibir una notificación por escrito cuando se le niega algo y tiene derecho a una apelación si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener más información, vea la página 102.

Esto incluye todos los servicios:

- Salud física;
- Salud conductual;
- Salud dental; y
- Necesidades de Atención Social.

Si usted o un miembro de la familia necesitan servicios de EPSDT, trabaje con su proveedor de atención primaria (PCP) o hable con un coordinador de atención llamando al 833-257-2191. Lo ayudarán a conseguir la atención que necesita. Si algún servicio necesita aprobación, ellos se encargarán de ello. Trabaje con su dentista de atención primaria para cualquier servicio dental necesario. Todos los servicios de EPSDT son gratuitos.

Ayuda para obtener servicios de EPSDT

- Llame a Servicio al Cliente al 855-722-8205 o a Gerencia de Atención al 833-257-2191.

- Llame al Servicio al cliente dental al 800-525-6800 para programar servicios dentales o para obtener más información.
- Puede obtener transporte gratuito para ir y volver de las citas cubiertas de EPSDT. Llame al 855-722-8205 para programar un transporte o para obtener más información.
- También puede preguntarle a su PCP o visitar nuestro sitio web en: https://yamhillcco.org/members/benefits-and-rights/ para obtener una copia del cronograma de periodicidad. Este cronograma le indica cuándo los niños necesitan ver a su PCP.

Evaluaciones

Las visitas de detección cubiertas se ofrecen en intervalos apropiados según la edad (estos incluyen visitas de bienestar para niños o visitas de bienestar para adolescentes). YCCO y su PCP siguen las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría y Bright Futures para todos los exámenes de atención preventiva y las visitas de bienestar infantil. Puede encontrar Bright Futures en: https://brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx. Su PCP lo ayudará a obtener estos servicios y tratamiento cuando lo requieran las pautas. YCCO y sus médicos (MD o DO), enfermeras practicantes, asistentes médicos licenciados y otros profesionales de la salud a licenciados (proveedores de atención continua) pueden proporcionar servicios de EPSDT y/o remisión directa a un dentista para que proporcione dichos servicios dentales.

Las visitas de evaluación incluyen:

- Evaluación de desarrollo.
- Examen de plomo:
    - Los niños deben someterse a pruebas de detección de plomo en sangre a la edad de 12 meses y 24 meses. Cualquier niño entre los 24 y 72 meses de edad sin antecedentes de una prueba de detección de plomo en sangre debe hacerse una.
    - Completar un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple con el requisito de revisión de plomo para los niños en OHP. Todos los niños con envenenamiento por plomo pueden recibir seguimiento de los servicios de gerencia de casos.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como prueba de anemia, prueba de células falciformes y otras) según la edad y el riesgo.
- Evaluación del estado nutricional.
- Un examen físico general sin ropa, con inspección de los dientes y las encías.
- Historial completo de salud y desarrollo (incluida la revisión del desarrollo de la salud física y mental).
- Inmunizaciones (vacunas) que cumplan los estándares médicos:
    - Plazos de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años): https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html
    - Calendario de vacunación para adultos (19+): https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html
- Orientación y educación de salud para padres e hijos.

- Remisiones para tratamiento médicamente necesario de salud física y mental.
- Exámenes necesarios de la vista y audición.
- Y otros.

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

EPSDT remisión, diagnóstico y tratamiento

Su proveedor de atención primaria puede remitirlo si detecta una condición física, mental, de abuso de sustancias o dental. Otro proveedor le ayudará con diagnósticos y/o tratamiento adicional.

El proveedor que realiza el examen le explicará al niño y a los padres o tutores sobre la necesidad de una remisión. Si está de acuerdo con la remisión, el proveedor se ocupará del papeleo.

YCCO u OHP ayudarán también con la coordinación de la atención, según sea necesario.

Los exámenes de detección pueden encontrar una necesidad para los siguientes servicios, así como otros:

- Diagnóstico y tratamiento por deficiencias visuales y auditivas, incluidas gafas y audífonos.
- Atención dental, a la edad tan temprana como sea necesaria para el alivio del dolor e infecciones, restauración de los dientes y mantenimiento de la salud dental.
- Vacunas (si se determina en el momento de la evaluación que la vacunación es necesaria y apropiada para administrarse en el momento de la evaluación, entonces se debe proporcionar el tratamiento de vacunación en ese momento).

Estos servicios deben ofrecerse a miembros elegibles menores de 21 años que los necesiten. Los tratamientos que están "por debajo de la línea" en la Lista de prioridades de los servicios de salud están cubiertos para miembros menores de 21 años si son médicamente necesarios y médicamente apropiados para ese miembro (vea más información arriba).

- Si le informamos que el servicio no está cubierto por el OHP, aún tiene derecho a impugnar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la página 102.

YCCO dará una remisión a los miembros o a sus representantes para servicios sociales, programas educativos, programas de asistencia nutricional y otros servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura de EPSDT, puede visitar:www.Oregon.gov/EPSDT y ver una hoja informativa para miembros. YCCO también tiene información en https://yamhillcco.org/members/benefits-and-rights/.

Trabajadores de salud tradicionales (THW)

Los trabajadores de salud tradicionales (THW) ayudan con las preguntas que tenga sobre su atención médica y sus necesidades sociales. Facilitan la comunicación entre los profesionales de salud y otras personas envueltas en su cuidado. También lo conectan a personas y servicios en la comunidad que lo pueden ayudar.

Hay varios tipos diferentes de trabajadores de salud tradicionales:

- **Comadrona de nacimientos:** Persona que ayuda a las personas y sus familias con apoyo personal y no médico. Ayudan durante el embarazo, el parto y después del nacimiento del bebé.

- **Trabajador de salud de la comunidad** Un trabajador de salud pública entiende a la gente y a la comunidad donde vive. Le ayuda a acceder a servicios de salud y comunitarios. Un trabajador de salud de la comunidad lo ayuda a empezar hábitos saludables. Por lo general, comparten su etnia, idioma o experiencias de vida.

- **Navegadores de salud personal** Una persona que proporciona información, herramientas y apoyo para ayudarlo a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar, basándose en su situación.

- **Especialista en apoyo de pares** Alguien con experiencias de vida en salud mental, adicción y recuperación. O pueden haber sido padres de un niño que haya recibido tratamiento de salud mental o adicción. Ofrecen apoyo, ánimo y ayuda a quienes se enfrentan a problemas de adicción y salud mental. Ellos pueden ayudarlo a través de las mismas cosas.

- **Especialista en bienestar de pares** Una persona que trabaja como parte del equipo de salud en el hogar y habla en su nombre y a favor de sus necesidades. Apoyan la salud general de las personas de su comunidad y pueden ayudarlo a recuperarse de condiciones de adicción, salud mental o físicas.

- **Trabajadores de salud tribales tradicionales:** Una persona que ayuda a las comunidades indígenas tribales o urbanas a mejorar su salud general. Proporcionan educación, consejería y apoyo que puede ser específico a las prácticas tribales.

Los THW lo pueden ayudar con muchas cosas, como:

- Encontrar un nuevo proveedor.
- Recibir la atención que necesita.
- Entender sus beneficios.
- Proporcionarle información sobre servicios y apoyo de salud conductual.
- Proporcionar consejos sobre recursos comunitarios que podría utilizar.

- Ser alguien de la comunidad con quien puede hablar.

Puede llamar o enviar un correo electrónico a nuestro enlace THW para obtener más información sobre los THW y cómo utilizar sus servicios. Puede preguntarle a su equipo de atención o proveedor si un THW puede ser útil para usted. También puede elegir uno en el directorio de proveedores de YCCO aquí: https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/

Información de contacto del enlace de THW

Enlace de YCCO THW
providerrelations@yamhillcco.org
HYPERLINK "mailto:liaison@email.com".org855-722-8205

Si cambiamos la información de contacto del enlace de THW, puede encontrar información actualizada en nuestro sitio web en: https://yamhillcco.org/community-programs/traditional-health-workers/.

Servicios extra

Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (HRS) son servicios adicionales que ofrece YCCO. Los HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar general de los miembros y de la comunidad. Los HRS son servicios flexibles para los miembros e iniciativas de beneficios comunitarios para los miembros y la comunidad en general.

El programa YCCO HRS ayuda a hacer el mejor uso de los fondos para abordar las necesidades de salud individuales, así como los factores de riesgo social, como el lugar donde vive, para mejorar el bienestar de la comunidad. Obtenga más información sobre los servicios relacionados con la salud en: https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf

Servicios flexibles

Los servicios flexibles ayudan a obtener artículos o servicios que permiten que los miembros puedan llegar a estar y se mantengan sanos. YCCO ofrece estos servicios flexibles:

- Asistencia con la vivienda
- Artículos o mejoras para el hogar o el entorno de vida
- Transporte no cubierto por el OHP, por ejemplo, para ir al banco o al supermercado
- Ayuda con la comida

Ejemplos de otros servicios flexibles:

- Ayuda alimenticia, como entrega de comestibles, vales de comida o comidas especiales por razones médicas.

- Ayuda para vivienda a corto plazo, como depósitos de alquiler para cubrir gastos de mudanza, ayuda con el alquiler durante un breve período de tiempo o gastos de conexión de servicios públicos.
- Alojamiento temporal o refugio mientras se recupera de una hospitalización
- Artículos que apoyan conductas sanas, como calzado o ropa deportiva
- Teléfonos móviles o dispositivos para acceder a aplicaciones de telesalud o salud
- Otros artículos que lo mantienen sano, como un aire acondicionado o un filtro de aire

Cómo obtener servicios flexibles para usted o un miembro de

su familia Puede trabajar con su proveedor para solicitar servicios flexibles, o puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8205 y solicitar que le envíen un formulario de solicitud en el idioma o formato que se ajuste a sus necesidades.

Los servicios flexibles no son un beneficio cubierto para los miembros y las CCO no están obligadas a brindarlos. Las decisiones de aprobar o denegar las solicitudes de servicios flexibles se toman caso por caso. Si se rechaza su solicitud de servicio flexible, recibirá una carta explicando sus opciones. No puede apelar un servicio flexible denegado, pero tiene derecho a presentar una queja. Obtenga más información sobre apelaciones y quejas en la página 102.

Si tiene el OHP y tiene problemas para recibir atención, póngase en contacto con el Programa de Defensores del Pueblo de la OHA. Los Defensores del pueblo son defensores de los miembros de OHP y harán lo mejor para ayudarlos. Envíe un correo electrónico a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o deje un mensaje en el número 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 www.211info.org para obtener ayuda.

Iniciativa de beneficio comunitario

Las iniciativas de beneficio comunitario son servicios y ayudas para los miembros y la comunidad en general para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad. YCCO promueve las áreas prioritarias de nuestro Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (CHP) en las iniciativas que elegimos. Estas áreas son vivienda, alimentación y nutrición, bebés y niños, salud mental y abuso de sustancias, preparación para emergencias, acceso a la atención médica y transporte.

Algunos ejemplos de iniciativas de beneficios comunitarios son:

- Clases para educación de padres y apoyo familiar
- Programas basados en la comunidad que ayudan a las familias a conseguir frutas y verduras frescas en el mercado de agricultores
- Mejoras en el transporte activo, como carriles seguros para bicicletas y aceras.
- Programas basados en la escuela para fomentar un entorno enriquecedor que mejore la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los alumnos.

- Capacitación para profesores y organizaciones basadas en la comunidad específicas para niños, sobre prácticas educadas en trauma

Atención comunitaria de salud bucal
Con gusto ayudamos a los miembros a obtener servicios de salud dental en entornos comunitarios. YCCO trabaja con Capitol Dental para enviar higienistas dentales con un permiso especial a las escuelas, Women Infants Children (WIC), Head Start, consultorios médicos, centros de atención a largo plazo y otros lugares de la comunidad para completar evaluaciones. También brindan algunos servicios preventivos mientras están allí, como fluoruro o fluoruro de plata, y ayudan a las personas a comprender cómo cuidar sus dientes.

En los lugares donde no tenemos un higienista que pueda hacer esto, trabajamos con otras organizaciones. Los servicios que se prestan en la comunidad deberían ser gratis para usted si están cubiertos por su plan. Si no está seguro, puede preguntar a la persona que presta el servicio o llamar al servicio para miembros

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN) se refieren a barreras a la salud, como la vivienda o el acceso a los alimentos. Comuníquese con YCCO para ver qué servicios HRSN gratuitos están disponibles. Los servicios HRSN incluyen:

- Servicios de Vivienda: Ayuda con el alquiler y los servicios públicos, para conseguir o conservar una vivienda, costos de mudanza y modificaciones en el hogar. Esto comenzará no antes del 1 de noviembre de 2024 y será para miembros en riesgo de quedarse sin hogar. Para otros, este servicio comenzará en una fecha posterior.
- Servicios climáticos: Ayuda para obtener aires acondicionados, calentadores, filtros de aire, fuentes de alimentación portátiles y mini refrigeradores relacionados con la salud. Esto comenzará en marzo de 2024.
- Servicios de Nutrición: Incluyen educación nutricional, comidas médicamente adaptadas, comidas o surtido de despensa, recetas de frutas y verduras. Esto comenzará el 1 de enero de 2025.

Puede ser elegible para recibir algunos o todos los servicios de HRSN si es miembro del OHP y:

- No tienen hogar o corren el riesgo de quedarse sin hogar;
- Están siendo dados de alta de un Instituto de Enfermedades Mentales;
- Están siendo liberados de la cárcel;
- ¿Es un joven en transición fuera del sistema de bienestar infantil;
- Es un joven con necesidades especiales de atención médica (no puede recibir servicios hasta 2025); o
- Es una persona que está en transición a un estatus dual con OHP y Medicare?

Puede solicitar que se le realice una evaluación de elegibilidad o negarse a la evaluación de elegibilidad. Si se le aprueba, puede optar por recibir o no recibir los servicios HRSN. Si se aprueban, los servicios HRSN son gratuitos para usted y puede optar por no participar en cualquier momento. Si recibe servicios HRSN, su equipo de coordinación de atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención incluya los servicios que recibe. Consulte la página 32 para la coordinación de la atención y los planes de atención.

Tenga en cuenta que para ser evaluado y recibir servicios HRSN, sus datos personales pueden recopilarse y utilizarse durante las remisiones. Puede limitar la forma en la que se comparte su información.

Traslados gratuitos para recibir atención

Transporte gratuito a las citas para todos los miembros

De YCCO si necesita ayuda para ir a una cita, llame a WellRide para que le lleven gratis. Usted puede obtener transporte gratis a cualquier visita física, dental, de salud mental o farmacia que este cubierta por YCCO.

Usted o su representante pueden solicitar transporte. Es posible que le demos un boleto de autobús, dinero para un taxi o que un conductor lo recoja. Es posible que le paguemos dinero para la gasolina a usted, a un familiar o a un amigo para que lo lleve.
Este servicio es gratuito. YCCO nunca le facturará los viajes hacia o desde los servicios cubiertos. Llame a Servicio al Cliente de WellRide al 844-256-5720 (TTY 711) para obtener ayuda o más información.

Programe un viaje

Llame a WellRide al 844-256-5720 (TTY 711)

Horario: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. WellRide está cerrado los días de Año Nuevo, Día de los Caídos, Cuatro de Julio, Día del Trabajador, Día de Acción de Gracias y Navidad.

Por favor llame al menos 2 días hábiles antes de la cita para programar un viaje. Esto nos permitirá asegurarnos de que podemos satisfacer sus necesidades de transporte.

Puede obtener transporte el mismo día o al día siguiente. Por favor llame a WellRide.

Usted o alguien que conoce puede programar más de un y trayecto a la vez para múltiples citas. Puede programar transporte para citas futuras con hasta 90 días de anticipación.

Qué esperar cuando llamas

YCCO cuenta con personal del centro de llamadas de transporte que puede ayudarlo en su idioma preferido y de una manera que pueda comprender. La ayuda es gratuita.

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

Cuando llame para programar un viaje, 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 ayuda de un asistente.
- Cualquier otra necesidad especial (como una silla de ruedas o un animal de servicio).

Verificaremos si está afiliado a YCCO y si su cita es para un servicio cubierto. Recibirá más información sobre su transporte en un plazo de 24 horas. Recibirá información sobre su solicitud de transporte de la forma que elija (teléfono, correo electrónico o fax).

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

Recogida y dejada

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 viaje para confirmar los detalles. Le recogerán a la hora programada. Le rogamos que sea puntual. Si llega tarde, le esperarán 15 minutos después de la hora prevista. Eso quiere decir que si su viaje está programado para las 10 a.m., le esperarán hasta las 10:15 a.m.

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

- **Primera cita del día:** Lo dejaremos no más de 15 minutos antes de que abra la oficina.
- **Última cita del día:** Lo recogeremos a más tardar 15 minutos después del cierre de la oficina, a menos que no se espere que la cita finalice dentro de los 15 minutos posteriores al cierre.
- **Pedir más tiempo:** Debe pedir que lo recojan antes o que lo dejen más tarde de estas horas. Su representante, padre o tutor también puede presentar una petición de transporte.
- **Llame si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la horade recogida:** Si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida programada, llame a la compañía de transporte. El personal le informará si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachador antes de salir del lugar de recogida.

- **Llame si no tiene un horario de recogida:** Si no hay una hora de recogida programada para su viaje de vuelta, llámenos cuando esté listo. Su conductor estará allí antes de 1 hora después de su llamada.

WellRide es un programa de transporte compartido. Se puede recoger o dejar a otros pasajeros en el trayecto. Si tiene varias citas, es posible que le soliciten programarlas para el mismo día. Esto nos ayudará a hacer menos viajes.

Puede pedir que un amigo o familiar lo lleve a la cita. Se les puede reembolsar (pagar) por las millas que conduzcan.

Como pasajero, tiene derechos y responsabilidades:

Tiene derecho a:

- Obtener un viaje seguro y confiable que satisfaga sus necesidades.
- Ser tratado con respeto.
- Solicitar servicios de interpretación cuando hable con el servicio de atención al cliente.
- Obtener materiales en un idioma o formato que satisfaga sus necesidades.
- Recibir una notificación por escrito cuando se le deniegue el transporte.
- Presentar una queja sobre su experiencia con el transporte.
- Solicitar una apelación, solicitar una audiencia o solicitar ambas cosas si cree que se le ha denegado un servicio de transporte injustamente.

Sus responsabilidades son:

- Tratar a los conductores y a los demás pasajeros con respeto.
- Llamarnos lo antes posible para programar, cambiar o cancelar un viaje.
- Usar cinturón de seguridad y los demás equipos de seguridad requeridos por la ley (por ejemplo: asiento de auto).
- Solicitar con anticipación cualquier parada adicional, como la farmacia.

Cancelar o cambiar el transporte.

Llame a WellRide cuando sepa que necesita cancelar o reprogramar su viaje, al menos 2 horas antes de la hora de recogida.

Puede llamar a WellRide de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m. Deje un mensaje si no puede llamar durante las horas de oficina. Llame a WellRide si tiene alguna pregunta o cambios en el viaje.

Cuando no se presenta a su cita

Un “no presentarse” es cuando usted no está listo para que lo recojan a tiempo. Su conductor

esperará al menos 15 minutos después de la hora programada de recogida antes de marcharse. Podemos restringir sus viajes futuros si tiene demasiados "no-presentarse".

Tener una restricción significa que podríamos limitar la cantidad de transporte que puede realizar, limitarlo a un solo conductor o requerir llamadas antes de cada viaje.

Si su transporte es negado.

Recibirá una llamada para informarlo de que su transporte ha sido denegado. Todas las denegaciones son revisadas por dos miembros del personal antes de enviárselas a usted. Si su viaje es denegado, le enviaremos por correo una carta de denegación en un plazo de 72 horas posteriores a la decisión. En la notificación se indica la regla y el motivo de la denegación.

Puede solicitar una apelación ante YCCO si no está de acuerdo con la denegación. Tiene 60 días a partir de la fecha de la notificación de la denegación para solicitar una apelación. Después de la apelación, si la denegación se mantiene firme también tiene derecho a solicitar una audiencia al estado.

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

Tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento, incluso si ya ha presentado la queja antes. Algunos ejemplos de queja o reclamación son:

- Preocupaciones sobre la seguridad del vehículo
- Calidad de los servicios
- Interacciones con conductores y proveedores (por ejemplo, falta de cortesía)
- El servicio de transporte solicitado no se prestó según lo acordado
- Derechos del consumidor

Obtenga más información sobre quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias en la página 102.

Guía del transporte

Obtenga la Guía para pasajeros de WellRide en: https://yamhillcco.org/ members/transportation/. Usted o su representante también pueden llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8205 para solicitar una copia impresa gratuita. Se enviará en 5 días hábiles. La copia impresa puede estar en el idioma y formato que prefieras.

La guía contiene información adicional, como:

- Ayuda sobre sillas de ruedas y movilidad.
- Seguridad de los vehículos.
- Deberes y normas del conductor.

- Qué hacer en caso de emergencia o mal tiempo.
- Citas a larga distancia.
- Reembolso de comidas y alojamiento.

Recibir atención por video o teléfono

La telesalud (también conocida como telemedicina y teleodontología) es una forma de recibir atención médica sin tener que acudir a la clínica o al consultorio. Telesalud significa que usted puede tener su cita a través de una llamada telefónica o videollamada. YCCO cubrirá las citas de telesalud. Telesalud le permite visitar a su proveedor usando un:

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

Si no tiene acceso a Internet o vídeo, hable con su proveedor sobre que es más conveniente para usted.

Cómo encontrar proveedores de telesalud

No todos los proveedores tienen opciones de telesalud. Debe preguntar sobre telesalud cuando llame para programar su cita. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de telesalud, Servicio al Cliente o Community Health Hub pueden ayudarlo, puede comunicarse con ambos en el 855-722-8205(TTY 711).
Si tiene algún problema de audio o vídeo en su visita de telesalud, no dude en consultar a su proveedor.

Cuándo utilizar la telesalud

Los miembros de YCCO que utilicen la telesalud tienen derecho a recibir los servicios de salud física, dental y conductual que necesiten.
Algunos ejemplos de cuándo puede utilizar la telesalud son:

- Cuando su proveedor quiere hablar con usted antes de surtir una receta.
- Servicios de consejería.
- Seguimiento después de una cita en persona.
- Cuando tenga preguntas médicas rutinarias.
- Si está en cuarentena o practica el distanciamiento social debido a una enfermedad.
- Si no está seguro de si debe acudir a la clínica o al consultorio.

La telesalud no se recomienda para emergencias. Si cree que su vida está en peligro, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Vea la página 73 para obtener una lista de hospitales con salas de emergencia.

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

Para saber si un proveedor dentro de la red ofrece visitas de telesalud, llame al proveedor y pregúntele. Para encontrar un proveedor dentro de la red, busque en el directorio aquí: https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/.

Las visitas de telesalud son privadas

Los servicios de telesalud que ofrece su proveedor son seguros. Cada proveedor tiene su propio sistema para las citas de telesalud, pero todos deben cumplir la ley.

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en la página 13.

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

Tiene derecho a:

- Obtener servicios de telesalud en el idioma que requiera.
- Contar con proveedores que respeten sus necesidades culturales y lingüísticas.
- Obtenga servicios de interpretación calificados y certificados para usted y su familia. Obtenga más información en la página 3.
- Recibir visitas en persona, no sólo de telesalud.
    - YCCO se asegurará de que usted pueda elegir cómo recibir sus visitas. Un proveedor no puede obligarlo a utilizar la telesalud a menos que haya un estado de emergencia declarado o que un centro esté utilizando su plan para desastres.
- Obtener ayuda y disponer de las herramientas necesarias para la telesalud.
    - YCCO le ayudará a identificar qué herramienta de telesalud es mejor para usted.

Hable con su proveedor sobre la telesalud. También puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8205 (TTY 711). Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Medicamentos recetados

Para surtir una receta, puede ir a cualquier farmacia de la red de YCCO. Puede encontrar una lista de farmacias con las que trabajamos en nuestro directorio de proveedores en https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/.

Para todas las recetas cubiertas por YCCO, lleve a la farmacia:

- La receta.
- Su tarjeta de identificación de YCCO, tarjeta de identificación de Salud de Oregón u otra prueba de cobertura, como una tarjeta de identificación de la Parte D de Medicare o una

tarjeta de seguro privado. Es posible que no pueda surtir una receta sin ellas.

Recetas cubiertas

La lista de medicamentos cubiertos de YCCO se encuentra en: https://yamhillcco.org/members/pharmacy-drug-list/.

- Si no está seguro de si su medicamento está en nuestra lista, llámenos. Lo comprobaremos por usted.

Si su medicamento no está en la lista, infórmeselo a su proveedor. Su proveedor puede pedirnos que lo cubramos.

- YCCO necesita aprobar algunos de los medicamentos de la lista antes de que su farmacia pueda surtirlos. Para estos medicamentos, su proveedor nos pedirá que los aprobemos.

YCCO también cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC) cuando su proveedor o farmacia se los receta. Los medicamentos de venta libre son aquellos que normalmente compraría en una tienda o farmacia sin receta, como la aspirina.

Pida a YCCO que cubra las recetas

Cuando su proveedor le solicita a YCCO que apruebe o cubra una receta:

- Los médicos y farmacéuticos de YCCO revisarán la solicitud de su proveedor.
- Tomaremos una decisión dentro de las 24 horas.
- Si necesitamos más información para tomar una decisión, puede demorar 72 horas.

Si YCCO decide no cubrir el medicamento recetado, recibirá una carta de YCCO. La carta explicará:

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

Llame al Servicio al Cliente de YCCO para la farmacia al 877-216-3644 (TTY 711) si tiene preguntas.

Farmacia de pedidos por correo

Costco Pharmacy Home Delivery o Postal Prescription Service pueden enviar algunos medicamentos a su domicilio. Es lo que se llama farmacia de envíos por correo. Si le resulta difícil recoger su medicamento recetado en una farmacia, la farmacia de pedido por correo puede ser una buena opción. Llame al Servicio al Cliente de YCCO para la farmacia al 877-216-3644 (TTY 711)

- Obtenga más información sobre la farmacia de pedidos por correo y
- Prepárese con una farmacia de pedidos por correo.

OHP paga por medicamentos de salud conductual

YCCO no paga la mayoría de los medicamentos utilizados para tratar condiciones de salud conductual. En cambio, OHP paga por ellos. Si necesita medicamentos para la salud conductual:

- YCCO y su proveedor lo ayudarán a obtener los medicamentos que necesita.
- La farmacia envía la factura de su receta directamente al OHP. YCCO y su proveedor lo ayudarán a obtener los medicamentos de salud conductual que necesite. Hable con su proveedor si tiene preguntas. También puede llamar al Servicio al Cliente de YCCO al 855-722-8205 (TTY 711).

Cobertura de medicamentos recetados para miembros con Medicare

YCCO y OHP no cubren los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare.

Si califica para la Parte D de Medicare pero decide no inscribirse, tendrá que pagar por estos medicamentos.

Si tiene la Parte D, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y su tarjeta de identificación de YCCO en la farmacia.

Si la Parte D de Medicare no cubre su medicamento, su farmacia puede enviar la factura a YCCO. Si el OHP cubre el medicamento, YCCO lo pagará.

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en la página 34.

Obtener recetas antes de un viaje

Si planea viajar fuera del estado, asegúrese de tener suficientes medicamentos para su viaje. Para hacer esto, solicite obtener un resurtido de su receta con anticipación. Esto se llama autorización por vacaciones.
Llame a YCCO al 855-722-8205 (TTY 711) para averiguar si esta es una buena opción para usted.

Hospitales

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

McMinnville

Willamette Valley Médica Center
2700 SE Stratus Ave.
McMinnville, OR 97128
503-472-6131 (TTY 711)
https://willamettevalleymedical.com/

Newberg

Providence Newberg Medical Center
1001 Providencia Dr.
Newberg, OR 97132
503-537-1555 o 800-562-8964 (TTY 711)
https://oregon.providence.org/location-directory/p/providence-newberg-medical-center/

Dallas

West Valley Hospital
525 SE Washington St.
Dallas, OR 97338
503-623-8301 (TTY 711)
https://www.salemhealth.org/services/salem-health-west-valley

Salem

Salem Health Hospital
890 Oak St. SE
Salem, OR 97301
503-370-5200 o 800-876-1718 (TTY 711)
https://www.salemhealth.org/

Tualatin

Legacy Meridian Park Hospital
19300 SW 65° Ave.
Tualatin, OR 97602
503-692-1212 (TTY 711)
https://www.legacyhealth.org/locations/hospitals/legacy-meridian-park-medical-center.aspx

Oregon City

Providence Willamette Falls Medical Center
1500 Division St.
Oregon City, OR 97045
503-656-1631 (TTY 711)
https://oregon.providence.org/location-directory/p/providence-willamette-falls-medical-center/

Atención de urgencias

Un problema de urgencia es lo bastante serio como para ser tratado de inmediato, pero no lo suficientemente grave como para recibir tratamiento de inmediato en la sala de emergencias.

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

No necesita una remisión para atención de urgencia o emergencia. Para obtener una lista de centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa, consulte a continuación o búsquelos en el directorio de proveedores aquí: https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/.

Atención física urgente

Algunos ejemplos de atención física de urgencia son:

- Cortes sin mucho sangrado, pero que podrían necesitar puntos.
- Roturas menores de hueso y fracturas de dedos de manos y pies.
- Esguinces y torceduras.

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

Puede llamar en cualquier momento, del día o de la noche, los fines de semana y los días festivos. Dígale al consultorio del PCP que es miembro de YCCO. Recibirá asesoramiento o una remisión. Si no se puede comunicar con su PCP por un problema de urgencia o si su PCP no puede atenderle pronto, vaya a un centro de atención de urgencias o a una clínica sin cita previa. No necesita cita previa. Consulte a continuación la lista de clínicas de atención de urgencia y sin cita previa.

Si necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente de YCCO al 855-722-8205 (TTY 711).

Si no sabe si su problema es urgente, llame al consultorio de su proveedor, incluso si está cerrado. Es posible que obtenga un servicio de contestación. Deje un mensaje y diga que es miembro de YCCO. Es posible que le aconsejen o le recomienden otro lugar donde llamar. Recibirá una llamada de un representante de YCCO dentro de los 30 a 60 minutos posteriores a su llamada para hablar sobre los próximos pasos.

Para asesoramiento que no sea de urgencia y citas, llame durante el horario de oficina.

Centros de atención urgente y clínicas sin cita previa en el área de YCCO:

Condado de Yamhill

BestMed Urgent Care

1755 SW Baker Street
McMinnville, OR 97128
971-900-4522

Condado de Washington

Providence Medical Group
16770 SW Edy Road, Suite 102
Sherwood, OR 97140
503-216-9600 Option 2 (TTY 711)

Legacy GoHealth Urgent Care
21430 SW Langer Farms Parkway, Suite 158
Sherwood, OR 97140
971-808-0655 (TTY 711)

Tuality Medical Group Urgent Care
7545 SE TV Highway
Hillsboro, OR 97123
503-681-4223 (TTY 711)

Marion County

Salem Health Urgent Care
1002 Bellevue Street SE
Salem, OR 97301
503-564-4824 (TTY 711)

Atención dental urgente

Algunos ejemplos de atención dental urgente son:

- Dolor de muelas que lo despierta por la noche y dificulta la masticación.
- Un diente astillado o roto.
- La pérdida de una corona o empaste.
- Absceso (una bolsa de pus en un diente causada por una infección).

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

Si no se puede comunicar con su PCD o no tiene uno, llame al servicio al Cliente al 800-525-6800. Lo ayudarán a encontrar atención dental urgente, según su condición. Debe programar una cita dentro de las 2 semanas, o 1 semana si está embarazada, por una condición dental urgente.

Atención de emergencia

Llame al 911 si necesita una ambulancia o vaya a la sala de emergencias si cree que está en peligro. Una emergencia requiere atención inmediata y pone su vida en peligro. Puede ser una lesión repentina o una enfermedad repentina. Las emergencias también pueden causar daños a su cuerpo. Si está embarazada, la emergencia también puede causarle daño a su bebé**. Puede obtener servicios de urgencia y 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 emergencias es para casos en los que necesita atención inmediata y su vida está en peligro.
Algunos ejemplos de emergencias médicas son:

- Huesos rotos.
- Sangrado que no se detiene.
- Un posible ataque al corazón.
- Pérdida del conocimiento.
- Convulsiones.
- Dolor intenso.
- Dificultad para respirar.
- Reacciones alérgicas.

Para obtener más información sobre la atención de emergencia:

- Llame a su PCP o a servicio al cliente de YCCO en el plazo de 3 días después de recibir atención de emergencia.
- Tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otro centro, dentro de Estados Unidos.
- Las emergencias están cubiertas en Estados Unidos. No están cubiertas en México ni en Canadá.
- La atención de emergencia incluye servicios de post-estabilización (cuidados posteriores). Los servicios de atención posterior son servicios cubiertos relacionados con una condición de emergencia. Recibirá estos servicios una vez estabilizado. Ayudan a mantener estable su condición de salud. Ayudan a mejorar o solucionar su condición.

Consulte una lista de hospitales con salas de emergencia en la página 80.

Emergencias dentales

Una emergencia dental se da cuando usted necesita atención dental en el mismo día. Esta atención está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Una emergencia dental puede requerir tratamiento inmediato. A continuación, encontrará algunos ejemplos:

- Se ha caído un diente (que no es un diente “que se mueve” de la infancia).

- Tiene hinchazón facial o infección en la boca.
- El sangrado de las encías no se detiene.

En caso de emergencia dental, llame a su dentista de atención primaria (PCD) Lo atenderán en un plazo de 24 horas. Algunos consultorios tienen un horario de atención de emergencias sin cita previa. Si no se puede comunicar con su PCD o no tiene uno, llame al servicio al Cliente al 800-525-6800. Ellos lo ayudarán a obtener atención dental de emergencia.

Si ninguna de estas opciones funciona, llame al 911 o vaya a una sala de emergencias. **Si necesita una ambulancia, llame al 911.** Vea una lista de hospitales con salas de emergencia en la página 80

Crisis y emergencias de salud conductual

Una emergencia de salud conductual ocurre cuando necesita ayuda de inmediato para sentirse o para estar seguro. Ocurre cuando usted u otra persona están en peligro. Un ejemplo es cuando se siente fuera de control. Es posible que sienta que su seguridad está en riesgo o que tenga pensamientos de lastimarse a sí mismo o a otros. **Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia si está en peligro.**

- Los servicios de emergencia de salud conductual no necesitan una remisión o autorización previa. YCCO ofrece a sus miembros ayuda y servicios de crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud conductual puede ayudarlo a obtener servicios para mejorar y estabilizar la salud mental. Trataremos de ayudarlo y apoyarlo después de una crisis.

Números de crisis locales y de 24 horas, centros de crisis sin cita previa y de recepción.

Puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear con el 988. El 988 es una línea de vida para casos de suicidio y crisis donde puede obtener apoyo solidario y comprensivo por parte de asesores de crisis capacitados, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Condado de Polk:
503-623-9289
503-581-5535 o (800) 560-5535 (después de las horas de oficina, fines de semana y días feriados)

Condado de Washington:
503-291-9111

Condado de Yamhill
503-434-7465 o (844) 842-8200 (después de las horas de oficina, fines de semana y días feriados)
503-434-7523 (durante el día para adultos)
503-434-7462 (durante el día para niños y jóvenes)

Una crisis de salud conductual ocurre cuando necesita ayuda rápidamente. Si no se trata, la condición puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas locales de crisis de 24 horas indicadas anteriormente o llame al 988 si sufre alguna de las siguientes situaciones o no está seguro de si se trata de una crisis. Queremos ayudarlo y apoyarlo para prevenir una emergencia.

Estos son algunos ejemplos de factores a tener en cuenta si usted o un miembro de su familia está sufriendo una emergencia o crisis de salud conductual:

- Está pensando en el suicidio.
- Escucha voces que le dicen que se haga daño a sí mismo o a otra persona.
- Le hace daño a otras personas, animales o bienes.
- Comportamientos peligrosos o muy perturbadores en la escuela, en el trabajo o con los amigos o la familia.

Estas son algunas de las cosas que YCCO puede hacer para apoyar la estabilización en la comunidad:

- Línea directa de crisis a la que llamar cuando un miembro necesita ayuda.
- Equipo móvil de crisis que irá a donde esté el miembro que necesite ayuda.
- Centros de crisis con y sin cita previa (ver abajo)
- Servicio de relevo en caso de crisis (cuidados a corto plazo)
- Alojamiento a corto plazo para estabilizarse.
- Servicios posteriores a la estabilización y servicios de atención urgente. Esta atención está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos, relacionados con una emergencia médica o de salud conductual, que se prestan una vez que la emergencia está estabilizada y para mantener la estabilización o para resolver la condición.
- Servicios de respuesta a crisis, las 24 horas del día, para miembros que reciben tratamiento intensivo de salud conductual en el hogar.

Vea más sobre los servicios de salud conductual que se ofrecen en la página 48.

Prevención del suicidio

Si padece una enfermedad mental y no recibe tratamiento, corre el riesgo de suicidarse. Con el tratamiento adecuado, su vida puede mejorar.

Signos comunes de suicidio

Busque ayuda si observa alguna señal de que usted o alguien que conoce está pensando en suicidarse. Al menos el 80% de las personas que piensan en el suicidio desean ayuda. Es necesario tomar en serio las señales de advertencia. Aquí hay algunas señales de advertencia de suicidio:

- Hablar de querer morir o suicidarse.
- Planear una forma de suicidarse, como comprar un arma.
- Sentirse desesperanzado o sin motivos para vivir.
- Sentirse atrapado o con un dolor intolerable.
- Hablar de ser una carga para los demás.
- Regalar posesiones preciadas.
- 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 el suicidio.

También puede obtener ayuda

- **Marcando el 988**
- Buscando en línea el número de crisis de salud mental de su condado. Pueden realizarle una evaluación y ayudarle a obtener los servicios que necesita. Para obtener una lista de líneas directas de crisis adicionales, consulte la página 78 o visite: https://yamhillcco.org/members/find-a-provider/behavioral-health/.

Seguimiento después de una emergencia.

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Esto significa cualquier cosa que necesite después de salir de la sala de emergencias. La atención de seguimiento no es una emergencia. El OHP no cubre la atención de seguimiento cuando usted está fuera del estado. Llame a su proveedor de atención primaria o al consultorio de su dentista de atención primaria para programar cualquier atención de seguimiento.

- Debe recibir la atención de seguimiento de su proveedor o de dentista habitual. Le puede pedir al médico de emergencias que llame a su proveedor para acordar la atención de seguimiento.

- Llame a su médico o dentista lo antes posible después de recibir atención urgente o de emergencia. Dígale a su proveedor o dentista dónde lo trataron y el motivo del tratamiento.

- Su proveedor o dentista se encargará de su seguimiento y de programar una cita si la necesita.

Atención fuera de su domicilio

Atención planificada fuera del estado

YCCO le ayudará a encontrar un proveedor fuera del estado y a pagar por un servicio cubierto cuando:

- Necesite un servicio que no está disponible en Oregón
- O si el servicio es económico

Para obtener más información sobre cómo puede obtener un resurtido de medicamentos recetados antes de su viaje, consulte la página 84.

Atención de emergencia fuera de casa

Es posible que necesite atención de emergencia cuando se encuentre fuera de casa o fuera del área de servicio de YCCO. **Llame al 911 o vaya a cualquier departamento de emergencia.** No necesita autorización previa para los servicios de emergencia. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos, esto incluye la salud conductual y las afecciones dentales de urgencia. No cubrimos servicios fuera de Estados Unidos, incluyendo Canadá y México.

No pague la atención de emergencia. Si paga la factura de la sala de emergencias, YCCO no podrá reembolsarle el dinero. Consulte la página 85 para saber qué hacer si le envían la factura.

Por favor, siga los siguientes pasos si necesita atención de emergencia fuera de casa

1. Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregón y su tarjeta de identificación de YCCO cuando viaje fuera del estado.

2. Muéstreles su tarjeta de identificación de YCCO y pídales que envíen la factura a YCCO.

3. No firme ningún documento hasta que sepa que el proveedor facturará a YCCO. A veces, YCCO no puede pagar su factura si se ha firmado un formulario de acuerdo de pago. Para obtener más información sobre este formulario, consulte la página 85.

4. Puede pedirle a la sala de emergencias o a la oficina de facturación del proveedor que se comuniquen con YCCO si desean verificar su seguro o tienen alguna pregunta.

5. Si necesita consejos sobre qué hacer o necesita atención que no sea de emergencia fuera de casa, llame a YCCO para obtener ayuda.

En momentos de emergencia, los pasos anteriores no siempre son posibles. Estar preparado y saber los pasos a seguir para obtener atención de emergencia cuando está fuera del estado, puede solucionar problemas de facturación cuando está fuera del estado. Estos pasos pueden ayudar a evitar que le facturen servicios que YCCO puede cubrir. YCCO no puede pagar un servicio si el proveedor no nos ha enviado una factura.

Facturas por servicios

Los miembros del OHP no pagan facturas por los servicios cubiertos

Cuando programe su primera visita con un proveedor, informe en el consultorio que pertenece a YCCO. Hágales saber si también tiene otro seguro. Esto ayudará al proveedor a saber a quién facturar. Lleve su tarjeta de identificación a todas las visitas médicas.

Ningún proveedor dentro de la red de YCCO (para obtener una lista de proveedores dentro de la red, consulte la página 27). o alguien que trabaje para ellos puede facturar a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobranza o mantener una acción civil contra un miembro para cobrar cualquier dinero que YCCO adeude al proveedor contratado por servicios de los que usted no es responsable.

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

- Las citas perdidas no son un servicio del OHP (Medicaid) y no se pueden facturar al miembro ni al OHP.
- Si su proveedor no envía la documentación correcta o no obtiene una aprobación, no le pueden enviar una factura por ello. Esto se llama un error del proveedor.

Los miembros no pueden recibir una factura por balance pendiente o sorpresa.

Cuando un proveedor cobra por el importe faltante de la factura se llama facturación del balance. También se llama facturación sorpresa. El importe es la diferencia entre la cantidad real

facturada y la cantidad que YCCO paga. Esto ocurre con más frecuencia cuando usted ve a un proveedor fuera de la red. Los miembros no son responsables de estos costos.

Si tiene preguntas, llame al servicio al cliente al 855-722-8205. Para obtener más información sobre facturación sorpresa, visite https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf.

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

Llame a YCCO para obtener ayuda de inmediato al 855-722-8205, (TTY 711).

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

Puede haber servicios por los que tiene que pagar.

Por lo general, con YCCO, no tendrá que pagar ninguna factura médica. A veces, sin embargo, deberá hacerlo. Cuando necesite atención, hable con su proveedor sobre las opciones. El consultorio del proveedor consultará con YCCO para ver si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si elige recibir un servicio que no está cubierto, es posible que deba pagar la factura.

Tiene que pagarle al proveedor si:

- **Recibe atención rutinaria fuera de Oregón.** Recibe servicios fuera de Oregón que no son para atención de urgencia o emergencia.

- **No informa al proveedor que tiene OHP.** No avisó al proveedor que tiene YCCO, otro seguro o le dio un nombre que no coincidía con el que aparece en la identificación de YCCO en el momento de o después de recibir el servicio, por lo que el proveedor no pudo enviar la factura a YCCO. Los proveedores deben verificar su elegibilidad de YCCO en el momento del servicio y antes de enviar la factura o enviarla a cobros. Deben intentar obtener información de cobertura antes de facturarle.

- **Sigue recibiendo un servicio denegado.** Usted o su representante pidieron la continuación de beneficios durante el proceso de audiencia de un caso en litigio, y la decisión final no fue a su favor. Tendrá que pagar los cargos incurridos por los servicios denegados a partir de la fecha de entrada en vigor del aviso de acción o del aviso de resolución de apelación.

- **Recibe dinero por servicios derivados de un accidente.** Si un tercero pagador, como el seguro de automóvil, le envió cheques por los servicios que recibió de su proveedor y usted no utilizó estos cheques para pagarle.

- **No trabajamos con ese proveedor.** Cuando elige ver a un proveedor que no pertenece a la red de YCCO, es posible que tenga que pagar por sus servicios. Antes de consultar a un proveedor que no está dentro de la red de YCCO, debe llamar a Servicio al Cliente o trabajar con su PCP. Es posible que se necesite aprobación previa o que haya un proveedor dentro de la red que pueda satisfacer sus necesidades. Para obtener una lista de proveedores dentro de la red, consulte la página 27.

- **Elige recibir servicios que no están cubiertos.** Debe pagar cuando elige recibir servicios que el proveedor le dice que no están cubiertos por YCCO. En este caso:
  - El servicio es algo que su plan no cubre.
  - Antes de recibir el servicio, firme un formulario de Acuerdo de Pago válido. Obtenga más información sobre el formulario a continuación.
  - Póngase siempre en contacto primero con el servicio al cliente de YCCO para hablar sobre lo que está cubierto. Si recibe una factura, póngase en contacto inmediatamente con el servicio al cliente de YCCO.
  - Algunos ejemplos de servicios no cubiertos:
    - Ciertos tratamientos, como los medicamentos sin receta, para condiciones de las que puede cuidarse en casa o que se curan solas (resfriados, gripe leve, callos, durezas, etc.).
    - Cirugías o tratamientos estéticos.
    - Servicios para poder quedarse embarazada.
    - Tratamientos que no suelen ser eficaces.
    - Ortodoncia, excepto para maloclusión invalidante y para tratar el paladar hendido en niños.

Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos o no cubiertos, comuníquese con Servicio al Cliente de YCCO al 855-722-8205 (TTY 711).

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

Un formulario de acuerdo de pago se utiliza cuando usted desea un servicio que no está cubierto por YCCO o el OHP. El formulario también se llama exención. Puede ver una copia del formulario en https://bit.ly/OHPwaiver.

Se debe cumplir lo siguiente para que el formulario de acuerdo de pago sea válido:

- El formulario debe tener el costo estimado del servicio. Debe ser el mismo monto que figura en la factura.

- El servicio está programado en los 30 días que siguen a la fecha en que firmó la exención.
- El formulario indicaba que el Plan de Salud de Oregón no cubría el servicio.
- El formulario indicaba que usted aceptaba pagar la factura.
- Usted solicitó pagar de su bolsillo por un servicio privado. Si usted elige hacer esto, el proveedor puede enviarle la factura si lo informan con antelación de lo siguiente:
    - El servicio está cubierto y YCCO les pagaría el total por el servicio cubierto.
    - El costo estimado, incluidos todos los cargos relacionados, la cantidad que YCCO pagaría por el servicio. El proveedor no puede facturarle una cantidad mayor a la que pagaría YCCO; y,
    - Que usted, con conocimiento y voluntariamente está de acuerdo en pagar por el servicio cubierto.
- El proveedor documenta por escrito, con su firma o la de su representante, que le brindó la información antes mencionada, y:
    - Le dieron la oportunidad de hacer preguntas, obtener más información y consultar con su asistente social o representante.
    - Acepta pagar de forma privada. Usted o su representante firmaron el acuerdo que contiene toda la información de pago privada.
    - El proveedor debe darle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede enviar un reclamo a YCCO por el servicio cubierto mencionado en el acuerdo.

Facturas por atención de emergencia fuera de su domicilio o fuera del estado

Debido a que algunos proveedores de atención de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las normas del OHP (Medicaid) de Oregón, es posible que le envíen una factura. Póngase en contacto con el servicio al cliente de YCCO si recibe una factura. Podemos tener recursos para ayudarlo si ha recibido una factura injustamente.

Llámenos inmediatamente si recibe alguna factura de proveedores de fuera del estado. Algunos proveedores envían las facturas impagas a agencias de colecciones e incluso pueden demandarle para que les paguen. Una vez que esto ocurre, es más difícil solucionar el problema. En cuanto reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con el servicio de atención al cliente de YCCO lo antes posible al 855-722-8205 (TTY 711).
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Si recibe documentos de la corte, llámenos enseguida. También puede llamar a un abogado o a la línea directa de beneficios públicos al 800-520-5292 para obtener

asesoramiento legal gratuito. Hay leyes del consumidor que le pueden ayudar cuando se le envía una factura por error cuando tiene OHP.

- Si recibe una factura porque YCCO denegó su caso, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, sus derechos y sobre qué hacer si no está de acuerdo con nosotros en la página 102.
    - También puede apelar enviando una carta a YCCO indicando que no está de acuerdo con la factura porque estaba en el OHP en el momento del servicio.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas

- Le recomendamos encarecidamente que llame al servicio de atención al cliente antes de aceptar pagar a un proveedor.

- Si su proveedor le pide que pague un co-pago, no lo pague. Pida al personal de la oficina que llame a YCCO.

- YCCO paga todos los servicios cubiertos de acuerdo con la lista priorizada de servicios de salud, consulte la página 34.

- Para obtener una breve lista de los beneficios y servicios que están cubiertos bajo sus beneficios del OHP con YCCO, que también cubre la administración de casos y la coordinación de la atención, consulte la página 34. Si tiene alguna pregunta sobre lo que está cubierto, puede preguntarle a su PCP o llamar al servicio de atención al cliente de YCCO.

- Ningún proveedor de la red de YCCO ni ninguna persona que trabaje para ellos puede facturarle a un miembro, enviar una factura de un miembro a una agencia de cobros, ni iniciar una acción civil contra un miembro para cobrar ningún dinero que YCCO le deba por servicios por los que usted no es responsable.

- Nunca se cobra a los miembros por el transporte a las citas cubiertas. Consulte la página 69. Los miembros pueden pedir reembolsos por conducir a las citas cubiertas o pedir pases de autobús para ir en autobús a sus citas cubiertas.

- Las protecciones para que no le facturen generalmente solo aplican si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía OHP. Además, solo se aplican a los proveedores que trabajan con OHP (la mayoría de los proveedores trabajan con OHP).

- A veces, su proveedor no hace el papeleo correctamente. Cuando esto sucede, es posible que no se le pague. Eso no significa que usted tenga que pagar. Si usted ya recibió el servicio y nosotros nos negamos a pagarle a su proveedor, su proveedor seguirá sin poder facturarle.

- Es posible que reciba un aviso de nuestra parte diciendo que no pagaremos por el servicio. Eso no significa que usted tenga que pagar. El proveedor cancelará los cargos.

- Si YCCO o su proveedor le dicen que el servicio no está cubierto por OHP, aún tiene el derecho de impugnar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la página 102.

- En caso de cierre de YCCO, usted no es responsable de pagar los servicios que cubrimos o brindamos.

Miembros con OHP y Medicare

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

Si tiene ambos, no es responsable de pagar:

- Co-pagos
- Deducibles o
- Cargos de co-seguro por servicios de Medicare, esos cargos están cubiertos por OHP.

Puede que necesite pagar un co-pago por el costo de algunos medicamentos con receta.

En ocasiones, es posible que deba pagar deducibles, co-seguros o copagos si elige consultar a un proveedor fuera de la red. Póngase en contacto con su oficina local de Personas Mayores y Personas con Discapacidad (APD, por su sigla en inglés) o con la Agencia de Área sobre Envejecimiento (AAA, por su sigla en inglés). Ellos le ayudarán a obtener más información sobre cómo utilizar sus beneficios. Llame a Aging and Disability Resource Connection (ADRC) al 855-673-2372 para obtener el número de la oficina local de su APD o AAA.

Para obtener más información acerca de qué beneficios paga Medicare y cuáles paga OHP (Medicaid), o para obtener ayuda para encontrar un proveedor y para aprender cómo obtener servicios, llame al servicio de atención al cliente.

Los proveedores le facturarán a su Medicare y a YCCO.
YCCO trabaja con Medicare y tiene un acuerdo de que todos los reclamos se enviarán para que podamos pagar.

- Dé a su proveedor su número de identificación de OHP y dígale que está cubierto por YCCO. Si todavía le dicen que les debe dinero, llame a servicio de atención al cliente al 855-722-8205, (TTY 711). Podemos ayudarlo.
- Conozca las pocas veces que un proveedor puede enviarle una factura en la página 85.

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

Cambio de CCO y traslado de atención

Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO.

Si no tiene una CCO, a su OHP se le llama pago-por-servicio o tarjeta abierta. Se le llama "pago-por-servicio" porque el estado paga a los proveedores una tarifa por cada servicio que proporcionan. Los miembros de pago por servicio obtienen los mismos tipos de beneficios de atención de salud física, dental y conductual que los miembros de una CCO cuando se puede cambiar o dejar una CCO.

La CCO que usted tiene depende de dónde vive. Las reglas sobre cambiar o abandonar una CCO son diferentes cuando solo hay una CCO en el área y cuando hay más CCO en un área.

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

Indígenas y nativos de Alaska con prueba de ascendencia indígena que deseen recibir atención en otro lugar. Pueden recibir atención en un centro de Servicios de Salud para Indígenas, en una clínica/programa de salud tribal o en una clínica urbana y mediante pago por servicio del OHP.

Áreas de servicio con solo una CCO:

Los miembros con solo una CCO en su área de servicio pueden solicitar cancelar su inscripción (dejar) una CCO y recibir atención del OHP de pago por servicio en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “con causa”:

- El CCO tiene objeciones morales o religiosos sobre el servicio que desea.

- Tiene una razón médica. Cuando los servicios relacionados no están disponibles dentro de la red y su proveedor dice que recibir los servicios por separado le causaría un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otras razones incluyen, entre otras, atención deficiente, falta de acceso a servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades de atención médica específicas.
- Los servicios no se ofrecen en su idioma preferido.
- Los servicios no se ofrecen de una manera culturalmente apropiada; o
- Corre el riesgo de que su atención pierda continuidad.

Si se muda a un lugar en el que su CCO no ofrece servicios, puede cambiar de plan tan pronto como informe a OHP sobre su mudanza. Por favor, llame a OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.

Áreas de servicio con más de una CCO:

Los miembros con más de una CCO en su área de servicio pueden solicitar abandonar y cambiar una CCO en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “con causa”:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
    - Si se muda a un lugar en el que su CCO no ofrece servicios, puede cambiar de plan tan pronto como informe a OHP sobre su mudanza. Por favor, llame a OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted desea.
- Tiene una razón médica. Cuando los servicios relacionados no están disponibles dentro de la red y su proveedor dice que recibir los servicios por separado le causaría un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otras razones incluyen, entre otras, una atención mediocre, falta de acceso a servicios cubiertos, o falta de acceso a proveedores de la red con experiencia en el área de salud específica que usted necesita.
- Los servicios no se ofrecen en su idioma preferido.
- Los servicios no se ofrecen de una manera culturalmente apropiada; o
- Corre el riesgo de que su atención pierda continuidad.

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

- Dentro de 30 días si:
    - No quiere el plan en el que está registrado, o
    - Pidió un cierto tipo de plan y el estado lo registró en otro.
- En los primeros 90 días después de inscribirse en el OHP o

    - Si el estado le envía una carta de "cobertura" que dice que es parte de la CCO después de su fecha de ingreso, entonces tiene 90 días después de la fecha de la carta.
- Después de haber estado con la misma CCO por 6 meses.
- Cuando renueva su OHP.
- Si pierde el OHP por menos de 2 meses, se vuelve a inscribir en una CCO y pierde la oportunidad de elegir la CCO que hubiera tenido al renovar su OHP.
- Cuando a una CCO le suspenden la aceptación de nuevos miembros.
- Al menos una vez cada 12 meses si las opciones anteriores no corresponden.

Puede preguntar sobre estas opciones por teléfono o por escrito. Por favor, llame al 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 a considerar: YCCO quiere asegurarse de que reciba la mejor atención posible. YCCO puede darle algunos servicios que FFS (pago por servicio) o la tarjeta abierta no pueden. Si tiene problemas para recibir la atención adecuada, permítanos intentar ayudarle antes de abandonar YCCO.

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

Dígale a OHP si desea cambiar o dejar su CCO. Usted y/o su representante pueden llamar al servicio de atención al cliente de OHP al 800-699-9075 o al 800-273-0557 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. PT. Utilice su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o envíe un correo electrónico al OHP ats.Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

Puede recibir atención mientras cambia su CCO. Consulte la página 91 para obtener más información.

YCCO puede pedirle que se vaya por algunas razones

YCCO puede pedirle a OHA que lo quite de nuestro plan si usted:

- Es abusivo, poco cooperativo 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 utilice sus beneficios de salud, alterar una receta, robar y otros actos criminales.

- Es violento o amenaza con violencia. Esto podría estar dirigido a un proveedor de atención, su personal, otros pacientes o al personal de YCCO. Cuando el hecho o la amenaza de violencia impide seriamente la capacidad de YCCO de proporcionar un servicio a usted o a otros miembros.

Tenemos que pedir al estado (Autoridad de Salud de Oregón) que revise y apruebe que nosotros lo retiremos de nuestro plan. Recibirá una carta si la solicitud de la CCO para cancelar su inscripción (eliminarlo) 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 93 para saber cómo presentar una queja o solicitar una apelación.

YCCO no puede solicitar la cancelación de su plan por razones relacionadas con las siguientes situaciones (pero no limitadas a las mismas):

- Su estado de salud empeora.
- No utiliza nuestros servicios.
- Utiliza muchos servicios.
- Está a punto de utilizar servicios o de ser ubicado en una instalación de cuidado (como un centro de cuidado a largo plazo o una instalación de tratamiento psiquiátrico a largo plazo).
- Tiene un comportamiento vinculado a sus necesidades especiales que pueda ser disruptivo o poco cooperativo.
- Su clase protegida, su estado de salud o sus antecedentes médicos implican que probablemente necesitará muchos servicios o servicios caros en el futuro.
- Su discapacidad física, intelectual, de desarrollo o mental.
- Está bajo la custodia de la Protección de menores de ODHS.
- Presenta una queja, está en desacuerdo con una decisión, pide una apelación o audiencia.
- Toma una decisión sobre su atención con la que YCCO no está de acuerdo.

Para más información o preguntas sobre otras razones por las que pueda ser dado de baja, exenciones de registro temporales o exenciones de registro, llame a YCCO al 855-722-8205 o al servicio de atención al cliente de OHP al 800-273-0557.

Recibirá una carta con sus derechos al ser dado de baja al menos 60 días antes de que necesite renovar su OHP.

Recibir atención mientras cambia o deja una CCO

Algunos miembros que cambian de plan podrían seguir recibiendo los mismos servicios, cobertura de medicamentos recetados y consultar a los mismos proveedores incluso si no están dentro de la red. Eso significa que la atención se coordinará cuando cambie de CCO o pase del pago por servicio del OHP a una CCO. A esto se le llama a veces "Transición de atención".

Si tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental para pacientes hospitalizados, sus planes nuevos y antiguos deben colaborar para garantizar que reciba la atención y los servicios que necesita.

Cuando usted necesita la misma atención mientras cambia de plan

Esta ayuda es para cuando tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental como paciente internado. Aquí hay una lista de algunos ejemplos de cuándo puede obtener esta ayuda:

- Atención de la enfermedad renal terminal.
- Es un niño médicamente frágil.
- Miembros del programa de tratamiento de cáncer de mama y/o cuello uterino.
- Recibe ayuda de Care Assist debido al VIH/SIDA.
- Cuidados post-trasplante.
- Está embarazada o acaba de tener un bebé.
- Recibe tratamiento para el cáncer.
- Cualquier miembro que si no recibe servicios continuos podría sufrir un serio perjuicio para su salud o estar en riesgo de necesitar atención hospitalaria o institucional.

El tiempo que puede durar esta atención es:

Tipo de membresía	Cuánto tiempo puede recibir la misma atención
OHP con Medicare (beneficio completo y doble elegibilidad)	90 días
Sólo OHP	30 días para la salud física y bucal* 60 días para salud conductual*

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

Si deja YCCO, trabajaremos con su nueva CCO u OHP para asegurarnos de que pueda obtener los mismos servicios que se enumeran a continuación.

Si necesita atención mientras cambia de plan o tiene preguntas, llame al Servicio de atención al cliente de YCCO al: 855-722-8205 (usuarios de TTY, llamen al 711) Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

YCCO se asegurará de que los miembros que necesiten la misma atención mientras cambian de plan reciban:

- Acceso continuo a la atención y al transporte para las citas.
- Servicios de su proveedor incluso si no están en la red de YCCO hasta que suceda uno de estos:
    - El curso de tratamiento mínimo o prescrito esté completo, o
    - Su proveedor decide que su tratamiento ya no es necesario. Si la atención la proporciona un especialista, un proveedor calificado revisará el plan de tratamiento.
- Algunos tipos de atención continuarán con el proveedor actual hasta completarse. Estos tipos de atención son:
    - Atención antes y después de su embarazo/nacimiento de su bebé (prenatal y posparto).
    - Servicios de trasplante hasta el primer año posterior al trasplante.
    - Radiación o quimioterapia (tratamiento de cáncer) para su tratamiento.
    - Medicamentos con un tratamiento mínimo definido que sea superior al período de transición de atención indicado arriba.

Puede obtener una copia de la Política de transición de atención de YCCO llamando a servicio al cliente al 855-722-8205. También se encuentra en nuestro sitio web en la página de documentos y formularios en la sección de políticas para miembros en https://yamhillcco.org/members/documents-and-forms/. Por favor, llame al Servicio de atención al cliente si tiene alguna pregunta.

Decisiones para el final de la vida

Directivas anticipadas

Todo adulto tiene el derecho de tomar decisiones sobre su atención. Esto incluye aceptar o rechazar un tratamiento. Una enfermedad o una lesión puede causar que no pueda hablar con su médico, los miembros de su familia o un representante sobre la atención que desea recibir. La ley de Oregón le permite declarar sus deseos, creencias y objetivos con anticipación, antes de que necesite ese tipo de atención. El formulario que se utiliza se llama **directiva anticipada**.

Puede obtener una copia de la Política de directivas anticipadas de YCCO llamando al Servicio de atención al cliente al 855-722-8205. También se encuentra en nuestro sitio web en la página

de documentos y formularios en la sección de políticas para miembros en https://yamhillcco.org/members/documents-and-forms/.
Una directiva anticipada le permite:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos sobre la atención médica si no puede expresarlos personalmente.
- Nombrar a una persona para que tome las decisiones de atención médica si usted no puede hacerlo personalmente. Esta persona se llama su representante de atención médica y debe aceptar actuar en esta función.
- El derecho a compartir, negar o aceptar tipos de atención médica y el derecho a compartir sus decisiones sobre su atención médica futura.

Cómo obtener más información sobre las directivas anticipadas

YCCO también ofrece más información sobre directivas anticipadas en nuestro sitio web aquí https://yamhillcco.org/members/benefits-and-rights/.

Está disponible una Guía del usuario de directivas anticipadas. Proporciona información sobre:

- Los motivos de una directiva anticipada.
- Las secciones del formulario de directiva anticipada.
- Cómo completar u obtener ayuda para completar una directiva anticipada.
- A quién se le debe proporcionar una copia de una directiva anticipada.
- Cómo hacer cambios a una directiva anticipada.

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

Otra información de ayuda sobre directivas anticipadas

- Completar la directiva anticipada es decisión suya. Si elige no completar y firmar la directiva anticipada, su cobertura o acceso a la atención permanecerá igual.
- YCCO no lo tratará diferente si decide no completar y firmar la directiva anticipada.
- Si completa una directiva anticipada, asegúrese de hablar con sus proveedores y su familia sobre ella y de darles copias.
- YCCO respetará cualquier elección que usted liste en su directiva anticipada completada y firmada.

Cómo presentar una queja si YCCO no siguió los requisitos de directivas anticipadas

Si cree que YCCO no siguió los requisitos de las directivas anticipadas, puede presentar una queja. Puede presentar una queja ante la Autoridad de Salud de Oregón completando un formulario de quejas de esta autoridad. El formulario está en línea aquí: https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Complaints-Appeals.aspx .Puede llamar al 971-673-0540 o TTY 711.

Puede enviar su queja a la Autoridad de Salud de Oregón:

Health Care Regulation and Quality Improvement
800 NE Oregon St, #305
Portland, OR 97232
Correo electrónico: Mailbox.hcls@state.or.us
Fax: 971-673-0556
Teléfono: 971-673-0540.
TTY: 971-673-0372

Si desea que le envíen una copia impresa del formulario de quejas de la Autoridad de Salud de Oregón, llame al Servicio al cliente de YCCO al 855-722-8205 (TTY 711).

Cómo quejarse si su proveedor no siguió sus directivas anticipadas

Puede presentar una queja ante la Oficina de licencias de salud si su proveedor no sigue los deseos expresados en su directiva anticipada.

Oficina de licencias de salud
503-370-9216 (usuarios de TTY, por favor llamen al 711)
Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. PT.
Envíe su queja por correo postal a:
1430 Tandem Ave NE, Suite 180
Salem, OR 97301
Correo electrónico: hlo.info@odhsoha.oregon.gov

Llame al Servicio de atención al cliente de YCCO al 855-722-8205 (TTY 711) para obtener una copia impresa del formulario de quejas.

Puede encontrar formularios de quejas y obtener más información en: https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx.

Cómo cancelar una directiva anticipada

Para cancelar, solicite copias de su directiva anticipada para que su proveedor sepa que ya no es válida. Rómpelas o escribe CANCELADO en letras grandes, fírmalas y ponles la fecha. Si tiene preguntas o para más información, comuníquese con Oregon Health Decisions al 800-422-4805 o 503-692-0894 (TTY 711).

¿Cuál es la diferencia entre una POLST y una directiva anticipada?

Órdenes portátiles para tratamientos de soporte vital (POLST)

Una POLST es un formulario médico que puede utilizar para asegurarse de que los proveedores médicos sigan sus deseos en los tratamientos de final de vida. Nunca se le solicitará que complete un POLST, pero si tiene enfermedades serias u otras razones por las que podría no desear todo tipo de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario. El POLST es diferente de una directiva anticipada:

	Directiva anticipada	POLST
¿Qué es?	Un documento legal	Una orden médica
¿Quién debería recibirlo?	Todos los adultos de más de 18 años	Personas con una enfermedad grave o que son mayores y frágiles y es posible que no quieran todos los tratamientos.
¿Necesita aprobarla/firmarla mi proveedor?	No requiere que su proveedor la apruebe	Necesita ser aprobada y firmada por su proveedor de atención médica
¿Cuándo se usa?	Para una condición o atención futura	Para una condición o atención presente

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

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

Declaración para el tratamiento de salud mental

Oregón tiene un formulario para escribir sus deseos sobre el tratamiento de la salud mental. El formulario se llama Declaración para el tratamiento de salud mental. El formulario es para cuando tenga una crisis de salud mental, o para cuando no pueda tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Usted tiene la opción de completar este formulario, cuando no esté en una crisis, y puede comprender y tomar decisiones sobre su atención.

¿Qué hace este formulario por mí?

El formulario indica qué tipo de atención desea si en algún momento no puede tomar decisiones

por cuenta propia. Sólo 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 desea y no desea. Se puede usar para nombrar a un adulto que tome decisiones sobre su atención. La persona que nombre debe aceptar hablar por usted y cumplir sus deseos. Si sus deseos no están por escrito, esta persona decidirá qué es lo que usted podría desear.

Un formulario de declaración sólo es válido por 3 años. Si no puede tomar decisiones en algún momento de esos 3 años, su formulario entrará en vigencia. Permanecerá vigente hasta que pueda volver a tomar decisiones. Puede cancelar su declaración cuando pueda tomar decisiones sobre su atención. Debe entregar su formulario tanto a su PCP como a la persona a quien designe para tomar decisiones en su nombre.

Para obtener más información sobre la Declaración para el 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 con los deseos indicados por usted en su formulario, puede presentar una queja. Un formulario para esto está en www.healthoregon.org/hcrqi.
Envíe su queja a:

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

Denunciar fraude, despilfarro y abuso

Somos un plan de salud comunitaria, y queremos asegurarnos de que los dólares destinados a la atención médica se gasten para ayudar a nuestros miembros a estar sanos y saludables. Necesitamos su ayuda para hacer esto.

Si usted piensa que ha ocurrido un fraude, despilfarro o abuso, denúncielo tan pronto como pueda. Lo puede denunciar anónimamente. Las leyes del denunciante protegen a las personas que reportan fraude, despilfarro y abuso. Usted no perderá su cobertura si presenta una denuncia. Acosar, amenazar o discriminar a una persona que denuncia un fraude, despilfarro, o abuso es ilegal.

El fraude contra Medicaid es ilegal y la YCCO se lo toma seriamente.

Algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso por parte de un proveedor pueden ser:

- Un proveedor le cobra por un servicio cubierto por YCCO
- Un proveedor le factura servicios que usted no recibió
- Un proveedor le ofrece un servicio que usted no necesita, basado en su condición médica

Algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso por parte de un miembro pueden ser:

- Acudir a varios doctores a buscar recetas por un medicamento que ya se le ha recetado
- Alguien que usa la identificación de otra persona para obtener beneficios

YCCO se compromete a prevenir el fraude, el despilfarro y el abuso. Cumpliremos con todas las leyes relacionadas, incluida la Ley de Reclamaciones Falsas del Estado y la Ley Federal de Reclamaciones Falsas.

Cómo hacer una denuncia de fraude, despilfarro y abuso

Puede presentar un reporte de fraude, despilfarro y abuso de varias maneras:

Llame, envíe un fax, envíelo en línea o escriba directamente a YCCO.
Informamos todas las sospechas de fraude, despilfarro y abuso cometidos por proveedores o miembros a las agencias estatales que se enumeran a continuación.

Llame a nuestra línea directa: 844-989-2845
Fax: 503-857-0767
Envíe una denuncia en línea a http://yamhillcco.ethicspoint.com/ o
Escriba a **Yamhill Community Care**
C/O Compliance Officer
807 NE Third St
McMinnville, OR 97128

O

Denuncie el fraude, el despilfarro y el abuso de los miembros 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 Atención: Línea directa
Sitio web: https://www.oregon.gov.oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx.

O (específico para los proveedores)

Oficina de integridad de programas de OHA
3406 Cherry Avenue NE
Salem, OR 97303-4924
Línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)
Fax: 503-378-2577
Sitio web: hhttps://www.oregon.gov.oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx

O

Unidad de Control de Fraudes contra Medicaid (MFCU) Departamento de justicia de Oregón
100 SW Market Street
Portland, OR 97201
Teléfono: 971-673-1880
Fax: 971-673-1890

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

Quejas, reclamos, apelaciones y audiencias justas

YCCO se asegura de que todos los miembros tengan acceso a un sistema de reclamaciones (quejas, reclamos, apelaciones y audiencias). Tratamos de que sea fácil para los miembros presentar una queja, una reclamación o una apelación y recibir información sobre cómo pedir una audiencia con la Autoridad de Salud de Oregón.

Déjenos saber si necesita ayuda con cualquier parte del proceso de queja, reclamación, apelación y/o audiencia. También podemos darle más información sobre cómo manejamos las quejas/reclamaciones y apelaciones. Hay copias disponibles de nuestra plantilla de avisos. Si necesita ayuda o desea más información más allá de la que se encuentra en el manual, póngase en contacto con nosotros en:

- Teléfono: 833-257-2192
- Fax: 503-765-9675
- Dirección: Yamhill Community Care
  Attn: Grievance Specialist
  807 NE Third Street
  McMinnville, OR 97128

- Correo electrónico: appeals@yamhillcco.org/.
  Puede que haya información personal en su correo electrónico. Escriba la palabra "secure" (seguro) en el asunto para que su información esté protegida.

Puede presentar una queja

- Una **queja** nos deja saber que usted no está satisfecho.
- Una **disputa** es cuando no está de acuerdo con YCCO o con un proveedor.
- Una **reclamación** es una queja que puede presentar si no está satisfecho con YCCO, sus servicios de atención médica o su proveedor. Una disputa también puede ser una reclamación.

Para hacerlo más fácil, OHP utiliza la palabra **queja** para reclamaciones y también para disputas.

Tiene el derecho de presentar una queja si no está satisfecho con cualquier parte de su atención. Haremos lo posible por mejorar nuestros servicios. Simplemente llame al Servicio de Atención al Cliente al 855-722-8205, TTY 711. Si necesita ayuda en su idioma, simplemente dígaselo a Atención al Cliente. También puede presentar una queja ante OHA o el Defensor del Pueblo. Puede ponerse en contacto con OHA en el 1-800-273-0557 o con el Defensor del Pueblo en el 1-877-642-0450.

o

Por escrito:

Yamhill Community Care
Attn: Grievance Specialist
807 NE Third Street
McMinnville, OR 97128
Correo electrónico: complaints@yamhillcco.org.
También puede encontrar un formulario de queja en https://yamhillcco.org/members/documents-and-forms/.

Puede presentar una queja sobre cualquier asunto, excepto un aviso de denegación, y en cualquier momento, de forma oral o por escrito. Si presenta una queja ante la OHA, se enviará a YCCO.

Entre los motivos por los que puede presentar una queja están:

- Problemas para hacer citas o conseguir transporte
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de donde vive
- No sentirse respetado o comprendido por los proveedores, su personal, conductores o YCCO
- Atención médica que no estaba seguro de necesitar pero que recibió de todos modos

- Facturas por servicios que usted no estuvo de acuerdo en pagar
- Disputas con las propuestas de extensión de YCCO para tomar decisiones de autorización
- La seguridad de un vehículo o conductor
- Calidad de los servicios recibidos

Un representante o su proveedor pueden presentar una queja en su nombre, deben contar con su consentimiento por escrito para hacerlo.

Revisaremos su queja y le dejaremos saber qué se puede hacer tan pronto 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, lo llamaremos y le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles. Le dejaremos saber por qué necesitamos más tiempo. Solo pediremos más tiempo si es lo mejor para usted. Todas las cartas se escribirán en su idioma preferido. Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la queja explicando cómo la manejaremos.

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 comunicarse con el Programa de Defensor del Pueblo de la OHA. Los Defensores del Pueblo son defensores de los miembros de OHP y harán lo mejor para ayudarlos. Envíe un correo electrónico a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o deje un mensaje al 877-642-0450.

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

YCCO, sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden:

- Impedir que un miembro utilice 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 miembro.
- Alentar el retiro de una queja, apelación o audiencia ya presentada; o
- Utilizar la presentación o el resultado de una queja, apelación o audiencia como motivo para tomar medidas contra un miembro o para solicitar la cancelación de su inscripción.

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

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

Si denegamos, cesamos o reducimos un servicio médico, dental o de salud conductual, le enviaremos una carta de denegación que le informará sobre nuestra decisión. Esta carta de denegación también se denomina Aviso de determinación adversa de beneficios (NOABD por su sigla en inglés). También le informaremos a su proveedor sobre nuestra decisión.

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

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

1	**Solicite una apelación** Debe solicitarlo dentro de los 60 días posteriores a la fecha de su carta de denegación. Llame o envíe un formulario.
2	**Espere a que respondamos** Tenemos 16 días para responder. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.
3	**Lea nuestra decisión** ¿Todavía no está de acuerdo? Puede pedir que el estado la revise. A esto se le llama una audiencia.
4	**Pida una decisión** Debe pedirla en los 120 días que siguen a la fecha de la carta de decisión de la apelación.

Conozca más sobre los pasos para solicitar una apelación o audiencia	
Paso 1	**Solicitar una apelación.** Debe solicitarla dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la carta de denegación (NOABD). Llámenos al 833-257-2192 (TTY 711) o utilice el formulario de Solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se enviará junto con la carta de denegación. También puede conseguirlo en https://bit.ly/request2review. Puede enviar el formulario o la solicitud por escrito a: Yamhill Community Care Grievance Specialist PO Box 5490 Salem, OR 971304 También puede enviar por fax el formulario o la solicitud por escrito a 503-765-9675. **¿Quién puede pedir una apelación?** Usted o alguien con un permiso escrito para hablar por usted. Podría ser su médico o un representante autorizado.
Paso 2	**Esperar nuestra respuesta.** Una vez que recibamos su petición, revisaremos la decisión original. Un nuevo doctor revisará su expediente médico y la petición del servicio para ver si seguimos las reglas apropiadamente. Puede darnos cualquier información adicional que crea que nos puede ayudar a revisar nuestra decisión. **¿Cuánto tiempo tienen para revisar mi apelación?** Tenemos 16 días para revisar su petición y responder. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta. Tenemos hasta 14 días más para responder. **¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida?** Puede pedir una apelación rápida. Esto también se llama apelación urgente. Llámenos o envíe el formulario por fax. El formulario se enviará junto con la carta de denegación. También puedes conseguirlo en https://bit.ly/request2review. Solicite una apelación rápida si esperar la apelación regular podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Lo llamaremos y le enviaremos una carta, dentro de 1 día hábil, para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación rápida.

	¿Cuánto tiempo lleva una apelación rápida? Si se le otorga una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan rápidamente como sea posible según lo requiera su salud, antes de las 72 horas desde que se reciba la petición de la apelación rápida. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted y su proveedor por teléfono para informarle nuestra decisión. También recibirá una carta. Si nos lo pide o si necesitamos más tiempo, podemos extender nuestro plazo hasta 14 días más. Si se le deniega una apelación rápida o se necesita más tiempo, lo llamaremos y recibirá una carta dentro de dos días. Una apelación rápida se convertirá en una apelación estándar y debe ser resuelta en 16 días o posiblemente ser extendida por 14 días más. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo de la apelación o si se le deniega una apelación rápida, tiene el derecho de presentar una queja.
Paso 3	**Leer nuestra decisión** Le enviaremos una carta con la decisión de la apelación. La carta se llama Aviso de resolución de la apelación. (NOAR, por su sigla en inglés). Si está de acuerdo con la decisión, no necesita hacer nada.
Paso 4	**¿Todavía no está de acuerdo? Pida una audiencia.** Puede pedir que el estado revise la decisión de la apelación. A esto se le llama audiencia. Debe pedir una audiencia dentro de los 120 días que siguen a la fecha de la carta con la decisión de la apelación. **¿Qué sucede si necesito una audiencia más rápida?** Puede pedir una audiencia rápida. A esto se le llama audiencia urgente. Utilice el formulario para audiencias en línea en https://bit.ly/ohp-hearing-form para pedir una audiencia normal o una audiencia más rápida. También puede llamar al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o utilizar el formulario de solicitud que se enviará con la carta. Obtenga el formulario en https://bit.ly/request2review. Puede enviar el formulario a: OHA Medical Hearings 500 Summer St NE E49

	Salem, OR 97301 Fax: 503-945-6035 El estado decidirá si puede obtener una audiencia rápida dos días hábiles después de que reciba su petición. **¿Quién puede solicitar una audiencia?** Usted o alguien con permiso por escrito para hablar por usted. Podría ser su médico o un representante autorizado. **¿Qué sucede en una audiencia?** En la audiencia, le puede decir al juez de la Ley Administrativa de Oregón por qué no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. El juez tomará la decisión final en la audiencia.

Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias

¿Qué sucede si no recibo una carta de denegación? ¿Aún puedo pedir una apelación?
Tiene que recibir una carta de denegación antes de que pueda pedir una apelación. Si su proveedor le 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 pasa si YCCO no cumple con el plazo de apelación?
Si nos tomamos más de 30 días para responder, puede pedirle una revisión al estado. A esto se le llama una audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o utilice el formulario de solicitud que se enviará con la carta de denegación (NOABD). Obtenga el formulario en https://bit.ly/request2review.
¿Puede representarme alguien más o ayudarme en una audiencia?
Tiene el derecho de que una persona que usted elija lo represente en la audiencia. Podría ser cualquier persona, como un amigo, familiar, abogado o su

proveedor. También tiene derecho a representarse a usted mismo, si lo prefiere. Si contrata a un abogado, debe pagar sus honorarios.

Para conseguir una asesoría y una posible representación a bajo 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 de derecho de Oregón. También puede encontrar información sobre ayuda legal gratuita en OregonLawHelp.com

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

Si ha estado recibiendo el beneficio o servicio que le fue negado y dejamos de brindarlo, puede solicitarnos que lo continuemos durante el proceso de apelación y audiencias.

Necesita:

- Pedirlo en los 10 días posteriores a la fecha de la notificación o desde la fecha en que entra en vigor esta decisión, lo que sea posterior.
- Puede llamarnos al 833-257-2192 (TTY 711) o utilizar el formulario de Solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se enviará junto con la carta de denegación. También puede conseguirlo en https://bit.ly/request2review.
- **Responda "sí" a la pregunta sobre continuación de servicios en el recuadro 8 de la página 4 del formulario *de Solicitud de revisión de una decisión de* salud.**

Puede enviar el formulario por correo a:

Yamhill Community Care Grievance Specialist
807 NE Third Street
McMinnville, OR 97128

¿Tengo que pagar por la continuación del servicio?
Si elige recibir este servicio de todos modos, es posible que tenga que pagarlo. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación o si el juez está de acuerdo con usted durante la audiencia, no tendrá que pagar.

Si cambiamos nuestra decisión y no estaba recibiendo el servicio o el beneficio, aprobaremos o proporcionaremos el servicio o beneficio tan rápidamente como lo requiera su salud. No tomaremos más de 72 horas desde el día en que recibamos la notificación de que nuestra decisión fue revocada.

¿Qué sucede si también tengo Medicare? ¿Tengo más derechos de apelación?
Si tiene YCCO y Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los enumerados anteriormente. Llame a Servicio al Cliente al 855-722-8205 (TTY 711) para obtener más información. También puede llamar a Medicare al 800-633-4227 para obtener más información sobre sus derechos de apelación.
¿Qué pasa si quiero ver los registros que se utilizaron para tomar la decisión sobre mi(s) servicio(s)?
Puede comunicarse con YCCO al 833-257-2192 (TTY 711) para solicitar copias gratuitas de toda la documentación utilizada para tomar la decisión.

Definiciones útiles

Apelación – cuando solicita a su plan que cambie una decisión con la que no está de acuerdo sobre un servicio que ordenó su médico. Puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique por qué el plan debería cambiar su decisión. A esto se le llama presentar una apelación.

Directiva 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 usted no puede tomarlas usted mismo.

Evaluación – revisión de información sobre la atención, los problemas y las necesidades de atención médica de un paciente. Esto se utiliza para saber si es necesario cambiar la atención y planificar la atención futura.

Factura de saldo (facturación sorpresa) - la facturación de saldo se produce cuando recibe una factura de su proveedor por un monto sobrante. Esto sucede cuando un plan no cubre el costo total de un servicio. También se le llama factura sorpresa. Se supone que los proveedores del OHP no deben facturar el saldo a los miembros.

Salud conductual – se trata de salud mental, enfermedades mentales, adicciones y trastornos por uso de sustancias. Puede cambiar su estado de ánimo, su forma de pensar o su forma de actuar.

Copago o Copagos –Una cantidad de dinero que una persona debe pagar por servicios como recetas o visitas. Los miembros de OHP no tienen co-pagos. Los seguros médicos privados y Medicare a veces tienen copagos.

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

Acción Civil – Una demanda presentada para obtener el pago. No es una demanda por un crimen. Algunos ejemplos son lesiones personales, cobro de facturas, negligencia médica y fraude.

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

Leyes del consumidor – normas y leyes destinadas a proteger a las personas y detener prácticas comerciales deshonestas.

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

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

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. Delinea sus opciones sobre la atención que desea y no desea. También le permite nombrar a un adulto que puede tomar decisiones sobre su atención.

Deducible – el monto que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su seguro pague el resto. Esto es sólo para Medicare y seguros médicos privados.

Dispositivos para habilitación y rehabilitación – suministros para ayudarlo con servicios de terapia u otras tareas cotidianas.
Algunos ejemplos son:

- Andadores ortopédicos
- Bastones
- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas de infusión
- Prótesis y aparatos ortopédicos

- Ayudas para baja visión
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Máquinas para asistir la respiración

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

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

Condición dental de emergencia -un problema de salud dental basado en sus síntomas. Algunos ejemplos son dolor intenso de dientes o hinchazón.

Condición médica de emergencia – una enfermedad o lesión que necesita atención inmediata. Esto puede ser una hemorragia que no cesa, dolor severo o huesos rotos. Puede ser algo que haga que alguna parte de su 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.

Transporte médico de emergencia – utilizar una ambulancia o Life Flight para recibir atención médica. Los técnicos de emergencias médicas brindan atención durante el viaje o el vuelo.

ER o ED – significa sala de emergencias o departamento de emergencias. Este es el lugar en un hospital donde puede recibir atención por una emergencia médica o de salud mental.

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.

Servicios de emergencia – atención que mejora o estabiliza condiciones médicas o de salud mental graves y repentinas.

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

Ley federal y estatal de reclamaciones falsas – leyes que tipifican como delito que alguien, a sabiendas, haga un registro falso o presente una reclamación falsa de atención médica.

Queja formal –una queja formal que puede presentar si no está satisfecho con su CCO, sus servicios de atención médica o su proveedor. OHP llama a esto una queja. La ley dice que las CCO deben responder a cada queja.

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

Seguro médico –un programa que paga la atención médica. Después de registrarse, una compañía o agencia gubernamental paga por los servicios de atención cubiertos. Algunos programas de seguros necesitan pagos mensuales, llamados *primas*.

Evaluación de riesgos para la salud – una encuesta sobre la salud de un miembro. La encuesta pregunta sobre la salud física, comportamientos, condiciones de vida e historial familiar. Las CCO la utilizan para conectar a los miembros con la ayuda y el apoyo adecuados.

Atención médica domiciliaria – servicios que recibe en su hogar para ayudarlo a vivir mejor después de una cirugía, una enfermedad o una lesión. Ayuda con medicamentos, alimentación y baño son algunos de estos servicios.

Servicios de hospicio – servicios para consolar a una persona que está muriendo y ayudar a su familia. El hospicio es flexible y puede incluir tratamiento del dolor, asesoramiento y cuidados de relevo.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios – Paciente hospitalizado: Cuando sea admitido en un hospital y permanezca al menos tres (3) noches. Paciente ambulatorio: Cuando la cirugía o tratamiento se realiza en un hospital y luego se sale.

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

Medicaid – un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica a personas de bajos ingresos. En Oregón, se llama Plan de Salud de Oregón.

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

Medicare – un programa de atención médica para personas de 65 años o más. También ayuda a personas con determinadas discapacidades de cualquier edad.

Red – los proveedores médicos, de salud mental, dentales, farmacéuticos y de equipos que tienen un contrato con una CCO.

Proveedor dentro de la red o participante – cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Puede ver a los proveedores de la red gratuitamente. Algunos especialistas de la red requieren una derivación.

Proveedor fuera de la red – un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga para que los miembros vayan con ellos. Debe obtener aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red.
Exención del Acuerdo de pago del OHP (OHP 3165 o 3166) - un formulario que usted firma si acepta pagar por un servicio que el OHP no paga. Solo es válido por el servicio exacto y las fechas indicadas en el formulario. Puede ver el formulario de exención en blanco en https://bit.ly/OHPwaiver. ¿No está seguro si firmó un formulario de exención? Puede preguntar en la oficina de su proveedor. Para idiomas adicionales, visite: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Servicios médicos – servicios que usted obtiene de un médico.

Plan – una organización de salud o CCO que paga por los servicios de atención médica de sus miembros.

POLST – **Órdenes portátiles para tratamientos de soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés).** Un formulario que puede utilizar para asegurarse de que los proveedores médicos sigan sus deseos de atención cerca del final de su vida.

Servicios de posestabilización – servicios después de una emergencia para ayudarlo a mantenerse estable o para mejorar o solucionar su condición.

Aprobación previa (autorización previa o PA) – un documento que dice que su plan pagará un servicio. Algunos planes y servicios requieren una PA antes de que reciba el servicio. Los médicos generalmente se encargan de esto.

Prima – el costo del seguro.

Cobertura de medicamentos recetados – seguro médico o plan que ayuda a pagar los medicamentos.

Medicamentos recetados – medicamentos que su médico le indica que tome.

Atención preventiva o prevención – atención médica que le ayuda a mantenerse bien. Algunos ejemplos son vacunarse contra la gripe o hacerse un chequeo cada año.

Proveedor de atención primaria (PCP) – un profesional médico que cuida su salud. Esta suele ser la primera persona a la que llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, una enfermera practicante, un asistente médico, un osteópata o, a veces, un naturópata.

Dentista de atención primaria (PCD) – el dentista al que suele acudir y que cuida sus dientes y encías.

Proveedor – cualquier persona o agencia que brinda un servicio de atención médica.

Remisión -- una remisión es una orden escrita de su proveedor que señala la necesidad de un servicio. Debe pedirle a un proveedor una remisión.

Servicios de rehabilitación – servicios para ayudarle a recuperar su plena salud. Estos ayudan generalmente después de una cirugía, lesión o abuso de sustancias.

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

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

Atención de enfermería especializada – ayuda de una enfermera con el cuidado de heridas, la terapia o la toma de medicamentos.
Puede recibir atención de enfermería especializada en un hospital, un asilo de ancianos o en su propia casa con atención médica domiciliaria.

Especialista – un proveedor médico que tiene capacitación especial para cuidar una determinada parte del cuerpo o tipo de enfermedad.

Suicidio – El acto de quitarse la propia vida.

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

Transición de la atención – algunos miembros que cambian de plan del OHP aún pueden recibir los mismos servicios y consultar a los mismos proveedores. Eso significa que la atención no cambiará cuando cambie el plan de su CCO o ingrese o salga del un plan de pago-por-servicio de OHP. A esto se le llama transición de la atención. Si tiene problemas de salud graves, su nuevo y antiguo plan deben trabajar juntos para asegurar que usted reciba la atención y los servicios que necesita.

Trabajador de salud tradicional (THW) –un trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para atender a una comunidad o clínica. Un THW se asegura de que se trate a los miembros justamente. No todos los THW están certificados por el estado de Oregón. Hay seis (6) tipos diferentes de THW, que incluyen:

- Trabajador de salud comunitario
- Especialista de bienestar de pares

- Navegador de salud personal
- Especialista de apoyo de pares
- Doula
- Trabajadores de salud tribales tradicionales

Atención de urgencia – atención que necesita el mismo día para dolores graves. También incluye cuidados para evitar que una lesión o enfermedad empeore mucho o para evitar la pérdida de función en una parte del cuerpo.

Denunciante – alguien que denuncia despilfarro, fraude, abuso, corrupción o peligros para la salud y la seguridad públicas.