eocco

EASTERN OREGON
COORDINATED CARE
ORGANIZATION

2025

Manual para miembros de EOCCO

Actualizado el 1º de enero del 2025

Actualizado el 1.º de enero de 2025

Ayúdenos a mejorar este manual

El Plan de Salud de Oregón (OHP) quiere conocer su opinión. Queremos estar seguros de que usted cuenta con la información que necesita. Su opinión es útil para la Organización de Atención Coordinada del Este de Oregón (EOCCO) y para el OHP, ya que les permite mejorar los manuales para miembros.

¡Conteste la encuesta sobre el manual! Escanee el código QR, o vaya a www.surveymonkey.com/r/tellOHP, y responda unas preguntas.

ESCANEE EL CÓDIGO PARA IR A LA ENCUESTA

Actualizaciones del manual

A los miembros nuevos se les envía un manual por correo en cuanto se inscriben en la EOCCO. La EOCCO también envía una copia del *Manual para miembros* a quienes vuelven a inscribirse. Conforme a las leyes federales, la envía en el plazo de 14 días a partir de la fecha en que la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) nos notifica que usted se inscribió en el OHP. En ocasiones, se producen cambios en las leyes estatales y federales que afectan sus beneficios. Si esto ocurre, le enviaremos una copia actualizada del manual en un plazo de 90 días. Puede consultar la versión más actualizada del *Manual para miembros* aquí, en nuestra página de inicio: www.eocco.com. También puede acceder a ella desde este enlace: www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/member_handbook_eg.pdf. Si tiene preguntas sobre el *Manual para miembros* o si necesita ayuda, llame a Servicios al Cliente al 1-888-788-9821. (Los usuarios de TTY/Oregon Relay deben llamar al 711).

Para comenzar...

Le enviaremos una encuesta de salud, que le sirve a la EOCCO para saber qué tipos de apoyo usted necesita. Le preguntaremos sobre sus necesidades de atención en cuanto a la salud física, conductual, dental y social. Encontrará más información sobre esta encuesta en la sección “Encuesta sobre su salud”.

Complete la encuesta y envíela en el sobre con franqueo prepago que le proporcionamos. También puede enviarla por estos medios:

- Teléfono: 800-592-8283
- Correo postal: EOCCO
  PO BOX 3550
  Portland, OR 97208-9932

CONSEJOS ÚTILES:

En este enlace encontrará las respuestas a algunas de sus preguntas: https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/client-questions.aspx. Desde allí también puede enviarnos preguntas.

Consulte al final de este manual las definiciones de los términos que podrían resultarle útiles.

Aquí le indicamos a dónde dirigirse según lo que necesite saber:

- Beneficios. Vaya a la página 39.
- Proveedores de atención primaria. Vaya a la página 29.
- Autorizaciones previas y remisiones. Vaya a la página 40.
- Sus derechos y responsabilidades. Vaya a la página 23.
- Traslados a las citas médicas. Vaya a la página 83.
- Coordinación de la atención. Vaya a la página 36.
- Medicamentos recetados. Vaya a la página 90.
- Atención médica de emergencia. Vaya a la página 97.
- Tiempos de atención. Vaya a la página 75.
- Reclamaciones, quejas y apelaciones. Vaya a la página 122.

- Lleve siempre consigo sus tarjetas de identificación de miembro del OHP y la EOCCO.
  - Nota: Las tarjetas llegan por separado, por lo que recibirá su tarjeta de identificación del OHP antes que su tarjeta de identificación de miembro de la EOCCO.

Puede encontrar su tarjeta de identificación de la EOCCO en el paquete de bienvenida que recibió junto con este *Manual para miembros*. En ella se indica la siguiente información:

- Su nombre.
- Su número de identificación.
- La información de su plan.
- El nombre y los datos de su proveedor de atención primaria.
- El número de teléfono de Servicios al Cliente.
- El número de teléfono de Servicios de Acceso a Otros Idiomas.
- El número de teléfono de Servicios de Traslado Médico No Urgente (NEMT).

- Mi proveedor de atención primaria es _____.
  - Su número de teléfono es _____.
- Mi dentista de atención primaria es _____.
  - Su número de teléfono es _____.
- Mis otros proveedores de atención son _____.
  - Sus números de teléfono son _____.

Se proporciona ayuda sin costo en otros idiomas y formatos

Todos tienen derecho a conocer los programas y servicios de la EOCCO. Todos los miembros tienen derecho a saber usar nuestros programas y servicios.
Estos son los servicios gratuitos que ofrecemos:

- Interpretación de lenguaje de señas.
- Interpretación profesional calificada y certificada de lenguaje hablado.
- Material escrito en otros idiomas.
- Material escrito en braille.
- Material impreso en letras grandes.
- Material en audio y en otros formatos.

Se puede recibir información en otro idioma o formato

Usted o su representante pueden obtener materiales para miembros, como este manual o avisos de la EOCCO, en otros idiomas, en letra grande, braille o en el formato que prefieran. Todos los formatos contienen la misma información. Recibirán el material solicitado en un plazo de 5 días laborables. Esta ayuda es gratuita. Entre los ejemplos de materiales para miembros se incluyen los siguientes:

- Este manual.
- La lista de medicamentos cubiertos.
- La lista de proveedores.
- Cartas, por ejemplo, de queja o de denegación, y avisos de apelación.

No se le denegarán ni limitarán sus beneficios ni derechos a quejas, apelaciones o audiencias por el hecho de necesitar los materiales en otro idioma o formato.

La EOCCO puede enviarle materiales por correo electrónico
Puede solicitarlos a Servicios al Cliente llamando al 1-888-788-9821. (Los usuarios de TTY/Oregon Relay deben llamar al 711). Encontrará este *Manual para miembros* en www.eocco.com. Si solicita una copia electrónica de nuestro *Manual para miembros* o de cualquier otro documento, Servicios al Cliente le pedirá permiso para enviárselos por correo electrónico. Su dirección de correo electrónico solo se utilizará con su autorización. Si tiene preguntas o si necesita ayuda, llame a Servicios al Cliente al 1-888-788-9821. (Los usuarios de TTY/Oregon Relay deben llamar al 711).

Usted puede recibir los servicios de un intérprete
Usted, su representante, sus familiares y cuidadores pueden solicitar los servicios de un intérprete certificado y calificado en atención de salud. También pueden solicitar traducciones, interpretación en lenguaje de señas o servicios y recursos auxiliares. Todos estos servicios son gratuitos.

Avise en el consultorio de su proveedor si va a necesitar un intérprete durante la visita. Infórmeles en qué idioma o formato necesita los servicios. En Oregon.gov/OHA/EI encontrará más información sobre los intérpretes certificados en atención de salud.

Si necesita ayuda, llámenos al 1-888-788-9821 o comuníquese con el área de servicios al cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY: 711).

Si la EOCCO no le brinda los servicios de interpretación que necesita, comuníquese con el coordinador del Programa de Servicios de Acceso a Otros Idiomas del estado al 844-882-7889. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o enviar un correo electrónico a esta dirección: 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 888-788-9821 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 888-788-9821 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. 888-788-9821 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 888-788-9821 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 888-788-9821 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 888-788-9821 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 888-788-9821 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 888-788-9821 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. 888-788-9821 또는 TTY 711 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-

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

Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 888-788-9821 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

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

Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 888-788-9821 або телетайпу 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبان‌های دیگر، درشت‌خط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با 888-788-9821 یا TTY 711 تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.

-

می‌توانید از یک مترجم شفاهی دارای گواهی و باکفایت در زمینه بهداشتو

Swahili

Unaweza kupata herufi hii kwa lugha zingine, kwa herufi kubwa, kwa lugha ya maandishi kwa vipofu au namna yeyote unayopendelea. Unaweza pia kuomba mkalimani. Msaada huu ni wa bure. Piga 888-788-9821 au TTY 711. Tunakubali simu za kupitisha ujumbe.

-

Unaweza pata usaidizi kutoka kwa mkalimani wa huduma ya afya aliyeidhinishwa na aliyehitimu.

Burmese

ဤစာကို အျခားဘာသာစကားမ်ား၊ ပုံႏွိပ္စာလုံးၾကီး၊ မ်က္ျမင္မ်ားအတြက္ ေဘးလ္ သို႔မဟုတ္ သင္ပိုမိုႏွစ္သက္သည့္ ပုံစံျဖင့္ ရယူနိုင္ပါသည္။ သင္သည္ စကားျပန္တစ္ဦးလည္း ေတာင္းဆိုနိုင္ပါသည္။ ဤအကူအညီသည္ အခမဲ့ျဖစ္ပါသည္။ 888-788-9821 သို႔မဟုတ္ 711 ကို ဖုန္းဆက္ပါ။ ထပ္ဆင့္ေခၚဆိုမႈမ်ားကို ကၽြန္ုပ္တို႔ လက္ခံပါသည္။

-

သင္သည္ သင္တန္းဆင္းလက္မွတ္ရွိေသာ အရည္အခ်င္းျပည့္မီသည့္ က်န္းမာေရး ေစာင့္ေပါက္မွဴး စကားျပန္ထံမွလည္း အကူအညီရယူနိုင္ပါသည္။

Amharic

ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርሶ በሚመርጡት መልኩ ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅም ይችላሉ። ይህ ድጋፍ የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ 888-788-9821 ወይም TTY 711 ይደውሉ። የሪሌይ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

-

ፍቃድ ካለው እና ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ ድጋፍ ማግኘት ይችላሉ።

Romanian

Puteți obține această scrisoare în alte limbi, cu scris cu litere majuscule, în Braille sau într-un format preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la 888-788-9821 sau TTY 711. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute.

-

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

Nuestra política de no discriminación

Discriminar es un delito. La EOCCO tiene la obligación de cumplir con las leyes de derechos civiles estatales y federales. No podemos tratar de manera injusta a las personas, ya sean miembros o posibles miembros, en ninguno de nuestros programas o actividades debido a ninguna de las siguientes características:

- Edad.
- Color.
- Discapacidad.
- Nacionalidad, idioma nativo y dominio del inglés.
- Raza.
- Religión.
- Sexo, características sexuales, orientación sexual, identidad de género o estereotipos de género.
- Embarazo y afecciones del embarazo.
- Estado de salud o necesidad de servicios.

Si considera que recibió un trato injusto por alguno de los motivos anteriores, puede presentar una queja, que también se llama “reclamación”.

Se puede presentar una queja a la EOCCO, por los siguientes medios:

- Teléfono: Llame al 855-232-9111 para hablar con nuestro coordinador a cargo del cumplimiento de la sección 1557 de la Ley de Cuidados Asequibles. (Los usuarios de TTY/Oregon Relay deben llamar al 711).
- Fax: 503-412-4003.
- Correo postal: EOCCO, Attention: Appeal Unit, PO Box 40384, Portland, OR 97240.
- Correo electrónico: eoccocompliance@eocco.com.

- Sitios web: Inglés: www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/Member/Resources/complaint_form.pdf.
  Español: www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/Member/Resources/complaint_formSpanish.pdf.

Puede leer sobre nuestro proceso de presentación de quejas y llenar un formulario de queja en www.eocco.com/members/your-resources/member-forms.

Si usted tiene algún tipo de discapacidad, la EOCCO le ofrece estos recursos gratuitos:
- Interpretación de lenguaje de señas a través de profesionales calificados.
- Información impresa en letra grande, en formato de audio o en otros formatos.
- Otras modificaciones razonables.

Si necesita ayuda lingüística, la EOCCO le ofrece estos recursos gratuitos:
- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

¿Necesita ayuda para presentar una queja? ¿Necesita ayuda lingüística o modificaciones razonables? Llame a Servicios al Cliente al 1-888-788-9821. También tiene derecho a presentar una queja ante cualquiera de las siguientes organizaciones:

Oficina de Derechos Civiles de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA)
- Teléfono: 844-882-7889, TTY: 711
- Sitio web: www.oregon.gov/OHA/EI
- Correo electrónico: OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov
- Correo postal: Office of Equity and Inclusion Division
  421 SW Oak St., Suite 750
  Portland, OR 97204

División de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo e Industrias
- Teléfono: 971-673-0764
- Sitio web: www.oregon.gov/boli/civil-rights/
- Correo electrónico: BOLI_help@boli.oregon.gov
- Correo postal: Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division
  800 NE Oregon St., Suite 1045
  Portland, OR 97232

Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
- Sitio web: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
- Teléfono: 800-368-1019 (los usuarios de TDD deben llamar al 800-537-7697)
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Correo postal: Office for Civil Rights
  200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg.
  Washington, DC 20201

Cuidamos la privacidad de su información

Solo compartimos su expediente con las personas que necesitan consultarlo, ya sea por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede limitar quién ve su expediente. Infórmenos por escrito si no quiere que alguien vea su expediente **o** si quiere que se lo revelemos a alguien. Para eso, necesitamos que complete un formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI). Lo encontrará en nuestro sitio web: www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/forms/shared/PHI-disclosure-EOCCO.pdf. Complételo y envíenoslo por correo postal o por fax.

Usted puede solicitarnos una lista de las personas con las que hemos compartido su expediente.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) protege su expediente médico y cuida su privacidad. Esto también se denomina confidencialidad. En nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* se explica de qué manera utilizamos la información personal de nuestros miembros. Podemos enviárselo si nos lo solicita. Llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY: 711) y pida una copia de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*. También puede consultar la versión digital del documento en www.eocco.com/Privacy-Practices-Notice.

Expedientes médicos

La EOCCO y sus proveedores mantienen un expediente médico que contiene información sobre su estado de salud y los servicios que ha recibido. En él también se incluyen las remisiones.

¿Qué puede hacer usted con sus expedientes médicos?

- Solicitar que se los envíen a otro proveedor.
- Solicitar que los modifiquen o los corrijan.
- Obtener una copia de sus expedientes:
    - Expedientes médicos por parte de su proveedor.
    - Expedientes dentales por parte de su proveedor de atención primaria.
    - Expedientes por parte de la EOCCO.

Podrían cobrarle un monto razonable por la copia de los expedientes que solicite.

En ciertas ocasiones, la ley podría restringirle el acceso.
No está permitido divulgar las notas de psicoterapia ni los expedientes preparados para casos judiciales.

Tampoco se les permite a los proveedores divulgar sus expedientes cuando, según su propia opinión profesional, divulgarlos pudiera perjudicar a alguien, ya sea usted u otra persona.

Si un proveedor se niega a brindarle copias de sus expedientes médicos, o se las niega a su representante autorizado, debe informárselo por escrito. En el aviso, el proveedor debe incluir los motivos por los que no cumplió con lo que usted le pidió y explicarle los derechos que usted tiene a que otro proveedor revise la denegación. En el aviso también se detallará qué hacer para presentar una queja al proveedor o al ministro de Salud y Servicios Humanos.

Contenido del manual

Actualizaciones del manual 2

Para comenzar 2

CONSEJOS ÚTILES: 3

Se proporciona ayuda sin costo en otros idiomas y formatos 4

Se puede recibir información en otro idioma o formato 4
Usted puede recibir los servicios de un intérprete 5

Nuestra política de no discriminación 11

Cuidamos la privacidad de su información 13

Expedientes médicos 13

Contenido del manual 14

¡Le damos la bienvenida a la EOCCO! 18

Cómo es el trabajo conjunto entre el OHP y la EOCCO 18

Contáctenos 20

Números de teléfono importantes 21
Póngase en contacto con el Plan de Salud de Oregón 22

Sus derechos y responsabilidades 22

Sus derechos como miembro del OHP y de la EOCCO 23
Sus responsabilidades como miembro del OHP y de la EOCCO 25

Miembros indígenas americanos y nativos de Alaska 27

Miembros nuevos que necesitan recibir servicios de inmediato 29

Proveedores de atención primaria (PCP) 29

Proveedores dentro de la red 32
Directorio de proveedores 32
Haga una cita 32
Citas omitidas 33
Cambios respecto de los proveedores de la EOCCO 33

Segundas opiniones 33

Encuesta sobre su salud 34

Miembros que cursan un embarazo 35

Es importante prevenir los problemas de salud 36

Ayuda para organizar su atención con coordinación de la atención 36

Sus beneficios: Cómo decide el estado de Oregón cuáles son los servicios que cubren el OHP y la EOCCO 39

Acceso directo 40
No se requiere remisión ni autorización previa 40

Cómo obtener una autorización previa (también llamada "preautorización") *40*
No se requiere autorización previa para estos servicios *41*
Remisiones de proveedores y autorremisiones *41*
Servicios que requieren remisión *42*
Servicios a los que puede autorremitirse: *43*
Guía para interpretar los íconos de las tablas de beneficios *43*
Beneficios para la salud física *43*
Beneficios para la atención de la salud conductual *54*
Beneficios dentales *59*
Miembros del programa dental para veteranos y del programa dental conforme al Pacto de Libre Asociación (COFA) *67*
OHP Bridge para adultos que tienen ingresos más altos *67*
Necesidades sociales relacionadas con la salud *67*
Servicios alternativos *69*
Servicios que paga el OHP *70*
Objeciones morales o religiosas *72*

Acceso a la atención que necesita 72

Tiempos de atención *75*

Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años 76

El programa de EPSDT cubre lo siguiente: *76*
Ayuda para obtener servicios de EPSDT *78*
Pruebas de detección *78*
Remisión a servicios de EPSDT, diagnóstico y tratamiento *79*

Servicios de trabajadores de salud tradicionales 80

Información de contacto de la representante de servicios de trabajadores de salud tradicionales: *81*

Servicios adicionales 81

Servicios relacionados con la salud *81*

Traslados gratuitos a las citas médicas 83

Para programar un traslado: *84*
Qué esperar cuando llame *84*
Recogida y llegada *85*
Como pasajero, usted tiene derechos y responsabilidades *86*
Para cancelar o modificar su traslado: *86*
Si usted no se presenta *86*
Guía de traslados *87*

Atención médica por videoconferencia o llamada telefónica 88

Cómo encontrar un proveedor de telesalud *88*
Cuándo optar por los servicios de telesalud *88*
Los servicios de telesalud son privados *89*
Usted tiene derecho a lo siguiente: *89*

Medicamentos recetados 90
Medicamentos recetados que tienen cobertura 90
Cómo se solicita a la EOCCO que cubra los medicamentos recetados 91
Servicios de farmacia por correo 91
El OHP paga los medicamentos para la salud conductual 91
Cobertura de medicamentos para los miembros de Medicare 92
Cómo obtener medicamentos antes de un viaje 92
Hospitales 92
Atención médica de urgencia 94
Atención de urgencia para la salud física 94
Centros de atención médica de urgencia y clínicas sin cita previa dentro del área de servicio de la EOCCO: 95
Atención dental de urgencia 97
Atención de emergencia 97
Emergencias físicas 97
Emergencias dentales 98
Crisis y emergencias de salud conductual 98
Prevención del suicidio 103
Atención de seguimiento tras una emergencia 104
Atención médica lejos del hogar 104
Atención médica planificada fuera del estado 104
Atención médica de emergencia lejos del hogar 105
Facturación de servicios 105
Los miembros del OHP no pagan las facturas de los servicios cubiertos 105
Si su proveedor le envía una factura, no la pague 106
Es posible que deba pagar algunos servicios 106
Podrían pedirle que firme un formulario de compromiso de pago 108
Facturas por atención médica de emergencia lejos de casa o fuera del estado 109
Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas 109
Miembros del OHP con cobertura de Medicare 110
Cómo cambiarse de CCO y trasladar la atención 111
Usted tiene derecho a cambiarse de CCO o abandonar una CCO 111
Cómo cambiarse o irse de una CCO 113
La EOCCO puede solicitarle que la abandone por algunos motivos 114
Atención durante el período en el que se cambia de CCO o se va de la CCO 115
En qué situaciones puede seguir recibiendo la misma atención durante el cambio de plan 115
Decisiones sobre la última etapa de su vida 117
Directivas anticipadas 117
¿Cuál es la diferencia entre un formulario POLST y uno de directivas anticipadas? 119

Declaración para el tratamiento de la salud mental..... 120
Denunciar fraude, desperdicio o abuso..... 121
Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso..... 121
Quejas, reclamaciones, apelaciones y audiencias imparciales..... 122
Puede presentar una queja..... 123
Puede solicitarnos que cambiemos una decisión tomada. Esto se denomina "apelación"..... *125*
Más información sobre los pasos para apelar o para solicitar una audiencia:..... *126*
Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias:..... 128
Términos que debe conocer 130

¡Le damos la bienvenida a la EOCCO!

Nos alegra que sea parte de la EOCCO. Estamos encantados de ayudarle con su salud. Queremos ofrecerle la mejor atención posible.

Es importante que sepa cómo utilizar su plan. En este manual, encontrará información sobre nuestra compañía, cómo obtener atención médica y cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Cómo es el trabajo conjunto entre el OHP y la EOCCO

El Plan de Salud de Oregón (OHP) les ofrece cobertura médica gratuita a los residentes de Oregón. El OHP es el programa Medicaid en Oregón. Brinda cobertura para la salud física, dental, social y conductual. También ofrece asistencia con los medicamentos recetados y traslados a las citas médicas.

El OHP cuenta con planes de salud locales para que usted pueda utilizar sus beneficios. Dichos planes se denominan organizaciones de atención coordinada (CCO). La EOCCO es una CCO.

¿En qué condados presta sus servicios la EOCCO?

La EOCCO proporciona atención médica en los siguientes condados:

- Baker
- Gilliam
- Grant
- Harney
- Lake
- Malheur
- Morrow
- Sherman
- Umatilla
- Union
- Wallowa
- Wheeler

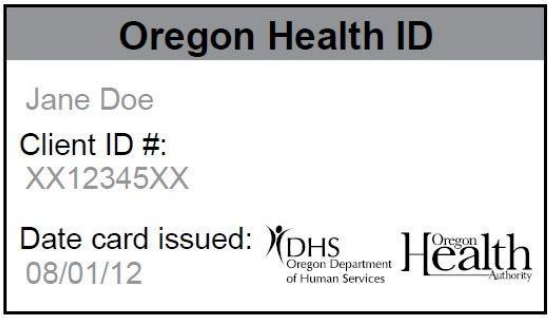
Nos asociamos con otras organizaciones para que nos ayuden a administrar algunos de los beneficios que le ofrecemos, como los servicios dentales y los traslados a las citas médicas. En la sección “Contáctenos” (página 20) encontrará la lista completa de estas organizaciones y los servicios que prestan.

Las CCO gestionan y pagan la atención médica que usted recibe. Nosotros les pagamos a los médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar el modo en que se recibe atención. Esto garantiza que los proveedores se centren en mejorar su salud en general. Usted tiene derecho a preguntar cómo les pagamos a los proveedores. Los pagos o incentivos que reciben los proveedores no influyen en la atención que usted recibe ni en el modo en que obtiene sus beneficios. Para obtener más información, llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711). Cuando nos pida información sobre esto, se la enviaremos en el plazo de 5 días laborables.

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios del OHP. Sin embargo, algunas ofrecen servicios adicionales, como artículos para recién nacidos y membresías de gimnasios. En las secciones “Sus beneficios” y “Servicios adicionales”, encontrará más información sobre los beneficios de la EOCCO.

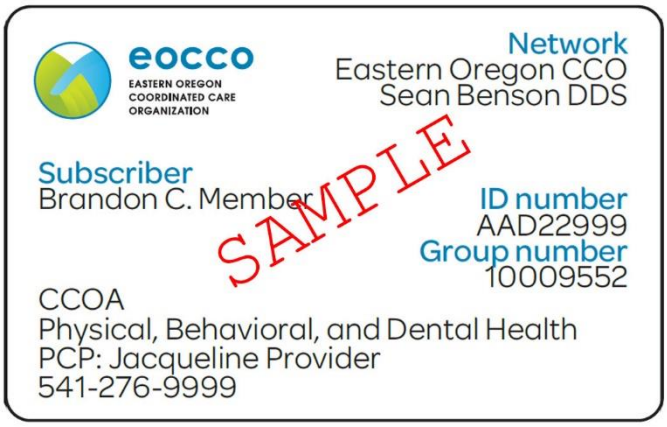
Cuando se inscribe en el OHP, recibe una tarjeta de identificación del plan. Se le envía por correo postal junto con la carta de cobertura. Se emite una tarjeta de identificación para cada integrante de su familia inscrito en el OHP.

Así es su tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregón:



Cuando se inscriba en una CCO, también se le enviará una tarjeta de identificación de la CCO. Esa tarjeta es muy importante: en ella se indica que usted es miembro de la EOCCO y se incluyen otros datos, por ejemplo, números de teléfono importantes. En su tarjeta de identificación también figura el nombre de su proveedor de atención primaria.

Así es su tarjeta de identificación de la EOCCO:



Recuerde presentar su tarjeta de identificación de la EOCCO cada vez que vaya a una cita médica o a la farmacia.

En la carta de cobertura y en la tarjeta de identificación de la EOCCO, figura la CCO en la que usted se inscribió. Allí también figura cuál es el nivel de atención que cubre su plan de la CCO. Con los datos de su tarjeta de identificación y con los de la tabla a continuación, determine qué tipo de cobertura tiene.

¿La CCO o el OHP?: Quién gestiona la atención médica que usted recibe			
Tipo de cobertura	**Salud física**	**Salud dental**	**Salud conductual**
CCO-A	La EOCCO	La EOCCO	La EOCCO
CCO-B	La EOCCO	El OHP	La EOCCO
CCO-E	El OHP	El OHP	La EOCCO
CCO-F*	Sin cobertura	La EOCCO	Sin cobertura
CCO-G	El OHP	La EOCCO	La EOCCO
Open Card**	El OHP	El OHP	El OHP

* La cobertura CCO-F solo incluye atención dental, a menos que usted tenga esa cobertura además de la cobertura Open Card para la atención de la salud física y conductual.
** A la cobertura Open Card también se la conoce como “cobertura de tarifa por servicio”.

En la sección “Coordinación de la atención” encontrará más información sobre cómo organizar la atención médica. En la sección “Sus beneficios”, encontrará qué tipos de beneficios tienen cobertura.

Contáctenos

La oficina de la EOCCO está abierta de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.

No abrimos en las siguientes fechas: Día de Año Nuevo (1.º de enero de 2025), Día de Martin Luther King Jr. (20 de enero de 2025), Día de los Caídos (26 de mayo de 2025), Día de la Independencia (4 de julio de 2025), Día del Trabajo (1.º de septiembre de 2025), Día de Acción de Gracias (27 de noviembre de 2025), el viernes siguiente al Día de Acción de Gracias (28 de noviembre de 2025) y en Navidad (25 de diciembre de 2025). Si un día festivo cae en domingo, estaremos cerrados el lunes siguiente.

Si la oficina de la EOCCO cierra debido a alguna emergencia, se agregará a las líneas telefónicas un mensaje para informar que el centro de llamadas no está disponible. Si hubiera personal disponible durante una situación de emergencia, atenderán llamadas, pero los tiempos de espera podrían ser extensos. Ante una urgencia, los miembros deben llamar al consultorio de su proveedor de atención primaria (PCP), quien les brindará atención o les dará la información de contacto de otro profesional que pueda hacerlo. El número de teléfono de su PCP figura en la tarjeta de identificación de la EOCCO. También puede buscarlo en el *Directorio de proveedores* de la EOCCO, en www.eocco.com/eocco-provider-search/.

La ubicación y dirección de correo postal de nuestra oficina es la siguiente:

EOCCO
601 S.W. Second Ave.
Portland, OR 97204

Línea gratuita: 888-788-9821 (también para acceso en otros idiomas);
TTY/Oregon Relay: 711
Fax: 503-948-5577
Sitio web**:** www.eocco.com

La EOCCO ofrece servicios de farmacia y servicios para la salud física, mental y dental, según el tipo de plan que usted tenga. En la carta de cobertura y en la tarjeta de identificación de la EOCCO figura el tipo de plan. Consulte la tabla de la página 19 para ver qué beneficios le corresponden según el tipo de plan. La EOCCO ofrece dos planes de atención dental: el plan Advantage Dental y el plan ODS Community Dental. El plan dental que usted tiene figura en su tarjeta de identificación de la EOCCO. Repase los números de teléfono a continuación, son importantes para encontrar los datos de contacto adecuados para el beneficio específico con el que necesita ayuda.

Números de teléfono importantes

- Atención y beneficios médicos
  Servicios al Cliente: 888-788-9821. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.
  Encontrará más información en la sección “Beneficios para la salud física”.

- Beneficios de farmacia
  Servicios al Cliente de Farmacia: 888-474-8539. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.
  Encontrará más información en la sección “Medicamentos recetados”.

- Atención y beneficios para la salud conductual, para el tratamiento por dependencia a las drogas o el alcohol, o para el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias
  Servicios al Cliente: 888-788-9821. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.
  Encontrará más información en la sección “Beneficios para la atención de la salud conductual”.

- Atención y beneficios dentales
  - Advantage Dental
    www.advantagedental.com
    866-268-9631 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711)
    Horario de atención: de lunes a jueves, de 8 a. m. a 6 p. m.; viernes de 8 a. m. a 5 p. m. hora del Pacífico.

  - ODS Community Dental
    www.odscommunitydental.com/members
    800-342-0526 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711)
    Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.

  Encontrará más información en la sección “Beneficios dentales”.

- Atención y beneficios para la visión
  Servicios al Cliente: 888-788-9821. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.
  Encontrará más información en la sección “Beneficios para la salud física”.

- Traslados gratuitos a visitas de atención de la salud física, dental o conductual
  Puede obtener traslados gratuitos a sus visitas de atención de la salud física, dental o conductual. Esto también se conoce como “servicios de traslado médico no urgente” o “NEMT”. Greater Oregon Behavioral Health Inc. (GOBHI) ofrece servicios de traslado médico no urgente para todos los servicios aquí mencionados. Llame al 877-875-4657 para programar un traslado. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico.
La oficina el proveedor de NEMT puede estar cerrada los siguientes días festivos:
Día de Año Nuevo (1.º de enero de 2025), Día de Martin Luther King Jr. (20 de enero de 2025), Día de los Caídos (26 de mayo de 2025), Día de la Independencia (4 de julio de 2025), Día del Trabajo (1.º de septiembre de 2025), Día de Acción de Gracias (27 de noviembre de 2025), el viernes siguiente al Día de Acción de Gracias (28 de noviembre de 2025) y en Navidad (25 de diciembre de 2025).
Encontrará más información en la sección “Traslados a las citas médicas”.

Póngase en contacto con el Plan de Salud de Oregón

El Departamento de Servicios al Cliente del OHP puede ayudarle a lo siguiente:

- Modificar sus datos, como dirección, número de teléfono, situación familiar u otra información relevante a su membresía.
- Reemplazar su tarjeta de identificación del OHP en caso de pérdida.
- Solicitar o renovar beneficios.
- Obtener ayuda local por parte de un socio comunitario.

Cómo ponerse en contacto con Servicios al Cliente del OHP

- Por teléfono: 800-699-9075 (número gratuito); TTY: 711.
- Por Internet: www.OHP.Oregon.gov.
- Por correo electrónico: Acceda al sitio de correos electrónicos seguros en https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt para enviar un mensaje al OHP.
    - Si tiene preguntas o hay algún cambio que afecte su membresía en el OHP, escriba a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
    - Si tiene preguntas sobre las CCO o sobre cómo usar los beneficios médicos, escriba a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.
    - Cuando contacte al OHP, incluya su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación del OHP, dirección y número de teléfono.

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de la EOCCO, usted tiene derechos. También tiene responsabilidades o cosas que hacer cuando se inscribe en el OHP. Si tiene preguntas sobre los derechos y las responsabilidades que se mencionan en este manual, comuníquese con Servicios al Cliente al 888-788-9821 (los usuarios de TTY/Oregon Relay deben llamar al 711).

Usted tiene derecho a ejercer sus derechos como miembro sin recibir una respuesta negativa o discriminatoria. Puede presentar una queja si considera que no se han respetado sus derechos. En la página 122 encontrará más información sobre la presentación de quejas. O bien, comuníquese con un defensor de la Autoridad de Salud de Oregón al 877-642-0450 (TTY: 711). También puede enviarles un correo electrónico seguro desde www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx.

Hay ocasiones en las que los menores de 18 años (menores de edad) necesitan o quieren recibir atención médica por su cuenta. Las personas de 15 años o más pueden obtener atención médica o dental sin el consentimiento de sus padres. Para obtener más información al respecto, consulte el folleto “Minor Rights: Access and Consent to Health Care” (Derechos de los menores: acceso y consentimiento para recibir atención médica). El folleto contiene información sobre los tipos de servicios que los menores de edad, independientemente de su género, pueden recibir por su cuenta y sobre las situaciones en las que podrían divulgarse sus expedientes médicos. Puede leerlo en www.OHP.Oregon.gov. Haga clic en “Minor rights and access to care” (Derechos de los menores y acceso a la atención médica) o visite https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf.

Sus derechos como miembro del OHP y de la EOCCO

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir un trato digno, respetuoso y cuidadoso con su privacidad.
- Recibir el mismo trato por parte de los proveedores que las demás personas que solicitan atención médica.
- Mantener una relación estable con un equipo de atención, que es responsable de gestionar su atención general.
- No sufrir represión ni aislamiento para que resulte más fácil lo siguiente:
  - Ocuparse de usted.
  - Aplicarle un castigo.
  - Imponerle algo que usted no quiere hacer.

Usted tiene derecho a obtener la siguiente información:

- Materiales explicados de una manera y en un idioma que pueda entender. (Consulte la página 4).
- Materiales, como este manual, que contengan información sobre las CCO y sobre cómo utilizar el sistema de atención médica.
- Materiales escritos que contengan información acerca de sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo recibir servicios y qué hacer en caso de emergencia.
- Información sobre su afección, tratamientos y alternativas, qué servicios tienen cobertura y cuáles no. Esta información le permitirá tomar buenas decisiones respecto de su atención médica. Consiga esta información en el idioma y en el formato adecuados para usted.
- Un expediente médico en el que se lleve un registro de sus afecciones y de los servicios y las remisiones que ha recibido. (Consulte la página 13). Usted tiene permitido lo siguiente:
  - Acceder a sus expedientes médicos.
  - Compartir sus expedientes médicos con un proveedor.

- Un aviso por escrito donde se informa el rechazo o cambio de un beneficio antes de que ocurra. Es posible que no reciba un aviso si las normas federales o estatales no lo requieren.
- Un aviso por escrito enviado por correo postal para informarle sobre los proveedores que ya no forman parte de la red. “Proveedores que forman parte de la red” se refiere a los proveedores o especialistas que trabajan con la EOCCO. (Consulte la página 32).
- Un aviso oportuno sobre la cancelación de una cita médica.

Usted tiene derecho a recibir lo siguiente:

- Atención y servicios en los que usted sea la prioridad. Atención que le brinde opciones, independencia y dignidad. Esta atención debe basarse en sus necesidades médicas y cumplir con los lineamientos de la práctica clínica.
- Servicios que tengan en cuenta sus necesidades culturales e idiomáticas, y que se brinden cerca de su domicilio. Usted también puede recibir servicios en lugares no tradicionales, si dichos servicios estuvieran disponibles. Por ejemplo, por Internet. (Consulte la página 88).
- Coordinación de la atención, atención basada en la comunidad y apoyo durante la transición de la atención, de forma tal que se adapten a su cultura e idioma. Esto evitará internaciones en hospitales o centros médicos.
- Servicios necesarios para detectar su afección.
- Ayuda para utilizar el sistema de atención médica. Obtenga el apoyo cultural e idiomático que necesita (consulte la página 4). Por ejemplo:
    - Intérpretes del área de la salud certificados o calificados.
    - Trabajadores de salud tradicionales certificados.
    - Trabajadores de salud comunitarios.
    - Personas que han vivido lo mismo que usted y se especializan en bienestar.
    - Personas que han vivido lo mismo que usted y se especializan en brindar apoyo.
    - Doulas.
    - Navegadores de salud personales.
- Ayuda por parte del personal de la CCO, que cuenta con formación completa sobre las políticas y los procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos con cobertura. (Consulte la página 36).
- Servicios de emergencia y urgencia disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de un permiso o una autorización. (Consulte la página 97).

- Remisiones a proveedores especializados para que le brinden los servicios coordinados cubiertos que sean necesarios según su estado de salud. (Consulte la página 42).
- Apoyo adicional de parte del defensor de los derechos del paciente del OHP. (Consulte la página 23).

Usted tiene derecho a hacer lo siguiente:

- Elegir sus proveedores y cambiar sus elecciones. (Consulte la página 30).
- Recibir una segunda opinión. (Consulte la página 33).
- Llevar a un amigo, familiar o ayudante a sus citas médicas.
- Participar activamente en la elaboración de su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar servicios. Recibir información sobre lo que podría pasar si toma cierta decisión. (No puede rechazar los servicios que haya ordenado un tribunal).
- Recibir servicios de salud conductual o de planificación familiar sin el permiso de un proveedor.
- Declarar sus preferencias de tratamiento. Esto se refiere a aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud conductual. También se refiere a que tiene el derecho de presentar directivas y poderes notariales para su atención médica conforme al capítulo 127 de los Estatutos Modificados de Oregón (ORS). (Consulte la página 117).
- Presentar una queja o una apelación y recibir una respuesta por parte de la EOCCO al respecto. (Consulte la página 122).
    - Solicitarle al estado que realice una revisión si usted no está de acuerdo con la decisión de la EOCCO. Esto se denomina “audiencia”.
- Recibir servicios gratuitos de interpretación, en todos los idiomas distintos del inglés y en lenguaje de señas, por parte de profesionales del área de la salud certificados o calificados. (Consulte la página 4).

Sus responsabilidades como miembro del OHP y de la EOCCO

Usted debe tratar así a los demás:

- Debe ser respetuoso con el personal de la EOCCO, con los proveedores y con los demás.
- Debe ser honesto con sus proveedores para que puedan proporcionarle la mejor atención posible.

Usted debe informar lo siguiente al OHP:

Si recibe cobertura del OHP, debe informar al OHP ciertos cambios que se produzcan en su situación o en la de su familia. En la carta de aprobación que le envía el OHP se detallan las situaciones que debe informar y los plazos para hacerlo.

Hay varias opciones para informar los cambios. Elija una de ellas:

- Informe los cambios en su situación a través de su cuenta en línea en ONE: One.Oregon.gov.
- Visite alguna de las oficinas del Departamento de Servicios Humanos de Oregón. Encontrará una lista de todas sus oficinas en https://www.oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx.
- Comuníquese con un socio comunitario local que tenga certificación del OHP. Puede encontrar uno en https://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx.
- Llame a Servicios al Cliente del OHP al 800-699-9075, disponible de lunes a viernes.
- Envíe un fax al 503-378-5628.
- Escriba a ONE Customer Service Center, PO Box 14015, Salem, OR 97309.

Usted tiene, además, otros derechos y responsabilidades como miembro del OHP. El OHP se los informó cuando solicitó inscribirse. Encontrará una copia de esos derechos y responsabilidades en https://www.oregon.gov/odhs/benefits/pages/default.aspx, en el enlace “Derechos y responsabilidades”.

Usted debe colaborar en su atención de las siguientes maneras:

- Debe elegir o ayudar a elegir su proveedor o clínica de atención primaria.
- Debe hacerse chequeos médicos anuales, ir a visitas para fomentar el bienestar y recibir atención preventiva para mantenerse saludable.
- Debe llegar a tiempo a sus citas médicas. Si llegará tarde, llame para avisar; cancele su cita si no podrá ir.
- Debe llevar sus tarjetas de identificación a sus citas médicas. También debe informar en el consultorio que es miembro de la EOCCO y del OHP, y avisar si tiene otro seguro médico. Avise si sufrió un accidente.
- Debe ayudar a su proveedor a elaborar su plan de tratamiento. También debe seguir dicho plan y participar activamente en su atención.
- Debe seguir las instrucciones de sus proveedores o pedir otras opciones.
- Debe preguntar si no entiende algo sobre su afección, tratamiento y otros asuntos relacionados con la atención.

- Debe usar la información que recibe de los proveedores y equipos de atención para tomar decisiones bien informadas sobre su tratamiento.
- Debe acudir a su proveedor de atención primaria (PCP) para realizarse pruebas y para recibir otros tipos de atención, a menos que tenga una emergencia.
- Debe acudir a los especialistas dentro de la red o colaborar con su proveedor para recibir autorización si quiere o necesita consultar a un especialista que no forme parte de la EOCCO.
- Debe utilizar los servicios de emergencia o urgencia de manera adecuada. También debe avisarle a su proveedor de atención primaria en un plazo de 72 horas si recibió alguno de estos servicios.
- Debe ayudar a los proveedores a conseguir su expediente médico. Tal vez le pidan que firme este formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI): www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/forms/shared/PHI-disclosure-EOCCO.pdf.
- Debe informar a la EOCCO si tiene algún problema o queja, o si necesita ayuda.
- Debe pagar los servicios que el OHP no cubre.
- Si recibe dinero a causa de una lesión, ayude a la EOCCO a recuperar lo que pagó por los servicios que le brindamos a causa de dicha lesión.

Miembros indígenas americanos y nativos de Alaska

Los miembros indígenas americanos y nativos de Alaska tienen derecho a elegir dónde reciben atención médica. Pueden acudir a proveedores de atención primaria y a otros proveedores que no forman parte de nuestra CCO, como los siguientes:

- Centros de bienestar tribales.
- Clínicas del Servicio de Salud para Indígenas (IHS). Para buscar una clínica, visite https://ihs.gov/findhealthcare/.
- La Asociación de Rehabilitación de los Nativos Americanos del Noroeste (NARA). Para obtener más información o para buscar una clínica, visite https://www.naranorthwest.org.

Se puede acudir a otras clínicas que no formen parte de nuestra red. En la página 42 encontrará más información sobre remisiones y autorizaciones previas.

Información de contacto de la NARA:

Servicios para la salud física:

Clínica: NARA Indian Health Clinic
Especialidad: Clínica de salud para indígenas. Miembros de todas las edades.
Ubicación: 15 N. Morris St. Portland, OR 97227
Teléfono: 503-230-9875

Clínica: NARA Wellness Center
Especialidad: Miembros de todas las edades
Ubicación: 12360 E. Burnside St., segundo piso, Portland, OR 97233
Teléfono: 971-279-4800

Salud conductual:

Clínica: NARA of the NW: Youth Residential Treatment Center
Especialidad: Adolescentes de 13 a 17 años. Tratamiento residencial por abuso de alcohol y drogas.
Ubicación: 620 N.E. Second St., Gresham, OR 97030
Teléfono: 971-274-5740

Clínica: NARA of the NW: Residential Treatment Center
Especialidad: Adultos de 18 a 64 años. Nativas americanas embarazadas o que hayan dado a luz recientemente.
Ubicación: 17645 N.W. St. Helens Hwy. Scappoose, OR 97231
Teléfono: 503-621-1069

Para obtener más información y una lista exhaustiva de las clínicas, ingrese en www.naranorthwest.org.

Otras clínicas:

Clínica: Servicio de Salud para Indígenas (IHS)
Especialidad: Clínica de salud para indígenas
Ubicación: 1414 NW Northrup Street, Suite 800 Portland, OR 97209
Teléfono: 503-414-5555
Sitio web: www.ihs.gov/portland/

Clínica: Yellowhawk Tribal Health Center
Especialidad: Centro de salud tribal. Miembros de todas las edades.
Ubicación: 46314 Timíne Way, Pendleton, Oregon 97801
Teléfono: 888-YEL-HAWK o 888-935-4295, o 541-966-9830
Sitio web: https://yellowhawk.org/

Clínica: Burns Paiute Tribe
Especialidad: Centro de salud tribal. Miembros de todas las edades.
Ubicación: 100 Pasigo St., Burns 97720
Teléfono: 541-573-2088
Sitio web: https://burnspaiute-nsn.gov/

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska no necesitan una remisión o un permiso para recibir atención de los proveedores mencionados anteriormente. Dichos proveedores deben facturar a la EOCCO. Solo pagamos los beneficios cubiertos. Si un servicio requiere autorización, el proveedor debe solicitarla primero.

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a dejar la EOCCO en cualquier momento. También tienen derecho a que el OHP pague la atención médica que les brinde con la modalidad de tarifa por servicio (FFS). Para obtener más información sobre irse de la CCO o cambiarse a otra, consulte la página 111.

Si quiere informar a la EOCCO que usted es indígena americano o nativo de Alaska, llame a Servicios al Cliente del OHP al 800-699-9075 (TTY: 711). También puede informarlo desde su cuenta en línea: inicie sesión en ONE.Oregon.gov.

Si cumple con alguno de estos criterios, podrían designarlo “miembro de una tribu que cumple los requisitos”. Esta información también se le pide en el formulario de solicitud del OHP:

- Usted está inscrito como miembro de una tribu reconocida a nivel federal o es accionista en una corporación regional de nativos de Alaska.
- Usted se atiende en centros del Servicio de Salud para Indígenas, en clínicas tribales o en clínicas urbanas para indígenas.
- Alguno de sus padres o abuelos está inscrito como miembro de una tribu reconocida a nivel federal o es accionista en una corporación regional o comunal de nativos de Alaska.

Miembros nuevos que necesitan recibir servicios de inmediato

Los miembros nuevos del OHP o de la EOCCO podrían necesitar recetas, suministros u otros artículos o servicios cuanto antes. Si no logra acudir a su proveedor de atención primaria (PCP) o dentista de atención primaria (PDC) durante sus primeros 30 días en la EOCCO, haga lo siguiente:

- Mientras espere que llegue la fecha de la cita programada, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO para solicitar un coordinador de la atención. Llame al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711). Un coordinador de la atención puede ayudarle a obtener la atención médica que usted necesita. También puede ayudar a los miembros del OHP a coordinar los servicios con los de Medicare. (Encontrará más información al respecto en la sección “Coordinación de la atención”).
    - Si va a inscribirse en Medicare, consulte la sección “Miembros del OHP con cobertura de Medicare” (página 110) para obtener más información.
- Programe una cita con su PCP lo antes posible. Puede encontrar el nombre y teléfono de su PCP en su tarjeta de identificación de la EOCCO.
- Si tiene preguntas y quiere obtener más información sobre sus beneficios, llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821 Le brindarán la asistencia que necesite.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es el médico a quien usted acudirá regularmente para recibir recetas y atención médica. Puede elegir uno por su cuenta o podemos ayudarle a elegir.

Los proveedores de atención primaria pueden ser médicos, enfermeros u otros profesionales. Usted tiene derecho a elegir un PCP que esté dentro de la red de la EOCCO. Si no elige uno en el plazo de 90 días posteriores a su inscripción, la EOCCO elegirá uno por usted o le asignará una clínica. La EOCCO le notificará al PCP que usted le fue asignado, y a usted le enviará una carta con la información de contacto de su proveedor.

Cómo elegir a un PCP

Como miembro, usted debe elegir como PCP a una clínica o a un consultorio médico. Elija a su PCP y envíenos por correo postal la *Hoja de selección de PCP* que recibió con su paquete de bienvenida. La EOCCO también podría asignarle un PCP si usted no elige uno en el plazo de 90 días a partir de su inscripción. Si más adelante quiere cambiar el PCP que la EOCCO eligió para usted, comuníquese con Servicios al Cliente. Si no recibió el paquete de bienvenida, contáctenos.

Una vez que haya elegido a un PCP, o que la EOCCO le haya asignado uno, recibirá una nueva tarjeta de identificación de la EOCCO con el nombre y el número de teléfono de su PCP.

Para programar una cita, busque el número de teléfono de su PCP y otra información en la herramienta de búsqueda de proveedores: www.eocco.com/eocco-provider-search/. También puede obtener el número de teléfono de su PCP y otra información de contacto llamando a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico. (Los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711).

Su PCP trabajará con usted para que pueda mantenerse lo más saludable posible. Además, hará un seguimiento de sus necesidades médicas básicas y de especialidad. Su PCP hará lo siguiente:

- Familiarizarse con usted y con su historia clínica.
- Proporcionarle atención médica.
- Mantener sus expedientes médicos actualizados y en un solo lugar.

Su PCP puede hacerle una remisión para que consulte a un especialista o una orden para internación en un hospital, si es necesario.

Cada miembro de su familia que reciba beneficios del OHP debe elegir a un PCP. Pueden tener PCP distintos.

Recuerde consultarle a la EOCCO sobre dentistas, proveedores de salud mental y farmacias.

Es importante que sepa cómo utilizar su plan dental. Su plan dental puede ayudarle a elegir una clínica o un consultorio dental como dentista de atención primaria (PCD). Su PCD trabajará con usted para atender sus necesidades dentales. Para saber cómo contactarse con su plan dental, consulte la página 21.

Cada miembro de su familia debe tener un PCD. Debe acudir a su PCD para la mayoría de sus necesidades de salud dental. Si es necesario, el PCD le hará una remisión para que consulte a un especialista.

Su PCD es importante por los siguientes motivos:

- Es su primer punto de contacto cuando necesita recibir atención dental.
- Gestiona sus servicios y tratamientos de salud dental.
- Coordina sus visitas de atención especializada.

Comuníquese con Servicios al Cliente al 888-788-9821 de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico (TTY/OREGON RELAY: 711), si quiere cambiar de PCP, PCD o de otro tipo de proveedor. Puede consultar a sus nuevos proveedores a partir del mismo día en que se haga el cambio.

Si necesita buscar un proveedor de salud mental o una farmacia, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores: www.eocco.com/eocco-provider-search/. También puede llamar a Servicios al Cliente de la EOCCO para que le ayuden a buscar. Llame al 888-788-9821 de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico. Los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Para elegir un PCP, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores en www.eocco.com/eocco-provider-search/. También podemos brindar asistencia durante este proceso. Llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 e indíquenos qué PCP ha elegido. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico. Los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711. Puede consultar a su nuevo PCP a partir del mismo día que se haga el cambio, si es que el cambio se aprueba. Cada miembro de su familia que reúna los requisitos debe elegir a un PCP. Pueden tener PCP distintos.

Cada vez que elija un nuevo PCP, la EOCCO le enviará una nueva tarjeta de identificación por correo postal. Asegúrese de que su dirección registrada en el Plan de Salud de Oregón esté siempre actualizada.

Cambios en relación con su PCP

Si se produce un cambio y su PCP deja de trabajar con la EOCCO, le enviaremos una carta 30 días antes de que se produzca el cambio. Si dicho cambio ya se produjo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días calendario a partir del cambio.

Proveedores dentro de la red

La EOCCO trabaja con algunos proveedores, pero no con todos los que existen. Los proveedores que trabajan con nosotros se conocen como “proveedores dentro de la red” o “proveedores participantes”.

Los proveedores que no trabajan con nosotros se conocen como “proveedores fuera de la red”. Es posible que pueda acudir a proveedores fuera de la red si lo necesita, pero estos deben formar parte del Plan de Salud de Oregón.

En los siguientes casos se le permite consultar a un proveedor de atención primaria fuera de la red:

- Si se cambia de CCO o si se pasa de una cobertura de tarifa por servicio del OHP a la cobertura de una CCO. (Consulte la página 111).
- Si es indígena americano o nativo de Alaska. (Consulte la página 27).

Directorio de proveedores

Se puede usar el directorio de proveedores (www.eocco.com/eocco-provider-search/) para elegir un PCP, PCD u otro proveedor.

También puede llamar a Servicios al Cliente para informarnos cuál PCP eligió, o puede informarnos eso completando el formulario en línea que encontrará en www.eocco.com/providers/pcp. Otra opción es enviarnos por correo postal la *Hoja de selección de PCP* que recibió con su paquete de bienvenida. Si no recibió el paquete de bienvenida, contáctenos.

Puede encontrar la siguiente información en el *Directorio de proveedores*:

- Si un proveedor acepta nuevos pacientes.
- Qué tipo de proveedor es (de servicios médicos, dentales, de la salud conductual, de farmacia, entre otros).
- Cómo ponerse en contacto con el proveedor.
- Si se ofrecen opciones de atención por videoconferencias o llamadas telefónicas (telesalud).
- Si se ofrece ayuda lingüística (como traducciones y servicios de interpretación).
- Si cuentan con adaptaciones para personas con discapacidades físicas.

Se puede obtener una copia impresa del *Directorio de proveedores*. También se puede solicitar una copia en un formato diferente (como en otro idioma, letra grande o braille), sin costo para usted. Llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821. Los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.

Haga una cita

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

Su PCP debería ser el primer profesional al que acuda cuando necesite recibir atención. Este le programará una cita o le ayudará a decidir el tipo de atención que necesita. Su PCP también puede darle una remisión para que acceda a otro servicio o recurso cubierto. Llámelo directamente para programar una cita.

Si es la primera vez que visitará a su PCP, programe una cita para un chequeo. De esta forma, su PCP podrá familiarizarse con usted y con su historia clínica antes de que tenga algún problema de salud o alguna inquietud. Esto le permitirá evitar cualquier tipo de demora la primera vez que necesite usar los beneficios.

Antes de su cita médica, anote lo siguiente:

- Las preguntas que quiera hacerle a su PCP u otros proveedores.
- El historial de los problemas de salud de su familia.
- Los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos con receta o de venta libre, las vitaminas o los suplementos.

Llame para programar una cita durante el horario de atención e informe lo siguiente:

- Que es miembro de la EOCCO.
- Su nombre y número de identificación de la EOCCO.
- El tipo de cita médica que necesita.
- Si necesita un intérprete y el idioma que necesita.

Si se enfermó y necesita una cita para ese mismo día.

Puede conseguir traslado gratuito a su cita. Para obtener más información sobre los traslados, consulte la página 83.

Citas omitidas

Intente no faltar a sus citas médicas. Si cree que faltará a una, comuníquese con su PCP para cancelarla de inmediato. Le programarán otra cita. Si no avisa con anticipación, el proveedor podría negarse a volver a prestarle servicios.

Cada proveedor tiene sus propias normas en cuanto a las citas omitidas. Pregúntele a su PCP cuáles son las suyas.

Cambios respecto de los proveedores de la EOCCO

Le informaremos cuando alguno de nuestros proveedores habituales deje de trabajar con la EOCCO. Usted recibirá una carta 30 días antes de que se produzca el cambio. Si el cambio ya se produjo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días a partir del cambio.

Segundas opiniones

Usted tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre su afección o su tratamiento. Las segundas opiniones se le brindan sin costo. Si quiere obtener una segunda opinión, llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 para informarnos que quiere consultar a otro proveedor.

Si no hay un proveedor calificado dentro de la red y quiere acudir a un proveedor fuera de la red para obtener una segunda opinión, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO para recibir ayuda. Gestionaremos la segunda opinión sin costo para usted.

Salud para personas transgénero

La EOCCO respeta las necesidades de atención médica de todos sus miembros. Esto incluye a los miembros que son o se identifican como:

- Mujeres trans
- Hombres trans
- Personas no conformes con su género o de género diverso
- Personas dos espíritus
- Personas no binarias

Cubrimos los servicios de transición de género. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711).

Encuesta sobre su salud

Poco después de que se inscriba en la EOCCO, o cuando se produzca alguna modificación en su cobertura de la EOCCO por motivos de salud, le enviaremos una encuesta. Le preguntaremos sobre su salud general, con el objetivo de ayudarle a reducir los riesgos para su salud, mantenerse saludable y prevenir enfermedades.

Puede completar la encuesta por estos medios:

- Por correo postal: complete la encuesta y envíela a la EOCCO.
- Por Internet: busque la encuesta en el sitio web de la EOCOO, www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/Member/Resources/member_survey_eg.pdf. Encontrará este formulario en la página de recursos generales. Complétela, imprímala y envíela por correo postal a la EOCCO.
- Por teléfono: Llame a Servicios al Cliente, al 888-788-9821 (TTY: 711), para que alguien del equipo de coordinación de la atención le ayude a completarla.

La encuesta plantea preguntas sobre lo siguiente:

- Si tiene acceso a alimentos y vivienda.
- Sus hábitos (de ejercicio y alimentación, y si fuma o bebe alcohol).
- Cómo se siente (para averiguar si tiene depresión o si necesita los servicios de un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, su salud dental y sus antecedentes familiares.
- Su idioma nativo.
- Si tiene necesidades especiales en cuanto a su salud (por ejemplo: embarazo de alto riesgo, enfermedades crónicas, trastornos de la salud conductual, discapacidades, etc.).
- Si prefiere obtener el apoyo de un equipo de coordinación de la atención.

Sus respuestas nos sirven para averiguar lo siguiente:

- Si necesita hacerse algún examen de salud, como un examen dental o de la vista.
- Si tiene necesidades especiales de atención médica o si necesita atención de rutina.
- Si tiene enfermedades crónicas.

- Si necesita servicios médicos y apoyos a largo plazo.
- Si le preocupa su seguridad.
- Si tiene dificultades para recibir atención médica.
- Si necesita ayuda extra para la coordinación de su atención. Para obtener información sobre la coordinación de la atención, consulte la página 36.

Un miembro del equipo de coordinación de la atención (un enfermero, un trabajador social clínico con licencia, un coordinador de apoyo clínico o un farmacéutico) revisará su encuesta. Se comunicará con usted para hablar sobre sus necesidades médicas y para ayudarle a entender sus beneficios.

Si no nos llega su encuesta, nos pondremos en contacto con usted por correo postal y por teléfono para que no olvide completarla en el plazo de 90 días a partir de su inscripción (o antes, si fuera necesario). Si quiere que le enviemos una encuesta, puede llamar a Servicios al Cliente de la EOCCO (al 888-788-9821) para que le enviemos una.

Compartiremos los datos de su encuesta con su médico u otros proveedores, para evitar que le vuelvan a preguntar lo que ya contestó en esta encuesta. Compartir esos datos también facilita la coordinación de la atención y los servicios que usted recibe.

Miembros que cursan un embarazo

En caso de embarazo, el OHP proporciona servicios adicionales para que usted y su bebé se mantengan saludables. La EOCCO también puede ayudar a que usted reciba la atención médica que necesita. Además, puede cubrir el parto y la atención durante un año después del embarazo. Cubrimos beneficios posteriores al embarazo durante un año completo, independientemente del desenlace del embarazo.

En cuanto se entere de que va a tener un bebé, haga lo siguiente:

- **Informe del embarazo al OHP.** Llame al 800-699-9075 (TTY: 711) o inicie sesión en ONE.Oregon.gov.
- **Informe al OHP su fecha prevista de parto.** No es necesario que sepa la fecha exacta. Si está a punto de dar a luz, llámenos de inmediato.
- **Solicite información sobre sus beneficios por embarazo:**
    - Si acude a su médico para recibir atención prenatal o de posparto, tal vez pueda obtener para su bebé un kit gratuito para el sueño seguro, disponible a través del programa de la EOCCO Cribs for Kids. Pídale a su médico que complete y envíe el formulario de remisión al programa Cribs for Kids durante su visita. Encontrará el formulario en nuestro sitio web: www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/crib_referral.pdf.
    - Administración de casos especializada para embarazos de alto riesgo. Para conseguir una remisión a este programa, comuníquese con Servicios al Cliente al 1-888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).

- **Opciones de atención para el embarazo**. Los miembros de la EOCCO pueden recibir sin costo los servicios de una doula. Las doulas ayudan a las personas embarazadas y a sus familias dándoles apoyo no médico, personalizado, durante el embarazo, el parto y después del nacimiento del bebé. Para obtener más información, consulte en nuestro sitio web el folleto que contiene información sobre las doulas: www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/providers/EOCCO-BirthDoula.pdf. Versión en español: www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/Member/Resources/EOCCO-Flyer-Birth-Doula-Flyer-Member-Spanish.pdf.
    - Si quiere que le consigamos una doula en su área, complete el formulario de remisión a una doula: tinyurl.com/eoccobirthdoulareferral. También puede comunicarse con la representante de servicios de trabajadores de salud tradicionales (THW) de la EOCCO: escriba a THW@eocco.com o llame al 503-952-4495 (TTY/Oregon Relay: 711). Para obtener más información sobre los servicios de trabajadores de salud tradicionales, consulte la página 80.

Después del embarazo:

- **Llame al OHP o solicite que el hospital envíe una notificación sobre el recién nacido al OHP.** El OHP proporcionará cobertura para su bebé desde el momento en que nace. Su bebé también tendrá la cobertura de la EOCCO.

Es importante prevenir los problemas de salud

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que sucedan. Puede hacer de la prevención una parte importante de su atención. Hágase chequeos de salud y dentales con regularidad para conocer su estado de salud.

Estos son algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos.
- Chequeos y limpiezas dentales.
- Mamografías (radiografía de la mama).
- Examen de papanicoláu.
- Atención durante el embarazo y para recién nacidos.
- Exámenes para fomentar el bienestar.
- Chequeos de la próstata para hombres.
- Chequeos anuales.
- Exámenes del niño sano.

Una boca saludable también mantiene saludables el cuerpo y el corazón.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 888-788-9821 (TTY: 711).

Ayuda para organizar su atención con coordinación de la atención

La EOCCO puede ayudarle a organizar su atención. La EOCCO tiene personal que forma parte de su equipo de coordinación de la atención. El personal de la EOCCO está comprometido a apoyar a los miembros con sus necesidades de atención y puede ayudarlos a conseguir atención para la salud física, dental, conductual, social y del desarrollo, y en el lugar y en el momento que la necesiten.

Los siguientes recursos pueden ocuparse de la coordinación de la atención: su centro de atención primaria centrado en el paciente (PCPCH), su proveedor de atención primaria (PCP), la EOCCO u otros equipos de atención primaria. Usted, sus proveedores o alguien que actúe en carácter de representante pueden solicitar la coordinación de la atención por cualquier motivo, especialmente si usted requiere un nuevo tipo de atención o si no obtiene la atención que necesita. Para conseguir más información sobre la coordinación de la atención, llame a Servicios al Cliente (888-788-9821; TTY/OREGON RELAY: 711) o visite www.eocco.com/members/your-resources/Coordinated-Care.

El propósito de la coordinación de la atención es que usted mejore su salud general

La EOCCO tiene que haber establecido procesos que nos faciliten descubrir qué tipos de atención de salud usted necesita. Con nuestra ayuda, usted podrá tomar el control de su salud y bienestar.

Los enfermeros y administradores de casos del equipo de atención están especialmente capacitados en muchas afecciones. Pueden ayudarle con las siguientes:

- Diabetes.
- Insuficiencia cardíaca.
- Asma.
- Embarazos de alto riesgo.
- Afecciones de alto riesgo en bebés.
- Depresión.
- Presión arterial alta.
- Otras afecciones.

Su equipo de coordinación de la atención se ocupa de lo siguiente:

- Explicarle sus beneficios y cómo funcionan.
- Ayudarle a manejar enfermedades crónicas, como la diabetes, la enfermedad cardíaca y el asma.
- Ayudarle con problemas de salud conductual, como la depresión y el trastorno por abuso de sustancias.
- Ayudarle a descubrir qué hacer para conseguir los servicios y recursos adecuados para lograr sentirse a gusto y con la sensación de protección y seguridad.
- Ayudarle a identificar personas de su entorno o de su comunidad que puedan servirle de apoyo.
- Ayudarle a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP).
- Brindarle atención y consejos fáciles de seguir.
- Ayudarle a programar citas y exámenes médicos.
- Ayudarle a programar los traslados a sus citas médicas.
- Facilitar la transición de la atención médica cuando se necesite.
- Ayudarle a obtener atención de proveedores especialistas.
- Asegurarse de que sus proveedores se comuniquen entre sí para conocer sus necesidades de atención médica.
- Elaborar junto con usted un plan de atención que se ajuste a sus necesidades de salud.

Su equipo de coordinación de la atención también puede ayudarle a encontrar otros recursos en su comunidad y a acceder a ellos, por ejemplo, ayuda para necesidades no médicas como estas:

- Ayuda para encontrar vivienda.
- Ayuda para pagar el alquiler y los servicios públicos.
- Servicios nutricionales.
- Traslados.
- Capacitaciones y cursos.
- Apoyo para la familia.
- Servicios sociales.
- Dispositivos para condiciones meteorológicas extremas.

Trabajamos juntos para favorecer su atención médica

Su equipo de coordinación de la atención trabajará en estrecha colaboración con usted. El equipo estará integrado por diferentes personas (proveedores, especialistas y programas comunitarios con los que usted trabaja) y, juntas, se ocuparán de satisfacer sus necesidades. El equipo se ocupará de que usted se conecte con los recursos comunitarios y de apoyo social que podrían brindarle ayuda. La función del equipo de atención es garantizar que las personas adecuadas participen en su atención para que usted logre alcanzar sus objetivos. Trabajaremos juntos para brindarle apoyo.

Una vez que le asignen un coordinador de la atención, la EOCCO le enviará una carta con la información de contacto de esta persona, para que siempre tenga cómo comunicarse con ella. Su coordinador de la atención tiene la responsabilidad de ayudarle a coordinar la atención y los servicios que usted recibe. Si alguna vez le cambian el coordinador de la atención, la EOCCO se lo informará en una carta o por teléfono.

Usted podría necesitar un plan de atención

Usted y su equipo de atención determinan si es necesario establecer un plan de atención. El plan le ayudará a obtener todo lo que necesita. Se elabora en conjunto entre usted, su equipo de atención y sus proveedores. El plan incluirá los servicios y apoyos que necesita para cumplir sus objetivos. Este plan aborda sus necesidades médicas, dentales, culturales, conductuales, sociales y de desarrollo, para que obtenga resultados positivos en materia de salud y bienestar.

El plan se revisa y se actualiza al menos una vez al año, a medida que sus necesidades cambien, o si usted solicita que se revise y se actualice. Se envía una copia del plan de atención a su representante, a sus proveedores y a usted.

Usted, un representante autorizado o un proveedor pueden solicitarle una copia de su plan de atención al administrador a cargo de su caso, o pueden pedirle que se elabore un plan de atención. El plan se les puede enviar por correo postal o por correo electrónico.

Horario de atención e información de contacto para la coordinación de la atención

Los servicios de coordinación de la atención están disponibles de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.

- Llame a Servicios al Cliente de la EOCCO (al 888-788-9821) si hay algún cambio respecto de su salud, de sus necesidades o de los profesionales con los que trabaja. Con esta información, la EOCCO puede ayudarle a coordinar su atención.

- Llame a Servicios al Cliente de la EOCCO (al 888-788-9821) para obtener más información sobre la coordinación de la atención.
- La EOCCO le enviará una carta para informarle qué integrante del equipo de coordinación de la atención es el principal responsable de coordinar la atención y los servicios que usted recibe.

Miembros que tienen Medicare

Usted también puede obtener ayuda con sus beneficios del OHP y Medicare. Un integrante del equipo de coordinación de la atención de la EOCCO trabaja en conjunto con usted, sus proveedores, su plan de Medicare Advantage y su cuidador. Nos asociamos con ellos para ofrecerle servicios sociales y de apoyo, como servicios comunitarios culturalmente específicos.

Sus beneficios

Cómo decide el estado de Oregón cuáles son los servicios que cubren el OHP y la EOCCO

Como miembro del OHP, usted tiene a su disposición muchos servicios. La decisión del estado de Oregón sobre los servicios que se pagan depende de la ***Lista de prioridad de servicios de salud***. Esta lista se compone de diferentes afecciones médicas (denominadas diagnósticos) y los tipos de procedimientos que tratan dichas afecciones. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos comunes trabajan juntos para desarrollar la lista. Este grupo se conoce como la "Comisión de Revisión de la Evidencia Médica (HERC) de Oregón". El gobernador es quien nombra a sus integrantes.

La lista incluye una combinación de todas las afecciones con sus respectivos tratamientos. A esa combinación se hace referencia como "pares de afección y tratamiento".

En la lista, los pares de afección y tratamiento aparecen clasificados según la gravedad de la afección y la eficacia del tratamiento.

Miembros a partir de los 21 años:
El OHP no cubre todos los pares de afección y tratamiento. Existe un punto de corte en la lista llamado "la línea" o "el nivel de financiación". Los pares por encima de la línea están cubiertos, y los que se encuentran por debajo de ella, no lo están. Hay ciertas reglas para algunas de las afecciones y los tratamientos por encima de la línea, y puede que no estén cubiertos.

Miembros menores de 21 años:
Todos los servicios médicamente necesarios y apropiados deben estar cubiertos en función de sus necesidades individuales y su historia clínica. Esto incluye artículos "por debajo de la línea" en la *Lista de prioridad*, así como servicios que no figuran en dicha lista, como el equipo médico duradero. Consulte la página 76 para obtener más información sobre la cobertura de miembros menores de 21 años.

Para obtener más información sobre la *Lista de prioridad*, ingrese en https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx.

Acceso directo

No necesita una remisión ni autorización previa para recibir algunos servicios. Nos referimos a eso como “acceso directo”. Consulte las tablas a continuación para conocer los servicios de acceso directo para los cuales no se requiere remisión ni autorización previa.

No se requiere remisión ni autorización previa

- **Servicios de emergencia** (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana):
  Para la salud física, dental o conductual.
- **Servicios de atención de urgencia** (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana):
  Para la salud física, dental o conductual.
- **Servicios para la salud de la mujer:**
  Para atención preventiva y de rutina.
- **Exámenes por abuso sexual.**
- **Evaluaciones de salud conductual y otros servicios de evaluación.**
- **Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios y apoyo entre pares:**
  Prestados por un proveedor dentro de la red.

Para obtener más información, consulte las tablas de beneficios a partir de la página 44.

Cómo obtener una autorización previa (también llamada “preautorización”)

Para algunos servicios, como las cirugías y las internaciones, se requiere obtener primero una autorización. Se requiere esto para garantizar que la atención es necesaria desde el punto de vista médico y es adecuada para su caso. Su proveedor se ocupará de obtener la autorización y puede enviarnos información de respaldo para demostrar que usted necesita el servicio. Aunque no es obligatorio que el proveedor nos envíe información, la EOCCO aun podría tener que revisar su caso para conocer los motivos médicos.

Estas decisiones se basan únicamente en el hecho de que la atención o el servicio es adecuado para usted y en que usted tenga cobertura de la EOCCO. La EOCCO no recompensa a los proveedores ni a nadie por negar la cobertura de la atención médica. Jamás se le paga a nadie a cargo de tomar decisiones por rechazar una solicitud de atención médica. Comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY: 711) en los siguientes casos:

- Si tiene preguntas.
- Si necesita comunicarse con el Departamento de Administración de la Utilización.
- Si necesita una copia de los lineamientos clínicos.

Es posible que no reciba el servicio sin una autorización previa. Revisamos las solicitudes de autorización previa tan rápido como su estado de salud lo requiere. La mayoría de las decisiones respecto de los servicios se toman en un plazo de 14 días. A veces, pueden tardar hasta 28 días. Esto último solo ocurre cuando estamos esperando más información para tomar una decisión. Si usted o su proveedor consideran que tomar la decisión en el plazo estándar pone en peligro su vida, su salud o su capacidad funcional, podemos tomar una decisión más rápido, eso se llama “autorización de servicio acelerada”. Las decisiones aceleradas respecto de un servicio suelen emitirse en un plazo de 72 horas, pero podrían extenderse hasta 14 días. Usted tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión del plazo. Para obtener información sobre cómo presentar una queja, consulte la página 122.

Si necesita preautorización para obtener un medicamento recetado, emitiremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si necesitamos más información para tomar una decisión, podemos tardar 72 horas.

En la página 90 encontrará información sobre los medicamentos recetados.

No necesita una autorización previa para los servicios de emergencia o de urgencia ni para los servicios posteriores a una emergencia. Para obtener información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 97.

No se requiere autorización previa para estos servicios

- **Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios y apoyo entre pares (prestados dentro de la red).**
- **Evaluaciones de salud conductual y otros servicios de evaluación.**
- **Tratamiento asistido por medicamentos para el trastorno por abuso de sustancias** (para los primeros 30 días de tratamiento).
- **Tratamiento comunitario asertivo y servicios integrales** (se requiere una evaluación).

Para obtener más información, consulte las tablas de beneficios a partir de la página 44.

Remisiones de proveedores y autorremisiones

Podría requerirse una remisión para garantizar que el proveedor que le brinda atención es el adecuado. Una **remisión** es una orden que su proveedor escribe en la cual indica que usted necesita un servicio.

Por ejemplo: Si su PCP no puede brindarle los servicios que necesita, puede hacerle una remisión para que consulte a un especialista. Si el servicio requiere autorización previa, el proveedor le pedirá autorización a la EOCCO.

En el caso de que no haya un especialista cerca de donde vive o que no haya uno que forme parte de red de la EOCCO, su médico podría tener que recurrir al equipo de coordinación de la atención y, juntos, encontrar un proveedor fuera de la red. Para acudir a proveedores fuera de la red, es necesario que estos trabajen con el Plan de Salud de Oregón. En estos casos, usted no tendrá que pagar un costo extra.

Muchas veces, su PCP puede brindarle los servicios que necesita. Si considera que necesita una remisión a un especialista médico, solicítesela al PCP. No necesita una remisión si tiene una emergencia.

Servicios que requieren remisión

- **Tratamiento asistido por medicamentos para el trastorno por abuso de sustancias**
- **Servicios especializados**
  Si necesita atención médica especializada, su equipo de atención médica puede conseguirle atención especializada sin necesidad de una remisión.
- **Servicios integrales**
- **Si recurre a un proveedor de atención dental que no es su dentista de atención primaria, podría necesitar una remisión para obtener estos servicios:**
  - Exámenes dentales.
  - Dentadura postiza parcial o completa.
  - Extracciones.
  - Tratamiento de endodoncia.

Para obtener más información, consulte las tablas de beneficios a partir de la página 44.

Para algunos servicios no se requiere remisión, eso se conoce como “autorremisión”

En una **autorremisión**, usted busca en el *Directorio de proveedores* el tipo de proveedor que le gustaría consultar. Puede llamar al proveedor para programar una visita sin necesidad de una remisión. Para obtener más información sobre el *Directorio de proveedores*, consulte la página 32.

Servicios a los que puede autorremitirse:

- Visitas al consultorio de su PCP.
- Atención para infecciones de transmisión sexual.
- Inmunizaciones (vacunas).
- Servicios de un trabajador de salud tradicional.
- Atención de rutina para la visión con proveedores dentro de la red.
- Atención de profesionales dentales dentro de la red.
- Servicios de planificación familiar (incluso fuera de la red).
- Servicios de salud mental por problemas de consumo de alcohol y otras drogas.
- Tratamiento asertivo comunitario.
- Servicios de salud conductual dentro de la red.

Para obtener más información, consulte las tablas de beneficios a partir de la página 44.

Aun podría requerirse autorización previa para los servicios a los que se autorremite. Hable con su PCP o comuníquese con Servicios al Cliente para saber si necesita una autorización previa para recibir un servicio.

Guía para interpretar los íconos de las tablas de beneficios

Servicios que requieren autorización previa

Algunos servicios requieren autorización antes de recibirlos. Su proveedor debe pedir autorización a la CCO. Eso se conoce como “autorización previa”.

Servicios que requieren remisión

Una remisión es una orden que su proveedor escribe en la cual indica que usted necesita un servicio. Usted debe solicitársela.

No se requiere remisión ni autorización previa

No necesita una remisión ni autorización previa para recibir algunos servicios. Nos referimos a eso como “acceso directo”.

Beneficios para la salud física

Consulte la siguiente tabla para conocer la lista de beneficios médicos disponibles sin costo para usted. En la columna “Servicio”, encontrará la cantidad de veces que puede recibir sin costo cada servicio. En la columna “¿Se requiere remisión o autorización previa?”, descubrirá si se necesita una remisión o una autorización previa para obtener el servicio. Si necesita ayuda, la EOCCO coordinará los servicios por usted, sin costo. Para ver un resumen de los beneficios que ofrece el OHP, consulte OHP.Oregon.gov/Benefits. Llame al 800-273-0057 para que le envíen una copia impresa o electrónica del resumen.

Si ve un asterisco (*) en las tablas de beneficios, significa que es posible que un servicio se cubra por encima de los límites mencionados para los miembros menores de 21 años, siempre y cuando el servicio sea médicamente necesario y apropiado.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios de coordinación de la atención Los servicios de coordinación de la atención pueden organizar las actividades relacionadas con la atención médica, ayudar con enfermedades crónicas y reunir al equipo de atención médica. Por ejemplo: administración de casos. Sin límite. Consulte la sección “Ayuda para organizar su atención” en la página 36 para obtener más información.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios de cuidados paliativos y hospicio Atención para la etapa final de la vida, como alivio del dolor y de los síntomas para que la persona esté cómoda. Puede incluir asistencia para los familiares. Por ejemplo: servicios de hospicio. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere autorización previa.	Todos los miembros.
Autocontrol de la diabetes Las personas con diabetes deben controlar su salud periódicamente. “Autocontrol” se refiere a las actividades y conductas que una persona realiza y adopta para controlar y tratar su afección. El autocontrol de la diabetes suele realizarse en el hogar. Algunos ejemplos son glucómetros, tiras reactivas y lancetas. Esto también incluye la prevención de la diabetes, el control de la presión arterial, las herramientas de control de peso, y el asesoramiento de un nutricionista u otro tipo de profesional de la salud. Se lo considera un servicio alternativo. Consulte la página 69 para obtener más información.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Disponible a partir de los 18 años para miembros con diabetes tipo 1 o tipo 2.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios de diagnóstico Análisis, exámenes o procedimientos realizados para identificar una afección o lesión. Por ejemplo: análisis de sangre, biopsia. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se podría requerir remisión o autorización previa.	Todos los miembros.
Equipo médico duradero Suministros y equipos que no se desgastan. Por ejemplo: andadores, suministros para la diabetes. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se podría requerir autorización previa.	Todos los miembros.
Pruebas tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) Atención médica, exámenes de detección y evaluaciones del desarrollo físico y mental de miembros menores de 21 años. Por ejemplo: visitas preventivas, examen de detección de intoxicación por plomo. Incluye la cobertura de todos los servicios que sean médicamente necesarios y adecuados para miembros menores de 21 años.	 No se requiere remisión ni autorización previa para los exámenes de detección, las evaluaciones y la atención preventiva para niños. Se podría requerir remisión o autorización previa para algunos servicios.	Miembros de 0-20 años. Consulte la página 76 para obtener más información.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Cirugías y procedimientos opcionales Cirugías y procedimientos que no son médicamente necesarios ni surgen de una emergencia. Por ejemplo: extracción de cálculos renales. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se podría requerir autorización previa.	Todos los miembros.
Traslado médico de emergencia Traslado a un hospital por una emergencia. Por ejemplo: traslado en ambulancia. Sin límite.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios de emergencia Atención médica inmediata por una emergencia. Por ejemplo: atención médica por dificultad para respirar o en caso de un accidente. Llame al 911 o acuda a una sala de emergencias si cree que está en peligro. Sin límite. Consulte la página 97 para obtener más información.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios de planificación familiar Anticipar y alcanzar el número deseado de hijos, con el espaciado y el momento oportuno para sus nacimientos. Los servicios de planificación familiar pueden obtenerse de proveedores fuera de la red. Algunos ejemplos son el control de la natalidad y los exámenes anuales. Acceso directo incluso si el proveedor no participa de la red (no se requiere remisión ni autorización previa). Sin límite.	 Acceso directo (sin remisión ni autorización previa).	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios de afirmación de género Atención para apoyar y afirmar la identidad de género de quienes se identifican como personas transgénero, no binarias, dos espíritus o de género diverso. Por ejemplo: terapia hormonal, tratamiento para eliminar el vello o cirugía de afirmación de género. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se podría requerir autorización previa para algunos servicios.	Todos los miembros.
Servicios para la audición* Los servicios incluyen dispositivos para evaluar la audición o para ayudar a oír mejor. Por ejemplo: servicios de audiología, audífonos. Las pruebas de audición tienen cobertura una vez cada 12 meses. Los audífonos tienen cobertura cada tres años para miembros de 0 a 20 años. Los audífonos tienen cobertura cada cinco años para adultos a partir de los 21 años. Se cubren 60 baterías en un período de 12 meses.	 Se podría requerir remisión. Se requiere autorización previa para los audífonos. No se requiere autorización previa para las pruebas de audición ni para las baterías de audífonos.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios de salud en el hogar Atención médica en el hogar, por lo general, durante una enfermedad o después de una lesión. Por ejemplo: enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere autorización previa.	Todos los miembros.
Inmunizaciones y vacunas para viajar Inyecciones y vacunas para mantenerse saludable. Por ejemplo: vacunas contra la gripe. Sin límite si son médicamente necesarias.	No se requiere remisión. La colocación de algunas vacunas podría requerir autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios para pacientes hospitalizados Atención médica que se le brinda cuando debe internarse en un hospital. Por ejemplo: cirugía. No hay límite de beneficios para el tratamiento de servicios cubiertos. Se requiere autorización previa, a menos que se trate de una emergencia.	 Se requiere autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios de interpretación Servicios de alguien que le ayuda con su lenguaje de preferencia, ya sea un idioma hablado o lenguaje de señas. Por ejemplo: la interpretación telefónica cuando llama a la EOCCO o a su proveedor, intérpretes en persona cuando visita a sus proveedores, o intérpretes telefónicos/en línea en las visitas de telesalud. Los miembros de su familia, cuidadores o alguien que conozca también pueden pedir servicios de traducción o de interpretación para usted. Sin límite.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios de laboratorio, radiografías y otros procedimientos Son exámenes que podría indicarle el proveedor de atención médica para evaluar su salud. Por ejemplo: análisis de orina, radiografías. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se podría requerir autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios de maternidad Atención médica que se recibe antes, durante y después de un embarazo. Tienen cobertura las visitas prenatales (atención que se brinda durante el embarazo). Tienen cobertura las visitas posparto (atención que se le brinda a la persona gestante después del nacimiento del bebé). El trabajo de parto y el parto tienen cobertura. Sin límite.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Miembros que cursan un embarazo.
Servicios para pacientes ambulatorios Atención que se recibe en un hospital sin tener que internarse y pasar la noche allí. Por ejemplo: quimioterapia, radioterapia, manejo del dolor. La cantidad de visitas depende de la necesidad médica.	 Se podría requerir autorización previa.	Todos los miembros.
Atención paliativa Atención para miembros que sufren una enfermedad grave. Puede incluir estos servicios: coordinación de la atención, servicios para la salud mental, servicios de trabajo social, servicios de apoyo espiritual, manejo del dolor y de los síntomas, apoyo clínico por teléfono las 24 horas. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere remisión.	Miembros con enfermedades graves y pronóstico de vida limitado.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios farmacéuticos (medicamentos recetados) Medicamentos que se deben tomar para mantenerse saludable o para recobrar la salud. Por ejemplo: medicamentos para la presión arterial, insulina. La EOCCO no cubre todos los medicamentos recetados. Consulte el formulario de medicamentos en nuestro sitio web (www.eocco.com/members/your-resources/pharmacy) para ver una lista de los medicamentos que cubre la EOCCO. Consulte la página 90 para obtener más información sobre los medicamentos recetados.	Se requiere una receta médica.	Todos los miembros.
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Las terapias se centran en mejorar la capacidad de moverse o de realizar las actividades de la vida cotidiana. Por ejemplo: ejercicios para mejorar el equilibrio después de una caída o ejercicios para entrenar la capacidad de hablar y deglutir después de un derrame cerebral. El número de visitas se limita a 30 visitas combinadas por año calendario para los miembros a partir de los 21 años y a 60 visitas combinadas para los miembros de hasta 20 años. Se podrían aprobar visitas adicionales en función de la necesidad médica.	 Se podría requerir remisión o autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios preventivos Atención médica y exámenes de detección periódicos para que usted y su familia se mantengan saludables. Por ejemplo: exámenes físicos, vacunas, pruebas de detección de cáncer, prevención de la diabetes, asesoramiento nutricional, servicios para dejar de fumar, etc.		Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Se podría requerir remisión para algunas pruebas de detección y para algunas vacunas. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se podría requerir remisión o autorización previa.	
Visitas al proveedor de atención primaria Visitas a su médico para que le haga chequeos, le indique pruebas de detección y le brinde atención en situaciones que no son de urgencia. Por ejemplo: examen anual. Sin límite.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Traslados a las citas médicas, también conocidos como "servicios de traslado médico no urgente" o "NEMT" Traslados gratuitos para recibir atención médica, o asistencia para trasladarse. Por ejemplo: pases de autobús, reembolso de los gastos de traslado. Sin límite.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Exámenes por abuso sexual Examen posterior a un abuso sexual. Puede incluir análisis de laboratorio y recolección de evidencia. Sin límite.	 Acceso directo (sin remisión ni autorización previa).	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios especializados Atención que brinda un proveedor especialmente capacitado para ofrecer atención médica centrada en ciertas partes del cuerpo o en ciertos tipos de enfermedad. Por ejemplo: cardiólogo (especialista en corazón). Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere autorización previa.	Todos los miembros. Quienes necesiten atención médica especializada o servicios y apoyos a largo plazo deben comunicarse con el área de coordinación de la atención para obtener acceso directo a especialistas.
Procedimientos quirúrgicos Atención destinada a brindar tratamiento físico para extirpar alguna parte del cuerpo o alterarla con el propósito de mantener o recobrar la salud. Por ejemplo: extirpación de un apéndice inflamado, trasplantes de órganos, reemplazo de la articulación de la rodilla o de la cadera. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se podría requerir remisión o autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios de telesalud Atención médica que se obtiene por teléfono, por videoconferencia o por Internet. Por ejemplo: visitas virtuales, visitas por correo electrónico. Cada proveedor ofrece servicios de telesalud diferentes. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios de un trabajador de salud tradicional Atención o servicios que se reciben de alguien que pasó por las mismas experiencias de vida que usted y puede ayudarle a obtener atención que favorezca su bienestar. Por ejemplo: especialista en apoyo entre pares. Sin límite.	 No se requiere remisión.	Todos los miembros.
Servicios de atención de urgencia Atención médica que se obtiene cuando la salud requiere atención más inmediata que una cita médica habitual. Por ejemplo: esguinces y torceduras; cortes que no sangran demasiado, pero que podrían requerir puntos de sutura. Sin límite.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios de rutina y preventivos para la salud de la mujer (aparte de los que brinda el PCP) Atención médica específica para la salud de la mujer. Por ejemplo: examen de papanicoláu, examen de las mamas, visitas preventivas para mujeres. Sin límite.	 Acceso directo (sin remisión ni autorización previa).	Todos los miembros.
Servicios para la visión Para las personas adultas (mayores de 21 años) que no cursan un embarazo se cubre lo siguiente: • Exámenes de rutina de la vista cada 24 meses. • Exámenes oftalmológicos cuando sean necesarios. ○ Lentes correctivas y accesorios solo para determinadas enfermedades del ojo*.	 Se podría requerir remisión o autorización previa.	Miembros menores de 21 años y miembros que cursan un embarazo. Para los demás miembros, según las recomendaciones.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Se cubre lo siguiente para los miembros menores de 21 años* y para las personas adultas que cursan o cursaron un embarazo en los últimos 12 meses: • Exámenes de rutina de la vista cuando sean necesarios. • Exámenes oftalmológicos cuando sean necesarios. • Lentes correctivas y accesorios cuando sean necesarios. * Estos son algunos ejemplos de enfermedades del ojo: afaquia, queratocono, haberse sometido a una cirugía de cataratas.		

La tabla anterior no es una lista exhaustiva de los servicios que requieren autorización previa o remisión. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821.

Beneficios para la atención de la salud conductual

Consulte la siguiente tabla para conocer la lista de los beneficios para la atención de la salud conductual disponibles sin costo. “Salud conductual” se refiere a los tratamientos por abuso de sustancias y a aquellos para la salud mental. En la columna “Servicio”, encontrará la cantidad de veces que puede recibir sin costo cada servicio. En la columna “¿Se requiere remisión o autorización previa?”, descubrirá si se necesita una remisión o una autorización previa para obtener el servicio.

Si ve un asterisco (*) en las tablas de beneficios, significa que es posible que un servicio se cubra por encima de los límites mencionados para los miembros menores de 21 años, siempre y cuando el servicio sea médicamente necesario y apropiado. Si necesita ayuda, la EOCCO coordinará los servicios por usted, sin costo.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Tratamiento asertivo comunitario Un método basado en el trabajo en equipo que ayuda a las personas que sufren una enfermedad mental grave para que puedan vivir en la comunidad. Por ejemplo: intervención en casos de crisis. El tratamiento asertivo comunitario es para personas de 18 años en adelante. Quienes reciben estos servicios pueden interactuar con el equipo de atención a diario o casi a diario (4 o más contactos por semana). Los servicios de tratamiento asertivo comunitario son ilimitados y dependen de las necesidades individuales.	Se debe completar un examen y llenar el formulario de remisión en línea.	Depende de las necesidades individuales.
Sistemas de atención y servicios integrales “Sistemas de atención” se refiere a un conjunto de servicios y apoyos para jóvenes y familias que tienen problemas de salud u otras dificultades. También es un programa destinado a jóvenes y familias que corren el riesgo de tener dificultades. Estos servicios ayudan a las familias a superar las barreras del sistema y a desempeñarse mejor en la vida. “Servicios integrales” se refiere a un proceso de planificación en equipo. Utiliza sistemas de atención para ayudar a los jóvenes y sus familias a alcanzar un objetivo común. El formulario de remisión correspondiente a cada condado en el área de servicio de la EOCCO está disponible en el sitio web de la EOCCO: www.eocco.com/members/your-resources/behavioral-health/Services-and-Support. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere remisión. Se debe realizar un examen. No se requiere autorización previa.	Niños y jóvenes que cumplen los criterios.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Evaluaciones de salud conductual y otros servicios de evaluación Pruebas y exámenes para detectar posibles trastornos de la salud conductual. Por ejemplo: pruebas psiquiátricas de diagnóstico. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTS) para la salud conductual Internación a corto o a largo plazo para recibir tratamiento para la salud conductual. Por ejemplo: programa residencial. Son para niños y jóvenes menores de 21 años con síntomas emocionales y mentales graves. La duración de la internación depende de la necesidad médica o de la idoneidad médica.	 Se requiere certificado de necesidad. Se requiere autorización previa.	Jóvenes de hasta 21 años.
Servicios residenciales y de desintoxicación con internación para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias Internación a corto o a largo plazo para recibir tratamiento. Por ejemplo: tratamiento para el alcoholismo. El tratamiento incluye terapia y rehabilitación en un entorno acogedor para personas que enfrentan dificultades muy graves en su vida relacionadas con el abuso de sustancias. Los servicios de manejo de la abstinencia (también conocidos como “desintoxicación”) brindan a aquellos que experimentan síntomas agudos de abstinencia de sustancias un entorno seguro, acogedor y de apoyo para que puedan “eliminar” todas las sustancias de su sistema.	 Se requiere autorización previa.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Los servicios de manejo de la abstinencia pueden ser más o menos intensivos en función de la necesidad de la persona. La duración de la internación depende de la necesidad médica o de la idoneidad médica.		
Tratamiento asistido por medicamentos para el trastorno por abuso de sustancias Atención profesional para tratar el abuso de sustancias con medicamentos, asesoramiento y otras terapias. Por ejemplo: metadona. Los medicamentos son más eficaces cuando se utilizan en combinación con psicoterapia proporcionada por un consejero o terapeuta. Los medicamentos utilizados para tratar las afecciones por consumo de opioides y de alcohol pueden ser necesarios por un período corto o por uno prolongado en función de la gravedad de los síntomas y del tiempo que una persona haya consumido sustancias. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere remisión. No se requiere autorización previa para los primeros 30 días de tratamiento.	Todos los miembros.
Servicios ambulatorios y de apoyo entre pares para la salud conductual prestados dentro de la red Los servicios ambulatorios y el apoyo entre pares para la salud conductual incluyen servicios y apoyos comunitarios no residenciales, como asesoramiento y terapia individuales, terapia de grupo, administración de casos y apoyo comunitario para personas de todas las edades. Estos servicios están diseñados para ayudar a las personas a superar los desafíos relacionados con las enfermedades de salud mental y a lograr sus objetivos individuales de recuperación.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.		
Servicios especializados para la salud conductual Atención profesional de un proveedor especializado en determinados trastornos de la salud conductual. Por ejemplo: los servicios de un psiquiatra. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere autorización previa.	Todos los miembros.
Servicios para el trastorno por abuso de sustancias y ludopatía prestados por un proveedor dentro de la red Los servicios ambulatorios y el apoyo entre pares para la salud conductual incluyen servicios y apoyos comunitarios no residenciales, como asesoramiento y terapia individuales, terapia de grupo, administración de casos y apoyo comunitario para personas de todas las edades. Estos servicios están diseñados para ayudar a las personas a superar los síntomas relacionados con el abuso de sustancias y la ludopatía, y para que puedan lograr sus objetivos individuales de recuperación. Los servicios de apoyo entre pares deben formar parte de un plan de atención. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Servicios ambulatorios para el trastorno por abuso de sustancias y ludopatía prestados por un proveedor fuera de la red Los servicios ambulatorios para la salud conductual y apoyo entre pares prestados por un proveedor fuera de la red son los mismos que los descritos anteriormente. Los proveedores fuera de la red no tienen un acuerdo con la EOCCO, pero los miembros del OHP tienen derecho a solicitar servicios de un proveedor fuera de la red por diferentes motivos. Por ejemplo, un proveedor fuera de la red puede estar más al alcance del miembro o puede brindarle servicios en su idioma de preferencia. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere autorización previa.	Todos los miembros.
Traslados a las citas médicas, también conocidos como "servicios de traslado médico no urgente" o "NEMT" Los traslados a las citas médicas son servicios de transporte para que los miembros que necesitan ayuda con el transporte puedan recibir tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros. Consulte la página 83 para obtener más información sobre los servicios de traslado médico no urgente.

La tabla anterior no es una lista exhaustiva de los servicios que requieren autorización previa o remisión. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821.

Beneficios dentales

Todos los miembros del Plan de Salud de Oregón (OHP) tienen cobertura dental. El OHP cubre las limpiezas anuales, las radiografías, los empastes y otros servicios para mantener la salud bucal.

La EOCCO trabaja con dos planes de atención dental:

- Advantage Dental
- ODS Community Dental

El plan que se le asigne figurará en su tarjeta de identificación de la EOCCO. Si necesita atención dental de inmediato y no sabe cuál es su plan, contáctenos:

Servicios al Cliente de la EOCCO
888-788-9821 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711)
Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.

El condado en el que reside determina qué plan le brinda los beneficios dentales. Consulte la lista a continuación.

Advantage Dental
www.advantagedental.com
866-268-9631 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711)
Horario de atención: de lunes a jueves, de 8 a. m. a 6 p. m. (hora del Pacífico); viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico).
Condados donde presta servicios:

- Gilliam
- Grant
- Lake
- Malheur
- Morrow
- Sherman
- Umatilla
- Union
- Wheeler

ODS Community Dental
www.odscommunitydental.com/
800-342-0526 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711)
Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.
Condados donde presta servicios:

- Baker
- Grant
- Harney
- Malheur
- Umatilla
- Union
- Wallowa
- Wheeler

Para obtener información sobre los planes dentales para veteranos y del programa dental conforme al Pacto de Libre Asociación (COFA), consulte la página 67.

Cómo cambiar de plan de atención dental
Puede cambiar de plan dental dos veces por año. Para solicitar el cambio, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.

Importante: Como miembro de una CCO, puede acudir a distintos dentistas dentro del mismo plan dental (ODS Community Dental o Advantage Dental).

La salud bucal es importante en todas las etapas de la vida. Estos son algunos datos importantes sobre la atención dental:

- Puede prevenir el dolor.
- Una boca saludable también mantiene saludables el cuerpo y el corazón.
- Debería visitar al dentista una vez al año.
- Durante el embarazo, mantener la dentadura y las encías saludables puede proteger la salud del bebé.
- Solucionar los problemas dentales le ayudará a mantener controlados los niveles de azúcar en sangre.
- Los niños deberían hacer su primera visita al dentista antes del primer año de edad.
- Una infección bucal se puede extender al corazón, al cerebro y al resto del cuerpo.

Su dentista de atención primaria (PCD) podría hacerle una remisión para que un especialista le brinde ciertos tipos de atención. Estas son algunas de las clases de especialistas:

- Endodoncistas (hacen tratamientos de conducto).
- Pedodoncistas (dentistas pediátricos: atienden a adultos que tienen necesidades especiales y a niños).
- Periodoncistas (tratan las encías).
- Ortodoncistas (casos extremos, colocan aparatos de ortodoncia).
- Cirujanos orales (hacen extracciones que requieren sedación o anestesia general).

Consulte en la siguiente tabla los servicios dentales que tienen cobertura

Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Tienen cobertura siempre y cuando su proveedor indique que usted los necesita. En la columna “Servicio”, encontrará la cantidad de veces que puede recibir sin costo cada servicio. En la columna “¿Se requiere remisión o autorización previa?”, descubrirá si se necesita una remisión o una autorización previa para obtener el servicio. Si ve un asterisco (*) en las tablas de beneficios, significa que es posible que un servicio se cubra por encima de los límites mencionados para los miembros menores de 21 años, siempre y cuando el servicio sea médicamente necesario y apropiado.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Atención dental de emergencia o de urgencia Atención dental para problemas que requieren tratamiento inmediato. Sin límite. Por ejemplo: dolor extremo o infección, hemorragia o inflamación, lesiones en los dientes o las encías.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Examen dental Un examen dental es un chequeo que le hace el dentista para buscar áreas que podrían necesitar tratamiento adicional. Incluye detectar caries o encías enfermas. Para las personas embarazadas y los miembros menores de 21 años se cubren con esta frecuencia: Dos exámenes cada 12 meses. Para las personas no embarazadas y miembros mayores de 21 años se cubren con esta frecuencia: • Si tienen el plan Advantage, una vez cada 12 meses. • Si tienen el plan ODS, dos veces cada 12 meses.	 Se requiere remisión cuando recibe servicios de un profesional que no es su dentista de atención primaria.	Todos los miembros.
Limpiezas dentales Las limpiezas dentales favorecen la salud bucal a largo plazo. En una limpiezas de rutina, se eliminan el sarro, la placa y las bacterias perjudiciales. Eso ayuda a prevenir las caries. Para los miembros que cursan un embarazo y para los menores de 21 años: dos limpiezas cada 12 meses.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Para todos los demás miembros: • Si tienen el plan Advantage, una cada 12 meses. • Si tienen el plan ODS, dos cada 12 meses.		
Barniz de fluoruro Un tratamiento que sirve para fortalecer y proteger los dientes. Para las personas embarazadas y los miembros menores de 21 años: dos tratamientos cada 12 meses. Jóvenes y adultos con riesgo alto: hasta cuatro veces por año*. Todas las demás personas adultas: • Si tienen el plan Advantage, una vez cada 12 meses para los mayores de 21 años. • Si tienen el plan ODS, dos veces cada 12 meses para los mayores de 21 años.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.
Radiografías dentales Las radiografías son una imagen de los dientes y los huesos. Al dentista le sirven para controlarle la salud bucal. Las radiografías de rutina se cubren una vez por año; se cubren con mayor frecuencia cuando sean adecuadas desde el punto de vista médico o dental. Se cubren una vez por año para todos los miembros.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Selladores Se aplican finas capas de sellador con un pincel en los dientes posteriores (los molares). Los selladores pueden prevenir las caries durante muchos años. * Para miembros menores de 16 años. En el caso de adultos, una aplicación en los dientes posteriores cada 5 años.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Miembros menores de 16 años*.
Empastes Se usa un empaste para tratar una pequeña cavidad en un diente (una caries). No hay limitaciones para este servicio. El reemplazo de un empaste del color del diente en una pieza que no se ve en una sonrisa se limita a uno cada 5 años*. Se cubren para todos los miembros las veces que los necesiten.	 No se requiere remisión ni autorización previa.	Todos los miembros*.
Dentadura postiza parcial o completa Las dentaduras postizas reemplazan los dientes que faltan. Hay dos tipos de dentaduras postizas: completas y parciales. Las completas se usan cuando faltan todos los dientes; las parciales se usan cuando quedan algunos dientes naturales. Parcial: una vez cada 5 años para todos los miembros. Completa: una vez cada 10 años para todos los miembros.	 Se requiere autorización previa. Se requiere remisión cuando recibe servicios de un profesional que no es su dentista de atención primaria.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Coronas Una corona dental es una funda con forma de diente que se aplica para restaurar un diente cariado, roto, débil o desgastado. También se aplican para cubrir implantes y piezas tratadas con endodoncia. La cobertura de las coronas se limita a algunos dientes: a ciertos dientes frontales superiores e inferiores. Se cubren 4 coronas cada 7 años*.	 Se requiere autorización previa. Se requiere remisión cuando recibe servicios de un profesional que no es su dentista de atención primaria.	Miembros menores de 21 años* o que cursan un embarazo.
Extracciones Una extracción es sacar un diente del alvéolo por completo. Se cubren para todos los miembros las veces que sean necesarias.	 Se requiere remisión cuando recibe servicios de un profesional que no es su dentista de atención primaria.	Todos los miembros.

Servicio	¿Se requiere remisión o autorización previa?	Cantidad, duración y alcance de los beneficios
Tratamiento de endodoncia Un tratamiento de endodoncia es un procedimiento dental en el que se extirpa la parte central de un diente. Este tratamiento se usa para reparar y resguardar un diente muy cariado, dañado o infectado. Para todos los miembros: se cubre para los dientes frontales y los premolares. Miembros que cursan un embarazo: se cubre, adicionalmente, para los primeros molares. Para miembros menores de 21 años: se cubre, adicionalmente, en los primeros y segundos molares; no se cubre en los terceros molares (muelas del juicio).	 Se requiere autorización previa para los molares. Se requiere remisión cuando lo realiza un profesional que no es su dentista de atención primaria.	Todos los miembros.
Ortodoncia Atención dental y diagnóstico para tratar dientes o mandíbulas que no están alineados. Por ejemplo: en caso de labio leporino y paladar hendido, o cuando se ven afectadas la capacidades de hablar y masticar u otras funciones. Se requiere tener la autorización de su dentista y no tener caries ni encías enfermas. Los límites dependen de los lineamientos y reglas del OHP. Llame a Servicios al Cliente para obtener información detallada.	 Se requiere autorización previa.	Miembros menores de 21 años*.

La tabla anterior no es una lista exhaustiva de los servicios que requieren autorización previa o remisión. Si tiene preguntas, comuníquese con su plan dental. El nombre de su plan figura en su tarjeta de identificación de miembro. Si no sabe cuál es su plan, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711).

Miembros del programa dental para veteranos y del programa dental conforme al Pacto de Libre Asociación (COFA)

Si usted es miembro del programa dental para veteranos o del programa dental conforme al COFA (cobertura dental del OHP), la EOCCO **solo** proporciona beneficios dentales y servicios gratuitos de traslado no médico para ir a las citas con el dentista.

El OHP y la EOCCO no proporcionan acceso a los servicios de salud física o conductual ni traslados gratuitos para estos servicios.

Si tiene preguntas sobre la cobertura y los beneficios disponibles, comuníquese con Servicios al Cliente al 888-788-9821.

OHP Bridge para adultos que tienen ingresos más altos

OHP Bridge es un nuevo paquete de beneficios que brinda cobertura a adultos que tienen ingresos más altos. OHP Bridge es gratuito. Para obtener los beneficios de OHP Bridge, debe cumplir con estos criterios:

- Tener entre 19 y 64 años.
- Tener ingresos por encima del 138 % y por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- Tener una ciudadanía o condición migratoria que cumpla con los requisitos.
- No tener acceso a otro seguro de salud asequible.

Si usted declara ingresos más altos cuando renueve la cobertura del OHP, posiblemente lo transfieran a OHP Bridge. Obtenga más información sobre OHP Bridge en https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/bridge.aspx.

OHP Bridge es muy similar a OHP Plus. Hay algunos servicios que OHP Bridge no cubre, por ejemplo:

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

Necesidades sociales relacionadas con la salud

“Necesidades sociales relacionadas con la salud” o “HRSN” se refiere a necesidades sociales y económicas que afectan la capacidad de estar saludable y sentirse bien. Son servicios que ayudan a los miembros que enfrentan cambios significativos en sus vidas. Obtenga más información al respecto en www.oregon.gov/OHA/HSD/Medicaid-Policy/Pages/HRSN.aspx **o en** www.eocco.com/members/Benefits-overview/Health-related-social-needs.

Comuníquese con la EOCCO para conocer los beneficios gratuitos disponibles para las necesidades sociales relacionadas con la salud. Dichos beneficios incluyen lo siguiente:

- Servicios de vivienda: ayuda para cubrir los gastos de alquiler, de servicios públicos, de unidades de almacenamiento y de adaptaciones y reparaciones en una vivienda. Incluye servicios para brindarle apoyo como inquilino.

- Servicios de control climático: ayuda para obtener aires acondicionados, calentadores, dispositivos de filtración de aire, suministros para fuentes de alimentación portátiles y minirefrigeradores para usos relacionados con la salud.
- Servicios nutricionales: ayuda para llevar una dieta saludable. Incluye educación sobre nutrición; fondos para comprar alimentos, comidas recién preparadas o frutas y vegetales; o la entrega de comidas médicamente adaptadas para personas con afecciones de salud específicas.

Si es miembro del OHP y la EOCCO, usted podría obtener algunos de los beneficios para necesidades sociales relacionadas con la salud, o todos ellos, si cumple con uno o más de estos criterios:

- No tiene vivienda o sus ingresos no superan el 30 % del ingreso promedio del área donde vive y carece de recursos suficientes o redes de apoyo para evitar quedarse sin vivienda.
- Recibió el alta de una institución de salud mental en los últimos 12 meses.
- Estuvo en prisión y obtuvo la libertad en los últimos 12 meses.
- Está o estuvo en el sistema de bienestar infantil del estado de Oregón.
- Es una persona adulta joven que tiene necesidades especiales de atención médica.
- Es una persona que pasó a reunir los requisitos para la cobertura tanto del OHP como la de Medicare en los últimos 9 meses o que pasará a reunir los requisitos para obtener ambas coberturas en los próximos tres meses.

También se deben cumplir otros criterios. Si tiene preguntas o quiere que evalúen si puede obtener los beneficios, comuníquese con la EOCCO. La EOCCO puede ayudarle a programar citas para obtener los beneficios para necesidades sociales relacionadas con la salud. Si tiene preguntas o quiere que evalúen si reúne los requisitos para los beneficios, comuníquese con 211 Info. Si quiere ponerse en contacto con un proveedor de servicios para las necesidades sociales relacionadas con la salud que pueda ayudarle a completar el proceso, vaya a nuestro sitio web: www.eocco.com/members/Benefits-overview/Health-related-social-needs.

211 Info:

- Teléfono: 503-468-5375
- Correo electrónico: hrsn@211info.org
- Horario de atención: de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes (se ofrecen servicios de interpretación)

Si necesita ayuda para programar un servicio, la EOCCO puede servirle de guía para que se contacte con una organización comunitaria o con un proveedor de servicios para las necesidades sociales relacionadas con la salud. Llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711). También tiene la opción de completar nuestro formulario de solicitud de asistencia: www.eocco.com/web-forms/health-related-social-needs/.

Tenga en cuenta que para obtener servicios para las necesidades sociales relacionadas con la salud, y para someterse a la evaluación para ver si puede recibirlos, podrían recopilarse y utilizarse sus datos personales durante las remisiones. Usted puede limitar cómo se comparten sus datos.

Si determinan que usted reúne los requisitos para obtener los beneficios para necesidades sociales relacionadas con la salud, tiene la opción de elegir cómo recibirlos. Los beneficios son gratuitos y puede solicitar dejar de recibirlos en cualquier momento. Si obtiene estos beneficios, el equipo de coordinación de la atención, con su ayuda, se ocupará de que su plan de atención esté actualizado. Para obtener información sobre la coordinación de la atención y los planes de atención, consulte la página 36.

Notas importantes:

- No está permitido usar los servicios de traslado médico no urgente (NEMT) para obtener servicios para las necesidades sociales relacionadas con la salud.
- OHP Bridge no cubre los servicios para las necesidades sociales relacionadas con la salud.
- Usted tiene derecho a apelar si le rechazan servicios para las necesidades sociales relacionadas con la salud. Para obtener más información sobre quejas y apelaciones, consulte la página 122.

Servicios alternativos

La EOCCO ofrece servicios o entornos que son alternativas médicamente adecuadas para los servicios cubiertos por el OHP. Estos se conocen como “servicios alternativos” o “ILOS”, y se ofrecen como opciones útiles para los miembros, aunque no son servicios obligatorios.
La EOCCO ofrece los siguientes servicios alternativos:

1) Programa de autocontrol de la diabetes (DSM) con Teladoc como sustituto de los servicios ambulatorios de capacitación para el autocontrol de la diabetes. Este programa lo proporciona Teladoc y puede ser adecuado para los miembros con diabetes tipo 1 o tipo 2 a partir de los 18 años de edad.

- El programa de autocontrol de la diabetes se ofrece en línea para que pueda ocuparse de la enfermedad. Si reúne los requisitos para participar en este programa, puede obtener lo siguiente:
  - Tiras y lancetas gratuitas.
  - Glucómetro fácil de usar.
  - Ayuda y orientación de un asesor en salud.
  - Regístrese hoy mismo:
    - Llame al 800-835-2362 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711).
    - O inscríbase en TeladocHealth.com/Register.
    - Código de registro: EOCCO.

La decisión sobre si un servicio alternativo es adecuado para usted se toma en equipo, por lo que trabajamos con su equipo de atención para hacer la mejor elección. Sin embargo, usted toma la decisión final. No es obligatorio participar en ninguno de estos programas. Si tiene preguntas sobre alguno de los beneficios o servicios mencionados anteriormente, llame al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).

Si la EOCCO decide interrumpir un servicio alternativo que usted usa, se lo comunicaremos por medio de una carta 30 días antes de interrumpirlo. La carta también incluirá información sobre cómo presentar una queja, una reclamación y una apelación.

Otros programas disponibles

Asesoramiento en salud para dejar el tabaco

Puede acudir a un asesor en salud para que le ayude a dejar el tabaco. Los servicios de asesoramiento están disponibles sin costo. El programa ofrece herramientas y servicios que le ayudan a tomar decisiones saludables y a cuidar de sí mismo. Póngase en contacto con un asesor para dejar el tabaco:

> Promoción de la salud y el bienestar de la EOCCO
> Correo electrónico: healthcoachteam@modahealth.com
> 800-913-4957 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711). Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.

Manejo de la enfermedad renal crónica

Apoyo integral para la enfermedad renal crónica y para la enfermedad renal en fase terminal. El programa está disponible a través de Strive Health si se cumple con los criterios para participar. Es gratuito e incluye lo siguiente:

A. Acceso a centros de atención directa que ofrecen capacitación y servicios para manejar la enfermedad.
B. Visitas virtuales y telefónicas con acceso las 24 horas en caso de inquietudes y emergencias.
C. Apoyo mediante chequeos, manejo de la enfermedad y capacitación.
D. Apoyo y planificación para la transición, terapia de reemplazo renal y asistencia para saber desenvolverse en el entorno médico.

Si usted tiene enfermedad renal crónica, recibirá una invitación para el programa en la que se le indicará qué hacer para comenzar a participar; o puede comunicarse con Strive Health al 503-664-9111.

Servicios que paga el OHP

La EOCCO paga su atención médica, pero hay algunos servicios que no paga. Dichos servicios siguen teniendo cobertura y los paga el programa de tarifa por servicio (Open Card) del Plan de Salud de Oregón. En ocasiones, las CCO se refieren a estos servicios como beneficios “no cubiertos”. Existen dos tipos de servicios que el OHP paga de manera directa:

1. Servicios en los que recibe coordinación de la atención por parte de la EOCCO.
2. Servicios en los que recibe coordinación de la atención por parte del OHP.

Servicios con coordinación de la atención por parte de la EOCCO

La EOCCO le proporciona coordinación de la atención para algunos servicios. Eso significa que le brindará traslados médicos no urgentes gratuitos para que reciba servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para los servicios no cubiertos.

Comuníquese con la EOCCO para obtener los siguientes servicios:

- Servicios de parto comunitario planificado (PCB), que incluyen la atención prenatal y posparto para personas con embarazos de bajo riesgo, según lo determine la División de Sistemas de Salud de la OHA. La OHA es responsable de proporcionar y pagar los servicios primarios de parto comunitario planificado para los miembros aprobados, que incluyen, como mínimo, la evaluación inicial del recién nacido, la prueba de detección por muestras de sangre del recién nacido (incluido el kit para la prueba), la atención durante el trabajo de parto y el parto, las visitas prenatales y la atención posparto.
- La EOCCO no paga servicios y apoyos a largo plazo.
- Servicios del programa Family Connects Oregon, que ofrece apoyo para familias que tienen un bebé recién nacido. Encontrará más información al respecto en https://www.familyconnectsoregon.org/.
- Ayuda para acceder a los servicios de salud conductual. Estos son algunos ejemplos de estos servicios:
    - Entrega de ciertos medicamentos para algunas afecciones de salud conductual.
    - Pago por la terapia de grupo en el hogar para miembros menores a 21 años.
    - Atención psiquiátrica (de salud conductual) a largo plazo para miembros a partir de los 18 años.
    - Atención médica personal en hogares de acogida para miembros mayores de 18 años.

Para obtener más información o una lista exhaustiva de los servicios, llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711).

Servicios que paga el OHP y para los que ofrece coordinación de la atención

Comuníquese con el OHP para obtener los siguientes servicios:

- Servicios de cuidados paliativos (hospicio) para los miembros que viven en centros de enfermería especializada.
- Servicios escolares que se prestan en virtud de la Ley de Educación de Personas con Discapacidad (IDEA). Están dirigidos a niños que reciben servicios médicos en la escuela, como los de fonoaudiología.
- Examen médico para saber si reúne los requisitos para participar en un programa de apoyo o una planificación de casos.
- Servicios disponibles para los miembros del programa Healthier Oregon.
- Abortos y otros procedimientos para interrumpir un embarazo.
- Suicidio asistido por un médico en virtud de la Ley de Muerte Digna de Oregón, y otros servicios.

Para obtener más información o ayuda con los servicios, llame al equipo de coordinación de la atención del OHP en Acentra, al 800-562-4620.

Puede obtener traslados médicos no urgentes gratuitos de la EOCCO para cualquiera de estos servicios. Consulte la página 83 para obtener más información. Para programar su traslado o hacer preguntas, llame a Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO al 1-877-875-4657 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711).

Objeciones morales o religiosas

La EOCCO no limita sus servicios por motivos morales o religiosos. Pero podría haber proveedores en nuestra red que tengan objeciones morales o religiosas. Llame al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711) si tiene preguntas al respecto. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor que le brinde el servicio.

Acceso a la atención que necesita

"Tener acceso" significa poder recibir la atención que necesita. Puede obtener acceso a la atención médica de una manera que satisfaga sus necesidades culturales y lingüísticas. La EOCCO se ocupará de coordinarle los servicios para que tenga acceso a todos los que necesita. En la página 36, encontrará más información sobre la coordinación de la atención. Si la EOCCO no cuenta con un proveedor que se adapte a sus necesidades para que pueda acceder al servicio, usted podrá recibir esos servicios fuera de la red. La EOCCO se asegura de que los servicios estén cerca de su domicilio o del lugar donde quiere recibirlos. Esto significa que hay suficientes proveedores en la zona y diferentes tipos de proveedores entre los cuales elegir.

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

La EOCCO sigue las reglas estatales sobre la distancia que podría tener que viajar para consultar a un proveedor. Las reglas varían en función del proveedor que necesite consultar y el área en que usted vive. Los proveedores de atención primaria son de "nivel 1", lo que significa que estarán más cerca de usted que un especialista en dermatología, por ejemplo, que es de "nivel 3". Si vive en un área remota, le llevará más tiempo desplazarse hasta un proveedor que si vive en un área urbana. Si necesita ayuda para trasladarse a las citas o para regresar de ellas, consulte la sección sobre traslado médico no urgente en la página 83.

La siguiente tabla muestra los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) donde se encuentran ubicados en función de donde usted vive.

	Área urbana extendida	Área urbana	Área rural	Condado con consideraciones por dificultades extremas para acceder a la atención
Nivel 1	10 minutos o 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos u 85 millas
Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45 minutos o 30 millas	110 minutos o 90 millas	140 minutos o 125 millas

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

¿No está seguro de qué tipo de área le corresponde? Consulte el mapa de la próxima página.

Tipos de área:

- **Área urbana extendida (3):** áreas urbanas conectadas, como se definió anteriormente, con un tamaño de población combinado mayor o igual a 1,000,000 de personas, con una densidad poblacional mayor o igual a 1,000 personas por milla cuadrada.

- **Área urbana (2):** 10 millas o menos desde el centro, con una población de 40,000 personas o más.

- **Área rural (1):** más de 10 millas desde el centro, con una población de por lo menos 40,000 personas y una densidad de población del condado superior a 10 personas por milla cuadrada.

- **Condado con consideraciones por dificultades extremas para acceder a la atención (4):** condados con 10 personas o menos por milla cuadrada.

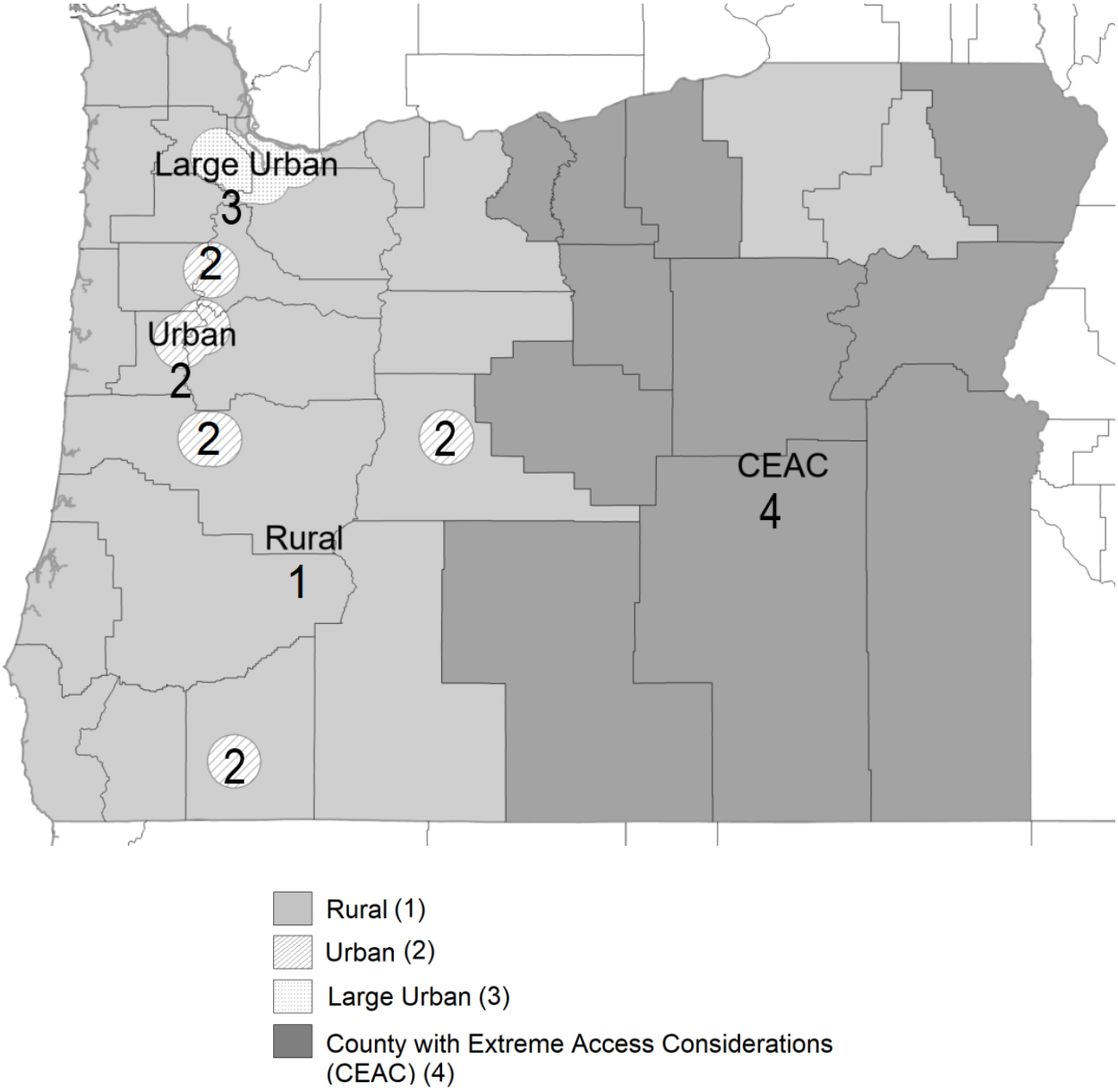


Figura 1: Mapa de las regiones geográficas de Oregón según se definen por idoneidad de la red. Áreas que se distinguen: área urbana extendida, área urbana, área rural y condado con consideraciones por dificultades extremas para acceder a la atención (CEAC).

Nuestros proveedores también se asegurarán de que tenga acceso físico, adaptaciones razonables y equipos accesibles si tiene discapacidades físicas o mentales. Comuníquese con la EOCCO al 888-788-9821 si necesita solicitar adaptaciones. Los proveedores también se aseguran de que los horarios de atención sean los mismos para los miembros del OHP que para todos los demás.

Tiempos de atención

Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de que reciba atención, tratamientos o remisiones dentro de los siguientes plazos:

Tipo de atención	Plazo
Salud física	
Citas médicas periódicas	Hasta 4 semanas.
Atención médica de urgencia	Hasta 72 horas o según lo indique la evaluación inicial.
Atención de emergencia	Inmediatamente o con remisión a un departamento de emergencia, en función de su afección.
Atención dental y bucal para niños y personas que no están cursando un embarazo	
Citas periódicas para la salud bucal	Hasta 8 semanas, a menos que haya una razón clínica por la que se deba esperar más tiempo.
Atención bucal de urgencia	Hasta 2 semanas.
Servicios dentales de emergencia	En un plazo de 24 horas.
Atención dental y bucal para personas embarazadas	
Atención de rutina para la salud bucal	Hasta 4 semanas, a menos que haya una razón clínica por la que se deba esperar más tiempo.
Atención dental de urgencia	Hasta 1 semana.
Servicios dentales de emergencia	En un plazo de 24 horas.
Salud conductual	
Atención de rutina para la salud conductual (poblaciones no prioritarias)	Evaluación en un plazo de 7 días a partir de la solicitud, con programación de una segunda cita, si es clínicamente adecuado.
Atención urgente para la salud conductual (todas las poblaciones)	Hasta 24 horas.
Atención especializada para la salud conductual (para poblaciones prioritarias)*	
Personas embarazadas; veteranos de guerra y sus familias; personas con hijos; cuidadores no remunerados; familias y niños de 0 a 5 años; miembros con VIH, sida o tuberculosis; miembros con riesgo de un primer episodio de	Evaluación e ingreso inmediatos. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores disponibles, el tratamiento en el nivel de atención adecuado debe recibirse en un plazo de 120 días a partir de la inclusión del paciente en una lista de espera.

Tipo de atención	Plazo
psicosis y población con discapacidad intelectual o del desarrollo	
Consumidores de drogas inyectables (se incluye la heroína)	Evaluación e ingreso inmediatos. Se requiere el ingreso en un nivel de atención residencial en el plazo de 14 días a partir de la solicitud, o en un plazo de 120 días si se incluye al paciente en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles.
Trastorno por consumo de opioides	Evaluación e ingreso en un plazo de 72 horas.
Tratamiento asistido por medicamentos	Cuanto antes, pero la evaluación y el ingreso deben efectuarse en un plazo de 72 horas.

* En el caso de los servicios especializados de atención para la salud conductual, si no hay habitaciones o lugares disponibles:

- Usted quedará en lista de espera.
- Se le proporcionarán otros servicios en un plazo de 72 horas.
- Estos servicios serán temporales, hasta que haya una habitación o un lugar disponible.

Si tiene preguntas sobre el acceso a la atención, comuníquese con Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/OREGON RELAY: 711).

Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años

El programa de pruebas tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) brinda servicios de atención médica integral y preventiva a miembros del OHP desde el nacimiento hasta los 21 años. El programa le brinda la atención que se necesita para favorecer la salud y el desarrollo. Estos servicios pueden detectar problemas y ayudar a tratarlos de manera temprana, tratar enfermedades y apoyar a niños con discapacidades.

No es necesario inscribirse por separado en el programa de EPSDT; si tiene menos de 21 años y recibe servicios del OHP, obtendrá estos beneficios. A partir del año 2025, también reunirán los requisitos para la cobertura los adultos jóvenes (de 19 a 25 años) que tienen necesidades de atención médica especiales. Comuníquese con la EOCCO para obtener más información.

El programa de EPSDT cubre lo siguiente:

- Cualquier servicio necesario para detectar o tratar enfermedades, lesiones u otros cambios en la salud.

- Servicios de exámenes médicos de “niño sano” o “adolescente sano”, de diagnóstico y pruebas para determinar si existe alguna afección física, dental, del desarrollo y de la salud mental en miembros menores de 21 años.
- Remisiones, tratamiento, terapia y otras medidas para ayudar con cualquier afección descubierta.

Para los miembros menores de 21 años, la EOCCO debe proporcionar lo siguiente:

- Exámenes y evaluaciones de salud física, mental, del desarrollo, bucal o dental, del crecimiento y nutricional programados periódicamente.
  - Si la EOCCO no cubre la salud bucal o dental, aún puede recibir estos servicios a través del OHP llamando al 1-800-273-0557.
- Todos los servicios médicamente necesarios y apropiados deben tener cobertura para los miembros menores de 21 años, independientemente de si tuvieron cobertura en el pasado (esto incluye servicios “por debajo de la línea” en la *Lista de prioridad*). Para obtener más información sobre la *Lista de prioridad*, consulte la página 39.

Conforme al programa de EPSDT, la EOCCO no le negará un servicio sin antes comprobar si es médicamente necesario y apropiado para usted.

- *Médicamente necesario* suele hacer referencia a un tratamiento necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, o para apoyar el crecimiento, el desarrollo, la independencia y la participación de un niño en la escuela.
- *Médicamente apropiado* suele hacer referencia a que un tratamiento es seguro, eficaz y ayuda a la persona a participar en la atención y las actividades. La EOCCO puede elegir cubrir la opción más adecuada para su caso que sea menos costosa.

Siempre debería recibir una notificación por escrito cuando se le niega algo, y tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la página 122 para obtener más información al respecto.

Esto abarca *todos* los servicios:

- Salud física.
- Salud conductual.
- Salud dental.
- Necesidades de atención médica sociales.

Si usted o algún miembro de su familia necesita servicios de EPSDT, coordínelos con su proveedor de atención primaria (PCP) o con un coordinador de la atención. Llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/OREGON RELAY: 711). Le ayudarán a recibir la atención que necesita. En el caso de que se requiera una autorización, también se ocuparán de obtenerla. Hable con su dentista de atención primaria si necesita servicios dentales. Todos estos los servicios de EPSDT son gratuitos.

Ayuda para obtener servicios de EPSDT

- Llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).
- Para programar servicios dentales u obtener más información sobre estos, comuníquese con su plan dental. Consulte la información de contacto de los planes dentales en la página 21. También encontrará esa información en su tarjeta de identificación de la EOCCO.
- Se ofrecen sin costo traslados ida y vuelta a las visitas cubiertas con proveedores de EPSDT. Si necesita programar un traslado u obtener más información, llame a Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO al 877-875-4657.
- Puede obtener una copia del esquema de periodicidad. Pídasela a su PCP o búsquela en nuestro sitio web: www.eocco.com/members/your-resources/general-resources. La encontrará bajo el título “Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treat (EPSDT) of Members Under Age 21” (Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos [EPSDT] de afiliados menores de 21 años). En el esquema, se indica con qué frecuencia llevar a los niños al PCP.
- También puede encontrar en nuestro sitio web la política sobre EPSDT: www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/Member/Resources/EPSDT-Policy.pdf.

Pruebas de detección

Las visitas para realizarse pruebas cubiertas de detección se ofrecen con la frecuencia adecuada conforme a la edad (eso incluye las visitas preventivas para niños y adolescentes). Para todas las pruebas de detección y para las visitas preventivas para niños, la EOCCO y los PCP se guían por los lineamientos de la Academia Americana de Pediatría y los de Bright Futures. Puede consultar los lineamientos de Bright Futures en https://www.aap.org/brightfutures. Puede aprovechar la herramienta Well Visit Planner para prepararse para estos chequeos. La encontrará en www.wellvisitplanner.org.
Su PCP le ayudará a obtener los servicios y tratamientos basándose en los lineamientos.

En las visitas para realizarse pruebas de detección, se incluyen las siguientes pruebas:

- Prueba de control del desarrollo.
- Prueba de detección de plomo:
    - Los niños deben realizarse una prueba de detección de plomo a los 12 y a los 24 meses de edad. Todos los niños de entre 24 y 72 meses que no se hayan hecho una prueba de detección con anterioridad deben hacerse una.
    - Un cuestionario de evaluación de riesgos no es suficiente para cumplir con el requisito del OHP de realizar una prueba detección de plomo a los niños. Todos los niños intoxicados con plomo pueden recibir servicios de seguimiento de parte de un administrador de casos.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como la de anemia, células falciformes y otras) en función de la edad y el factor de riesgo del paciente.
- Evaluación del estado nutricional.
- Examen físico general sin ropa, que incluya la inspección de dientes y encías.
- Historial completo de salud y desarrollo (incluida la revisión del desarrollo de la salud física y mental).

- Inmunizaciones (vacunas) que cumplan con los estándares médicos:
    - Esquema de vacunación para niños (desde el nacimiento hasta los 18 años): www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-schedule-vaccines.html.
    - Esquema de vacunación para adultos (a partir de los 19 años): www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-schedule-vaccines.html.
- Orientación y educación sobre la salud para padres e hijos.
- Remisiones para tratamientos de salud física y mental médicamente necesarios.
- Pruebas de audición y de visión necesarias.
- Otras.

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

Remisión a servicios de EPSDT, diagnóstico y tratamiento

Su proveedor de atención primaria puede darle una remisión a estos servicios si detecta una afección física, mental, dental o abuso de sustancias. Otro proveedor le ayudará con diagnósticos o tratamientos adicionales.

El proveedor que haga la prueba les explicará al niño y a sus padres o tutores la necesidad de la remisión. Si están de acuerdo con la remisión, el proveedor se encargará de hacer los trámites.

La EOCCO o el OHP también ayudarán con la coordinación de la atención, según sea necesario.

Las pruebas de detección pueden determinar la necesidad de los siguientes servicios, entre otros:

- Diagnóstico y tratamiento de impedimentos visuales y auditivos, como la necesidad de anteojos y audífonos.
- Atención dental, a una edad tan temprana como sea necesario, que permita aliviar el dolor y las infecciones, restaurar los dientes y mantener la salud dental.
- Inmunizaciones (vacunas). Si se determina durante la prueba de detección que la vacuna es necesaria y apropiada en ese momento, entonces el tratamiento de inmunización debe proporcionarse de inmediato.

Estos servicios se deben proporcionar a los miembros de hasta 21 años que reúnan los requisitos y los necesiten. Los tratamientos que se encuentran “por debajo de la línea” en la *Lista de prioridad de servicios de salud* tienen cobertura para los miembros menores de 21 años, siempre y cuando sean médicamente necesarios y apropiados para el miembro específico (consulte la información de más arriba).

- Si le informamos que el servicio no tiene cobertura del OHP, usted aún tiene derecho a impugnar esa decisión mediante la presentación de una apelación y la solicitud de una audiencia. Consulte la página 122.

La EOCCO ayudará a los miembros o sus representantes a conseguir servicios sociales, programas educativos, programas de asistencia nutricional, entre otros servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura de EPSDT, vaya a www.Oregon.gov/EPSDT y consulte la ficha informativa para miembros. La EOCCO también ofrece información al respecto en https://www.eocco.com/members/your-resources/general-resources, en la sección sobre EPSDT.

Servicios de trabajadores de salud tradicionales

Los trabajadores de salud tradicionales (THW) ofrecen apoyo y aclaran dudas acerca de la atención médica y las necesidades sociales. Además, facilitan la comunicación entre los proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su atención. También se encargan de que usted se conecte con personas y servicios de la comunidad que podrían brindarle apoyo.

Existen diferentes tipos de trabajadores de salud tradicionales:

- **Doula:** alguien que ayuda a las personas y familias con apoyo personalizado no médico. Las asiste durante el embarazo y el parto, y después del nacimiento del bebé.

- **Trabajador de salud comunitario (CHW):** trabajador de la salud de la comunidad que entiende a las personas y la comunidad donde vive. Ofrece ayuda para acceder a servicios de salud y a servicios comunitarios. Un trabajador de salud comunitario también ayuda a adoptar hábitos saludables. Generalmente se trata de una persona de su mismo origen étnico, que habla su idioma, o que ha tenido las mismas experiencias de vida que usted.

- **Navegador de salud personal (PHN):** persona que le proporciona información, herramientas y apoyo para que pueda tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar, en función de su situación.

- **Especialista en apoyo entre pares (PSS):** persona que ha tenido problemas de salud mental o adicción y se ha recuperado. También puede ser una persona que le ha brindado apoyo a un familiar con problemas de salud mental o en tratamiento por una adicción. Ofrece apoyo, aliento y ayuda a quienes se enfrentan a los problemas de adicción y salud mental.

- **Especialista en bienestar entre pares (PWS):** persona que forma parte del equipo de atención médica en el hogar y que defiende al paciente y sus necesidades. Cuida de la salud general de las personas de su comunidad y puede ayudar a superar problemas de adicción o de salud mental, o afecciones físicas.

Los trabajadores de salud tradicionales pueden ayudarle de muchas formas. Por ejemplo:

- Les ayudan al coordinador de atención y a usted a buscar un nuevo proveedor.
- Le ayudan a recibir la atención que usted busca y necesita.
- Le ayudan a contactarse con personas que puedan explicarle sus beneficios médicos.

- Le brindan información sobre apoyo y servicios para la salud mental o para tratar las adicciones.
- Le brindan información y sirven como guía para conseguir recursos comunitarios que podrían serle útiles.
- Le dan la oportunidad de hablar con alguien de su comunidad.
- Van con usted a las citas médicas.

Los trabajadores de salud tradicionales están disponibles en todos los condados donde la EOCCO brinda servicios y pueden realizar visitas virtuales, presenciales en el consultorio y, en algunos casos, en el domicilio. Todos los miembros de la EOCCO tienen derecho a recibir los servicios de un trabajador de salud tradicional.

Los miembros de la EOCCO reúnen los requisitos para los servicios de trabajadores de salud tradicionales sin costo adicional. Los miembros pueden autorremitirse a estos servicios. Para ello, deben escribir a THW@eocco.com o llamar al 503-952-4495 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También pueden conseguirlos a través del médico de atención primaria o del equipo de atención, y a través del portal de proveedores de la EOCCO en https://www.eocco.com/eocco-provider-search/. Después de que se soliciten los servicios, se conectará al miembro con un trabajador de salud tradicional para que reciba sus servicios. ¿Necesita ayuda? Llame al 1-888-788-9821 (TTY/OREGON RELAY: 711) o visite www.eocco.com. Usted o su representante pueden llamar o enviar un correo electrónico a nuestra representante de servicios de trabajadores de salud tradicionales para obtener más información sobre los servicios y cómo utilizarlos.

Llame a nuestra representante de servicios de trabajadores de salud tradicionales para obtener más información sobre los servicios y cómo utilizarlos.

Información de contacto de la representante de servicios de trabajadores de salud tradicionales:

Hannah Briggs
Correo electrónico: THW@eocco.com
Teléfono: 503-952-4995 (TTY/Oregon Relay: 711)

Si hubiera un cambio en la información de contacto de nuestra representante de servicios de trabajadores de salud tradicionales, podrá encontrar la información actualizada en www.eocco.com/members/your-resources/general-resources.

Servicios adicionales

Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (HRS) son servicios adicionales que ofrece la EOCCO y no suelen estar incluidos en los beneficios del OHP. Los servicios relacionados con la salud contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de los miembros y la comunidad. Se trata de servicios flexibles para los miembros e iniciativas en beneficio de la comunidad destinadas a la

comunidad en general. Como los servicios relacionados con la salud no suelen estar incluidos en los beneficios del OHP, los miembros no tienen derecho a apelar esos servicios como lo hacen con los servicios cubiertos.

Servicios flexibles

"Servicios flexibles" se refiere a artículos o servicios que ayudan a los miembros a mantenerse saludables o a mejorar su salud. La EOCCO le ofrece los siguientes servicios flexibles:

- Suministros de cocina para que pueda preparar comidas sanas en el hogar.
- Membresía en un gimnasio para que logre recuperarse, si el médico se lo recomienda.
- Purificadores de aire para limpiar el aire que respira si sufre de asma u otras afecciones similares.

Estos son otros ejemplos de servicios flexibles:

- Apoyo alimentario, como el reparto de alimentos, los vales de comida o las comidas adaptadas a las necesidades médicas.
- Apoyo a corto plazo para la vivienda, como depósitos para alquileres destinados a ayudar con los gastos de mudanza, o pagos del alquiler durante un breve período, o gastos de instalación de los servicios públicos.
- Alojamiento temporal o refugio mientras se recupera tras una hospitalización.
- Artículos que fomenten los hábitos saludables, como el calzado o la ropa deportiva.
- Teléfonos o dispositivos móviles para acceder a aplicaciones de salud o telesalud.
- Otros artículos que favorecen la salud, como el aire acondicionado o un dispositivo de filtración de aire.

En https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf encontrará más información sobre los servicios relacionados con la salud.

Cómo obtener servicios flexibles para usted o un miembro de su familia

Puede ponerse en contacto con su proveedor para solicitar los servicios flexibles o llamar a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711) para que le ayuden a solicitarlos.

Para solicitar servicios flexibles y leer nuestras preguntas frecuentes, consulte el *Formulario de solicitud de servicios flexibles* de la EOCCO en www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/EOCCO-Flexible-Services-Request-form.pdf. También puede encontrarlo en nuestra página de formularios: www.eocco.com/members/your-resources/member-forms, bajo el título "Flexible services request for health-related services" (Solicitud de servicios flexibles para servicios relacionados con la salud).

Los servicios flexibles no son un beneficio cubierto para los miembros, y las CCO no tienen la obligación de ofrecerlos. Las decisiones de aprobar o denegar las solicitudes de servicios flexibles se toman caso por caso. Usted puede hablar con su proveedor sobre estos servicios y sobre el formulario de la EOCCO para solicitar servicios flexibles. El proveedor puede ayudarle a completar el formulario.

Si se le deniega la solicitud de un servicio flexible, se lo informaremos por medio de una carta en la que también le explicaremos qué opciones tiene. No puede apelar la denegación de un servicio flexible, pero tiene derecho a presentar una queja. Para obtener más información sobre quejas y apelaciones, consulte la página 122.

Si es miembro del OHP y tiene problemas para recibir atención, póngase en contacto con el Programa de Defensores del Pueblo de la OHA. Los defensores del pueblo trabajan en beneficio de los miembros del Plan de Salud de Oregón y harán todo lo posible para ayudarle. Escriba a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o llame al 877-642-0450 y deje un mensaje.

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

Iniciativas en beneficio de la comunidad

"Iniciativas en beneficio de la comunidad" o "CBI" se refiere a la financiación de programas para la comunidad en general, lo que incluye a los miembros de las CCO, con el propósito de mejorar la salud y el bienestar de la comunidad. Para obtener más información sobre las iniciativas en beneficio de la comunidad que se ofrecen en su comunidad, comuníquese con el Comité Asesor de la Comunidad. En www.eocco.com/members/cac encontrará los datos de contacto.

Estas son otras iniciativas en beneficio de la comunidad:

- Clases de educación parental y apoyo familiar.
- Programas comunitarios que ayudan a las familias a acceder a frutas y verduras frescas a través de los mercados agrícolas.
- Programas comunitarios que ayudan a las familias a conseguir y conservar una vivienda estable y segura.
- Mejoras activas en el transporte, como la construcción de ciclovías y calzadas seguras.
- Programas escolares que fomentan un entorno estimulante para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los estudiantes.
- Capacitación sobre prácticas informadas contra traumas, para maestros y organizaciones comunitarias dedicadas a la infancia.

Traslados gratuitos a las citas médicas

Se ofrecen traslados gratuitos a las citas médicas para todos los miembros de la EOCCO.

Si necesita ayuda para ir a una cita, llame a Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO para que le brinden traslado gratuito. Puede obtener traslado gratuito a todas sus visitas médicas para la salud física, dental o conductual que tengan la cobertura de la EOCCO, o para ir a la farmacia. Los miembros con Medicare y Medicaid también pueden obtener traslados gratuitos a sus citas médicas.

Tanto usted como su representante pueden solicitar un traslado. Podemos darle un billete de autobús, dinero para un taxi o enviarle un conductor. También podemos pagarle el gasto de la gasolina a usted, un miembro de su familia o un amigo para que usted vaya a las citas. Este servicio es gratuito. La EOCCO nunca le facturará los traslados de ida y vuelta para recibir servicios cubiertos. Llámenos al 877-875-4657 (TTY/Oregon Relay: 711) antes de su cita programada para conocer cómo obtener ayuda con los costos por millaje.

Para programar un traslado:

Llame a Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO al 877-875-4657 (TTY/Oregon Relay: 711).
Horario de atención: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO no atiende estos días festivos:

- Año Nuevo: 1.º de enero.
- Día de los Caídos: último lunes de mayo.
- Día de la Independencia: 4 de julio.
- Día del Trabajo: primer lunes de septiembre.
- Día de Acción de Gracias: cuarto jueves de noviembre.
- Navidad: 25 de diciembre.

Llame al menos 2 días laborables antes de la cita para programar el traslado. Esto nos ayudará a garantizar que podamos satisfacer sus necesidades de traslado. Para trayectos más largos, llame cuanto antes.

También puede solicitar un traslado para el mismo día o para el día siguiente. Comuníquese con Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO. Puede ser difícil conseguir un traslado el mismo día si debe viajar a una zona rural, pero aun así tiene derecho a pedir un traslado para el mismo día.

Usted o un conocido pueden programar más de un traslado por vez, para varias citas. Además, es posible programar un traslado con hasta 90 días de antelación.

Qué esperar cuando llame

La EOCCO cuenta con personal de atención telefónica que puede ayudarle con sus traslados en el idioma que usted prefiera y de una manera que pueda entender. Esta ayuda es gratuita.

La primera vez que llame, le informaremos sobre el programa y conversaremos sobre sus necesidades de traslado. Le pediremos información sobre su capacidad física y si necesita que alguien viaje con usted.

Cuando llame para programar un traslado, le pediremos la siguiente información:

- Su nombre completo.
- Su dirección y número de teléfono.
- Su fecha de nacimiento.
- El nombre del médico o de la clínica adonde tiene que ir.
- La fecha de la cita.
- La hora de la cita.

- La hora de recogida luego de la cita.
- Si necesita la ayuda de un asistente.
- Otras necesidades especiales (como una silla de ruedas o un animal de servicio).

Comprobaremos si es miembro de la EOCCO y si su cita es para un servicio cubierto. Recibirá más información sobre su traslado en un plazo de 24 horas. Dicha información se le entregará de la manera que elija (llamada telefónica, correo electrónico o fax).

Si solicita un traslado con menos de dos (2) días de antelación a la hora de recogida programada, le daremos el número de teléfono de la empresa que organizará su recogida. También podríamos darle el nombre y el número de teléfono del conductor que irá por usted.

Recogida y llegada

Recibirá el nombre y el número de teléfono de la empresa de traslados o del conductor antes de la cita. El conductor se pondrá en contacto con usted al menos 2 días antes del traslado para confirmar los detalles. Además, irá por usted a la hora acordada. Sea puntual. Si usted se atrasa, no esperarán más de 15 minutos después de la hora acordada. Esto significa que, si su traslado está programado para las 10 a. m., el conductor esperará hasta las 10:15 a. m.

Usted llegará al lugar de su cita al menos 15 minutos antes de que empiece.

- **Primera cita del día:** usted llegará al consultorio, como máximo, 15 minutos antes de que abra.
- **Última cita del día:** pasaremos por usted, como máximo, 15 minutos después del cierre del consultorio, a menos que se prevea que la cita no finalizará en los 15 minutos siguientes al cierre.
- **Para pedir más tiempo:** si quiere que vayan por usted antes o quiere llegar más tarde a la cita, debe solicitarlo. Su representante, padre, madre o tutor también pueden hacer la solicitud por usted.
- **Llame si el conductor no llegó pasados los 10 minutos del horario de recogida acordado:** si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida programada, llame a la empresa de traslados. El personal le informará si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachador antes de irse del lugar de recogida.
- **Llame si no tiene hora de recogida:** si no hay hora de recogida programada para su viaje de regreso, llámenos cuando ya pueda irse del lugar de la cita. El conductor pasará por usted en el plazo de 1 hora.

Los Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO son parte de un programa de traslado compartido. Es posible que durante el trayecto recojan y lleven a otros pasajeros. Si tiene varias citas, es posible que se le pida que las programe para el mismo día. Esto nos ayudará a realizar menos viajes.

También puede pedir ir a la cita en el vehículo de un amigo o familiar. Se le reembolsarán (pagarán) las millas que conduzca. Si el pasajero es menor de 18 años, podemos pagarle a alguien que no sea su tutor. Si alguien que no sea usted o el padre, la madre o el tutor de un miembro menor de edad realiza el traslado, puede recibir un pago por el viaje. La EOCCO no coordina este traslado. Llame a Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO al 877-875-4657 (TTY: 711) antes de su cita programada para conocer cómo obtener ayuda con los costos por millaje.

Como pasajero, usted tiene derechos y responsabilidades

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener traslados a sus citas médicas que sean seguros y confiables y satisfagan sus necesidades.
- Recibir un trato respetuoso.
- Solicitar servicios de interpretación cuando se comunique con Servicios al Cliente.
- Solicitar material en un idioma o formato que satisfaga sus necesidades.
- Recibir un aviso escrito si se le rechaza un traslado.
- Presentar una queja sobre su experiencia durante un traslado.
- Presentar una apelación o solicitar una audiencia, o ambas opciones, si cree que le rechazaron un traslado de manera injusta.

Tiene las siguientes responsabilidades:

- Tratar a los conductores y otros pasajeros con respeto.
- Llamar a Servicios de Traslado Médico No Urgente lo antes posible para programar, modificar o cancelar un traslado.
- Usar cinturón de seguridad y otro equipamiento de seguridad según lo exige la ley (por ejemplo, butacas).
- Solicitar con antelación cualquier parada adicional, por ejemplo, en la farmacia.

Para cancelar o modificar su traslado:

Comuníquese con Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO al menos 2 horas antes de la hora de recogida si sabe que necesitará cancelar o reprogramar un traslado.

El horario de atención de Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Si no puede llamar durante las horas de oficina, deje un mensaje en el buzón de voz. Si tiene preguntas o quiere cambiar un traslado, comuníquese con Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO.

Si usted no se presenta

Cuando usted no se presenta a la hora de recogida acordada, es una “inasistencia”. Antes de irse, el conductor espera al menos 15 minutos después de la hora de recogida. Podríamos restringir sus traslados futuros si tiene demasiadas inasistencias.

“Restringir los traslados” significa que podemos limitar el número de viajes que puede hacer, limitar sus traslados a un único conductor o exigirle que llame antes de cada traslado.

Si le rechazan un traslado

Recibirá una llamada para comunicarle que le denegaron el traslado. Dos miembros del personal revisan todas las denegaciones antes de enviárselas. Si denegamos su traslado, recibirá una carta de denegación en un plazo de 72 horas a partir de la decisión. Además, en la carta se incluirá la norma aplicable y el motivo de la denegación.

Puede presentar una apelación ante la EOCCO si no está de acuerdo con la denegación. Dispone de 60 días a partir de la fecha del aviso de denegación para presentar una apelación. Si la denegación se mantiene tras la apelación, también tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.

También le enviaremos una carta a su proveedor si este forma parte de nuestra red de proveedores y ha solicitado el traslado en su nombre.

Usted tiene derecho a presentar una queja o reclamación en el momento que sea, aunque ya haya presentado una queja por el mismo motivo. Estos son algunos ejemplos de motivos para presentar una queja o reclamación:

- Inquietudes sobre la seguridad de un vehículo.
- Calidad de los servicios.
- Interacciones con conductores y proveedores (por ejemplo, por falta de cortesía).
- Servicio de traslado que no se prestó según lo acordado.
- Derechos del consumidor.

En la página 122 encontrará más información sobre quejas, reclamaciones, apelaciones y audiencias.

Guía de traslados

Encontrará la guía de traslados para los servicios de traslado médico no urgente disponibles a través de la EOCCO aquí: www.eocco.com/members/your-resources/non-emergent-medical-transportation. También puede encontrar un enlace a ella en nuestra página de inicio, en www.eocco.com. Además, usted o su representante tienen la opción de llamar a Servicios de Traslado Médico No Urgente de la EOCCO al 888-788-9821 para solicitar una copia impresa gratuita. Se le enviará en un plazo de 5 días laborables. La copia impresa puede estar en el idioma y formato que usted prefiera.

La guía también contiene más información, por ejemplo, sobre lo siguiente:

- Sillas de ruedas y ayuda a la movilidad.
- Seguridad del vehículo.
- Normas y obligaciones del conductor.
- Qué hacer en caso de emergencia o mal tiempo.
- Citas a una larga distancia.
- Reembolso de comidas y alojamiento.

Atención médica por videoconferencia o llamada telefónica

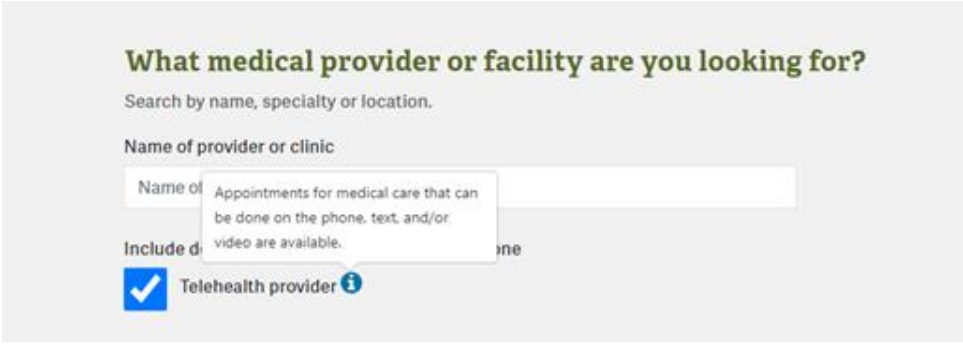
La telesalud (también conocida como “telemedicina” y “teleodontología”) es una modalidad que le permite recibir atención médica sin necesidad de acudir a la clínica o al consultorio. La telesalud consiste en una cita a través de una llamada telefónica o de una videoconferencia. La EOCCO cubre las visitas de telesalud. Los servicios de telesalud le permiten acudir a su proveedor mediante los siguientes dispositivos:

- Teléfono (llamada).
- Teléfono inteligente (llamada o videoconferencia).
- Tableta (llamada o videoconferencia).
- Computadora (llamada o videoconferencia).

A través de fondos destinados a servicios relacionados con la salud, la EOCCO puede ayudar a cubrir el costo de algunas herramientas y recursos que usted podría necesitar. Si necesita herramientas, programas o dispositivos especiales que faciliten las visitas de telesalud, los servicios flexibles o aquellos relacionados con la salud podrían proporcionárselos o cubrir su costo. Para obtener más información sobre los servicios flexibles o relacionados con la salud, consulte la página 82. **Si no dispone de acceso a Internet o videoconferencias, hable con su proveedor sobre lo que puede hacer.**

Cómo encontrar un proveedor de telesalud

No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud. Cuando llame para programar su cita, pregunte por los servicios de telesalud. También puede utilizar nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en www.eocco.com/eocco-provider-search/. Haga clic en la casilla que se muestra en la siguiente imagen para buscar proveedores de telesalud. Esta no es una lista exhaustiva, por lo que le recomendamos que llame a su proveedor para comprobar la información.



Cuándo optar por los servicios de telesalud

Los miembros de la EOCCO que utilicen los servicios de telesalud tienen derecho a recibir la atención médica que necesiten para la salud física, dental y conductual.
Puede utilizar los servicios de telesalud en los siguientes casos:

- Si su proveedor quiere reunirse con usted antes de renovarle una receta.
- Para recibir servicios de asesoramiento.
- Para hacer el seguimiento de una visita presencial.

- Para hacer preguntas médicas de rutina.
- Si está en cuarentena o practica el distanciamiento social debido a una enfermedad.
- Si está lejos de casa temporalmente y no puede reunirse con su médico en persona.
- Si no sabe si necesita ir a la clínica o al consultorio.

No se recomiendan las consultas de telesalud en casos de emergencia. Si cree que su vida corre peligro, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Para conocer la lista de hospitales que tienen sala de emergencias, consulte la página 97.

Si no sabe qué servicios u opciones de telesalud ofrece su proveedor, llámelo para preguntarle.

Si tiene algún problema de audio o video en su visita de telesalud, asegúrese de comunicárselo al proveedor.

Los servicios de telesalud son privados

Los servicios de telesalud que ofrece su proveedor son privados y seguros. Cada proveedor cuenta con su propio sistema de visitas de telesalud, pero cada sistema debe cumplir con la ley.

Para obtener más información sobre la privacidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), consulte la página 13.

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

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir servicios de telesalud en el idioma que necesite.
- Tener acceso a proveedores que respeten sus necesidades culturales e idiomáticas.
- Recibir servicios de interpretación para usted y su familia de parte de profesionales calificados y certificados. Para obtener más información, consulte la página 4.
- Acudir a visitas presenciales, no solo a citas de telesalud.
    - La EOCCO se asegurará de que usted tenga opciones para las visitas médicas. Un proveedor no puede imponerle los servicios de telesalud, salvo que se haya emitido un decreto de necesidad y urgencia o que un centro médico haya implementado su plan para situaciones de desastre.
- Obtener el apoyo y las herramientas necesarias para recibir servicios de telesalud.
    - La EOCCO le ayudará a identificar cuál es la herramienta de telesalud más adecuada para usted.
    - La EOCCO se asegurará de que su proveedor evalúe si los servicios de telesalud son adecuados para usted. Entre otras opciones, eso incluye lo siguiente:
        - La necesidad de un formato alternativo.
        - El acceso a los dispositivos necesarios.
        - El acceso a un lugar privado y seguro.
        - El acceso a un servicio de Internet.
        - Conocimientos de dispositivos digitales.
        - Cuestiones culturales.

Hable con su proveedor acerca de los servicios de telesalud. Si usted prefiere (o necesita) las visitas presenciales, pero su proveedor solo brinda servicios de telesalud, comuníqueselo. El proveedor puede darle una remisión para que consulte a otro proveedor e informar a la EOCCO. Usted decide cómo recibir la atención médica. La EOCCO puede ayudarle a coordinar la atención con otro proveedor, o usted puede comunicarse con Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes.

Medicamentos recetados

Para abastecer una receta, puede acudir a cualquier farmacia de la red de la EOCCO. Para conocer la lista de farmacias con las que trabajamos, acceda a nuestro *Directorio de proveedores,* en www.eocco.com/eocco-provider-search/.

Para obtener los medicamentos recetados con cobertura de la EOCCO, debe presentar lo siguiente en la farmacia:

- La receta médica.
- Su tarjeta de identificación de la EOCCO, su tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregón o alguna otra constancia de cobertura, tal como una tarjeta de identificación de la Parte D de Medicare o la tarjeta de un seguro privado. Sin ellas, es posible que no puedan abastecerle la receta.

Medicamentos recetados que tienen cobertura

Ingrese en www.eocco.com/members/your-resources/pharmacy para consultar la lista de medicamentos recetados con cobertura de la EOCCO.

- Si no sabe si su medicamento está en nuestra lista, llámenos para que lo verifiquemos.

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

- Antes de que la farmacia pueda abastecer ciertos medicamentos de la lista, la EOCCO debe aprobarlos. Su proveedor nos solicitará que los aprobemos.
- En el caso de algunos medicamentos, podríamos exigirle que primero pruebe otro antes de cubrirle el que usted quiere. Por ejemplo: si usted quiere el medicamento B, podríamos pedirle que primero pruebe el medicamento A. Si su médico considera que el medicamento A no es adecuado para usted, o si ya lo probó y no obtuvo buenos resultados, el médico puede pedirnos que desestimemos el medicamento A y le demos el medicamento B de inmediato.
- Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Eso significa que la EOCCO solo puede permitirle obtener de una vez cierta cantidad de un medicamento. Por ejemplo, 30 píldoras por mes. De esa manera, podemos asegurarnos de que se administra la cantidad correcta del medicamento. Si su médico considera que usted necesita un suministro más grande, puede solicitarle a la EOCCO que le brinde una cantidad mayor.

La EOCCO también cubre algunos medicamentos de venta libre cuando su proveedor o farmacia se los receta. Los medicamentos de venta libre son aquellos que se pueden comprar en cualquier tienda o farmacia sin necesidad de una receta, como la aspirina.

Cómo se solicita a la EOCCO que cubra los medicamentos recetados

Cuando su proveedor le solicita a la EOCCO que apruebe o cubra un medicamento recetado, se da el siguiente proceso:

- Los médicos y los farmacéuticos de la EOCCO revisan la solicitud del proveedor.
- Tomamos una decisión en el plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información para tomar una decisión, podemos tardar 72 horas.

Si la EOCCO decide no cubrir el medicamento recetado, usted recibirá una carta en la que se le explicará lo siguiente:

- Su derecho a apelar la decisión.
- La forma en que debe solicitar una apelación si no está de acuerdo con la decisión. En la carta se adjuntará un formulario para solicitar una apelación.

Llame a Servicios al Cliente de Farmacia de la EOCCO al 888-474-8539 (TTY/Oregon Relay: 711) si tiene preguntas.

Servicios de farmacia por correo

Los miembros de la EOCCO pueden usar los servicios de Costco o Postal Prescription Services (PPS) para que algunos medicamentos se les envíen a domicilio. Esto se conoce como “servicios de farmacia por correo”. Si le cuesta ir a una farmacia a retirar sus medicamentos recetados, los servicios de farmacia por correo podrían ser una buena opción. Llame a Servicios al Cliente de Farmacia de la EOCCO al 888-474-8539 (TTY/Oregon Relay: 711) para lo siguiente:

- Obtener más información sobre los servicios de farmacia por correo.
- Programar los envíos a través de los servicios de farmacia por correo.

El OHP paga los medicamentos para la salud conductual

La EOCCO no paga la mayoría de los medicamentos que se utilizan para tratar las afecciones de salud conductual. Los paga el OHP. Si necesita medicamentos para la salud conductual:

- La EOCCO y su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos que necesita.
- La farmacia envía la factura de su receta directamente al OHP. Tanto la EOCCO como su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos para la salud conductual que necesita. Hable con su proveedor si tiene preguntas. Llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).

Cobertura de medicamentos para los miembros de Medicare

La EOCCO y el OHP no cubren los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare.

Si usted reúne los requisitos para acceder a la Parte D de Medicare pero decide no inscribirse, tendrá que pagar esos medicamentos.

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

Si la Parte D de Medicare no cubre su medicamento, la farmacia puede cobrárselos a la EOCCO. Si el OHP cubre el medicamento, la EOCCO lo paga.

Para obtener más información sobre los beneficios de Medicare, consulte la página 110.

Cómo obtener medicamentos antes de un viaje

Si tiene pensado viajar fuera del estado, asegúrese de llevar los medicamentos suficientes para su viaje. Para eso, solicite abastecer los medicamentos antes de tiempo. Esto se conoce como “permiso por vacaciones”. La EOCCO autoriza dos permisos por vacaciones por año calendario por miembro. Llame a la EOCCO al 888-474-8539 (TTY/Oregon Relay: 711) para averiguar si esta opción es adecuada para usted.

Hospitales

Trabajamos con los siguientes hospitales para ofrecer atención médica hospitalaria. Puede recibir atención médica de emergencia en cualquier hospital. Algunos ofrecen una sala de emergencias bien equipada para asistir a alguien que atraviesa una crisis de salud mental, pero se puede ir a cualquier hospital para obtener ayuda. Algunos se han asociado a los proveedores locales de salud mental comunitarios para prestar servicios en casos de crisis en la sala de emergencias. Consulte la página 98 para obtener más información sobre los servicios para casos de crisis.

Condado	Hospital	Número de teléfono	¿Brinda servicios para crisis de salud mental?
Baker	**St. Alphonsus Medical Center** 3325 Pocahontas Rd. Baker City, OR 97814 Sitio web: www.saintalphonsus.org/location/saint-alphonsus-baker-city-emergency-department	877-341-2121, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
Gilliam	N/C	N/C	N/C
Grant	**Blue Mountain Hospital** 170 Ford Rd John Day, OR 97845 Sitio web: www.bluemountainhospital.org	541-575-1311, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.

Condado	Hospital	Número de teléfono	¿Brinda servicios para crisis de salud mental?
Harney	**Harney District Hospital** 557 W. Washington St. Burns, OR 97720 Sitio web: www.harneydh.com	541-573-7281, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
Lake	**Lake District Hospital** 700 S. J St. Lakeview, Oregon 97630 Sitio web: www.lakehealthdistrict.org	541-947-2114, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
Malheur	**St. Alphonsus Medical Center** 351 S.W. Ninth St. Ontario, OR 97914 Sitio web: www.saintalphonsus.org/location/saint-alphonsus-medical-center-ontario-1	877-341-2121, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
Morrow	**Pioneer Memorial Hospital** 564 E. Pioneer Dr. Heppner, OR 97836 Sitio web: www.morrowcountyhealthdistrict.org/pioneer-memorial-hospital	800-737-4113, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
Sherman	N/C	N/C	N/C
Umatilla	**St. Anthony Hospital** 2801 St. Anthony Way Pendleton, OR 97801 Sitio web: www.sahpendleton.org	541-276-5121, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
	Good Shepherd Hospital 610 N.W. 11th St. Hermiston, OR 97838 Sitio web: www.gshealth.org	541-667-3400, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
Union	**Grande Ronde Hospital** 900 Sunset Dr. La Grande, OR 97850 Sitio web: www.grh.org	541-963-8421, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.

Condado	Hospital	Número de teléfono	¿Brinda servicios para crisis de salud mental?
Wallowa	**Wallowa Memorial Hospital** 601 Medical Pkwy Enterprise, OR 97828 Sitio web: www.wchcd.org	541-426-3111, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
Wasco*	**Adventist Health Columbia Gorge** 1700 E. 19th St. The Dalles, OR 97058 Sitio web: www.mcmc.net	541-296-1111, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.	Sí.
Wheeler	N/C	N/C	N/C

* El condado de Wasco no está dentro del área de servicio de la EOCCO. Los miembros de la EOCCO pueden obtener atención médica en el Adventist Health Columbia Gorge de The Dalles.

Atención médica de urgencia

Una urgencia es un problema lo bastante grave que necesita tratamiento al instante, pero no tan grave como para recibir atención de inmediato en la sala de emergencias. Estos problemas urgentes pueden ser físicos, dentales o conductuales.

Puede recibir servicios de atención médica de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de autorización previa.
No necesita una remisión para recibir atención médica de urgencia o de emergencia.
Más adelante podrá consultar la lista de centros de atención médica de urgencia y clínicas en donde se puede recibir atención sin una cita previa.

Atención de urgencia para la salud física

Estos son algunos ejemplos de atención de urgencia para la salud física:

- Cortes que no sangran demasiado, pero que podrían requerir puntos de sutura.
- Fracturas leves y fracturas de los dedos de las manos y los pies.
- Esguinces y torceduras.

Si tiene un problema médico de urgencia, llame a su proveedor de atención primaria (PCP)

Usted, su proveedor o centro de atención a largo plazo pueden contactar al PCP en todo momento, ya sea de día o de noche, fin de semana o días festivos. Informe en el consultorio de su PCP que es miembro de la EOCCO. Le ofrecerán consejos o una remisión. Si no puede ponerse en contacto con su PCP para tratar un problema médico de urgencia, o si este no puede brindarle tratamiento pronto, acuda a un centro de atención médica de urgencia o a una clínica donde atiendan sin cita previa. No necesita una cita. Consulte más abajo la lista de centros de atención médica de urgencia y clínicas en donde no se necesita cita previa.

Para obtener la información de contacto de su PCP, puede revisar su tarjeta de identificación, llamar a Servicios al Cliente de la EOCCO o buscarla en el *Directorio de proveedores* en línea, en www.eocco.com/eocco-provider-search/.

Puede llamar a su PCP en cualquier momento, de día o de noche, los fines de semana y los días festivos. Informe en el consultorio de su PCP que es miembro de la EOCCO. Le ofrecerán consejos o una remisión. Si no puede ponerse en contacto con su PCP para tratar un problema médico de urgencia, o si este no puede brindarle tratamiento pronto, acuda a un centro de atención médica de urgencia o a una clínica donde atiendan sin cita previa. No necesita una cita. Consulte más abajo la lista de centros de atención médica de urgencia y clínicas en donde no se necesita cita previa.

Si necesita ayuda, llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).

Si no sabe si su problema es urgente, llame al consultorio de su proveedor aunque esté cerrado. Es posible que un contestador automático atienda la llamada. Deje un mensaje y diga que es miembro de la EOCCO. Podrían ofrecerle consejos o una remisión para que acuda o llame a otro sitio. Se comunicarán con usted unos 30-60 minutos después de su llamada para indicarle qué hacer.

Si necesita asesoramiento no urgente o programar citas, comuníquese durante los horarios de atención.

Centros de atención médica de urgencia y clínicas sin cita previa dentro del área de servicio de la EOCCO:

Condado	Atención médica de urgencia	Número de teléfono
Baker	**St. Luke's EOMA** 3950 17th St. Baker City, OR 97814	541-523-1152, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Gilliam	**Sherman County Medical Clinic** 110 Main St. Moro, OR 97039	541-565-3325, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Grant	**St. Luke's EOMA** 3950 17th St. Baker City, OR 97814	541-523-1152, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Harney	**Harney District Hospital Family Care** 557 W. Washington St. Burns, OR 97720	541-573-2074, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.

Condado	Atención médica de urgencia	Número de teléfono
Idaho*	**St. Luke's Urgent Care** 1000 State St. McCall, ID 83638	208-452-8600, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
	Saint Alphonsus Urgent Care 10583 W. Lake Hazel Rd. Boise, ID 83709	208-452-8050, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Lake	**Lake Health Clinic** 700 S. J Street Lakeview, OR 97630	541-947-3366, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Malheur	**St. Luke's Walk-in Fruitland, Idaho** 1210 N.W. 16th St. Fruitland, ID 83619	208-452-8600, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
	St. Alphonsus Regional Urgent Care Fruitland, Idaho 910 N.W. 16th St. #101 Fruitland, ID 83619	208-452-6851, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Morrow	**Pioneer Memorial Clinic** 130 Thompson St. Heppner, OR 97836	541-676-5504, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Sherman	**Sherman County Medical Clinic** 110 Main St. Moro, OR 97039	541-565-3325, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Umatilla	**CHI St. Anthony Hospital Family Clinic** 3001 St. Anthony Way Pendleton, OR 97801	541-966-0535 los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
	Good Shepherd Urgent Care 610 N.W. 11th St. Hermiston, OR 97838	541-567-2995, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Union	**Grande Ronde Walk-in Clinic** 506 Fourth St. La Grande, OR 97850	541-663-2300, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.
Wallowa	**Winding Waters** 603 Medical Pkwy. Enterprise, OR 97828	541-426-4502, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.

Condado	Atención médica de urgencia	Número de teléfono
Wheeler	**Pioneer Memorial Clinic** 130 Thompson St. Heppner, OR 97836	541-676-5504, los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711.

Atención dental de urgencia

Estos son algunos motivos para recibir atención dental de urgencia:

- Dolor dental que dificulta la masticación e impide descansar bien por las noches.
- Diente astillado o roto.
- Corona o empaste perdido.
- Absceso (saco de pus en un diente que se produce por una infección).

Si tiene un problema dental de urgencia, llame a su dentista de atención primaria (PCD)
Si no logra comunicarse con su PCD o si no tiene uno, llame a Servicios al Cliente de su plan dental. Si tiene el plan Advantage Dental, llame al 866-268-9631 (TTY/Oregon Relay: 711); si tiene el plan ODS Community Dental, llame al 800-342-0526 (TTY/Oregon Relay: 711).
Le ayudarán a conseguir atención dental de urgencia, según la afección. Si tiene un problema dental urgente, debería conseguir una cita en un plazo de dos (2) semanas, o de una (1) semana en caso de embarazo.

Atención de emergencia

Llame al 911 si necesita una ambulancia o acuda a la sala de emergencias si cree que está en peligro. Una emergencia requiere atención inmediata y pone en peligro la vida. Puede tratarse de una lesión o enfermedad repentina. Las emergencias también pueden causar daños corporales. En caso de embarazo, una emergencia también puede perjudicar al bebé.
Puede recibir servicios de atención médica de urgencia y de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de autorización previa. No necesita una remisión.

Emergencias físicas

La atención médica de emergencia se ofrece cuando el paciente necesita atención inmediata y su vida corre peligro. Estos son algunos motivos por los que podría necesitar atención médica de emergencia:

- Fracturas.
- Sangrado que no se detiene.
- Posible ataque al corazón.
- Pérdida del conocimiento.
- Convulsiones.
- Dolor intenso.
- Dificultad para respirar.
- Reacciones alérgicas.

Información adicional sobre la atención de emergencia:

- Llame a su PCP o a Servicios al Cliente de la EOCCO en un plazo de 3 días desde que recibió la atención médica de emergencia.
- Usted tiene derecho a acudir a cualquier hospital o centro dentro de los Estados Unidos.
- La atención de emergencia incluye servicios de posestabilización (posteriores a la atención). Los servicios posteriores a la atención son servicios cubiertos que se relacionan con una condición de emergencia. Se proporcionan una vez que el paciente está estable. Sirven para que se mantenga estable. Además, ayudan a mejorar o solucionar la afección.

Para conocer la lista de hospitales que tienen sala de emergencias, consulte la página 92.

Emergencias dentales

Una emergencia dental se produce cuando necesita atención dental en el mismo día. La atención de emergencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Una emergencia dental puede requerir tratamiento inmediato. Estos son ejemplos de emergencias:

- Ha perdido un diente permanente como consecuencia de un golpe (no hay emergencia cuando se cae un diente flojo durante la infancia).
- Tiene una inflamación en el rostro o una infección en la boca.
- Tiene una hemorragia en las encías.

Si tiene una emergencia dental, llame a su dentista de atención primaria (PCD). Le brindará atención en un plazo de 24 horas. En algunos consultorios pueden brindarle atención de emergencia sin necesidad de una cita previa. Si tiene una emergencia dental y su dentista o PCP no puede resolverla, no necesita permiso para obtener atención dental de emergencia. Puede acudir a la sala de emergencias o llamar a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711) para que le ayuden a conseguir atención dental de emergencia.

Si esas no son opciones adecuadas para su situación, llame al 911 o vaya a una sala de emergencias. **Si necesita un traslado en ambulancia, llame al 911.** Para conocer la lista de hospitales que tienen sala de emergencias, consulte la página 92.

Crisis y emergencias de salud conductual

Una emergencia de salud conductual se produce cuando necesita ayuda de inmediato para sentirse o mantenerse seguro. Ocurre cuando usted u otras personas están en peligro. Un ejemplo de este tipo de emergencia es sentirse fuera de control. Podría sentir que su seguridad está en peligro o pensar en lastimarse o lastimar a los demás.

Llame al 911 o acuda a una sala de emergencias si cree que está en peligro.

- Los servicios de emergencia de salud conductual no requieren remisión ni autorización previa. La EOCCO ofrece a sus miembros ayuda y servicios en caso de crisis tras una emergencia.
- Un proveedor de salud conductual puede servirle de guía para conseguir servicios con el fin de mejorar y estabilizar su salud mental. Intentaremos brindarle ayuda y apoyo después de una crisis.

Líneas de ayuda para casos de crisis, centros locales donde se puede recibir atención sin cita previa y centros de acogida abiertos las 24 horas del día

Condado	Proveedor de salud mental comunitario	Teléfonos para casos de crisis fuera del horario de atención	Teléfonos para casos que no son emergencias
Baker	New Directions Northwest 541-523-7400 3425 13th Street, Baker City, OR 97814	988 o 541-519-7126	541-523-6415
Gilliam	Community Counseling Solutions 541-384-2666 422 N Main St. Condon, OR 97823 541-454-2223 Arlington Mall Arlington, OR 97812	988 o 911	541-351-9530
Grant	Community Counseling Solutions 541-575-1466 528 E Main St. Suite W John Day, OR 97845	988 o 911	541-575-0195
Harney	Symmertry Care 541-573-8376 348 W Adams St. Burns, OR 97720	988 o 541-573-8376	541-573-6156
Lake	Outback Strong 541-947-6021 215 M G St. Lakeview, OR 97630	988 o 877-456-2293	541-947-6027
Malheur	Lifeways, Inc. 541-889-9167 702 Sunset Dr. Ontario, OR 97914	988 o 541-823-9050	541-473-5126
Morrow	Community Counseling Solutions Consultorio de Boardman: 541-481-2911 104 SW Kinkade Rd Boardman, OR 97818 Consultorio de Heppner: 541-676-9161 550 W. Sperry St. Heppner, OR 97836	988 o 911	541-676-5317

Condado	Proveedor de salud mental comunitario	Teléfonos para casos de crisis fuera del horario de atención	Teléfonos para casos que no son emergencias
Sherman	Mid-Columbia Center for Living 541-565-3149 903 Barnett St. Klondike Room 107 Wasco, OR 97065	888-877-9147, 541-384-2080 o 988	541-565-3622
Umatilla	Community Counseling Solutions En Pendleton: Consultorio para la salud mental: 541-276-6207 331 SE 2nd St. Pendleton, OR 97801 Consultorio para el tratamiento por abuso de sustancias: 541-287-6330 211 SW 1st St. Pendleton, OR 97801 En Hermiston: Consultorio para la salud mental: 541-567-2536 595 NW 11th St. Hermiston, OR 97838 Consultorio para el tratamiento de abuso de sustancias: 541-564-9390 435 E Newport Hermiston, OR 97838 En Milton Freewater: Consultorio para la salud mental: 541-276-6207 299 N Columba Milton Freewater, OR 97862 Consultorio para el tratamiento de abuso de sustancias: 541-938-3988 707 E Broadway Ave. Milton Freewater, OR 97862	988 o 911	541-966-3651

Condado	Proveedor de salud mental comunitario	Teléfonos para casos de crisis fuera del horario de atención	Teléfonos para casos que no son emergencias
	Center for Human Development 541-962-8800 2301 Cove Ave La Grande, OR 97850	541-962-8800 (opción 6) o 988	541-426-3131
Wallowa	Wallowa Valley Center for Wellness 541-426-4524 Hearts for Health Integrated Care Center 606 Medical Parkway Enterprise, OR 97828 Consultorio de Wallowa: 203 E First St. Wallowa, OR 97855	541-398-1175	541-426-3131
Wheeler	Community Counseling Solutions 541-763-2746 401 4th St. Fossil, OR 97830	988 o 911	541-384-2080

Puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear con el 988. El 988 es una línea de ayuda contra el suicidio y para casos de crisis disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Allí puede recibir apoyo solidario y compasivo de asesores capacitados.

Entidad	Número de teléfono principal	Sitio web
Suicide and Crisis Lifeline	988	https:\\988lifeline.org
Suicide and Crisis Lifeline (en español)	888-628-9454 o 988	https:\\988lifeline.org
Crisis Text Line	Enviar un mensaje de texto con la palabra "OREGON" al 741741	https://www.oregon.gov/oha/HSD/AMH/Pages/Crisis-Text-Line.aspx
YouthLine	877-968-8491 o enviar un mensaje de texto con la palabra "teen2teen" al 839869	http://oregonyouthline.org/

Entidad	Número de teléfono principal	Sitio web
Veterans Crisis Line	988, opción 1; o enviar un mensaje de texto al 838255	https://www.veteranscrisisline.net/get-help-now/chat/
Trans LifeLine	877-565-8860	https://www.translifeline.org/
Trevor Project, línea de ayuda para personas LGBTQ	866-488-7386	http://www.trevorproject.org/
ASL American Sign Language	800-273-8255 desde un videoteléfono	https://988lifeline.org/ Seleccione el enlace “For Deaf & Hard of Hearing” (para personas sordas o con dificultades auditivas). En la página que sigue, elija la opción “ASL Now”.
Friends For Survival, Inc, la línea nacional de apoyo para sobrevivientes de intentos de suicidio	916-392-0664	http://www.friendsforsurvival.org/
Lines for Life	800-273-8255 o envíe un mensaje de texto al 839863	
National Domestic Violence Hotline	800-799-7233	
David Romprey Warm Line	800-698-2392	
Drug & Alcohol Helpline	800-662-4357	
Drug & Alcohol Text Line	Envíe un mensaje de texto con la palabra “recoverynow” al 839863.	

Una crisis de salud conductual se produce cuando necesita ayuda de inmediato. Si no se trata, puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas de ayuda locales mencionadas, disponibles las 24 horas del día. Llame al 988 si está pasando por una de las siguientes situaciones o si piensa que podría estar teniendo una crisis. Queremos ayudarle y ofrecerle apoyo en la prevención de emergencias.

Estos son algunos ejemplos de lo que debe observar si usted o un miembro de su familia sufre una emergencia o una crisis de salud conductual:

- Considera la idea del suicidio.
- Escucha voces que le piden lastimarse o lastimar a otra persona.
- Lastima a otras personas o animales, o daña bienes.
- Tiene comportamientos peligrosos o excesivamente perturbadores en la escuela, el trabajo, con amigos o familiares.

Estos son algunos recursos que ofrece la EOCCO para ayudar a mantener la estabilidad en la comunidad:

- Línea directa para que los miembros llamen si están atravesando una crisis.
- Equipo móvil de crisis que acudirá a un miembro cuando este necesite ayuda.
- Centros para casos de crisis para acudir sin necesidad de cita.
- Servicios de descanso para casos de crisis (atención a corto plazo).
- Alojamientos temporales para estabilizarse.
- Servicios de posestabilización y atención de urgencia. La atención de emergencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios de atención posestabilización tienen cobertura y se prestan en relación con una emergencia médica o de salud conductual una vez que la emergencia se ha estabilizado, para mantener la estabilidad o resolver la afección.
- Servicios de respuesta en casos de crisis, disponibles las 24 horas del día para los miembros que reciben tratamiento intensivo de salud conductual en el hogar .

Para obtener más información sobre los servicios de salud conductual disponibles, consulte la página 54.

Prevención del suicidio

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

Señales comunes de advertencia de suicidio:

Solicite ayuda si observa alguna señal de que usted o alguien que conoce está pensando en cometer suicidio. Al menos el 80 % de las personas que piensan en cometer suicidio están dispuestas a recibir ayuda. Debe tomar en serio las señales de advertencia.

Estas son algunas señales de advertencia de suicidio:

- Hablar sobre querer morir o matarse.
- Planificar una manera de acabar con su vida, como comprar un arma.
- No tener motivos para vivir; desesperanza.
- Sentir que no tiene salida o sentir un dolor insoportable.
- Hablar sobre ser una carga para los demás.
- Regalar posesiones preciadas.
- Pensar y hablar bastante sobre la muerte.
- Consumir una mayor cantidad de alcohol o drogas.
- Actuar con ansiedad o agitación.
- Tener comportamientos imprudentes.
- Aislarse o sentir que está lejos de los demás.
- Tener cambios extremos en el estado de ánimo.

Nunca mantenga en secreto sus pensamientos o conversaciones sobre el suicidio.

Si quiere hablar con alguien que no esté vinculado a la EOCCO, comuníquese con alguno de estos recursos:

- Las líneas para casos de crisis mencionadas en la página 99.
- La Línea Nacional de Prevención del Suicidio: llame al 988 o vaya a este sitio web: 988lifeline.org.
- La línea David Romprey Memorial Warmline: 800-698-2392.
- La línea Crisis Text Line: envíe un mensaje de texto al 741741.
- La línea de ayuda de prevención del suicidio para adolescentes, YouthLine: llame al 877-968-8491 o envíe un mensaje de texto con la palabra “teen2teen” al 839863.
- También tiene la opción de buscar en Internet el número de ayuda para casos de crisis correspondiente a su condado. Le harán una evaluación y le ayudarán a recibir los servicios que necesita.

Para conocer la lista de líneas directas adicionales para casos de crisis, consulte la página 99 o ingrese en www.eocco.com/members/your-resources/behavioral-health/Crisis-help.

Atención de seguimiento tras una emergencia

Es posible que necesite atención de seguimiento después de una emergencia. Esto incluye todo lo que necesita después de abandonar la sala de emergencias. La atención de seguimiento no es una emergencia. El OHP no cubre la atención de seguimiento fuera del estado. Llame a su proveedor de atención primaria o al consultorio de su dentista de atención primaria para programar la atención de seguimiento.

- Debe recibir atención de seguimiento de su proveedor o dentista habituales. Puede solicitar al médico de la sala de emergencias que contacte a su proveedor para programar la atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor o dentista cuanto antes después de recibir atención de urgencia o de emergencia. Infórmele dónde y por qué motivo recibió tratamiento.
- Su proveedor o dentista le gestionará la atención de seguimiento y, si es necesario, le programará una cita médica.

Atención médica lejos del hogar

Atención médica planificada fuera del estado

La EOCCO le ayudará a encontrar un proveedor fuera del estado y a pagar los servicios cubiertos en los siguientes casos:

- Usted necesita recibir un servicio que no está disponible en Oregón.
- El servicio que necesita tiene un costo aceptable.

Para obtener más información sobre cómo obtener un reabastecimiento de medicamentos recetados antes de viajar, consulte la página 92.

Atención médica de emergencia lejos del hogar

Usted podría necesitar atención médica de emergencia estando lejos de casa o fuera del área de servicio de la EOCCO. **Llame al 911 o acuda a una sala de emergencias.** No necesita autorización previa para recibir servicios de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, incluidos los de salud conductual y dental, tienen cobertura en todo los Estados Unidos.

No pague para recibir atención médica de emergencia. Si paga la factura de la sala de emergencias, la EOCCO no podrá reembolsarle el dinero. Para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura, consulte de la página 105.

Siga los siguientes pasos si necesita recibir atención médica de emergencia lejos del hogar:

1. Procure llevar consigo la tarjeta de identificación del OHP y de la EOCCO cuando viaje fuera del estado.

2. Muestre su tarjeta de identificación de la EOCCO y pida que envíen la factura a la EOCCO.

3. No firme ningún documento hasta que tenga la certeza de que el proveedor enviará la factura a la EOCCO. En ocasiones, la EOCCO no puede pagar la factura si usted firmó un formulario de compromiso de pago. Para obtener más información sobre este formulario, consulte la página 108.

4. Puede solicitar que la sala de emergencias o la oficina de facturación del proveedor se pongan en contacto con la EOCCO si quieren verificar la cobertura de su seguro o si tienen alguna pregunta.

5. Si necesita orientación para decidir qué hacer o si necesita atención médica que no es de emergencia cuando está lejos de casa, comuníquese con la EOCCO.

En un caso de emergencia, no siempre es posible seguir los pasos anteriores. Anticiparse y saber qué pasos seguir para recibir atención de emergencia fuera del estado puede solucionar los problemas de facturación durante el viaje. Estos pasos pueden ayudarle a evitar que le cobren por servicios que la EOCCO puede cubrir. La EOCCO no puede pagar un servicio si el proveedor no ha enviado la factura.

Si recibe una factura por los servicios, consulte la próxima sección.

Facturación de servicios

Los miembros del OHP no pagan las facturas de los servicios cubiertos

Cuando programe su primera visita con un proveedor, informe al consultorio que usted forma parte de la EOCCO. También hágales saber si tiene otros seguros médicos. Esto permitirá que el proveedor sepa a quién enviarle la factura. Lleve su tarjeta de identificación a todas las citas médicas. La EOCCO paga todos los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios y apropiados basándose en la *Lista de prioridad de servicios de salud*.

Un proveedor dentro de la red de la EOCCO y el personal de su consultorio no tienen permitido facturarle a usted ni intentar cobrarle la parte de los servicios que le corresponde pagar a la EOCCO. Para ver una lista de los proveedores que forman parte de nuestra red, consulte el *Directorio de proveedores*: www.eocco.com/eocco-provider-search/.

No se puede facturar a los miembros por citas omitidas o errores

- No está permitido facturar (ni al OHP ni a usted) las visitas a las que no haya asistido.
- Si su proveedor no envía la documentación correcta o no obtiene una autorización, no tiene permitido enviarle a usted una factura por ese motivo. Esto se conoce como "error del proveedor".

No está permitido facturar saldos a los miembros (facturas sorpresa)

La facturación de saldo se produce cuando, después de que la EOCCO pagó los servicios, un proveedor le factura al miembro el importe restante de la factura. Esto también se conoce como "factura sorpresa". El importe es la diferencia entre el importe total facturado y el importe que paga la EOCCO. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando acude a un proveedor fuera de la red. A usted no le corresponde pagar estos costos.

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711). Para obtener más información sobre las facturas sorpresa, consulte este documento: https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf.

Si su proveedor le envía una factura, no la pague

Llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711) para obtener ayuda de inmediato. También puede llamar a la oficina de facturación de su proveedor para asegurarse de que sepan que usted es miembro del OHP.

Es posible que deba pagar algunos servicios

Por lo general, con la cobertura de la EOCCO, usted no tiene que pagar ninguna factura médica. Sin embargo, ocasionalmente tiene que hacerlo. Si necesita atención médica, hable con su proveedor sobre las opciones disponibles. El consultorio del proveedor se comunicará con la EOCCO para confirmar si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si usted decide recibir un servicio no cubierto, es posible que tenga que pagarlo.

Es posible que tenga que pagar en los siguientes casos:

- **Recibió atención médica de rutina fuera de Oregón.** Recibió servicios fuera del estado que no eran de emergencia ni de urgencia.
- **No le avisó a su proveedor que usted recibe beneficios del OHP.** Tampoco le avisó que tiene la cobertura de la EOCCO o de otro seguro médico. O bien, proporcionó un nombre distinto del que figura en su tarjeta de identificación de la EOCCO en el momento del servicio o después de recibirlo, por lo que el proveedor no pudo enviar la factura a la EOCCO. Los proveedores deben verificar que usted reúne los requisitos de la EOCCO en el momento de la prestación del servicio y antes de facturar o efectuar cobros. Deben intentar obtener información sobre la cobertura antes de emitir la factura.

- **Usted sigue recibiendo un servicio que se le ha denegado.** Usted o su representante solicitaron la continuación de los beneficios durante un proceso de apelación y audiencia de caso impugnado, y la decisión final no le fue favorable. Tendrá que pagar todos los gastos ocasionados por los servicios rechazados a partir de la fecha de entrada en vigor del aviso de acción o el aviso de resolución de la apelación.

- **Recibió dinero para obtener servicios debido a un accidente.** Una entidad pagadora externa, como un seguro de automóvil, le envió cheques por los servicios que recibió de su proveedor y usted no utilizó dichos cheques para pagarle al proveedor.

- **Acudió a un proveedor que no forma parte de la EOCCO.** Si decide acudir a un proveedor fuera de la red de la EOCCO, es posible que tenga que pagar por los servicios. Antes de ir a un proveedor que no forma parte de la red de la EOCCO, tiene que llamar a Servicios al Cliente o hablar con su PCP. Podría necesitar una autorización previa, o podría haber otro proveedor dentro de la red que pueda brindarle lo que necesita. En la página 32 encontrará información sobre la lista de proveedores dentro de la red.

- **Usted decide recibir servicios no cubiertos.** Debe pagar los servicios cuando usted decide recibirlos a pesar de que el proveedor le indica que no tienen cobertura de la EOCCO. En este caso ocurre lo siguiente:
  - Su plan no cubre el servicio.
  - Usted firma un formulario de compromiso de pago válido antes de la prestación del servicio. Obtenga más información sobre este formulario a continuación.
  - Póngase siempre en contacto primero con Servicios al Cliente de la EOCCO para saber qué servicios están cubiertos. Si recibe una factura, llame de inmediato a Servicios al Cliente de la EOCCO.
  - Estos son algunos ejemplos de servicios no cubiertos:
  - Algunos tratamientos, como los medicamentos de venta libre para afecciones de las que puede ocuparse en casa o que se curan por sí solas (resfriados, gripe leve, callos, durezas, etc.).
  - Cirugías o tratamientos cosméticos solo para mejorar la apariencia.
  - Servicios para ayudar a lograr un embarazo.
    - Tratamientos que no suelen ser eficaces.
    - Ortodoncia, excepto en caso de maloclusión discapacitante y para tratar el paladar hendido en niños.

Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos y no cubiertos, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).

Podrían pedirle que firme un formulario de compromiso de pago

Un formulario de compromiso de pago se utiliza cuando usted quiere recibir un servicio que la EOCCO o el OHP no cubren. También se lo conoce como “formulario de exención”. Pueden facturarle un servicio únicamente si firmó un formulario de compromiso de pago. Usted no tiene la obligación de firmarlo. Puede ver una copia del formulario en https://bit.ly/OHPwaiver.

No firme el formulario de compromiso de pago si no quiere hacerlo. Si no sabe si debería firmarlo o no, o si tiene preguntas sobre la cobertura de un beneficio, llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711) para conseguir ayuda. Si la EOCCO o su proveedor le dicen que el servicio no tiene cobertura del OHP, usted aún tiene derecho a impugnar esa decisión mediante la presentación de una apelación y la solicitud de una audiencia (consulte la página 122).

Para que el formulario de compromiso de pago sea válido, debe comprobarse lo siguiente:

- Que el formulario indica el costo estimado del servicio. Dicho costo debe ser idéntico al que aparece en la factura.
- Que la prestación del servicio está programada en un plazo no mayor a 30 días a partir de la fecha en que firmó el formulario.
- Que el formulario indica que el OHP no cubre el servicio.
- Que el formulario indica que usted está de acuerdo con pagar la factura.
- Que usted solicitó pagar de forma privada por un servicio cubierto. En este caso, el proveedor deberá informarle lo siguiente antes de enviarle la factura:
    - Que el servicio está cubierto y la EOCCO le pagaría al proveedor la totalidad del costo.
    - Cuál es el costo estimado, incluidos todos los cargos relacionados, y cuál es el importe que la EOCCO pagaría por el servicio. El proveedor no puede cobrarle una cantidad superior a la que pagaría la EOCCO.
    - Que usted acepta consciente y voluntariamente pagar el servicio cubierto.
- Que el proveedor documenta por escrito, con la firma del miembro o de su representante, que le proporcionó la información anterior y la siguiente:
    - Que le permitieron hacer preguntas, obtener más información y consultar con su agente de casos o representante.
    - Que usted acepta pagar de forma privada. Usted o su representante deben firmar el acuerdo que contiene toda la información sobre el pago que se hará de forma privada.
    - Que el proveedor tiene la obligación de entregarle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar un reclamo ante la EOCCO por el servicio cubierto que se indica en el acuerdo.

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

Debido a que algunos proveedores de servicios de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las normas del OHP (Medicaid), podrían enviarle una factura. No deben enviarle ninguna factura por atención de emergencia o atención posterior a una hospitalización. Si recibe una factura, póngase en contacto con Servicios al Cliente de la EOCCO. Tenemos recursos que pueden ser de ayuda.

Comuníquese con nosotros de inmediato si recibe alguna factura de proveedores que prestan servicios fuera del estado. Algunos proveedores envían las facturas pendientes de pago a agencias de cobranza e incluso pueden interponer una demanda judicial para cobrarlas. Una vez que esto ocurre, resulta más difícil solucionar el problema. Haga lo siguiente tan pronto reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas que recibe.
- Comuníquese cuanto antes con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).
  Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.
- Llámenos de inmediato si recibe documentos judiciales. Además, puede acudir a un abogado o a la línea directa de beneficios públicos (800-520-5292) para obtener asesoramiento jurídico gratuito. Existen leyes de protección al consumidor que pueden ayudarle si le llega una factura indebida mientras recibe beneficios del OHP.
- Si recibió una factura porque la EOCCO rechazó su reclamo, póngase en contacto con Servicios al Cliente. Para obtener más información sobre denegaciones, sobre su derechos a apelar y sobre qué hacer si no está de acuerdo con nosotros, consulte la página 122.
  - Para apelar, también puede enviar una carta a la EOCCO expresando que no está de acuerdo con que le facturen los servicios porque era miembro del OHP en el momento en que los recibió.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas

- Le aconsejamos encarecidamente que llame a Servicios al Cliente antes de aceptar pagarle a un proveedor.
- Si su proveedor le pide que pague un copago, no lo haga. En lugar de eso, solicite al personal del consultorio que llame a la EOCCO.
- La EOCCO paga todos los servicios cubiertos según la *Lista de prioridad de servicios de salud*. Consulte la página 39 para obtener más información.
- Para ver una breve lista de los beneficios y servicios del OHP que recibe con la EOCCO, que también cubre la coordinación de la atención y la administración de casos, consulte la página 36. Si tiene alguna pregunta sobre lo que está cubierto, puede consultar a su PCP o llamar a Servicios al Cliente de la EOCCO.

- Ningún proveedor de la red de la EOCCO, ni nadie que trabaje para este, puede facturarle a un miembro o enviar la factura que emitió para un miembro a una agencia de cobro ni iniciar una acción civil contra un miembro para cobrar el dinero que la EOCCO le debe por servicios. Usted no es responsable de pagarlos.

- Los miembros nunca deben pagar por los traslados a las citas cubiertas. Consulte la página 83. Los miembros pueden solicitar el reembolso de los gastos cuando van en sus propios vehículos a las visitas cubiertas u obtener pases de autobús para ir en autobús a las visitas cubiertas.

- Por lo general, la protección frente a la facturación solo se aplica si el proveedor de atención médica sabía o debería haber sabido que usted recibe beneficios del OHP. Además, solo aplica a los proveedores que trabajan con el OHP (aunque la mayoría de los proveedores lo hacen).

- En ocasiones, los proveedores no rellenan correctamente la documentación. Cuando esto ocurre, es posible que no reciban el pago. Esto no significa que usted deba pagar el servicio. Si usted ya recibió el servicio y nos negamos a efectuar el pago a su proveedor, este tampoco podrá cobrarle a usted en ese caso.

- Es posible que le enviemos un aviso en el que se indique que no pagaremos el servicio. Esto no significa que usted deba pagarlo. El proveedor anulará los cargos.

- Si la EOCCO o su proveedor le dicen que el servicio no tiene cobertura del OHP, usted aún tiene derecho a impugnar esa decisión mediante la presentación de una apelación y la solicitud de una audiencia (consulte la página 122).

- Si la EOCCO dejara de existir, usted no tiene la responsabilidad de pagar los servicios que cubrimos o brindamos.

Miembros del OHP con cobertura de Medicare

Algunas personas tienen la cobertura de la OHP (Medicaid) y de Medicare al mismo tiempo. El OHP cubre algunos servicios que Medicare no cubre. Si usted tiene ambas coberturas, Medicare es su cobertura médica principal. El OHP puede pagar servicios que Medicare no cubre; por ejemplo, medicamentos.

Si usted tiene ambas coberturas, no es responsable de lo siguiente:

- Copagos.
- Deducibles.
- Coseguros de servicios de Medicare, ya que el OHP cubre los copagos, deducibles y coseguros de Medicare.

Es posible que se le cobre un copago por algunos medicamentos recetados.

Si decide acudir a un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar deducibles, coseguros o copagos. Póngase en contacto con las sedes locales de la Oficina de Servicios para Personas de la Tercera Edad y Personas con Discapacidad (APD) y de la Agencia para Adultos Mayores (AAA). Le brindarán más información sobre cómo utilizar sus beneficios. Llame al Servicio de Recursos para la Tercera Edad y las Personas con Discapacidad (ADRC) al 855-673-2372 para obtener el número de teléfono de las oficinas locales de la APD o la AAA.

Llame a Servicios al Cliente para informarse más sobre las prestaciones que pagan Medicare y el OHP (Medicaid), o para obtener ayuda para encontrar un proveedor y para saber cómo obtener servicios.

Los proveedores le facturan a Medicare y a la EOCCO
La EOCCO trabaja con Medicare y mantiene un acuerdo para que se envíen todos los reclamos para que podamos pagarlos.

- Indíquele al proveedor su número de identificación del OHP y dígale que tiene la cobertura de la EOCCO. Si aun así le indican que debe dinero, comuníquese con Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711). Podemos ayudarle.
- Para obtener más información sobre las pocas ocasiones en las que un proveedor puede enviarle una factura, consulte la página 106.

Los miembros con Medicare pueden cambiar o abandonar en cualquier momento la CCO con la que reciben servicios para la salud física. Sin embargo, deben acudir a una CCO para recibir atención dental y atención para la salud conductual.

Cómo cambiarse de CCO y trasladar la atención

Usted tiene derecho a cambiarse de CCO o abandonar una CCO

Si no forma parte de una CCO, su cobertura del OHP se denomina “cobertura de tarifa por servicio” o “cobertura Open Card”. Se la llama “cobertura de tarifa por servicio” porque el estado paga una tarifa a los proveedores por cada servicio que prestan. Los miembros con cobertura de tarifa por servicio reciben los mismos servicios para la salud física, dental y conductual que los miembros de la CCO.

Su lugar de residencia determina de qué CCO recibirá beneficios. Las reglas para cambiarse de CCO o abandonar una CCO dependen de si hay una única CCO en el área o hay más.

Miembros del OHP (Medicaid) con cobertura de Medicare. Los miembros del OHP (Medicaid) con cobertura de Medicare pueden cambiarse de CCO o abandonar la CCO de la que reciben servicios para la salud física. Pueden hacer esto en cualquier momento. Sin embargo, deben acudir a una CCO para recibir atención dental y atención para la salud conductual.

Indígenas americanos y nativos de Alaska que puedan presentar evidencia de su herencia indígena y quieran recibir atención médica en otro sitio. Estas personas pueden recibir atención en un centro del Servicio de Salud para Indígenas, en una clínica urbana, en una clínica o programa de salud tribal y a través del esquema de tarifa por servicio del OHP.

Áreas de servicio donde solo hay una CCO:

Los miembros de un área de servicio donde solo hay una CCO pueden solicitar irse de la CCO, es decir, cancelar la inscripción en la CCO, e inscribirse en el esquema de tarifa por servicio del OHP. Pueden hacerlo en cualquier momento y por cualquiera de estos "motivos justificados":

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted quiere recibir.
- Hay un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor considera que obtener los servicios por separado supondría un riesgo innecesario. Por ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otros motivos como, por ejemplo, atención deficiente, falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de acceso a los proveedores de la red que tengan experiencia en atender sus necesidades médicas específicas.
- Los servicios no se prestan en su idioma de preferencia.
- Los servicios no se prestan de manera culturalmente apropiada.
- Usted corre el riesgo de que no se le preste atención médica de manera continuada.

Si cambia de domicilio a una zona en la que su CCO no presta servicios, puede cambiar de plan tan pronto como le informe al OHP sobre el cambio de domicilio. Llame al OHP al 800-699-9075 o inicie sesión en ONE.Oregon.gov.

Áreas de servicio donde hay más de una CCO:

Los miembros de un área de servicio donde hay más de una CCO pueden solicitar irse de la CCO o cambiarse a otra en cualquier momento y por cualquiera de estos "motivos justificados":

- Se muda fuera del área de servicio:
    - Si se cambia de domicilio a una zona en la que su CCO no presta servicios, puede cambiar de plan tan pronto como le informe al OHP sobre el cambio de domicilio. Llame al OHP al 800-699-9075 o inicie sesión en ONE.Oregon.gov.
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted quiere recibir.
- Hay un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor considera que obtener los servicios por separado supondría un riesgo innecesario. Por ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otros motivos como, por ejemplo, atención deficiente, falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de acceso a los proveedores de la red que tengan experiencia en atender sus necesidades médicas específicas.
- Los servicios no se prestan en su idioma de preferencia.
- Los servicios no se prestan de manera culturalmente apropiada.
- Usted corre el riesgo de que no se le preste atención médica de manera continuada.

Los miembros de un área de servicio donde hay más de una CCO pueden, además, irse de la CCO o cambiarse a otra en cualquier momento y por cualquiera de estos motivos "no justificados":

- En los 30 días posteriores a su inscripción, por estos motivos:
  - No quiere el plan en el que se había inscrito.
  - Solicitó un plan específico y el estado le asignó uno distinto.
- En un plazo de 90 días tras su inscripción en el OHP o si ocurre lo siguiente:
  - Después de la fecha de inicio de la cobertura, el estado le envía una carta de cobertura donde se indica que usted forma parte de la CCO; en ese caso, usted cuenta con 90 días a partir de la fecha de la carta.
- Después de haber formado parte de la CCO durante 6 meses.
- Cuando renueva su inscripción en el OHP. Por lo general, eso ocurre una vez por año.
- Cuando haya dejado de tener su cobertura del OHP por menos de 2 meses, luego se haya vuelto a inscribir en una CCO, pero haya perdido la oportunidad de elegir una CCO durante el período de renovación de la cobertura del OHP.
- Cuando una CCO tenga suspendido el ingreso de nuevos miembros.
- Al menos una vez cada 12 meses si las opciones mencionadas no aplican a su caso.

Puede obtener información sobre estas opciones por teléfono o por escrito. Llame a Servicios al Cliente del OHP al 800-273-0557 o envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

Cómo cambiarse o irse de una CCO

Tenga en cuenta lo siguiente: La EOCCO quiere asegurarse de que usted reciba la mejor atención posible. Para ello, puede ofrecerle algunos servicios que la cobertura de tarifa por servicio (Open Card) no le ofrece. Si tiene problemas para recibir la atención adecuada, permítanos intentar ayudarle antes de abandonar la EOCCO.

Si aun así quiere abandonarla, es necesario que haya otra CCO disponible en su área de servicio para que usted pueda cambiarse de plan.

Infórmele al OHP si quiere cambiarse o irse de la CCO. Usted o su representante pueden comunicarse con Servicios al Cliente del OHP al 800-699-9075 o al 800-273-0557 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico. También pueden hacerlo a través de su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o enviando un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov. La cancelación de la inscripción entra en vigor el primer día del mes después de que la OHA haya aprobado la cancelación de la inscripción.

Usted puede recibir atención médica durante el proceso de cambio de CCO. Para obtener más información, consulte la página 111.

La EOCCO puede solicitarle que la abandone por algunos motivos

La EOCCO podría solicitarle a la OHA que dé de baja su inscripción en el plan en los siguientes casos:

- Usted se comporta de manera agresiva, poco cooperativa o problemática con nuestro personal o proveedores. Esto no aplica si este tipo de comportamiento se debe a una necesidad de atención especial o a una discapacidad.
- Usted comete fraude u otros actos ilegales, como permitir que alguien más utilice sus beneficios de atención médica, alterar una receta, robar o cometer otros delitos.
- Usted ejerce violencia o amenaza con recurrir a la violencia. Esto aplica si se comporta de esta forma con un proveedor de atención médica, con el personal del proveedor, con otros pacientes o con el personal de la EOCCO. También aplica si el acto o la amenaza de violencia perjudica gravemente la capacidad de la EOCCO para prestarle servicios a usted o a otros miembros.

Debemos solicitar al estado (la Autoridad de Salud de Oregón) que revise y apruebe su baja de nuestro plan. Usted recibirá una carta si se aprueba la solicitud de la CCO respecto de dar de baja (cancelar) su inscripción. Puede presentar una queja si no está conforme con el proceso o está en desacuerdo con la decisión. Consulte la página 122 para saber cómo presentar una queja o solicitar una apelación.

La EOCCO no puede solicitar que cancelemos su inscripción en nuestro plan por los siguientes (y otros) motivos:

- Su estado de salud empeora.
- Usted no utiliza los servicios del plan.
- Usted utiliza muchos servicios del plan.
- Usted está a punto de recibir servicios de un centro asistencial o de ingresar a uno (como un centro de atención a largo plazo o un centro residencial de tratamiento psiquiátrico).
- Usted tiene comportamientos relacionados con sus necesidades de atención especiales que pueden ser problemáticos o poco cooperativos.
- La clase protegida a la que usted pertenece, su estado de salud o su historia clínica indican que probablemente necesitará muchos servicios o servicios costosos en el futuro.
- Usted tiene una discapacidad física, intelectual, mental o del desarrollo.
- Usted se encuentra bajo la custodia del sistema de bienestar infantil del Departamento de Servicios Humanos de Oregón (ODHS).

- Usted presenta una queja, está en desacuerdo con una decisión o solicita una apelación o audiencia.
- Usted toma una decisión sobre su atención con la que la EOCCO está en desacuerdo.

Para obtener más información o hacer preguntas sobre los otros motivos por los que podrían cancelarle la inscripción, o sobre las excepciones o exenciones de inscripción, llame a la EOCCO al 888-788-9821 o a Servicios al Cliente del OHP al 800-273-0557.

Recibirá una carta con sus derechos respecto de la cancelación de su inscripción (baja) al menos 60 días antes de tener que renovar su cobertura del OHP.

Atención durante el período en el que se cambia de CCO o se va de la CCO

Algunos miembros que cambian de plan tal vez puedan seguir recibiendo los mismos servicios y la misma cobertura de medicamentos recetados, y acudir a los mismos proveedores aunque no estén dentro de la red. Esto significa que le coordinarán la atención cuando cambie de CCO o pase de la cobertura de tarifa por servicio del OHP a una CCO. En ocasiones, esto se conoce como “transición de la atención”.

Si tiene problemas graves de salud, necesita atención hospitalaria u hospitalización debido a problemas de salud mental, tanto su plan antiguo como el nuevo trabajarán en conjunto para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

En qué situaciones puede seguir recibiendo la misma atención durante el cambio de plan

Esta ayuda es para cuando tenga problemas graves de salud o necesite atención hospitalaria u hospitalización debido a problemas de salud mental. Por ejemplo:

- En caso de enfermedad renal en fase terminal.
- Niños frágiles desde el punto de vista médico.
- Si participa de un programa de tratamiento del cáncer de mama o de cuello uterino.
- Si tiene VIH o sida y recibe ayuda del programa Care Assist.
- Si recibe atención previa o posterior a un trasplante.
- En caso de embarazo, o si dio a luz recientemente.
- Si está en tratamiento contra el cáncer.
- Todos los miembros que, si no reciben servicios de atención continuada, pueden sufrir graves daños en su salud o correr el riesgo de necesitar atención en un hospital o una institución.

Plazos durante el cual se brinda esta atención:

Tipo de membresía	Plazo durante el cual puede recibir la atención que venía recibiendo
OHP junto con Medicare (miembros que cumplen con los requisitos para ambos programas y para recibir la totalidad de los beneficios)	90 días
OHP únicamente	30 días en el caso de servicios para la salud física y dental* 60 días en el caso de servicios para la salud conductual*

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

Si abandona la EOCCO, trabajaremos con su nueva CCO o con el OHP para asegurarnos de que pueda obtener los mismos servicios que se indican a continuación.

Si necesita recibir atención durante el proceso de cambio de plan, o si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711), disponible de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora estándar del Pacífico.

La EOCCO se asegurará de que los miembros que necesitan seguir recibiendo la misma atención durante el proceso de cambio de plan obtengan lo siguiente:

- Acceso continuado a la atención y traslados a las citas médicas.
- Los servicios de sus proveedores, incluso si no forman parte de la red de la EOCCO, hasta que se produzca una de las siguientes situaciones:
    - El tratamiento prescrito mínimo o aprobado se haya completado.
    - El proveedor determine que el miembro ya no necesita tratamiento. Si la atención la presta un especialista, un proveedor calificado revisará el plan de tratamiento.
- Algunos tipos de atención continuarán hasta completarse con el proveedor actual. Son los siguientes:
    - Atención antes y después de un embarazo o parto (prenatal y posparto).
    - Servicios de trasplante durante un año tras el trasplante.
    - Radioterapia o quimioterapia (tratamiento contra el cáncer) durante el tiempo que dure el tratamiento.
    - Medicamentos con un tratamiento mínimo establecido que supere los plazos de transición de la atención indicados anteriormente.

Para obtener una copia de la política sobre transición de la atención de la EOCCO, comuníquese con Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711). También puede consultarla en www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/Member/Resources/EOCCO-TOC-Summary.pdf o en la página "General Resources" (Recursos generales), en el título "Transition of Care" (Transición de atención), en www.eocco.com/members/your-resources/general-resources. Llame a Servicios al Cliente si tiene preguntas: 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).

Decisiones sobre la última etapa de su vida

Directivas anticipadas

Todos los adultos tienen derecho a tomar decisiones sobre la atención que reciben. Esto incluye el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento. Una enfermedad o lesión podría impedirle informar a su médico, familiares o representante sobre la atención que quiere recibir. La legislación de Oregón le permite expresar sus deseos, creencias y objetivos por adelantado, antes de que necesite ese tipo de atención. El documento que se utiliza con estos fines se conoce como **directiva anticipada**.

Para obtener más información sobre la política de directivas anticipadas de la EOCCO, ingrese en www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/providers/2022_EOCCO-Advance-Directive-Summary.pdf. La encontrará en nuestra página de recursos generales, bajo el título "EOCCO's Free Advance Directive Training" (Capacitación gratuita sobre directivas anticipadas de EOCCO).

La directiva anticipada le permite hacer lo siguiente:

- Dar a conocer sus valores, creencias, objetivos y preferencias en materia de atención médica si no pudiera expresarlos.
- Designar a una persona para que tome decisiones en su nombre respecto de la atención médica si usted no pudiera tomarlas. Esta persona se conoce como su "representante de atención médica" y debe comprometerse a desempeñar dicha función.
- Compartir, rechazar o aceptar tipos de atención médica y ejercer su derecho a informar sus decisiones sobre su atención médica futura.

Cómo obtener más información sobre las directivas anticipadas

Podemos ofrecerle un folleto gratuito sobre las directivas anticipadas. Se llama "Making Health Care Decisions" (Toma de decisiones sobre la atención médica). Para obtener más información o una copia del folleto y del documento de directivas anticipadas, debe comunicarse con nosotros. Llame a Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).

La EOCCO también ofrece capacitación. Para consultar la lista de próximas capacitaciones, ingrese en www.eocco.com/members/your-resources/general-resources.

Se ofrece una guía del usuario para las directivas anticipadas, que incluye información sobre lo siguiente:

- Los motivos para completar un formulario de directivas anticipadas.
- Una explicación de las secciones del formulario de directivas anticipadas.

- Cómo completar un formulario de directivas anticipadas o cómo conseguir ayuda para completarlo.
- Una explicación de a quiénes debería darles una copia del formulario de directivas anticipadas.
- Cómo modificar las directivas anticipadas.

Para descargar una copia de la guía del usuario para completar directivas anticipadas, ingrese en www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx.

Información útil adicional sobre las directivas anticipadas

- Usted decide si establecer directivas anticipada o no. Si opta por no rellenar y firmar el documento de directivas anticipadas, su cobertura y acceso a la atención seguirán siendo los mismos.
- No recibirá un trato diferente por parte de la EOCCO si decide no rellenar y firmar el documento de directivas anticipadas.
- Si decide completar un documento de directivas anticipadas, asegúrese de informar sobre esta decisión a sus proveedores y a su familia, y de darles una copia del documento.
- La EOCCO respetará todas las preferencias que haya incluido en su documento de directivas anticipadas debidamente rellenado y firmado. Si alguno de los médicos que actualmente le brindan atención tiene una objeción moral para cumplir lo establecido en su formulario de directivas anticipadas, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711). Usted o su representante pueden comunicarse con Servicios al Cliente o, si tiene un administrador de casos, pueden ponerse en contacto con él. La EOCCO les ayudará a conseguir un proveedor que se adapte a sus necesidades.

Cómo denunciar que la EOCCO no cumplió con lo establecido en las directivas anticipadas

Usted puede presentar una queja a la Oficina de Autorizaciones para la Atención Médica si su proveedor no hace lo que usted solicita en las directivas anticipadas.

Oficina de Autorizaciones para la Atención Médica
503-370-9216. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico.
Envíe su reclamo a la siguiente dirección:
Health Licensing Office
1430 Tandem Ave. NE, Suite 180
Salem, OR 97301
Correo electrónico: hlo.info@odhsoha.oregon.gov
Sitio web: https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx

Puede presentar una queja al Programa de Autorizaciones y Certificación de Centros de Salud si un centro (por ejemplo, un hospital) no cumple con lo que usted establece en las directivas anticipadas.

Programa de Autorizaciones y Certificación de Centros de Salud
Correo postal: Health Facility Licensing and Certification Program,
800 NE Oregon Street, Suite 465
Portland, OR 97322
Correo electrónico: mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov.
Fax: 971-673-0556
Sitio web:
https://www.oregon.gov/OHA/PH/ProviderPartnerResources/HealthcareProvidersFacilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Pages/index.aspx

Para solicitar una copia impresa del formulario de presentación de quejas, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).

Cómo anular las directivas anticipadas

Para anular unas directivas anticipadas, solicite a su proveedor las copias de las directivas anticipadas que le había entregado para que sepa que ya no son válidas, y destrúyalas. Rómpalas o escriba CANCELADO en letras grandes e indique en el documento la fecha de cancelación, y fírmelo. Si tiene preguntas o si necesita obtener más información, comuníquese con Oregon Health Decisions al 800-422-4805 o al 503-692-0894 (TTY: 711).

¿Cuál es la diferencia entre un formulario POLST y uno de directivas anticipadas?

Formularios POLST (instrucciones de tratamiento para preservar la vida)

Los POLST son formularios médicos que puede utilizar para asegurarse de que los proveedores médicos respeten sus preferencias de tratamiento cerca de la etapa final de la vida. Usted no tiene la obligación de rellenar un formulario POLST, pero si padece una enfermedad grave o tiene otros motivos por los que no desea recibir todo tipo de tratamientos médicos, puede informarse más sobre este formulario. Consulte la siguiente tabla para saber en qué aspectos los POLST son diferentes de las directivas anticipadas:

	Directiva anticipada	POLST
¿De qué se trata?	Es un documento legal.	Es una orden médica.
¿Quiénes deberían tener estos documentos?	Todos los adultos mayores de 18 años.	Las personas que tienen una enfermedad grave o aquellas de avanzada edad con un estado de salud delicado y que no quisieran que las sometieran a todo tipo de tratamientos.

	Directiva anticipada	POLST
¿Se requiere que mi proveedor autorice o firme el documento?	No se requiere la autorización del proveedor.	Se requieren la autorización y la firma del proveedor de atención médica.
¿Cuándo se utiliza?	Atención o afección médica futura.	Atención o afección médica actual.

Para obtener más información, ingrese en **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 la salud mental

Oregón cuenta con un formulario para dejar por escrito sus preferencias sobre la atención de salud mental. Dicho formulario se llama *Declaración para el tratamiento de la salud mental*. Este formulario se utiliza en caso de sufrir una crisis de salud mental o si no pudiera tomar decisiones sobre su tratamiento para la salud mental. Usted tiene la opción de rellenar este formulario cuando no esté atravesando una crisis y pueda comprender y tomar decisiones sobre su atención.

¿En qué me ayuda este formulario?

El formulario indica qué tipo de atención quiere recibir si alguna vez se encontrara en una situación que le impidiera tomar decisiones. Solamente un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no puede tomar decisiones sobre su salud mental.

Este formulario le permite elegir el tipo de atención que quiere o no quiere recibir. Además, le permite designar a un adulto para que tome decisiones sobre su atención. La persona que designe debe aceptar el rol de representante y respetar sus preferencias. Si sus preferencias no se han expresado por escrito, esta persona tomará las decisiones según lo que usted hubiera querido.

Un formulario de declaración solo tiene validez durante 3 años. Si, durante esos 3 años, usted pierde la capacidad de tomar decisiones, el formulario entrará en vigor y continuará vigente hasta que pueda volver a tomar decisiones. Puede anular su declaración cuando pueda tomar decisiones sobre su atención. Debe entregar una copia del formulario tanto a su PCP como a la persona que designe para que tome decisiones por usted.

Para obtener más información sobre las declaraciones para el tratamiento de la 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 respeta las preferencias indicadas en el formulario, usted puede presentar una queja. Encontrará el formulario de queja en este sitio web: www.healthoregon.org/hcrqi. Envíe su queja al Programa de Regulación de la Atención Médica y Mejora de la Calidad:

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, desperdicio o abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero de la atención médica se destina a ayudar a que nuestros miembros estén sanos y saludables. Necesitamos su ayuda para lograrlo.

Si cree que se ha cometido fraude, desperdicio o abuso, denúncielo lo antes posible. Puede presentar una denuncia anónima. Las leyes de denuncia protegen a las personas que denuncian fraudes, desperdicios y abusos. No perderá su cobertura si presenta una denuncia. Acosar, amenazar o discriminar a alguien que denuncia un fraude, desperdicio o abuso es un delito.

El fraude contra Medicaid es un delito y la EOCCO se lo toma muy en serio

Estos son algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de los proveedores:

- Un proveedor le está cobrando un servicio cubierto por la EOCCO.
- Un proveedor le envió una factura por servicios que usted no recibió.
- Un proveedor le está prestando un servicio que, según su condición de salud, no necesita.

Estos son algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de los miembros:

- Acudir a varios médicos para recibir recetas para un medicamento que ya le recetaron.
- Utilizar la identificación de otro miembro para recibir beneficios.

La EOCCO se compromete a prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso. Cumpliremos todas las leyes relacionadas, incluidas la Ley Estatal de Reclamos Falsos y la Ley Federal de Reclamos Falsos.

Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Usted puede denunciar fraude, desperdicio y abuso de las siguientes maneras:

Llame o envíe un correo electrónico directamente a la EOCCO. **Informamos de todas las sospechas de fraude, desperdicio y abuso cometidos por proveedores o miembros a los organismos estatales que se indican a continuación.**

Llame a nuestra línea directa: 855-801-2991.
Correo electrónico: stopfraud@modahealth.com.

O

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

DHS Fraud Investigation Unit
P.O. Box 14150
Salem, OR 97309
Línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)
Fax: 503-373-1525 (línea directa)

Sitio web: www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/Pages/fraud.aspx

O

OHA Office of Program Integrity (OPI)
500 Summer St. NE E-36
Salem, OR 97301
Correo electrónico seguro: OPI.Referrals@oha.oregon.gov
Línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)
Sitio web: www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx

O

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)
Oregon Department of Justice
100 SW Market Street
Portland, OR 97201
Teléfono: 971-673-1880
Fax: 971-673-1890

Correo electrónico: Medicaid.Fraud.Referral@doj.state.or.us
Sitio web: https://www.doj.state.or.us/consumer-protection/sales-scams-fraud/medicaid-fraud/

Si prefiere usar Internet para denunciar un fraude:

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

Quejas, reclamaciones, apelaciones y audiencias imparciales

En la EOCCO nos aseguramos de que todos los miembros tengan acceso al sistema de reclamaciones (quejas, reclamaciones, apelaciones y audiencias). Nuestro objetivo es que los miembros puedan presentar fácilmente una queja, reclamación o apelación y obtener información sobre cómo solicitar una audiencia ante la Autoridad de Salud de Oregón.

Infórmenos si necesita ayuda con alguna parte de la queja, reclamación, apelación o del proceso de audiencias. También podemos ofrecerle más información sobre cómo gestionar las quejas o reclamaciones y las apelaciones. Hay copias disponibles de nuestras plantillas de aviso.
Si necesita ayuda o quiere obtener otra información, además de la que se encuentra en este manual, comuníquese con nosotros:

Servicios al Cliente de la EOCCO, 888-788-9821 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711). Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico.

Puede presentar una queja

- Presentar una **queja** es informarnos una cuestión con la que no está conforme.
- Una **disputa** surge cuando usted no está de acuerdo con la EOCCO o con un proveedor.
- Una **reclamación** es una queja que puede presentar si no está conforme con los servicios de la EOCCO, con los servicios de atención médica o con su proveedor. Una disputa también puede ser una reclamación.

Para simplificar las cosas, el OHP llama **queja** a las reclamaciones y disputas.

Usted tiene derecho a presentar una queja si no está conforme con alguna parte de su atención. Intentaremos mejorar la situación. Para presentarla por teléfono, comuníquese con Servicios al Cliente de la EOCCO al 888-788-9821 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante la OHA o el Programa de Defensores del Pueblo. El número para comunicarse con la OHA es 1-800-273-0557. Para contactar al Programa de Defensores del Pueblo, llame al 1-877-642-0450.

También tiene esta opción:

Escribir a la siguiente dirección:
EOCCO
Attn: Appeal Unit
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204

O puede obtener un formulario de queja en www.eocco.com/-/media/EOCCO/PDFs/Member/Resources/complaint_form.pdf.

Puede presentar una queja en cualquier momento de forma oral o por escrito sobre cualquier asunto, excepto por el rechazo de un servicio o beneficio. Si presenta una queja ante la OHA, la queja se enviará a la EOCCO.

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

- Problemas para programar citas o conseguir transporte.
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de donde vive.

- Falta de respeto o comprensión de parte de los proveedores, el personal del proveedor, los conductores o la EOCCO.
- Atención que recibió a pesar de que dudaba si recibirla o no.
- Facturas por servicios que no acordó pagar.
- Disputas sobre peticiones de la EOCCO para prorrogar las decisiones de aprobación.
- Seguridad del conductor o del vehículo.
- Calidad del servicio que recibió.

Un representante o su proveedor pueden presentar una queja en su nombre, con su autorización por escrito.

Analizaremos su queja y le informaremos qué se puede hacer tan rápido como se requiera en función de su estado de salud. El plazo es de 5 días hábiles a partir del día en que recibimos la queja.

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de este plazo. En ella, le diremos por qué necesitamos más tiempo. Solo procederemos de esta forma si es lo más conveniente para su caso. Escribiremos todas las cartas en su idioma de preferencia. Le enviaremos una carta donde explicamos cómo resolveremos la situación en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibimos su queja.

Si no está conforme con la forma en que manejamos su queja, puede denunciarlo a la Unidad de Servicios al Cliente del OHP al 1-800-273-0557 o comunicarse con el Programa de Defensores del Pueblo de la OHA. Los defensores del pueblo trabajan en beneficio de los miembros del Plan de Salud de Oregón y harán todo lo posible para ayudarle. Escriba a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o llame al 877-642-0450 y deje un mensaje.

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

La EOCCO, sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden hacer lo siguiente:

- Impedir que un miembro use cualquier parte del proceso del sistema de quejas y apelaciones ni imponer sanciones contra un proveedor que solicite un resultado urgente o apoye la apelación de un miembro.
- Incentivar a alguien para que retire una queja o apelación ya presentadas o para que cancele una solicitud de audiencia.
- Usar la presentación o el resultado de una queja, apelación o audiencia como motivo para tomar represalias contra un miembro o solicitar la baja de su inscripción.

Puede solicitarnos que cambiemos una decisión tomada. Esto se denomina “apelación”.

Usted puede llamar, redactar una carta o rellenar un formulario para explicar por qué el plan debería cambiar su decisión respecto de un servicio.

Si negamos, interrumpimos o reducimos un servicio médico, dental o de salud conductual, le enviaremos una carta de denegación con información sobre nuestra decisión. Esta carta también se conoce como *Aviso de decisión adversa sobre beneficios* (*NOABD*). También le informaremos a su proveedor acerca de nuestra decisión.

Si no está de acuerdo, tiene derecho a pedirnos que la cambiemos. Esto se conoce como “apelación”, porque usted quiere que se revise nuestra decisión.

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

1	**Solicite una apelación** Debe solicitarla en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Llámenos o envíenos un formulario.
2	**Espere nuestra respuesta** Tenemos 16 días para responder. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.
3	**Lea nuestra decisión** ¿Sigue sin estar de acuerdo? Puede solicitarle al estado que la revise. Esto se denomina “audiencia”.
4	**Solicite una audiencia** Debe solicitarla en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión sobre la apelación.

Más información sobre los pasos para apelar o para solicitar una audiencia:

Paso 1

Presente una apelación.

Debe hacerlo en el plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación (el *NOABD*).

Llame al 888-788-9821 (los usuarios de TTY/OREGON RELAY deben llamar al 711). O puede hacerlo presentando un formulario de solicitud de revisión de una decisión de atención médica. El formulario se le envía con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review.
El formulario o la apelación por escrito deben enviarse a esta dirección:

EOCCO
Attn: Appeal Unit
601 S.W. Second Ave.
Portland, OR 97204

También puede enviar por fax el formulario o la apelación escrita, al 503-412-4003.

¿Quién puede solicitar una apelación?
Usted o alguien con una autorización escrita para hablar en su nombre. Podría ser su médico o un representante autorizado.

Paso 2

Espere nuestra respuesta.

Una vez que recibamos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un médico distinto revisará sus expedientes médicos y la solicitud de servicio para ver si cumplimos las reglas. Puede brindarnos toda la información que crea que podría servir para revisar la decisión.

A los fines de justificar su apelación tiene derecho a lo siguiente:

- Presentar información y testimonio en persona o por escrito.
- Exponer argumentos de carácter legal o factual en persona o por escrito.

Debe tomar estas medidas dentro de los plazos que se indican a continuación.

¿Cuánto tiempo tienen para revisar mi apelación?
Tenemos 16 días para revisar su apelación y responder. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta. Este plazo es de hasta 14 días más.

	¿Qué sucede si necesito una respuesta más rápida? Puede solicitar una apelación rápida, también conocida como “apelación acelerada”. Llámenos. También puede enviarnos algún aviso por escrito para solicitar una apelación acelerada (rápida). Envíe el aviso a la siguiente dirección: EOCCO Attn: Appeal Unit 601 S.W. Second Ave. Portland, OR 97204 O puede enviar por fax el aviso o el formulario de apelación, al 503-412-4003. El formulario se le envía con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review. Solicite una apelación rápida si esperar el plazo regular para apelaciones podría poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad funcional. Nos comunicaremos con usted por teléfono o por carta en el plazo de 1 día hábil para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación rápida. **¿Cuánto tarda una apelación rápida?** Si obtiene una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan pronto como sea necesario por su salud, pero no tardaremos más de 72 horas después de haber recibido la solicitud. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted y su proveedor por teléfono para informarles nuestra decisión. También recibirá una carta. Si usted lo solicita o si nosotros necesitamos más tiempo, podemos extender el plazo por hasta 14 días. Si una apelación rápida se rechaza o se necesita más tiempo, le avisaremos por teléfono y por escrito dentro del plazo de dos días. Una solicitud de apelación rápida rechazada se convierte en una apelación estándar y debe resolverse en 16 días, y también puede prorrogarse por 14 días más. Si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de apelación o si se le rechaza una apelación rápida, tiene derecho a presentar una queja.
Paso 3	**Lea nuestra decisión.** Le enviaremos una carta con nuestra decisión de apelación. Esta carta se conoce como *Aviso de resolución de apelación* (*NOAR*). Si está de acuerdo con la decisión, no debe hacer nada más.

Paso 4	¿Sigue sin estar de acuerdo? Solicite una audiencia.

Usted tiene derecho a solicitarle al estado que revise la decisión respecto de su apelación. Es decir, pedir una audiencia. Debe hacerlo dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la carta de aviso de resolución de apelación (*NOAR*).

¿Qué sucede si necesito una audiencia más rápida?
Puede solicitarla. Se denomina “audiencia acelerada”.

Para solicitar una audiencia con los tiempos habituales o una más rápida, use el formulario de solicitud disponible en https://bit.ly/ohp-hearing-form.

También puede llamar al estado al 800-273-0557 (TTY: 711) o usar el formulario de solicitud que se le envió con esta carta. Obtenga el formulario en https://bit.ly/request2review. Puede enviarlo a esta dirección:

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

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

¿Quién puede solicitar una audiencia?
Usted o alguien con una autorización escrita para hablar en su nombre. Podría ser su médico o un representante autorizado.

¿Qué sucede en una audiencia?
En la audiencia, puede explicar al juez de un tribunal administrativo de Oregón por qué no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. El juez tomará la decisión final.

Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias:

¿Qué sucede si no recibo una carta de denegación? ¿Puedo solicitar una apelación de todas formas?

Primero debe recibir una carta de denegación.

Los proveedores no deberían negarle un servicio. Deben consultar a la EOCCO para averiguar si pueden aprobarle el servicio.

Si su proveedor le informa que no puede recibir un servicio o que tendrá que pagarlo, puede solicitarnos una carta de denegación (*NOABD*). Una vez que reciba esta carta, puede solicitar una apelación.

¿Qué sucede si la EOCCO no cumple con los plazos para la apelación?

Si tardamos más de 30 días en responder, puede solicitarle al estado una revisión. Esto se denomina "audiencia". Para solicitar una audiencia, comuníquese con el estado al 800-273-0557 (TTY: 711) o use el formulario de solicitud disponible en https://bit.ly/ohp-hearing-form.

¿Puede representarme o ayudarme otra persona en una audiencia?

Usted tiene derecho a elegir a una persona para que sea su representante en la audiencia. Puede ser un amigo, familiar, abogado o su proveedor. También tiene derecho a actuar como su propio representante, si así lo prefiere. Si contrata a un abogado, debe pagarle honorarios.

Si quiere ayuda y representación sin costo, llame a la línea gratuita de beneficios públicos al 1-800-520-5292; TTY: 711. La línea directa es una colaboración entre los Servicios de Asesoría Legal de Oregón y el Centro Legal de Oregón. También puede encontrar información sobre ayuda legal gratuita en oregonlawhelp.org/.

¿Puedo seguir recibiendo el beneficio o servicio mientras espero la decisión de la apelación o la audiencia?

Si ha estado recibiendo el servicio o beneficio que se rechazó y dejamos de brindárselo, usted o un representante (autorizado por escrito) pueden solicitar la continuación del beneficio o servicio durante el proceso de apelación y audiencia.

Usted tiene que solicitar la continuación en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso o antes de la fecha de entrada en vigor de esta decisión, lo que ocurra después. Puede solicitarla por alguno de estos medios: teléfono, fax **o** correo postal.

- Llámenos al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711).
- Envíe una carta a la siguiente dirección: EOCCO, Attn: Appeal Unit, 601 S.W. Second Ave., Portland, OR 97204.
- Envíe un fax a este número: 503-412-4003.
- Use el formulario *Solicitud de revisión de una decisión de atención médica*. El formulario se le envía con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review.
- **Responda "sí" en la pregunta sobre continuación de servicios en la casilla 8, página 4, del formulario *Solicitud de revisión de una decisión de atención médica*.**

¿Debo pagar por la continuación del servicio? Si de todas maneras decide recibir el servicio que le fue denegado, es posible que tenga que pagarlo. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación, o si el juez está de acuerdo con usted en la audiencia, no deberá pagarlo. Si cambiamos la decisión y usted no estaba recibiendo el servicio o beneficio, lo aprobaremos y le brindaremos el servicio o beneficio cuanto antes, en función de su estado de salud. Haremos esto en el plazo de 72 horas a partir del día en que recibimos el aviso de modificación de la decisión.
¿Qué sucede si también tengo Medicare? ¿Tengo más derechos de apelación?
Si tiene cobertura de la EOCCO y de Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los mencionados anteriormente. Para obtener más información, llame a Servicios al Cliente al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711). También puede comunicarse con Medicare al 800-633-4227 (TTY/Oregon Relay: 877-486-2048) para obtener más información sobre sus derechos de apelación.
¿Y si quiero ver los registros que se usaron para tomar la decisión respecto de mis servicios?
Comuníquese con la EOCCO al 888-788-9821 (TTY/Oregon Relay: 711) para solicitar copias gratuitas de todos los documentos que se usaron para tomar la decisión.

Términos que debe conocer

Acción civil: Demanda que se presenta para recibir un pago. No se trata de una demanda por un delito. Entre los ejemplos de los motivos para presentar una acción civil se encuentran los daños personales, el cobro de facturas, las negligencias médicas y el fraude.

Acuerdo de exención de pago del OHP (formulario 3165 o 3166 del OHP): Formulario que debe firmar si acepta pagar los servicios que el OHP no cubre. Solo es válido para el servicio y las fechas exactas que figuran en el formulario. Puede encontrar el formulario de exención en https://bit.ly/OHPwaiver. ¿No recuerda si firmó un formulario de exención? Puede averiguar en el consultorio de su proveedor. Para obtener el formulario en otros idiomas, ingrese en www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Apelar: Solicitar que el plan cambie una decisión sobre un servicio que su médico ordenó con la cual usted no está de acuerdo. Puede llamar, redactar una carta o rellenar un formulario en el que se explique por qué el plan debería cambiar su decisión. Esto se conoce como “presentar una apelación”.

Atención de enfermería especializada: Ayuda de un enfermero para el cuidado de heridas, terapias o administración de medicamentos. Se puede recibir servicios de atención de enfermería especializada en un hospital, en centro de enfermería o en su propio hogar gracias a los servicios de atención médica en el hogar.

Atención en sala de emergencias: Atención que recibe cuando tiene un problema médico grave y no es seguro esperar. Pueden brindarle dicha atención en una sala de emergencias.

Atención hospitalaria ambulatoria: Cirugía o tratamiento que se lleva a cabo en un hospital y el paciente se va después de someterse a la cirugía o recibir el tratamiento.

Atención médica en el hogar: Servicios que recibe en su hogar para mejorar su calidad de vida tras una cirugía, enfermedad o lesión. Algunos ejemplos de estos servicios son la administración de medicamentos y la ayuda durante las comidas y los baños.

Atención médica de urgencia: Atención que se necesita recibir en el día para tratar un dolor grave. También se refiere a la atención para evitar que una lesión o enfermedad empeore o para evitar la pérdida de funcionalidad de una parte del cuerpo.

Atención preventiva o prevención: Atención médica que le ayuda a mantenerse saludable. Por ejemplo: aplicarse la vacuna contra la gripe o hacerse un chequeo anual.

Cobertura de medicamentos recetados: Seguro o plan que le ayuda a pagar sus medicamentos.

Condición dental de emergencia: Problema de salud dental que se determina en función de sus síntomas. Por ejemplo: dolor de dientes intenso o inflamación.

Condición médica de emergencia: Enfermedad o lesión que requiere atención inmediata. Puede tratarse de una hemorragia que no se detiene, un dolor intenso o un hueso roto. También puede ser una situación que causará que alguna parte del cuerpo deje de funcionar. Una condición mental de emergencia se define como la sensación de estar fuera de control o de que podría lastimarse o lastimar a alguien más.

Coordinación de la atención: Servicio que le ofrece educación, apoyo y recursos comunitarios. También le ayuda a ocuparse de su salud y a orientarse en el sistema de atención médica.

Copago: Cantidad de dinero que una persona debe pagar por servicios, por ejemplo, por medicamentos recetados o por visitas de atención médica. Los miembros del OHP no deben pagar copagos. Los seguros médicos privados y Medicare a veces tienen copagos.

Coseguro: Cantidad de dinero que una persona debe pagarle al plan de salud por la atención que recibe. Suele ser un porcentaje del costo total, por ejemplo, el 20 %. El seguro paga el resto.

Crisis: Momento de dificultad, problema o peligro. Si no se soluciona, puede conducir a una situación de emergencia.

Declaración para el tratamiento de la salud mental: Formulario que puede rellenar para cuando atraviese una crisis de salud mental y no sea capaz de tomar decisiones sobre su atención. En él se describen las preferencias sobre la atención que quiere o no quiere recibir. Además, le permite designar a un adulto para que tome decisiones sobre su atención.

Deducible: Cantidad de dinero que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que el seguro pague el resto. El deducible solo se aplica a Medicare y a los seguros médicos privados.

Dentista de atención primaria (PCD): Dentista al que acude habitualmente y que se encarga de sus dientes y encías.

Diagnóstico: Momento en que el proveedor descubre el problema, la afección o la enfermedad.

Directivas anticipadas: Formulario legal que le permite expresar sus deseos sobre los cuidados en la última etapa de su vida. Puede designar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted en el caso de que no pueda hacerlo por su cuenta.

Dispositivos para la habilitación y rehabilitación: Suministros para ayudarle a recibir servicios terapéuticos o con otras tareas cotidianas. Por ejemplo:

- Andadores
- Bastones
- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas de infusión
- Prótesis y órtesis
- Aparatos de ayuda para la visión
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Máquinas de asistencia respiratoria

Equipo médico duradero (DME): Objetos como sillas de ruedas, andadores y camas de hospital que tienen una larga vida útil. No se agotan como los suministros médicos.

ER o ED: Sala de emergencias o departamento de emergencias. Se trata de la zona de un hospital donde se puede recibir atención por una emergencia médica o de salud mental.

Especialista: Proveedor médico especialmente capacitado para ofrecer atención médica centrada en ciertas partes del cuerpo o ciertos tipos de enfermedad.

Evaluación: Revisión de la información sobre la atención, los problemas de atención médica y las necesidades de un paciente. Se lleva a cabo para saber si es necesario cambiar la atención médica y para planificar la atención futura.

Facturación de saldo (facturación sorpresa): Factura que recibe de su proveedor por un importe sobrante. Ocurre cuando un plan no cubre la totalidad del costo de un servicio. Esto también se denomina “factura sorpresa”. Los proveedores del OHP no deben enviar facturas a los miembros.

Formularios POLST (instrucciones de tratamiento para preservar la vida): Formulario médico que puede utilizar para asegurarse de que los proveedores médicos respeten sus preferencias cerca de la etapa final de su vida.

Hospitalización: Situación en la que admiten a una persona en el hospital para brindarle atención médica.

Informante: Persona que denuncia desperdicios, fraudes, abusos, corrupción o peligros para la salud y la seguridad públicas.

Leyes de protección al consumidor: Normas y leyes cuya función es proteger a las personas y evitar las prácticas comerciales deshonestas.

Ley Estatal de Reclamos Falsos y Ley Federal de Reclamos Falsos: Leyes que consideran un delito que alguien, de manera deliberada, haga un registro falso o presente un reclamo falso sobre la atención médica.

Medicaid: Programa nacional que ofrece ayuda con los costos de la atención médica a las personas de bajos ingresos. En Oregón, este programa se conoce como “Programa de Salud de Oregón”.

Médicamente necesario: Servicios y suministros médicos que se requieren para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. Este término también se refiere a los servicios que forman parte del tratamiento estándar.

Medicamentos recetados: Medicamentos que su médico le indicó tomar.

Medicare: Programa de atención médica destinado a personas de 65 años y mayores. También ofrece ayuda a personas de cualquier edad que tengan ciertas discapacidades.

Organización de atención coordinada (CCO): Plan local del Plan de Salud de Oregón que le ayuda a aprovechar sus beneficios. Las CCO están integradas por todo tipo de proveedores de atención médica de una comunidad, quienes trabajan juntos para ofrecerles atención a los miembros del OHP de un área o una región de un estado.

Plan: Organización de salud o CCO que paga los servicios de atención médica de sus miembros.

Preautorización (autorización previa o “PA”): Documento que indica si su plan pagará un servicio. Algunos planes y servicios requieren una preautorización con anticipación. Los médicos suelen encargarse de esto.

Prima: Costo de un seguro.

Proveedor: Cualquier persona o agencia que le proporcione servicios de atención médica.

Proveedor de atención primaria (PCP): Profesional médico que se encarga de su salud. Por lo general, es la primera persona con la que se pone en contacto cuando tiene un problema de salud o necesita recibir atención. Su PCP puede ser un médico, un enfermero, un asistente del médico, un osteópata o, en ocasiones, un naturópata.

Proveedor dentro de la red o participante: Cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Puede acudir a los proveedores dentro de la red de forma gratuita. Podría requerirse una remisión para acudir a algunos especialistas dentro de la red.

Proveedor fuera de la red: Proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga las visitas de los miembros a este tipo de proveedor. Debe conseguir una autorización para acudir a un proveedor fuera de la red.

Prueba de detección: Encuesta o examen para determinar su estado de salud y conocer sus necesidades de atención.

Pruebas tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento (EPSDT): Un programa que ofrece servicios integrales y servicios de salud preventivos a personas menores de 21 años que tienen cobertura del Plan de Salud de Oregón (OHP). El programa de EPSDT ofrece pruebas tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento que son médicamente necesarios y apropiados y tienen cobertura de Medicaid. Incluyen servicios para tratar afecciones físicas, mentales, dentales, nutricionales, de la visión y de la salud conductual. El programa de EPSDT incluye todos los servicios de pruebas tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento que el OHP podría cubrir, siempre que sean médicamente necesarios y apropiados para las personas que los reciben.

Reclamación: Una queja formal que usted tiene la opción de presentar cuando no está conforme con la CCO, con los servicios de atención médica o con su proveedor. El OHP la llama “queja”. Conforme a las leyes, las CCO tienen la obligación de responder todas las quejas.

Red: Proveedores de atención médica, mental, dental, farmacéutica, de la salud conductual y de equipamiento que tienen un contrato con una CCO.

Remisión: Una orden que su proveedor escribe en la cual indica que usted necesita un servicio. Hable con su proveedor para conseguir una remisión.

Representante: Persona designada para que actúe o hable en su nombre.

Salud conductual: Salud mental, enfermedades mentales, trastornos por adicciones y trastornos por abuso de sustancias. Pueden alterar su estado de ánimo y su forma de pensar o actuar.

Seguro médico: Programa que paga la atención médica. Luego de firmar el contrato, la compañía o la agencia de gobierno paga los servicios cubiertos. Algunos programas de seguro médico requieren el pago de cuotas mensuales, también conocidas como *primas*.

Servicios de emergencia: Atención que mejora o estabiliza las condiciones médicas o de salud mental graves repentinas.

Servicios de hospicio: Servicios para brindarle comodidad a una persona que está muriendo y para ayudar a su familia. Los servicios de hospicio son flexibles y pueden incluir manejo del dolor, asesoramiento y cuidado de descanso.

Servicios de posestabilización: Servicios que usted recibe tras una emergencia para ayudarle a mantenerse estable o para mejorar o corregir una afección.

Servicios de rehabilitación: Servicios que le ayudan a recuperar la salud. Estos servicios son de especial ayuda tras una cirugía, lesión o abuso de sustancias.

Servicios excluidos: Servicios que el plan de salud no paga. Por ejemplo: el OHP no paga los servicios para mejorar la apariencia, como las cirugías plásticas; tampoco paga condiciones que pueden solucionarse por sí solas, como un resfriado.

Servicios médicos: Servicios que se reciben de un médico.

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios y dispositivos que enseñan habilidades para la vida cotidiana. Un ejemplo es la fonoaudiología para un niño que aún no ha comenzado a hablar.

Suicidio: Acción de acabar con su propia vida.

Trabajador de salud tradicional (THW): Trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para prestar servicios a una comunidad o clínica. Un trabajador de salud tradicional se asegura de que los miembros reciban un trato justo. No todos los trabajadores de salud tradicionales cuentan con la certificación del estado de Oregón. Existen seis (6) tipos diferentes de trabajadores de salud tradicionales, entre los que se incluyen los siguientes:

- Trabajador de salud comunitario.
- Especialista en bienestar.
- Navegador de salud personal.
- Especialista en apoyo entre pares.
- Doula.
- Practicante de la medicina tradicional tribal.

Telesalud: Atención que se recibe por videoconferencia o a través de llamadas telefónicas en lugar de recibirse en el consultorio del proveedor.

Transición de la atención: Condición de algunos miembros que, al cambiar de plan, pueden seguir recibiendo los mismos servicios y acudir a los mismos proveedores. Esto significa que la atención no cambia cuando usted cambie de plan de CCO o pase de la cobertura de tarifa por servicio del OHP a una CCO (o viceversa). Esto se conoce como “transición de la atención”. Si tiene problemas graves de salud, tanto su plan antiguo como el nuevo trabajarán en conjunto para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

Traslado médico de emergencia: Utilizar una ambulancia o un servicio de ambulancia aérea para recibir atención médica. Los técnicos en emergencias médicas brindan atención durante el viaje.

eocco

EASTERN OREGON
COORDINATED CARE
ORGANIZATION