



OREGON HEALTH PLAN

Manual para los miembros

Octubre 2011

- Condado de Baker y áreas en sus alrededores
- Condado de Clatsop y áreas en sus alrededores
- Condado de Columbia y áreas en sus alrededores
- Condado de Jackson y áreas en sus alrededores
- Condado de Malheur y áreas en sus alrededores
- Condado de Union y áreas en sus alrededores
- Condado de Wallowa y áreas en sus alrededores
- Condado de Yamhill y áreas en sus alrededores

Visítenos en línea
www.odscompanies.com/ohp

BIENVENIDO

Nos da gusto que haya escogido a ODS como su plan de asistencia gestionada de salud del Oregon Health Plan (OHP, por sus siglas en inglés). ODS y nuestros proveedores desean darle el mejor cuidado posible.

Es importante que usted sepa cómo usar su plan médico. Este manual habla sobre nuestro programa, le dice cómo obtener cuidados médicos y le da consejos de cómo obtener los mejores resultados de su plan médico.

Este manual también le da información importante sobre los dos planes de salud disponibles a través del OHP: Plus y Standard. Para saber qué plan tiene, comuníquese con el Departamento Médico de Atención al Cliente de ODS.

Puede obtener el manual para clientes de Oregon Health Plan si lo solicita al Estado de Oregón llamando al 1-800-273-0557, TTY 711. Le da información importante sobre:

- servicios médicos cubiertos y no cubiertos
- información del Plan de salud mental
- sus derechos y responsabilidades
- y otra información importante

Para obtener una lista de médicos, hospitales y farmacias participantes de ODS, consulte el Directorio de proveedores en la parte posterior de este manual.

Si tiene preguntas sobre ODS, de cómo escoger su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o alguna otra información en este manual, favor de comunicarse con el Departamento Médico de Atención al Cliente de ODS:

En Portland:	503-765-3521
Fuera de Portland:	1- 888-788-9821 (sin costo)
TTY:	711(para personas con impedimentos de audición o del habla)

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de farmacia, comuníquese con el Departamento de Farmacias de Atención al Cliente de ODS:

En Portland:	503-265-2939
Fuera de Portland:	1- 888-474-8539 (sin costo)
TTY:	711(para personas con impedimentos de audición o del habla)

Si necesita ayuda para recibir tratamiento de farmacodependencia (drogas o alcohol), llame a Salud Conductual de ODS:

En Portland:	503-265-2938
Fuera de Portland :	1- 888-474-8538 (sin costo)
TTY:	711(para personas con impedimentos de audición o del habla)

El Departamento Médico de Atención al Cliente de ODS está ubicado en el centro de Portland en 601 S.W. Second Ave., Suite 700, y está abierto de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico. Hay acceso disponible para los miembros con incapacidades.

Puede también visitar nuestro sitio web en www.odskompanies.com/ohp o escribirnos a nuestro correo electrónico OHPMedical@odskompanies.

Formatos alternos

Puede recibir este manual para miembros de Oregon Health Plan así como cualquier información en otros formatos. Puede solicitarlos en otro idioma, en letra grande, en disco de computadora, en cinta de audio, como presentación oral o en formato Braille.

Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente al 1-888-788-9821 (TTY 711) para solicitar el formato que necesite.

Índice

Nuevos miembros	5
CÓMO FUNCIONA SU PLAN	5
Tarjeta de identificación para atención médica del Departamento de Servicios Sociales (DHS)	5
Tarjeta de identificación médica de ODS	6
PCP no seleccionado	6
Asignación de su PCP	6
Cómo cambiar de PCP	7
CÓMO RECIBIR ATENCIÓN	
Cómo programar una consulta médica	7
Si no puede presentarse a su consulta	8
Servicios de un intérprete	8
Cómo ver a un especialista o a otro proveedor	8
Servicios que no necesitan una remisión	8
Servicios que necesitan autorización previa	9
Atención médica después del horario de consulta	9
Atención médica de urgencias leves	9
<i>Atención de urgencias críticas</i>	9
Atención de urgencias cuando está lejos de su domicilio	10
Educación sobre la salud y prevención	11
Coordinación de Atención para Necesidades Poco Comunes	11
BENEFICIOS Y SERVICIOS DEL PLAN	
Cobertura de OHP Plus	11
Atención preventiva	12
Atención especializada	12
Pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos	12
Medicamentos recetados	12
Cobertura de receta médica para miembros con Medicare	13
Planificación familiar	13
Atención en el hospital	13

<i>Tratamiento de farmacodependencia</i>	14
<i>Servicios para dejar de fumar y de usar tabaco</i>	14
<i>Línea para dejar de usar tabaco de Oregón</i>	14
Salud mental	14
Servicios dentales	14
Servicios para la vista	15
Servicios para la audición	15
Atención en un centro de enfermería especializada	15
Transporte	15
Cobertura de OHP Standard	16
Servicios cubiertos por la DMAP	16
SERVICIOS NO CUBIERTOS	16
SI ESTÁ EMBARAZADA	17
Servicios de maternidad fuera de la zona de servicio	17
OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE	
Cambios en su domicilio o número de teléfono	18
Información y privacidad	18
Solicitud de baja del miembro	18
Solicitud de baja del plan	18
Directivas avanzadas	18
Historia clínica	19
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	19
INFORMACIÓN DISPONIBLE EN BASE A SOLICITUD	22
PAGOS A PROVEEDORES	22
DERECHOS DE APELACIÓN DEL PROVEEDOR	22
QUEJAS Y APELACIONES	23
DIRECTORIO DE PROVEEDORES	26

Nuevos miembros

Si necesita cuidados médicos antes de recibir su tarjeta de identificación, sus servicios cubiertos serán pagados. Estos servicios pueden incluir recetas, suministros y otros artículos que usted necesite. Llame al departamento de Atención al Cliente al 1-888-788-9821 (TTY 711) y le ayudaremos a encontrar un proveedor para que usted reciba la atención que necesita.

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Su plan de ODS es un plan de asistencia gestionada de salud. Como miembro de ODS, usted selecciona o se le asigna una clínica o consultorio médico como su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP trabajará con usted como un socio en el cuidado de sus necesidades médicas. Su PCP le dará acceso para que usted reciba atención médica las 24 horas del día, siete días a la semana. Llame a su PCP antes de obtener atención médica. Consulte el directorio de proveedores para obtener el número de teléfono de su PCP o llame a nuestro departamento de Atención al Cliente.

Su PCP:

- le dará la atención habitual y cuidará que sus necesidades de salud sean atendidas
- hará los arreglos para prestarle atención especializada o en hospital cuando la necesite
- le proporcionará las recetas médicas
- guardará su historia clínica en un solo lugar para poder darle mejor servicio

No se espere hasta que esté enfermo para llamar a su PCP. Llame al consultorio de su PCP y dígales que es miembro de ODS y que lo ha escogido como su PCP. Pregunte sobre el horario de consulta y cómo recibir ayuda después de esas horas o cuando tenga una urgencia.

Tarjeta de identificación para atención médica del Departamento de Servicios Sociales (DHS)

La División de Programas de Ayuda Médica (DMAP, por sus siglas en inglés) le enviará una Tarjeta de identificación de atención médica cuando se inscriba en el Oregon Health Plan (OHP). Cada miembro del OHP en su hogar recibirá su propia tarjeta de identificación. Lleve con usted su Tarjeta de identificación de atención médica del Departamento de Servicios Sociales

(DHS, por sus siglas en inglés) cuando se presente a recibir atención médica y cuando vaya a la farmacia. Si pierde su Tarjeta de identificación de atención médica del DHS, comuníquese con un trabajador del DHS o de Atención al Cliente al 1-800-273-0557 para recibir una nueva.

La división DMAP también le envía una importante carta de cobertura. Incluye la identificación y número de teléfono del trabajador de su caso, su paquete de beneficios del OHP y sus cuotas (si las hubiere), y además le indica qué planes de ayuda gestionada tiene usted. La carta de cobertura muestra la información de todos los que en su hogar tienen la Tarjeta de identificación para atención médica del DHS.

Tarjeta de identificación médica de ODS

Cada miembro de ODS también recibirá una tarjeta de identificación médica de ODS. Esta tarjeta es muy importante porque lo identifica como miembro de ODS y tiene otros datos importantes. Muestra quién es su PCP, qué hacer en casos de urgencia y los números telefónicos del Departamento Médico de Atención al Cliente de ODS. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación médica de ODS y su tarjeta de identificación de atención médica del DHS cada vez que se presente al médico o vaya a la farmacia.

PCP no seleccionado

Si su tarjeta de identificación médica de ODS indica que usted no ha seleccionado un PCP, tiene 30 días para escoger uno. Por favor escoja un PCP del Directorio de proveedores que aparece al final de esta publicación. En cuando usted haya seleccionado un PCP, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente para que nos informe quién es. Su selección del nuevo PCP estará vigente el primer día del mes o el primer día de inscripción en que se hizo la selección del PCP. Recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación de ODS, la cual mostrará al PCP que seleccionó.

Si no selecciona un PCP dentro de un plazo de 30 días, se le asignará uno.

Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente si necesita ayuda para seleccionar a un proveedor.

Asignación de su PCP

Si se le asigna una clínica o un consultorio médico como su PCP, la asignación se hace de acuerdo a su domicilio. Recibirá por correo una tarjeta de identificación médica de ODS, la cual mostrará su PCP asignado.

Si usted desea seleccionar su propio PCP, tiene 30 días para seleccionar uno del Directorio de proveedores al final de este manual. Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente y avísenos si ha seleccionado un nuevo PCP. Su selección del nuevo PCP estará vigente el primer día del mes o el primer día de inscripción en que se hizo el cambio del PCP. Recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación de ODS, la cual mostrará al PCP que seleccionó.

Cómo cambiar de PCP

Si desea cambiar su PCP, puede hacerlo durante los primeros 30 días de haberse inscrito. También puede cambiar su PCP hasta dos veces cada seis meses.

Para escoger un nuevo PCP, use el Directorio de proveedores al final de este manual. Una vez haya seleccionado a su PCP, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente y díganos a quién seleccionó. Recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación de ODS la cual mostrará al PCP que seleccionó. La selección de su nuevo PCP entrará en vigencia el primer día del mes o el primer día de inscripción en que se hizo la selección. Cada miembro de su familia con derecho de participación debe seleccionar a un PCP. Cada persona puede tener un proveedor distinto.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN

Cómo programar una consulta médica

- Llame al consultorio de su PCP durante las horas de consulta (normalmente de 9 a. m. a 5 p. m.). Si necesita el número telefónico de su PCP, consulte el Directorio de proveedores o llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente.
- Dígales en el consultorio que es miembro de ODS y el motivo por el cual le gustaría ver a un médico.
- Cuando sea posible, dele al consultorio del PCP un número telefónico donde pueda ser localizado.
- Recuerde llevar con usted su Tarjeta de identificación de atención médica del DHS y su tarjeta de identificación médica de ODS cuando se presente a su consulta.

- Si necesita interpretación en otro idioma o en lenguaje de señas, dígaselo al personal de la clínica. Ellos pueden hacer arreglos para tener a un intérprete durante su cita.
- Si necesita ayuda para ir a su consulta, llame con anticipación al trabajador de su caso del DHS. El trabajador de su caso del DHS podría ayudarle a obtener transporte para su consulta.

Si no puede presentarse a su consulta

- Llame al consultorio de su PCP puédalo antes posible y avise que no puede asistir a su consulta. El consultorio le hará una consulta nueva y el tiempo de su consulta cancelada estará disponible para alguien más.
- Si no se presenta a varias consultas, su PCP lo puede dar de baja como su paciente.

Servicios de un intérprete

Si usted sufre de un impedimento del oído o de la vista, o necesita ayuda para entender o hablar inglés, su proveedor le ofrecerá los servicios de un intérprete. También puede llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente para obtener una traducción o un intérprete.

El consultorio de su PCP puede obtener un intérprete después de horas de consulta si usted lo necesita para una llamada de urgencia.

Cómo ver a un especialista o a otro proveedor

Si necesita consultar a un especialista o médico que no sea su PCP, primero debe consultar a su PCP para la mayoría de sus servicios. Su PCP decidirá si debe ver a otro proveedor. Si necesita consultar a otro médico, su PCP hará una remisión por escrito. ODS debe aprobar la remisión antes de que usted pueda ir a su cita.

Servicios que no necesitan una remisión

Algunos servicios no necesitan una remisión y usted puede ver a cualquier proveedor bajo contrato. A continuación hay ejemplos de servicios que no necesitan una remisión:

- Atención de urgencias leves y urgencias críticas
- Planificación familiar
- Examen habitual de la vista
- Asistencia prenatal
- Inmunizaciones (inyecciones)

- Servicios para pacientes externos con problemas de drogas y alcohol
- Exámenes ginecológicos anuales para mujeres
- Servicios habituales de laboratorio y radiología

Servicios que necesitan autorización previa

Su PCP se comunicará con ODS para solicitar una autorización previa. A continuación hay ejemplos de servicios que necesitan autorización previa.

- Estadía en el hospital para pacientes ingresados
- Cirugías
- Equipo médico
- Todos los servicios de especialistas

Atención médica después del horario de consulta

Si necesita atención o consejos médicos cuando el consultorio de su PCP está cerrado, llame al número de teléfono del consultorio del PCP. Indique que usted es miembro de ODS. Se le darán recomendaciones o una remisión para recibir atención.

Las llamadas a su PCP después de las horas de consulta deben ser sólo por condiciones médicas urgentes. Para recomendaciones habituales y citas, llame al consultorio de su PCP durante horas de consulta.

Atención médica de urgencias leves

Un padecimiento urgente es lo suficientemente grave para ser atendido de inmediato, pero no necesita atención en la sala de emergencias. Si tiene un problema médico urgente, llame al consultorio de su PCP. Puede llamar a cualquier hora, día o noche. Identifíquese como miembro de ODS. Se le darán recomendaciones o una remisión para recibir atención.

Atención de urgencias críticas

Una urgencia crítica es una lesión o enfermedad repentina que usted considere que puede poner su vida en grave peligro o causar daño corporal si no recibe tratamiento. Si está embarazada, los servicios de urgencia crítica también incluyen la salud del bebé que no ha nacido. A continuación hay ejemplos de urgencias críticas:

- Fracturas de los huesos
- Sangrado que no cesa
- Sospecha de un infarto cardiaco
- Pérdida del conocimiento

- Ataque cerebral
- Dolor severo

Si tiene una urgencia crítica, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de urgencias.

- La atención de urgencias críticas está cubierta las 24 horas del día, siete días a la semana.
- La atención de urgencias críticas incluye los servicios necesarios para preservar y estabilizar su estado.
- No se necesita ni remisión ni autorización para recibir atención de urgencia crítica.

Llame a su PCP o a nuestro Departamento de Atención al Cliente dentro de un plazo de 3 días después de haber recibido atención de urgencia crítica.

Después de que su estado de urgencia crítica se estabilice, podría necesitar atención de revisión. La atención de revisión incluye servicios necesarios después de que fue dado de alta de la sala de urgencias. La atención de revisión no es una urgencia crítica. Debe llamar al consultorio de su PCP para hacer arreglos si necesita atención de revisión.

No vaya a la sala de urgencias para recibir atención que debe hacerse en el consultorio de su PCP. Los siguientes son ejemplos de atención habitual que no es de urgencia crítica:

- Dolor de garganta
- Catarro
- Gripe
- Dolor de espalda
- Dolor de cabeza causado por tensión

Si no está seguro si su condición es lo suficientemente grave para ir a una sala de urgencias, llame al consultorio de su PCP. Alguien está disponible para hacerle recomendaciones las 24 horas del día, siete días a la semana. Hable con el proveedor de guardia, aún si él o ella no sea su proveedor habitual.

Atención de urgencias cuando está lejos de su domicilio

Si está viajando fuera de la zona de servicio de ODS y tiene una urgencia crítica, vaya a la sala de urgencias más cercana o llame al 9-1-1. Los

servicios de urgencias críticas sólo se cubren cuando en realidad existe una urgencia crítica. Llame a su PCP para hacer arreglos para recibir más atención si fuera necesario mientras usted está fuera del área.

Educación sobre la salud y prevención

ODS envía el boletín titulado *To Your Health* (A su salud). Este boletín presenta temas sobre problemas de salud, información sobre beneficios y la mejor manera de usar su sistema de asistencia gestionada de salud.

ODS le ofrece clases para ayudarle a estar preparada para el parto. También tenemos clases de educación sobre la diabetes para nuestros miembros. Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente para informarse de cómo funcionan sus beneficios de educación y dónde puede tomar estas clases.

Coordinación de Atención para Necesidades Poco Comunes

La Coordinación de Atención para Necesidades Poco Comunes (ENCC, por sus siglas en inglés) ayuda a aquellas personas que tienen padecimientos complejos o especiales. La ENCC ayuda a coordinar los servicios de salud para los miembros de edad avanzada, ciegos o incapacitados, y para niños con necesidades especiales. Los miembros que necesiten suministros o equipos médicos especiales, o que necesiten apoyo para obtener atención, pueden solicitar ayuda a nuestro equipo de la ENCC. Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente para solicitar ayuda del equipo de ENCC de ODS.

BENEFICIOS Y SERVICIOS DEL PLAN

Por favor consulte el Manual para clientes del Oregon Health Plan para obtener más información sobre el Oregon Health Plan que podría no estar incluida en este manual. Algunos servicios que no están cubiertos por ODS podrían estar cubiertos por la DMAP.

Cobertura de OHP Plus

El Plan OHP Plus cubre una gran variedad de servicios tales como atención preventiva y habitual, farmacodependencia y muchos más. Los siguientes servicios están cubiertos bajo el Plan Plus.

Atención preventiva

Su PCP le dará atención médica general y atención preventiva. La atención preventiva incluye revisiones y pruebas para encontrar su padecimiento. Asegúrese de analizar con su proveedor el programa recomendado para sus revisiones. Otros servicios preventivos incluyen:

- Exámenes para el niño sano
- Inmunizaciones (inyecciones) para niños y adultos (no para viajes al extranjero ni para propósitos de empleo)
- Exámenes físicos habituales
- Exámenes de Papanicolaou
- Mamografías (radiografías del seno) para mujeres
- Exámenes de exploración de la próstata para hombres
- Atención de maternidad y del recién nacido

Atención especializada

Si necesita atención especializada, su PCP le remitirá a un especialista. Antes de buscar la atención de un especialista debe ver a su PCP para que le dé una remisión.

Pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos

Las pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas están cubiertas cuando son solicitadas por su PCP o por un especialista autorizado.

Medicamentos recetados

Los medicamentos recetados pueden ser surtidos en cualquiera de las farmacias de la red de servicios de ODS. Puede encontrar información sobre las farmacias participantes de ODS en el directorio de proveedores. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación médica de ODS y su Tarjeta de identificación de atención médica del DHS cuando pida que le surtan un medicamento recetado. Algunos medicamentos necesitan ambas tarjetas para poder tramitar la receta médica. Si no las tiene, es posible que no le surtan el medicamento recetado.

Algunos medicamentos sólo se cubren con autorización previa. Su proveedor se comunicará con ODS para obtener una autorización previa si fuera necesario. Algunos artículos sin receta médica están cubiertos con una receta médica escrita por su proveedor. Llame al Departamento de Farmacias de ODS al 1-888-474-8539 si tiene preguntas sobre sus beneficios de farmacia.

Cobertura de receta médica para miembros con Medicare

OHP no es el plan primario para la cobertura de medicamentos recetados en el caso de los miembros que también están inscritos con Medicare. En cambio, un programa federal llamado Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Medicare prescription drug coverage) cubrirá la mayoría de sus medicamentos recetados. Este beneficio de medicamentos es la Parte D de su cobertura de Medicare. Medicare exige pagar una cuota para la cobertura de medicamentos de la Parte D. La mayoría de los planes de la Parte D le cobrarán una cuota por sus medicamentos recetados. Estas cuotas pueden ser de \$0 a \$6.30 por receta. ODS no pagará por ninguna porción de sus cuotas de la Parte D. Si tiene la Parte D de Medicare, muestre la tarjeta de identificación enviada por el plan con la Parte D a la farmacia además de su tarjeta de identificación médica de ODS. La farmacia está obligada a facturar primero a su plan con la Parte D; ODS no pagará por medicamentos cubiertos por el plan con la Parte D. Si su medicamento no está cubierto por su plan con la Parte D, se le puede facturar a ODS para confirmar si el medicamento está cubierto bajo el programa del OHP. ODS continuará pagando por todos los otros servicios médicos que estén cubiertos.

Planificación familiar

Para servicios de planificación para la familia, puede consultar con su PCP o a cualquier proveedor de ODS, al departamento de salud del condado, ir a una clínica de planificación familiar o ver a cualquier proveedor que acepte su Tarjeta de identificación de atención médica del DHS. No necesita una recomendación de su PCP para obtener servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar que están cubiertos incluyen:

- Exámenes físicos
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Educación sobre anticonceptivos
- Suministros de anticonceptivos
- Servicios de esterilización

Atención en el hospital

Si necesita atención en el hospital, su PCP obtendrá autorización para una estancia en el hospital. Excepto en casos de urgencias críticas, llame a su PCP antes de ir al hospital.

Tratamiento de farmacodependencia

Podría recibir tratamiento de farmacodependencia sin una remisión de su PCP. Consulte el Directorio de proveedores para ver una lista de proveedores de tratamiento de farmacodependencia. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a su PCP o a nuestro Departamento de Atención al Cliente. El tratamiento de farmacodependencia incluye:

- Visitas de orientación a la clínica
- Tratamiento de opio sintético y tratamiento de metadona
- Servicios de desintoxicación

Servicios para dejar de fumar y de usar tabaco

- La ayuda para dejar de fumar y usar tabaco está cubierta para los miembros de ODS. La cobertura comprende consultas, parches de nicotina y recetas médicas comúnmente usadas para dejar el tabaco.
- ODS pagará un máximo de 10 sesiones cada tres meses para tratamiento y consultas intensivas para dejar el tabaco.
- No se necesita una remisión a fin de obtener tratamiento y asesoría para dejar de usar tabaco.

Línea para dejar de usar tabaco de Oregón

La línea para dejar de usar tabaco de Oregón (Oregon Tobacco Quit Line) es un servicio telefónico gratuito disponible a todos los residentes de Oregon que quieren dejar de usar tabaco. La línea ofrece información gratuita para dejar de usar tabaco, consultas telefónicas confidenciales y remisiones.

Para obtener más información sobre la línea para dejar de usar tabaco de Oregón puede visitar su sitio web en www.oregonquitline.org, o llamar al:

1-800-784-8669

1-877-266-3863 (español)

711 (TTY)

Salud mental

Los servicios de salud mental son ofrecidos por una organización de salud mental (MHO, por sus siglas en inglés) en su zona. Para saber el nombre y número telefónico de su MHO, consulte la página 2 de su carta de cobertura o llame al trabajador de su caso del DHS.

Servicios dentales

Los servicios de salud dental son ofrecidos por una organización de atención dental (DCO, por sus siglas en inglés) en su área. Para saber el nombre y número telefónico de su DCO, consulte la página 2 de su carta de cobertura o llame al trabajador de su caso del DHS.

Servicios para la vista

Los exámenes habituales de la vista y los lentes se cubren solamente para las mujeres embarazadas y para los menores de 21 años de edad. Para visitas habituales de atención de la vista, puede ir directamente con cualquier proveedor de servicios de la vista que aparece en el Directorio de proveedores de este manual. Si tiene una lesión o infección en los ojos, llame a su PCP para recibir atención o una remisión.

- Las mujeres embarazadas (de 21 años de edad o mayores) pueden hacerse un examen de la vista y lentes nuevos (lentes y armazones) cada 24 meses.
- Los niños y mujeres embarazadas (de 20 años de edad y menores) pueden hacerse un examen de la vista y lentes nuevos (lentes y armazones) cada 12 meses. Los exámenes y lentes extra se pueden cubrir más frecuentemente cuando lo recomiende su médico u oculista.

Servicios para la audición

Los audífonos, pruebas del oído y pilas están cubiertos. Si necesita servicios para la audición, su PCP le dará una remisión.

Atención en un centro de enfermería especializada

La atención en un centro de enfermería especializada se cubre por un máximo de 20 días después de que haya estado en el hospital. Su proveedor obtendrá una autorización de ODS. Atención especializada por más tiempo podría estar cubierta por Medicaid o Medicare si tiene beneficios de Medicare.

Transporte

El transporte por ambulancia está cubierto durante urgencias críticas o cuando su PCP lo haya autorizado con anticipación.

El transporte que no sea de urgencia crítica puede ser ofrecido si usted no tiene otra manera de llegar a una consulta médica. Llame al trabajador de su caso del DHS con anticipación para hacer preparativos de transporte.

Cobertura de OHP Standard

El Plan OHP Standard es un paquete con beneficios reducidos. Los beneficios de OHP Standard incluyen:

- Servicios médicos
- Inmunizaciones (inyecciones)
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Medicamentos recetados
- Equipo y suministros médicos limitados
- Servicios de farmacodependencia para pacientes externos
- Transporte de emergencia (sólo por ambulancia)
- Servicios hospitalarios limitados
- Atención en centro de cuidados paliativos
- Servicios para dejar de usar tabaco
- Tratamiento sólo para enfermedades de los ojos (no se cubren los servicios habituales para la vista)

No todos los servicios que aparecen en este manual están cubiertos bajo el Plan Standard. Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre lo que cubre su plan.

Servicios cubiertos por la DMAP

Algunos servicios sólo están cubiertos por la división DMAP, aún si usted es miembro de ODS. Estos servicios incluyen:

- Aborto provocado y servicios relacionados
- Tratamiento residencial de farmacodependencia
- Transporte a citas médicas
- Transporte con seguridad si usted presenta un riesgo para usted mismo o a los demás
- Medicamentos con receta para afecciones mentales

Comuníquese con el trabajador de su caso del DHS para obtener información sobre cómo tener acceso a estos servicios.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

No todos los servicios de atención médica están cubiertos. Cuando necesite atención médica, comuníquese con su PCP. Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos o no cubiertos, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente. Si recibe un servicio que no está cubierto, podría tener que pagar la cuenta.

Si recibe servicios que no sean de urgencias críticas o de urgencias leves de un proveedor que no sea un proveedor de ODS, le podrían ser facturados los cargos, inclusive los deducibles y cuotas de seguro de Medicare.

Los siguientes son ejemplos de **servicios no cubiertos**:

- Tratamiento de afecciones que mejoran por sí solas, como los catarros
- Tratamiento de afecciones para las cuales funciona el tratamiento en el hogar, como las torceduras
- Cirugías o tratamientos estéticos
- Tratamientos que por lo general no son eficaces
- Servicios para ayudarla a quedar embarazada
- Programas de adelgazamiento
- Cobertura mejorada*

*Una cobertura mejorada es cuando un miembro paga la diferencia entre un artículo que el OHP cubre y un modelo más caro que no está cubierto. Por ejemplo, OHP podría cubrir un par de lentes básicos, pero el cliente podría querer un par más caro que no está cubierto por OHP. El miembro trata de tener cobertura total al pagar la diferencia entre los dos. Esto no está permitido.

SI ESTÁ EMBARAZADA

Si usted se embaraza, llame de inmediato al trabajador de su caso del DHS. El trabajador de su caso del DHS verificará que usted no pierda su cobertura médica. Si ya está embarazada, o piensa que tal vez lo está, es importante que vea de inmediato a un proveedor de servicios de la salud. Exámenes médicos regulares son importantes para tener un bebé sano.

Llame al trabajador de su caso del DHS en cuanto nazca su bebé. El trabajador de su caso inscribirá a su bebé en el Oregon Health Plan.

Servicios de maternidad fuera de la zona de servicio

Si le es posible, trate de mantenerse dentro del área de servicio de ODS durante los últimos 30 días de su embarazo. Sólo los servicios de urgencias críticas fuera de la zona de servicio están cubiertos, los cuales incluyen el parto y el examen para el recién nacido en el hospital. Todos los cuidados de emergencia que necesite su bebé también están cubiertos. La atención prenatal no está cubierta fuera del área de servicio.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Cambios en su domicilio o número de teléfono

Si cambia de domicilio o de número telefónico, comuníquese con el trabajador de su caso del DHS para asegurar que siga recibiendo información importante de ODS. Además, dele al consultorio de su PCP su nuevo domicilio o número de teléfono.

Información y privacidad

Se consideran confidenciales o privados todos los datos contenidos en su expediente de ODS y sus registros médicos, así como todos los asuntos que usted trate con sus proveedores. La información en estos registros no será divulgada sin su consentimiento previo, excepto como lo solicite la DMAP.

Solicitud de baja del miembro

Los miembros del OHP pueden solicitar su retiro de un plan de asistencia gestionada sin necesidad de explicar motivo durante los primeros 30 días de la inscripción. La persona a cargo del hogar puede pedir que se formalice la baja, ya sea por teléfono o por escrito. La baja tendrá vigencia a partir del primer día del mes posterior a la aprobación de la DMAP. El miembro también puede optar por ser dado de baja del plan de asistencia gestionada cuando su derecho de participación sea redefinido por el DHS.

Solicitud de baja del plan

- Al perder su derecho de participación en el Oregon Health Plan
- Al mudarse fuera de la zona de servicio de ODS
- Al cometer actos fraudulentos o ilícitos
- Al faltarle el respeto al personal o a la propiedad

Directivas avanzadas

Cada adulto en Oregón tiene el derecho de tomar decisiones sobre su tratamiento médico. Esto incluye el derecho de aceptar y rehusar tratamiento médico.

Una enfermedad o lesión podría impedir que usted le pueda decir a su médico y a los miembros de su familia que clase de atención médica desea recibir. Las leyes de Oregón le permiten expresar sus deseos por adelantado mientras tenga la capacidad de hacerlo. El formulario que se utiliza para

dejar sus deseos por escrito recibe el nombre de directivas avanzadas. Cada adulto en Oregon tiene el derecho de llenar un formulario de directivas avanzadas.

ODS ofrece sin costo alguno el folleto sobre directivas avanzadas titulado “Making Health Care Decisions” (Cómo tomar decisiones sobre el cuidado de su salud). Por favor llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente para solicitar información sobre las directivas avanzadas. Puede recibir más información sobre las directivas avanzadas llamando a Oregon Health Decisions al 503-692-0894 o al 1-800-422-4805, TTY 711.

Historia clínica

Cada proveedor deberá mantener una historia clínica que documente las enfermedades, los servicios prestados y las remisiones que se hayan hecho. Los miembros de ODS tienen derecho a solicitar y recibir copias de su historia clínica. El proveedor podrá cobrar una cuota moderada por las copias. Usted también tiene el derecho de solicitar que los registros sean modificados o corregidos.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Cómo miembro de ODS-OHP, usted tiene el derecho de:

- ser tratado con dignidad y respeto;
- ser tratado por los proveedores de la misma manera que otras personas que reciben beneficios de los servicios médicos a los cuales tienen derecho;
- escoger o cambiar su PCP;
- participar en la formulación de su plan de tratamiento;
- recibir información sobre su estado así como de los servicios cubiertos y no cubiertos para que pueda tomar una decisión informada sobre la atención propuesta;
- estar de acuerdo en recibir atención o rechazar la atención y ser informado de lo que pasará si decide rechazar la atención, excepto para los servicios ordenados por un tribunal;
- recibir atención cubierta bajo el OHP que cumpla con los estándares de práctica generalmente aceptados y que sea médicamente apropiada;
- recibir atención preventiva cubierta;
- recibir servicios de interpretación;

- tener acceso a servicios de urgencias leves y críticas las 24 horas al día, siete días a la semana;
- ser remitido a proveedores especializados para servicios cubiertos médicamente apropiados;
- remitirse por sí mismo a los servicios de salud mental, farmacodependencia o planificación para la familia sin una remisión de un PCP ni de otro proveedor;
- que se guarde una historia clínica que documente las enfermedades, los servicios recibidos y las remisiones hechas;
- tener a un amigo, pariente o persona de apoyo con usted durante las consultas a la clínica y otras veces, como sea necesario, conforme a las reglas de las clínicas;
- tener acceso a su historia clínica, a menos que le sea prohibido por ley; solicitar y recibir una copia de su historia clínica, y solicitar que sea modificada o corregida;
- transferir una copia de su historia clínica a otro proveedor;
- hacer una declaración de sus deseos de tratamiento (directivas avanzadas, o instrucciones previas), inclusive el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico, quirúrgico, de farmacodependencia o salud mental y el derecho de obtener poder legal para los servicios médicos;
- recibir aviso por escrito antes de que se formalice el rechazo o cambio de un beneficio o nivel de servicio, salvo que dicho aviso no sea exigido por los reglamentos federales o del estado;
- saber cómo presentar una queja o apelación sobre cualquier aspecto de su cuidado o del plan;
- solicitar una audiencia administrativa con el Departamento de Servicios Sociales;
- recibir documentos escritos que describan los derechos, responsabilidades, beneficios disponibles, cómo tener acceso a la atención y qué hacer en caso de una urgencia crítica;
- que se le expliquen los materiales escritos de una manera que le sea comprensible;
- recibir servicios necesarios y adecuados para diagnosticar su estado actual;
- recibir un aviso de la cancelación de una consulta a tiempo;
- mantenerse libre de cualquier forma de restricción o reclusión usada como forma de coerción, acción disciplinaria, conveniencia o

represalia y de informar sobre cualquier infracción a ODS o al Oregon Health Plan.

Como miembro de ODS-OHP, usted debe:

- escoger a su proveedor o clínica de atención primaria, cuando se haya inscrito;
- llegar a tiempo a las citas hechas con los proveedores y de llamar con anticipación si va a llegar tarde o cancelar si no va a poder acudir a la consulta;
- informar a los proveedores que sus servicios médicos están cubiertos bajo el Oregon Health Plan antes de recibir los servicios y, si se lo solicitan, mostrarles su Tarjeta de identificación de atención médica del DHS;
- tratar a todos los proveedores y a su personal con respeto;
- solicitar exámenes periódicos de la salud, revisiones y atención preventiva de su PCP;
- usar los servicios de urgencias leves y críticas apropiadamente y de avisarle al plan o a su PCP dentro de 72 horas de una urgencia crítica;
- obtener una remisión de su PCP para ver a un especialista antes de buscar los servicios de un especialista salvo que se permita una autoremisión;
- usar los servicios de su PCP para diagnósticos y otros servicios, excepto en una urgencia crítica;
- dar información exacta para la historia clínica;
- ayudar al proveedor a obtener la historia clínica de otros proveedores. Esto podría incluir firmar un formulario de divulgación de información;
- hacer preguntas sobre su enfermedad, tratamiento y otros asuntos relacionados con su atención que no entienda;
- usar información para tomar decisiones acerca del tratamiento antes de recibirlo;
- ayudar a crear un plan de atención con el proveedor;
- seguir los planes de tratamiento prescritos y acordados;
- decirle al trabajador de su caso del DHS si se cambia de domicilio o de número telefónico;
- informarle al trabajador de su caso del DHS si se embaraza y la fecha del parto;
- decirle al trabajador de su caso del DHS si algún miembro de la familia se muda dentro o fuera del hogar;

- decirle al trabajador de su caso del DHS si usted está cubierto bajo otro seguro;
- pagar oportunamente la prima mensual de OHP, de ser necesaria;
- ayudar en la obtención de otros recursos disponibles para pagar el costo de su atención médica. Si usted recibe dinero a resultado de una lesión, deberá reembolsar al plan el monto de los beneficios que le pagaron a usted para el tratamiento de dicha lesión;
- hacer del conocimiento del ODS o de la DMAP cualquier tipo de problema, queja y agravio;
- firmar una autorización para la divulgación de información médica para que ODS y el DHS puedan obtener información que sea pertinente y necesaria para responder a una solicitud de audiencia administrativa de manera efectiva y eficiente;
- cubrir el pago de los servicios no cubiertos que usted reciba.

INFORMACIÓN DISPONIBLE EN BASE A SOLICITUD

ODS Community Health, Inc.

Si desea recibir información sobre la estructura y operación de The ODS Companies, visite nuestro sitio web en www.odscompanies.com o llame a Atención al Cliente de ODS al 888-788-9821 (TTY: 711).

PAGOS A PROVEEDORES

Tiene derecho a preguntar si en ODS pagamos a nuestros médicos bonificaciones por limitar su uso de remisiones y otros servicios. Para obtener esta información, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente y solicite información sobre los esquemas de pagos a nuestros médicos.

DERECHOS DE APELACIÓN DEL PROVEEDOR

Su proveedor puede apelar una decisión por parte de ODS de negar un servicio que se haya solicitado para usted. Los proveedores pueden llamar a Atención al Cliente de ODS al 1-888-788-9821 para pedir la apelación. Los proveedores también pueden ayudarle a usted en la presentación de apelaciones a ODS. Si desea obtener ayuda de su proveedor, comuníquese a su consultorio u oficina.

QUEJAS Y APELACIONES

Si no está satisfecho con la atención recibida de su proveedor o servicio de ODS, puede presentar una **queja**. Si recibe una negativa y no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una **apelación o solicitar una audiencia administrativa**. Una negativa o rechazo es una decisión de no pagar o de dejar de pagar un servicio.

Si necesita ayuda con una queja, apelación o solicitud de audiencia administrativa, ODS o el trabajador de su caso le pueden ayudar. Puede llamar a la línea de beneficios públicos (Public Benefits Hotline), un programa de Legal Aid Services of Oregon y el Oregon Law Center, al 1-800-520-5292, TTY 711, para obtener asesoría y posible representación. También puede obtener información de asistencia legal en www.oregonlawhelp.org.

Siga estos pasos para presentar una queja o apelación, o para solicitar una audiencia administrativa:

Queja

1. Para presentar una queja llame al Departamento Médico de Atención al Cliente de ODS o escriba a:

ODS Health Plans
Atn: Appeal Unit
601 S.W. Second Ave.
Portland, OR 97204

Teléfono: 503-765-3521
o 1-888-788-9821
TDD/TTY: 711
o 1-888-788-9835

2. ODS se comunicará con usted en cinco días hábiles para avisarle que recibimos su queja, comunicarle nuestra decisión o explicar el retraso.
3. ODS responderá a su queja dentro de un período de 30 días calendario de haberla recibido. Tal vez tenga que darle a ODS permiso para solicitar sus registros médicos. Toda la información sobre su queja será tratada confidencialmente.

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, puede presentar una queja ante el estado de Oregón escribiendo a:

Department of Human Services Ombudsman's Office

500 Summer St. N.E., E17 Governor's Advocacy
Salem, OR 97310-1097
Teléfono: 1-800-442-5238
TTY: 503-945-6214

Apelación

1. Para presentar una apelación llame al Departamento Médico de Atención al Cliente de ODS dentro de 45 días de la fecha del rechazo. Para presentar su apelación por escrito, solicite un formulario de apelación de ODS-OHP. Usted debe haber recibido este formulario junto con la notificación de rechazo. Llame o escriba:

ODS Health Plans
Atn: Appeal Unit
601 S.W. Second Ave.
Portland, OR 97204

Teléfono: 503-765-3521
o 1-888-788-9821
TDD/TTY: 711
o 1-888-788-9835

Si llama para presentar una apelación, debe también enviar una apelación por escrito con su firma. **Use el formulario de apelación de ODS-OHP que recibió con la copia del rechazo. ODS le puede ayudar a redactar su apelación.**

2. ODS se comunicará con usted en cinco días para avisarle que recibimos su apelación y comunicarle nuestra decisión. En caso de necesitar más de 5 días, le explicaremos el motivo.
3. ODS finalizará la revisión y responderá a su apelación dentro de un plazo de 16 días. Si ODS no puede resolver su queja en un período de 16 días, usted recibirá otra carta explicando el retraso. Su queja será resuelta dentro de un plazo de 14 días a partir de la fecha en que finalizaron los 16 días originales.
4. Si usted cree que su problema es una urgencia y no puede esperar una revisión, pídale a ODS que apresure o tramite una apelación "urgente". Si ODS está de acuerdo que su apelación es una emergencia, ODS responderá a su solicitud dentro de un período de tres días hábiles.
5. Es posible que tenga que darle a ODS su autorización para investigar la apelación y solicitar su historia clínica. Toda la información sobre su queja será tratada confidencialmente.

6. Si usted no está de acuerdo con la respuesta a su apelación, la Carta de aviso de resolución de la apelación, puede solicitar una audiencia administrativa.
7. Usted tiene el derecho de continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación pero será responsable del pago de dichos servicios si el rechazo de la apelación se confirma.
8. Tiene derecho a que otra persona presente una apelación y hable a nombre de usted. Le agradeceremos nos informe por escrito el nombre de la persona que le va a representar.

Audiencia administrativa

Para solicitar una audiencia administrativa, llame a ODS o al trabajador de su caso del DHS dentro de los 45 días después de la fecha de rechazo.

1. Para comunicarse con ODS, llame al 503-765-3521 o 1-888-788-9821, **TDD/TTY:** 711, y solicite un formulario de instrucción de Aviso de derechos de audiencia administrativa (DMAP 3030) y un formulario de Solicitud de audiencia administrativa (DHS 443). Usted debe haber recibido estos formularios con su carta de rechazo.
2. Lea el Aviso de derechos de audiencia administrativa (DMAP 3030) en su totalidad. Las instrucciones proporcionan información importante, como la manera de solicitar una audiencia apresurada o “urgente” y cómo continuar recibiendo servicios durante el trámite de audiencia.
3. Llene la Solicitud de audiencia administrativa (DHS 443) y regrésela a la DMAP, a su trabajador del DHS o las oficinas más cercanas del Departamento de Servicios Sociales dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha del rechazo.
4. Usted tiene el derecho de continuar recibiendo servicios durante el trámite de audiencia administrativa, pero será responsable del pago de dichos servicios si el rechazo de la apelación se confirma.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Las páginas siguientes contienen un listado de los proveedores de ODS por ciudad. El listado presenta el nombre, dirección y número de teléfono de los proveedores. En el listado también se indica si el proveedor o el personal de oficina habla otro idioma además del inglés. Si usted tiene algún impedimento de audición o del habla y desea comunicarse con su proveedor, debe llamar al 711.

Para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de ODS, visite nuestro sitio web en www.odscompanies.com/ohp o llame a Atención al Cliente de ODS al 1-888-788-9821 (TTY: 711).