

Columbia Pacific CCO

Manual para miembros

Actualizado al 1 de enero de 2026



English

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer. You also have the right to an interpreter. You can get help from a certified or qualified health care interpreter. This help is free. Call 855-722-8206, TTY 711, or tell your provider. We accept relay calls.

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a solicitar un intérprete. Puede obtener ayuda de un intérprete de atención médica certificado o calificado. Esta ayuda es gratuita. Llame al 855-722-8206, TTY 711 o infórmese a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Vietnamese

Quý vị có thể nhận những 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 một thông dịch viên giúp đỡ. Trợ giúp này là miễn phí. Gọi 855-722-8206 hoặc TTY 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe được chứng nhận và có trình độ.

Arabic

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى أو بخط كبير أو بطريقة برايل أو بأي تنسيق تفضله. لديك أيضًا الحق في الحصول على مترجم. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. يمكنك الحصول على هذه المساعدات مجانًا. اتصل بالرقم 855-722-8206 أو عبر خدمة الهاتف النصي على 711، أو أخبر مقدم الخدمة الخاص بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة الترحيل.

Dari - Afghan Persian

شما میتوانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمتی که شما ترجیح میدهید بدست بیاورید. شما همچنان حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما میتوانید از یک ترجمان شفاهی تصدیق شده مراقبت صحی یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره 855-722-8206، TTY 711 تماس بگیرید، یا به ارائه کننده خود بگوئید. ما تماس های انتقالی (Relay Calls) را می پذیریم.

Russian

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом предпочитаемом формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 855-722-8206 (TTY: 711) или обратитесь к своему врачу. Мы принимаем ретранслируемые звонки.

Somali

Waxaad dukumiintigan ku heli kartaa luuqadaha kale, farta waawayn, farta indhoolaha ama nooca aad rabto. Waxaad sidoo kale xaq u leedahay inaad hesho turjubaan. Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaan daryeelka caafimaadka qaabilsan oo xirfad u leh ama shahaado u haysta.

Caawimadani waa bilaash. Wac 855-722-8206, TTY 711, ama u sheeg adeeg bixiyahaaga. Waanu aqbalaynaa wicitaanada dadka maqalka culus.

Traditional Chinese (Cantonese)

您可以獲得以其他語言、大字體、盲文或您喜歡的格式提供的該文件。您還有權獲得由口譯員提供的翻譯協助。您可以從經認證或合格的醫療保健口譯員那裡獲得幫助。這項幫助是免費的。請致電 855-722-8206，聽障或語言障礙人士請撥打 TTY 711 進行諮詢，或告知您的服務提供方。我們接受中繼呼叫。

Simplified Chinese (Mandarin)

您可以获得以其他语言、大字体、盲文或您喜欢的格式提供的该文件。您还有权获得由口译员提供的翻译协助。您可以从经认证或合格的医疗保健口译员那里获得帮助。这项帮助是免费的。请致电 855-722-8206，听障或语言障碍人士请拨打 TTY 711 进行咨询，或告知您的服务提供方。我们接受中继呼叫。

Korean

본 문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 귀하가 선호하는 형식으로 제공될 수 있습니다. 또한 통역사를 요청할 권리가 있습니다. 자격증을 소지하였거나 자격을 갖춘 의료 전문 통역사의 도움을 받을 수 있습니다. 이 지원은 무료로 제공됩니다. 전화 855-722-8206(TTY 711)번 또는 담당 제공자에게 문의하십시오. 중계 전화도 받고 있습니다.

Chuukese

Ka tongeni nounou ei taropwe non pwan foosun ekkoch fonu, epwe mesemong makkan, epwe ussun noun mei chuun ika non ew sokkun nikinik ke mochen kopwe nounou. Mei pwan wor omw pwuung omw kopwe nounou chon chiaku ngonuk. Mei pwan tongeni an epwe kawor ngonuk aninis ren peekin chiaku seni ekkewe ir ra kan tufichin chiaku ika ir mei tongeni chiaku ren peekin aninsin health care. Ei sokkun aninis ese pwan kamo. Kokori nampa 855-722-8206, TTY 711, ika pworous ngeni noumw we tokter ren. Kich mei pwan etiwa kokkon an emon epwe wisen atoura.

Ukrainian

Цей документ можна отримати в перекладі іншою мовою, надрукованим великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Крім того, ви маєте право на послуги усного перекладача. Ви можете скористатися послугами дипломованого або кваліфікованого усного перекладача, який спеціалізується в галузі охорони здоров'я. Такі послуги надаються безкоштовно. Зателефонуйте за номером 855-722-8206 TTY 711 або зверніться до свого лікаря. Ми приймаємо виклики в режимі ретрансляції.

Farsi

شما می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، نسخه چاپی درشت، خط بریل، یا در قالب دلخواه خود دریافت کنید. همچنین، شما حق دارید از یک مترجم کمک بگیرید. می‌توانید از یک مترجم شفاهی مراقبت‌های بهداشتی دارای گواهی‌نامه یا واجد صلاحیت کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره 855-722-8206 تماس بگیرید، از طریق دستگاه تله‌تایپ (TTY) با شماره 711 تماس حاصل کنید، یا موضوع را به ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود اطلاع دهید. ما از تماس‌های رله پشتیبانی می‌کنیم.

Amharic

ይህንን ሰነድ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትላልቅ ህትመቶች፣ በብሬይል ወይም በሚመርጡት ቅርጾች ማግኘት ይቻላል። በተጨማሪም አስተርጓሚ የማግኘት መብት አለዎት። እውቅና ካለው ወይም ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ እርዳታ ማግኘት ይቻላል። ይህ እርዳታ ነጻ ነው። ወደ 855-722-8206፣ TTY 711 ይደውሉ ወይም ለአቅራቢዎ ይንገሩ። የሪሌይ ስልክ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

Romanian

Puteți obține acest document în alte limbi, tipărit cu font mare, în braille sau în formatul preferat. De asemenea, aveți dreptul la un interpret. Puteți obține asistență de la un interpret aprobat sau calificat în domeniul medical. Asistența este gratuită. Sunați la 855-722-8206, TTY 711 sau contactați furnizorul. Acceptăm apeluri prin centrală.

Khmer/Cambodian

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងទៀត អក្សរធំៗ អក្សរស្នាប ឬទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាន។
អ្នកក៏មានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផងដែរ។
អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផ្នែកថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬមានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់។
ជំនួយនេះផ្តល់ជូនឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 855-722-8206, TTY 711 ឬប្រាប់ស្ថាប័នផ្តល់សេវារបស់អ្នក។
យើងទទួលយកការហៅទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត។

Burmese

ဤစာရွက်စာတမ်းကို အခြားဘာသာစကားများ၊ စာလုံးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ထားခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ သို့မဟုတ် သင်နှစ်သက်သော ဖောမက်တစ်ခုဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် စကားပြန်တစ်ဦးရပိုင်ခွင့်လည်း ရှိပါသည်။ အသိအမှတ်ပြုထားသော သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦး၏ အကူအညီကို သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ 855-722-8206, TTY 711 သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင့်အား စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ပြောပါ။ ကြားလူအကူအညီဖြင့် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါသည်။

Swahili

Unaweza kupata hati hii katika lugha nyingine, machapisho makubwa, maandiko ya nukta nundu au katika muundo unaoupenda. Una haki ya kupata mkalimani. Unaweza kupata msaada kutoka kwa mkalimani wa huduma za afya aliyeidhinishwa au anayestahiki. Msaada huu haulipishwi. Piga simu kwa 855-722-8206, TTY 711, au mweleze mtoa huduma wako. Tunapokea simu za kupitia mfasiri wa mawasiliano.

Ayúdenos a mejorar este manual.

El Oregon Health Plan (OHP, Plan de salud de Oregón) quiere saber de usted. Queremos asegurarnos de que tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a Columbia Pacific CCO y al OHP a mejorar los manuales para miembros.

Haga la encuesta sobre el manual. Escanee el código QR o vaya a surveymonkey.com/r/tellOHP para responder algunas preguntas.



ESCANEE PARA LA
ENCUESTA

Actualizaciones del manual

Puede encontrar el manual más actualizado en colpachealth.org/handbook. Columbia Pacific puede enviarle un manual por correo. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta sobre este manual, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206.

Comenzando

Le enviaremos una encuesta de salud para ayudar a Columbia Pacific a conocer el apoyo que necesita. Le preguntaremos sobre sus necesidades de atención de salud físicas, del comportamiento, odontológicas, del desarrollo y sociales. Para saber más sobre esta encuesta, vaya a la sección “Encuesta sobre su salud”.

Complete y envíe de regreso su encuesta a través de cualquiera de los siguientes medios:

- Teléfono: 855-722-8206
- Fax: 503-416-1313
- Servicio postal: Columbia Pacific CCO
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204
- Correo electrónico: customerservice@careoregon.org

Consulte al final del manual la definición de términos que podría ser de utilidad conocer.

Si está buscando:

- Beneficios. Consulte la página 38
- Proveedores de atención primaria. Consulte la página 29
- Aprobaciones previas y referencias. Consulte la página 39
- Derechos y responsabilidades. Consulte la página 22
- Traslados gratuitos para atención. Consulte la página 47

- Care coordination (Coordinación de Atención). Consulte la página 35
- Prescripciones. Consulte la página 84
- Atención de emergencia. Consulte la página 89
- Cuánto tiempo lleva recibir atención médica. Consulte la página 65
- Denuncias, quejas y apelaciones. Consulte la página 110
- Siempre lleve con usted sus tarjetas de identificación de Plan de Salud de Oregón (OHP por sus siglas en inglés) y de Columbia Pacific.
 - Nota: Estas le llegarán por separado, y usted recibirá su tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregón antes que la de Columbia Pacific.

Su tarjeta de identificación de usuario tiene la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de identificación
- La información de su plan
- Información y nombre de su clínica de atención médica primaria
- Número telefónico de Servicio al Cliente
- Número de teléfono de acceso lingüístico

Asistencia gratuita en otros idiomas y formatos.

Todos tienen el derecho de conocer los programas y servicios de Columbia Pacific CCO. Todos los afiliados tienen el derecho de saber la forma de cómo utilizar nuestros programas y servicios.

Para las personas que hablan o utilizan un idioma distinto del inglés, las personas con discapacidades o las personas que necesitan otro tipo de apoyo, podemos ofrecer ayuda gratuita. Ejemplos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas y de lengua hablada
- Material escrito en otros idiomas
- Braille
- Subtítulos en tiempo real (CART)
- Letra más grande

Usted puede consultar este manual para usuarios en nuestro sitio web colpachealth.org/handbook. Si requiere asistencia o tiene alguna duda, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206.

Puede obtener información en otro idioma o formato.

Usted o su representante pueden obtener material para afiliados, como por ejemplo este manual o avisos de la CCO (por sus siglas en inglés, Organización de Atención Coordinada) en otros idiomas, letra más grande, braille o cualquier formato de su preferencia. Cada formato tiene la misma información. Usted recibirá el material dentro de los cinco días siguientes a su solicitud. Esta asistencia es gratuita. Cada formato contiene la misma información. Ejemplos de material para afiliados son:

- Este manual
- Lista de medicamentos cubiertos
- Listado de proveedores
- Correspondencia, como avisos de quejas, rechazos y apelaciones

El uso de beneficios, quejas, apelaciones o audiencias no serán negados o limitados en función a que los requiera en otro idioma o formato.

Columbia Pacific CCO puede enviarle un correo electrónico con los materiales.

Usted puede solicitar material vía electrónica. Complete el formato de contacto seguro en nuestro sitio web colpachealth.org/contact-us. Por favor indíquenos los documentos que desearía que le enviemos por correo electrónico. También puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8206.

Usted puede tener un intérprete.

Usted, su representante, familiares y cuidadores pueden solicitar un intérprete certificado o calificado en atención médica. También, puede solicitar intérpretes para lenguaje de señas y traducciones escritas, o asistencia y servicios auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Informe al consultorio de su proveedor de atención médica si requiere un intérprete durante su visita. Mencione el idioma o formato que usted necesite. También puede solicitar a Columbia Pacific CCO una tarjeta “I speak” (Hablo) que puede utilizar en las visitas.

Si necesita ayuda, llámenos al 855-722-8206 o llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 o TTY 711. Consulte la Página 110 para obtener información sobre “Quejas, apelaciones y derechos a audiencias.”

Si no obtiene la ayuda que necesita de Columbia Pacific CCO, llame a la línea directa de Derechos Civiles Públicos de Oregon Health Authority al 844-882-7889 o TTY 711, o envíe un correo electrónico a oha.publiccivilrights@odhsoha.oregon.gov.

Nuestra política de no discriminación

Discriminar es ilegal. Columbia Pacific CCO y sus proveedores deben cumplir con las leyes estatales y federales de derechos civiles. No podemos tratar injustamente a las personas (miembros o miembros potenciales) en ninguno de nuestros programas o actividades por los siguientes motivos:

- Edad
- Discapacidad
- Origen nacional, idioma principal y dominio en el idioma inglés
- Raza
- Religión
- Color
- Sexo

- Características sexuales, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales
- Embarazo o condiciones relacionadas
- Estado de salud o necesidad de servicios

Si usted siente que fue tratado injustamente por cualquiera de los motivos antes mencionados, puede presentar una queja. Esto también se conoce como presentar una queja formal.

Realice (o presente) una queja en Columbia Pacific CCO en cualquiera de las siguientes formas:

- Teléfono: Contacte a nuestro Coordinador de Sección 1557 al 855-722-8206 o TTY 711
- Fax: 503-416-1313
- Servicio postal: Columbia Pacific CCO
Attn: 1557 Coordinator
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204
- Correo electrónico: 1557Coordinator@careoregon.org
- Sitio web: colpachealth.org/contact-us

Puede leer sobre nuestro proceso de reclamación en colpachealth.org/members/member-resources.

Si tiene una discapacidad, Columbia Pacific CCO ofrece estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en letra grande, audio u otros formatos
- Otros ajustes razonables

Si necesita ayuda lingüística, Columbia Pacific CCO ofrece estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

¿Requiere asistencia para presentar una queja? ¿Necesita ayuda lingüística o ajustes razonables? Llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 para hablar con un especialista en bienestar entre iguales, o un asistente en salud personal. También tiene el derecho de presentar una queja ante cualquiera de las siguientes organizaciones:

Derechos Civiles de Oregon Health Authority (OHA)

- Teléfono: 844-882-7889 o TTY 711
- Sitio web: oregon.gov/OHA/EI
- Correo electrónico: OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov

¿Necesita ayuda? Llame al 855-722-8206 o visite colpachealth.org/about-us/contact-us

- Servicio postal: Office of Equity and Inclusion Division
421 SW Oak St, Suite 750
Portland, OR 97204

Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division (División de Derechos Civiles de la Oficina de Trabajo e Industrias)

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

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR por sus siglas en inglés) (Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)

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

Mantenemos la privacidad de su información

Sólo compartimos sus expedientes con personas quienes requieren verlos. Ello podría ser por motivos de tratamientos o de pago. Usted puede limitar el acceso a sus expedientes. Comuníquenos por escrito si usted no desea que alguien tenga acceso a sus expedientes, **o bien**, si quisiera compartirlos con alguien. Puede enviar un correo electrónico: customerservice@careoregon.org. También, puede solicitarnos una lista de las personas con quienes hemos compartido sus expedientes.

Una ley denominada Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA por sus siglas en inglés) (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos) protege sus expedientes médicos y mantiene su privacidad. Esto también es llamado confidencialidad. Contamos con un documento denominado Aviso de Prácticas de Privacidad que explica la forma en que utilizamos la información personal de nuestros afiliados. Se lo enviaremos en caso de que usted lo requiera. Solo llame a Servicio al Cliente y solicite nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También puede consultarlo en link.careoregon.org/jcc-privacy.

Expedientes médicos

Un expediente médico contiene sus condiciones de salud y los servicios que ha utilizado. También muestra las referencias que se han hecho para usted.

¿Qué puede usted hacer con los expedientes médicos?

- Solicitar que se envíen a otro proveedor de atención médica.
- Solicitar una modificación o corrección a sus expedientes.
- Obtener una copia de sus expedientes, incluyendo, pero no limitado a:
 - Expedientes médicos de parte de su proveedor de atención médica.
 - Expedientes dentales de parte de su proveedor de atención dental.
 - Expedientes de Columbia Pacific.

Es posible que se le cobre dinero al solicitar una copia de sus expedientes.

Puede haber ocasiones en que la ley restrinja su acceso.

No se pueden compartir las notas y los registros de psicoterapia preparados para procesos judiciales.

Los proveedores tampoco pueden compartir registros cuando, a su criterio profesional, esto podría causar daño sustancial a usted u otra persona.

Si un proveedor le niega a usted o a su representante autorizado copias de sus registros médicos, el proveedor debe darle un aviso por escrito. El aviso debe explicar el motivo por el cual la solicitud fue rechazada, así como también sus derechos de tener otro proveedor que revise el rechazo. El aviso también le indicará cómo presentar un reclamo al proveedor o secretario de salud y servicios humanos.

Índice

Actualizaciones del manual	8
Comenzando	8
Asistencia gratuita en otros idiomas y formatos.....	9
Nuestra política de no discriminación	11
Mantenemos la privacidad de su información	13
Expedientes médicos	14
Índice	15
¡Bienvenidos a Columbia Pacific CCO!	17
Contáctenos	20
Sus derechos y responsabilidades	22
Afiliados que sean Indios Americanos y Nativos de Alaska	27
Nuevos afiliados que necesiten servicios de inmediato	28
Proveedores de atención primaria (PCP).....	29
Segundas opiniones	32
Encuesta acerca de su salud	32
Afiliadas que están embarazadas	34
Reciba asistencia para organizar su atención médica con Care Coordination	35
Sus beneficios.....	38
Necesidades sociales relacionadas con la salud	59
Acceso a la atención que usted necesita	63
Beneficios integrales y preventivos para afiliados menores de 21 años.....	67
Traditional health workers (THW)	71
Servicios adicionales	72
Acudiendo a las citas de atención médica.....	74
Recibiendo atención médica por video o teléfono.....	82
Medicamentos prescritos	84
Hospitales.....	87
Atención urgente	87
Atención de emergencia	89

Atención lejos de casa.....	94
Facturación de servicios.....	95
Afiliados con OHP y Medicare.....	100
Cambiando CCO y la atención médica	101
Decisiones sobre el final de la vida	106
Reportando un fraude, despilfarro y abuso	110
Quejas, denuncias, apelaciones y audiencias imparciales.....	112
Palabras a saber	119

¡Bienvenidos a Columbia Pacific CCO!

Nos da mucho gusto que sea parte de Columbia Pacific. Estamos encantados de apoyarle con su salud. Deseamos brindarle la mejor atención posible. Columbia Pacific es un grupo de diversos tipos de proveedores de atención médica que trabajamos juntos para la gente de Oregon Health Plan (OHP) en su comunidad. Este modelo es conocido como Coordinated Care Organization (Organización de Atención Coordinada), o CCO (Por sus siglas en inglés).

Con un CCO, usted puede obtener todos los servicios de atención médica dentro del mismo plan. Esto incluye atención médica física, dental y del comportamiento. Salud del comportamiento significa tanto salud mental como trastornos por el consumo de sustancias.

Es importante conocer cómo utilizar su plan. Este manual contiene información acerca de nuestra empresa, cómo recibir atención médica, y cómo obtener el máximo de sus beneficios.

Cómo OHP y Columbia Pacific CCO trabajan juntos

El Oregon Health Plan (OHP) es una cobertura de atención médica sin costo para los habitantes de Oregón. OHP es el programa de Medicaid de Oregon. Cubre servicios de atención médica física, dental, social, del desarrollo y de salud del comportamiento. OHP también apoya con prescripciones y en la obtención de citas.

OHP cuenta con planes locales de salud que le pueden ayudar a utilizar sus beneficios. Los planes se llaman Coordinated Care Organizations o CCO. Columbia Pacific es una CCO. Atendemos a los condados de Clatsop, Columbia y Tillamook. Columbia Pacific es operada por CareOregon, un proveedor de seguros que apoya a los afiliados de Medicaid.

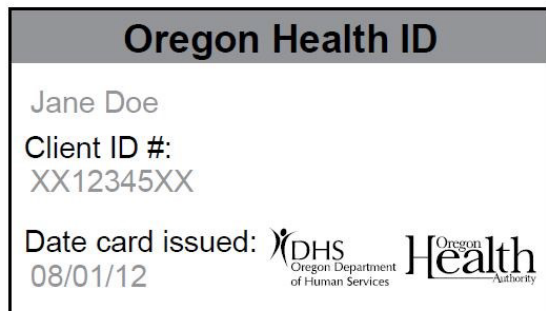
Trabajamos con otras organizaciones para ayudar a administrar algunos de sus beneficios, como servicios odontológicos y beneficios de transporte. Si desea ver una lista completa de estas organizaciones y servicios, consulte la sección “Contáctenos”.

Las CCO se organizan y pagan por su atención médica. Le pagamos a médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar la atención que usted recibe. Ello contribuye a asegurar que los proveedores se enfoquen en mejorar su salud en general. Usted tiene el derecho a consultar la forma en que pagamos a los proveedores. Los incentivos o pagos a proveedores no modificarán su atención médica o la manera en que usted recibe beneficios. Para más información, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206. Cuando solicite esta información, la enviaremos dentro de cinco días hábiles.

Todas las organizaciones de atención coordinada ofrecen los mismos beneficios de OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales, como artículos para recién nacidos y membresías a gimnasios. Conozca más sobre los beneficios de Columbia Pacific en la sección “Sus beneficios” en la página 38 y “Servicios adicionales” en la página 72.

Al afiliarse en OHP, usted recibirá una tarjeta de identificación de Oregon Health. Ésta será enviada por correo junto con su documento de cobertura. Cada afiliado de OHP recibe en su hogar una tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación Oregon Health se verá así:



Cuando usted se afilia a una CCO, también recibirá una tarjeta de identificación de usuario CCO. Esta tarjeta es muy importante. Muestra que usted está afiliado a Columbia Pacific y contiene otra información como números telefónicos de importancia. Su proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) también se muestra en su tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación Columbia Pacific CCO se verá así:



Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific cada vez que acuda a una cita médica o en la farmacia.

Su documento de cobertura y la tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific le indicarán la CCO a la que usted se encuentra afiliado. También le mostrarán el nivel de atención médica que cubre su plan. Use su tarjeta de identificación y la tabla a continuación para saber con qué tipo de atención tiene cobertura.

CCO o OHP: ¿Quién organiza y paga su atención?			
Tipo de cobertura	Salud física	Salud odontológica	Salud del comportamiento

CCO-A	Columbia Pacific CCO	Columbia Pacific CCO	Columbia Pacific CCO
CCO-B	Columbia Pacific CCO	OHP	Columbia Pacific CCO
CCO-E	OHP	OHP	Columbia Pacific CCO
CCO-F*	Sin cobertura	Columbia Pacific CCO	Sin cobertura
CCO-G	OHP	Columbia Pacific CCO	Columbia Pacific CCO
Tarjeta abierta**	OHP	OHP	OHP

*CCOF: solo cubre atención de salud odontológica, a menos que tenga la tarjeta de salud CCO-F plus para atención de salud física y del comportamiento

**La tarjeta abierta también se conoce como pago por servicio.

Obtenga más información sobre cómo organizar su atención en la sección “Coordinación de la atención médica” en la página 35 o consulte qué tipo de beneficios están cubiertos en la sección “Sus beneficios” en la página 38.

Community Advisory Council (CAC por sus siglas en inglés, Consejo Asesor Comunitario)

Cada CCO es única en su comunidad y cuenta con sus propios líderes locales. Por eso es importante que las personas de la comunidad compartan sus ideas. Columbia Pacific CCO tiene un Community Advisory Council (CAC, Consejo Asesor Comunitario) en cada condado al que atiende. Este grupo incluye afiliados de las CCO como usted, proveedores de atención médica y otros miembros de la comunidad. El CAC ayuda a garantizar que su voz sea escuchada en el plan de salud.

Más de la mitad de las personas del CAC son afiliados de Columbia Pacific CCO. Este quiere decir que puede contribuir a mejorar la atención médica para usted, su familia y su comunidad.

El CAC brinda ayuda en situaciones como las siguientes:

- Asesorar sobre cómo mejorar la salud de las clínicas y la comunidad
- Encontrar alternativas para mejorar los programas actuales y compartir ideas para programas nuevos
- Sugerir al consejo de directores cómo satisfacer las necesidades de los afiliados y mejorar la salud en la comunidad
- Planificar eventos y proyectos para ayudar a que las personas aprendan sobre el cuidado de la salud

- Apoyar con una Evaluación de Necesidades Comunitarias de Salud y un Plan de Mejora Comunitaria de Salud para todos quienes vivan en el área de Columbia Pacific CCO

Para más información acerca del CAC o para aplicar, visite colpachealth.org/CAC o llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206. Usuarios TTY pueden llamar al 711. También puede enviar un correo electrónico a CACCoordinator@colpachealth.org

Contáctenos

Las oficinas de Columbia Pacific CCO están abiertas de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Estamos cerrados en:

- Día de Año Nuevo*: 1 de enero de 2026
- Día de Martin Luther King, Jr.: 19 de enero de 2026
- Día de la Conmemoración de los Caídos: 25 de mayo de 2026
- Día de la Emancipación*: 19 de junio de 2026
- Día de la Independencia*: 4 de julio de 2026
- Día del Trabajo: 7 de septiembre de 2026
- Día de Acción de Gracias: 26 de noviembre de 2026
- El día siguiente al Día de Acción de Gracias: 27 de noviembre de 2026
- Nochebuena*: 24 de diciembre de 2026
- Navidad*: 25 de diciembre de 2026

Para días festivos marcados con asterisco (*): Si el día festivo cae en fin de semana, estamos cerrados el día de la semana más cercano (lunes o viernes).

Si hay un cierre de oficina de emergencia, CPC se comunicará con usted mediante mensaje de texto, llamada telefónica o correo electrónico. Esto también se anunciará en redes sociales. CPC también pondrá carteles en las puertas de sus oficinas administrativas.

La ubicación de nuestras oficinas y la dirección postal es:

Columbia Pacific CCO
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Llamada sin costo: 855-722-8206 o TTY 711

Fax: 503-416-1313

Sitio web: colpachealth.org/contact-us

Descargue la aplicación móvil. Obtenga más información en colpachealth.org/members/member-portal

Números telefónicos de importancia

- **Atención y beneficios médicos**

Llame a Servicio al Cliente: 855-722-8206 Usuarios TTY por favor llamar al 711.

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

Conozca sobre beneficios médicos y atención en la sección “Sus beneficios” en la página 38.

- **Beneficios de farmacia**

Optum RX – Llamada sin costo: 800-356-3477

Horario: las 24 horas del día

Consulte sobre beneficios de farmacia y atención en la sección “Medicamentos recetados” en la página 84.

- **Salud del comportamiento, atención y beneficios en tratamientos de trastornos por el consumo de drogas, alcohol y sustancias**

Llame a Servicio al Cliente: 855-722-8206 Usuarios TTY por favor llamar al 711.

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

Conozca sobre beneficios de salud del comportamiento en la sección “Beneficios de atención de salud del comportamiento” en la página 51.

- **Atención y beneficios dentales**

Advantage Dental - Llamada sin costo: 866-268-9631

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

CareOregon Dental - Llamada sin costo: 888-440-9912

Horario: de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.

ODS - Llamada sin costo: 800-342-0526

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

- **Asistencia gratuita en otros idiomas y formatos**

Puede obtener ayuda de intérpretes, traducciones escritas e información en otros formatos.

Llame al Servicio al Cliente: 855-722-8206. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Informe a Columbia Pacific qué tipo de ayuda lingüística necesita.

Horario: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Consulte los cierres por vacaciones en la página 20.

Conozca más en la sección “Asistencia gratuita en otros idiomas y formatos” en la página 28.

Apoyo en traslados para citas

NW Rides - Llamada sin costo: 888-793-0439

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

Consulte acerca de la atención y beneficios de transportación en la página 75.

Contacte a Oregon Health Plan

Servicio al Cliente de OHP puede apoyarlo en:

- Cambiar la dirección, el número telefónico, la situación familiar u otra información de casos.
- Reposición por extravío de la tarjeta de identificación de Oregon Health.
- Obtener ayuda en la aplicación o renovación de beneficios.
- Obtener apoyo local de un socio comunitario.

Cómo contactar a Servicio al Cliente de OHP.

- Llamada: Sin costo al 800-699-9075 o TTY 711
- Sitio web: [OHP.Oregon.gov](https://www.OHP.Oregon.gov)
- Correo electrónico: Use el sitio seguro de correo electrónico en secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt para enviar un correo electrónico a OHP.
 - Para preguntas o cambios sobre su caso de OHP, envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
 - Para preguntas sobre organizaciones de atención coordinada o cómo usar sus beneficios médicos, envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.

Indique al OHP su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Oregon Health, domicilio y número telefónico.

Las familias de adopción y tutela deben ponerse en contacto con el coordinador de elegibilidad médica y afiliación para adopción y tutela en:

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

Sus derechos y responsabilidades

Como un afiliado de Columbia Pacific CCO, usted tiene derechos. También existen responsabilidades o cosas que tiene que hacer cuando obtiene OHP. Si tiene alguna pregunta acerca de los derechos y responsabilidades aquí mencionadas, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206.

Usted tiene el derecho de ejercer sus derechos de afiliado sin una mala respuesta o discriminación. Usted puede presentar una queja si siente que sus derechos no han sido respetados. Consulte más detalles acerca de la presentación de quejas en la Página 110. También puede llamar a un Ombudsperson (Defensor) de Oregon Health Authority al 877-642-0450 o a TTY 711. Usted puede enviarles un correo electrónico seguro a oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx.

Existen ocasiones en las que personas menores de 18 años (menores de edad) pueden requerir o necesitar de servicios de atención médica por cuenta propia. Los menores de 15 años o más pueden obtener atención médica y odontológica sin consentimiento de los padres. Para conocer más al respecto, consulte “Derechos de Menores de Edad: Acceso y Consentimiento a Atención Médica.” Este manual le indica los tipos de servicios a los que los menores de cualquier género pueden acceder por su cuenta y cómo se pueden compartir sus registros médicos. Puede consultarlo en OHP.Oregon.gov. Acceda en “Derechos de menores de edad y acceso a atención.” O ingrese a sharedsystems.dhsosha.state.or.us/DHSForms/Served/Ie9541.pdf

Sus derechos como un afiliado de OHP

Usted tiene el derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con dignidad, respeto, y consideración por su privacidad.
- Ser tratado por los proveedores de la misma forma que otra gente que busca atención médica
- Tener una relación estable con un equipo que es responsable de administrar su atención médica integral.
- No ser reprimido o ser apartado de personas porque sería más fácil:
 - Cuidar de usted.
 - Castigarlo.
 - Que usted realice algo que no quiera hacer.

Usted tiene el derecho de obtener esta información

- Material diseñado de una manera y en un idioma que usted pueda entender. (Consulte la página 2)
- Materiales como este manual que le cuentan sobre organizaciones de atención coordinada y cómo usar el sistema de atención a la salud
- Material escrito que le informe sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo recibir servicios, y qué hacer en caso de una emergencia (este Manual para Usuarios es una buena opción para ello)
- Información acerca de su estado de salud, tratamientos y alternativas, qué está cubierto, y qué no está cubierto. Esta información le será de utilidad en la toma de buenas decisiones sobre su atención médica. Reciba esta información en el idioma y en un formato que sea de utilidad para usted.
- Un expediente médico que mantenga un registro de su estado de salud, los servicios que recibe, y referencias. (Consulte la página 13). Usted puede:
 - Tener acceso a sus expedientes médicos
 - Compartir sus expedientes médicos con un proveedor.

- Notificación por escrito enviada a usted por correo sobre un rechazo o cambio de un beneficio antes de que ello suceda. Usted podría no recibir una notificación si ello no es requerido por las normas federales o estatales.
- Una notificación por escrito sobre los proveedores que ya no forman parte de la red enviada por correo. La red significa los proveedores o especialistas que trabajan con Columbia Pacific. (Consulte la página 32)
- Ser avisado oportunamente si una cita es cancelada.

Usted tiene el derecho de recibir este tipo de atención

- Atención y servicios que lo ubiquen al centro. Recibir atención que le proporcione elección, independencia y dignidad. Esta atención será en función a sus requerimientos médicos y cumplirá con los estándares de la práctica.
- Servicios que tomen en cuenta sus preferencias culturales y de idioma y que se ubiquen cerca de donde usted vive. Si se encuentra disponible, puede recibir servicios en otras modalidades, como en línea. (Consulte la página 142)
- Care Coordination (Coordinación de Atención), atención basada en la comunidad, y asistencia con una atención diseñada y adaptada de manera tal que sea acorde con su cultura e idioma. Esto será de utilidad para mantenerle fuera de un hospital u otras instalaciones médicas cuando sea posible.
- Servicios necesarios para saber qué afección médica tiene.
- Asistencia para utilizar el sistema de atención médica. Recibir la asistencia cultural y de idioma que usted requiere (consulte la página 2). Esto podría ser:
 - Intérpretes certificados o calificados en atención médica.
 - Traducción escrita de materiales y recetas de farmacia
 - Traditional health workers certificados.
 - Trabajadores de la salud comunitarios.
 - Especialistas en bienestar entre iguales.
 - Especialistas en apoyo entre iguales.
 - Doulas (acompañantes durante el embarazo, el parto, el postparto y cuidados del recién nacido).
 - Asistentes en salud personal.
- Asistencia del personal de la CCO totalmente capacitado en las políticas y procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos cubiertos (consulte la página 34)
- Urgencias y servicios de emergencia sin aprobación o permiso las 24 horas al día, siete días de la semana (consulte la página 87)
- Referencias hacia proveedores especializados necesarios en servicios coordinados cubiertos (consulte la página 41)

- Soporte adicional de un Defensor de OHP (consulte la página 29)

Usted tiene el derecho de realizar estas cosas

- Elegir sus proveedores y modificar dichas elecciones cuando lo desee (consulte la página 30)
- Obtener una segunda opinión (consulte la página 32)
- Que un amigo, miembro de la familia o ayudante le acompañe a sus citas
- Estar activamente involucrado en el diseño de su plan de tratamiento
- Aceptar o rechazar servicios. Saber qué pudiera suceder con base en su decisión. No se puede rechazar un servicio ordenado por un tribunal
- Acudir por cuenta propia a servicios de salud del comportamiento o de planeación familiar sin el permiso de un proveedor
- Realizar una declaración de voluntad para un tratamiento. Esto significa su voluntad para aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud del comportamiento. También significa el derecho de formular directrices y otorgar poderes a terceros para atención médica, según lo dispone ORS 127 (por sus siglas en inglés, Estatutos Modificados de Oregón) (consulte la página 109)
- Presentar una queja o solicitar una apelación. Obtener una respuesta de Columbia Pacific CCO cuando usted realice esto (consulte la Página 112)
 - Solicitar al estado (de Oregón) una revisión si usted no está de acuerdo con la decisión de Columbia Pacific Esto se llama una audiencia (consulte la Página 110).
- Recibir de manera gratuita intérpretes certificados o calificados en atención médica para todos los idiomas distintos al inglés y lenguaje de señas (consulte la página 9)

Sus responsabilidades como un afiliado de OHP

Usted debe tratar a los demás de esta manera

- Ser respetuoso con el personal, los proveedores y demás personas de Columbia Pacific CCO.
- Ser honesto con sus proveedores para que puedan brindarle la mejor atención.

Usted debe comunicar cierta información a OHP

Si tiene un OHP, debe informar determinados cambios sobre usted y su familia, como cambios de dirección, ingresos, dependientes u otros cambios. Su carta de aprobación de OHP le indicará lo que debe informar y cuándo.

Puede informar cambios de una de las siguientes maneras:

- Usar su cuenta en línea de ONE en One.Oregon.gov para informar cambios en línea.
- Visitar cualquier Oregon Department of Human Services Office (Oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon) en Oregon. Puede encontrar una lista de oficinas en: oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx
- Comuníquese con un socio comunitario local certificado de OHP. Puede encontrar un socio comunitario en: healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx
- Llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075.
- Envíe un fax: 503-378-5628.
- Envíe por correo postal a ONE Customer Service Center, PO Box 14015, Salem, OR 97309.
- Existen otros derechos y responsabilidades que tiene por ser miembro de un OHP. El OHP los compartió cuando solicitó la afiliación. Puede encontrar una copia en oregon.gov/odhs/benefits/pages/default.aspx, bajo el enlace "Derechos y responsabilidades".

Usted debe tomar estas medidas relacionadas con su atención:

- Elegir o ayudar a elegir su proveedor o clínica de atención primaria.
- Recibir chequeos médicos anuales, visitas de bienestar y atención preventiva para ayudar a mantenerse saludable.
- Ser puntual en sus citas. Si llegará tarde, llame para avisar o cancele la cita si no le será posible asistir.
- Lleve consigo a las citas sus tarjetas médicas de identificación. Mencione en el consultorio que usted cuenta con OHP y cualquier otro seguro médico que tenga. Informe si sufrió alguna herida en un accidente.
- Apoye a su proveedor a diseñar su plan de tratamiento. Siga el plan de tratamiento y tome parte activa en su atención médica.
- Siga las indicaciones de sus proveedores o solicite otra opción.
- Si usted no entiende, realice preguntas acerca del estado de salud, tratamientos y otros temas relacionados con su atención médica.
- Utilice la información que reciba de sus proveedores y el equipo de atención médica para apoyar la toma de decisiones fundamentadas sobre su tratamiento.
- Utilice a su proveedor de atención primaria para exámenes y otros requerimientos de atención médica, salvo en casos de emergencia.
- Acuda a los especialistas de la red o solicite la aprobación de su proveedor en caso de que usted desee o necesite ver a alguien quien no trabaje con Columbia Pacific.
- Utilice los servicios de urgencias y emergencia adecuadamente. Informe a su proveedor de atención primaria dentro de las 72 horas siguientes si usted utilizó estos servicios.

- Ayude a los proveedores a conseguir su registro médico. Es posible que tenga que firmar un formulario para esto, denominado Autorización de divulgación de información de salud protegida (PHI).
- Comunique a Columbia Pacific si tiene algún problema, queja o requiere asistencia.
- Si desea servicios que no están cubiertos por OHP, complete un formulario de Agreement to Pay (Acuerdo de pago).
- Si recibe dinero con motivo de una lesión, apoye a Columbia Pacifica que reciba el pago de los servicios que le brindamos para atender esa lesión.

Afiliados que sean Indios Americanos y Nativos de Alaska

Indios Americanos y Nativos de Alaska tienen el derecho de elegir dónde recibir atención médica. Ellos pueden utilizar proveedores de atención primaria y otros proveedores que no sean parte de nuestra CCO, tales como:

- Centros de bienestar tribales.
- Indian Health Services (IHS por sus siglas en inglés, Clínicas de Servicios de Salud para Indios). Encuentre una clínica en [ihs.gov/findhealthcare](https://www.ihs.gov/findhealthcare)
- Native American Rehabilitation Association of the Northwest (NARA por sus siglas en inglés. Asociación del Noroeste para Rehabilitación de Nativos Americanos). Obtenga más información o encuentre una clínica en [naranorthwest.org](https://www.naranorthwest.org)

Puede utilizar otras clínicas que no estén dentro de nuestra red. Consulte más detalles acerca de referencias y preautorizaciones en la página 59.

Indios Americanos y Nativos de Alaska no requieren una referencia o permiso para recibir atención médica de estos proveedores. Estos proveedores deben facturar a Columbia Pacific CCO. Solo pagamos por beneficios cubiertos. Si un servicio requiere aprobación, el proveedor debe solicitarlo primero.

Indios Americanos y Nativos de Alaska tienen el derecho de salir de Columbia Pacific en cualquier momento y cuentan con Pago-Por-Servicio (FFS por sus siglas en inglés) de OHP para cubrir su atención médica. Consulte más detalles acerca de salir o cambiar su CCO en la página 101.

Si desea que Columbia Pacific sepa que es nativo americano o nativo de Alaska, comuníquese con Servicio al cliente de OHP al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov) para informarlo.

Es posible que se le asigne un estatus tribal apto si cualquiera de los siguientes enunciados es verdadero. Estas preguntas también se formulan en la aplicación de OHP.

- Es un miembro inscripto de una tribu federalmente reconocida o un accionista en una corporación regional nativa de Alaska.

- Recibe servicios de Indian Health Services (Servicios de Salud Indígenas), Tribal Health Clinics (Clínicas de Salud Tribal) o Urban Indian Clinics (Clínicas Indígenas Urbanas).
- Tiene un padre o abuelo que es un miembro inscripto de una tribu federalmente reconocida o un accionista en una corporación o villa regional nativa de Alaska.

Prácticas tradicionales de atención médica: Servicios no cubiertos

Los servicios de salud tradicionales son servicios especiales de curación y bienestar basados en la cultura y los conocimientos tribales. Estos servicios pueden incluir ceremonias, medicinas tradicionales u otras prácticas. Son impartidos por guardianes del conocimiento tradicional cualificados. Esos servicios solo están cubiertos cuando los presta un Indian Health Care Provider (IHCP, Proveedor de atención médica indígena) autorizado. Estos servicios se facturan directamente a la OHA, no al CPC. Si recibe servicios de atención médica tradicional por parte de un IHCP no autorizado, o si se facturan a través de CPC, esos servicios no están cubiertos por OHP

Nuevos afiliados que necesiten servicios de inmediato

Es posible que nuevos afiliados a OHP o Columbia Pacific CCO requieran a la brevedad posible de prescripciones, suministros u otros artículos o servicios. Si no puede acudir con su proveedor de atención primaria (PCP) o su proveedor dental primario (PDP por sus siglas en inglés) durante los primeros 30 días con Columbia Pacific:

- Mientras espera para programar una cita, puede llamar a Coordinación de la atención médica al 855-722-8206. Pueden ayudarlo a recibir la atención que necesita. La coordinación de la atención médica también puede ayudar a miembros de OHP con Medicare. (Consulte la sección Coordinación de la atención médica para obtener más información en la página 35)
 - Si es un afiliado nuevo de Medicare, consulte la sección “Miembros con OHP y Medicare” para obtener más información en la página 100.
- Agende una cita con su PCP tan pronto como le sea posible. Usted puede encontrar el nombre y número en su tarjeta de identificación de Columbia Pacific.
- Llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 si tiene alguna pregunta y desea saber más acerca de sus beneficios.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es quien lo atenderá regularmente en consultas, prescripciones y atención médica. Usted puede elegir uno, o podemos asistirlo para ello.

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser médicos, enfermera(o) practicantes y más. Usted tiene el derecho de elegir un PCP en la red de Columbia Pacific. Si no elige un proveedor dentro de los 90 días a partir de su afiliación, Columbia Pacific le asignará una clínica o seleccionará un PCP para usted. Columbia

Pacific le notificará a su PCP sobre la asignación y enviará una carta a usted con la información de su proveedor.

Podemos apoyarle en encontrar un PCP cuyo consultorio sea conveniente para usted y quien acepte nuevos pacientes. También puede buscar en la sección de Clínicas de Atención Primaria de nuestro directorio de proveedores, disponible en línea en colpachealth.org/providerdirectory

Su PCP trabajará con usted para ayudarle a estar lo más saludable posible. Llevan un registro de todas sus necesidades básicas y especiales. Su PCP:

- Le conocerá a usted y su historial médico.
- Le proporcionará atención médica.
- Mantendrá sus expedientes médicos actualizados y en un solo lugar.
- Ayudarlo a obtener intérpretes, traducciones escritas, ayudas auxiliares y modificaciones razonables de forma gratuita

Su PCP lo referirá con especialistas o lo ingresará a un hospital, si se requiere.

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

No olvide preguntar a Columbia Pacific si necesita un dentista, un proveedor de salud mental o una farmacia. Puede elegir visitar cualquier proveedor de salud mental o farmacia que figure en el Directorio de Proveedores. Para obtener orientación sobre cómo localizar un proveedor, consulte la sección Directorio de Proveedores más abajo.

Puede cambiar de proveedor de salud mental en cualquier momento que lo desee. También puede cambiar de farmacia en cualquier momento, pero elegir una que se adapte a sus necesidades puede facilitarle las cosas.

Contamos con cuatro planes de atención dental con los que estamos asociados. Usted será asignado con uno de estos cuatro. Ellos son:

- Advantage Dental Service
- CareOregon Dental
- ODS
- Willamette Dental

Cada miembro de su familia debe tener un dentista que será su proveedor dental primario (PDP). Acudirá a su PDP para la mayoría de sus necesidades de atención dental. Su PDP lo enviará a un especialista si necesita ir a uno. Usted encontrará su plan dental asignado en su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific.

Su dentista es muy importante porque:

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

Por favor contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. si quisiera cambiar su PCP, dentista u otros proveedores. Usted puede visitar a su nuevo PCP, dentista u otros proveedores el día en que este cambio sea hecho.

Proveedores dentro de la red

Columbia Pacific CCO trabaja con algunos proveedores en su área, pero no con todos ellos. Los proveedores con quienes trabajamos son llamados dentro la red o proveedores participantes. Los proveedores con quienes no trabajamos son llamados proveedores fuera de la red. Es posible que usted consulte proveedores fuera de la red en caso de requerirse, pero ellos deben trabajar con el Oregon Health Plan.

Es posible que usted consulte un proveedor fuera de la red para atención primaria si:

- Está cambiando de CCO o se traslada de OHP de pago-por-servicio a una CCO (consulte la página 101).
- Usted es Indio Americano o Nativo de Alaska (consulte la página 27).

Directorio de proveedores

Usted puede elegir su PCP u otros proveedores del directorio de proveedores en colpachealth.org/providerdirectory. También puede llamar a Servicio al Cliente para asistencia al 855-722-8206 o TTY 711. Aquí tiene ejemplos de información que puede encontrar en el directorio de proveedores:

- Si un proveedor está aceptando nuevos pacientes.
- Tipo de proveedor (médico, dental, salud del comportamiento, farmacia, etc.)
- Cómo contactarlos.
- Opciones de atención por video y vía telefónica (Telehealth).
- Asistencia de idiomas, incluyendo traductores e intérpretes.
- Adaptaciones para personas con discapacidad.

Puede obtener una copia impresa del directorio. Puede recibirla en otro formato (como en otros idiomas, letra más grande, o braille) sin costo. Contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Usted puede elegir su proveedor dental primario (PDP) desde el directorio de proveedores de planes dentales, que se encuentra en nuestro sitio web. O puede llamar a su número de servicio al cliente y ellos le asistirán. Algunos planes dentales le asignan un PDP. Es posible que el nombre y número de dicho consultorio dental se mencione en su tarjeta de identificación de Columbia Pacific.

Advantage Dental Service

Directorio de proveedores: providerportal.advantagedental.com/provider/search

Servicio al Cliente: Sin costo al 866-268-9631 o TTY 711

CareOregon Dental

Directorio de proveedores: careoregondental.org/member-resources/find-a-dentist

Servicio al Cliente: Sin costo al 888-440-9912 o TTY 711

ODS

Directorio de proveedores: [Odscommunitydental.com/dohpprovidersearch](https://odscommunitydental.com/dohpprovidersearch)

Servicio al Cliente: Sin costo al 800-342-0526 o TTY 711

Willamette Dental

Directorio de proveedores: locations.willamettedental.com

Servicio al Cliente: Sin costo al 855-433-6825 o TTY 711

Agende una cita

Usted puede agendar una cita con su proveedor tan pronto como elija uno.

Su PCP debe ser su primera llamada cuando requiera de atención médica. Ellos le agendarán una cita o le ayudarán a decidir el tipo de atención que usted requiere. Su PCP puede también referirle hacia otros servicios o recursos cubiertos. Contáctelos directamente para agendar una cita.

Si usted es un nuevo paciente para su PCP, agende una cita para un chequeo médico. De esta manera ellos pueden conocerle y a su historial médico antes de que se presente un problema o molestia. Esto permitirá evitar retrasos la primera vez que requiera utilizar sus beneficios.

Antes de su cita, lleve por escrito:

- Preguntas que tenga para su PCP u otros proveedores.
- Historial de problemas médicos familiares.
- Prescripciones, medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos que toma.

Llame para agendar una cita en horas hábiles y mencione:

- Que usted es afiliado a Columbia Pacific CCO.
- Su nombre y su número de identificación de usuario de Columbia Pacific.
- El tipo de cita que requiere.
- Si necesita un intérprete y el idioma requerido.

Mencione si usted está enfermo y necesita ser atendido por alguien ese día.

Le podemos apoyar en agendar su cita. Consulte más detalles acerca de opciones de transportación gratuita en la página 47.

Faltas a citas

Trate de no faltar a las citas. Si requiere faltar a una, llame a su PCP y cancele de inmediato. Ellos programarán otra visita para usted. Si usted no avisa al consultorio de su proveedor con antelación, es posible que no estén de acuerdo en atenderle en otra ocasión.

Cada proveedor tiene sus propias reglas acerca de faltas a citas. Consulte con ellos sus reglas.

Cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Si requiere asistencia, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Cambios a los proveedores de Columbia Pacific CCO

Le informaremos si uno de nuestros proveedores regulares deje de trabajar con Columbia Pacific. Usted recibirá una carta 30 días antes de que ocurra el cambio. Si este cambio ya se ha producido, le enviaremos una carta dentro de los 15 días posteriores al cambio.

Segundas opiniones

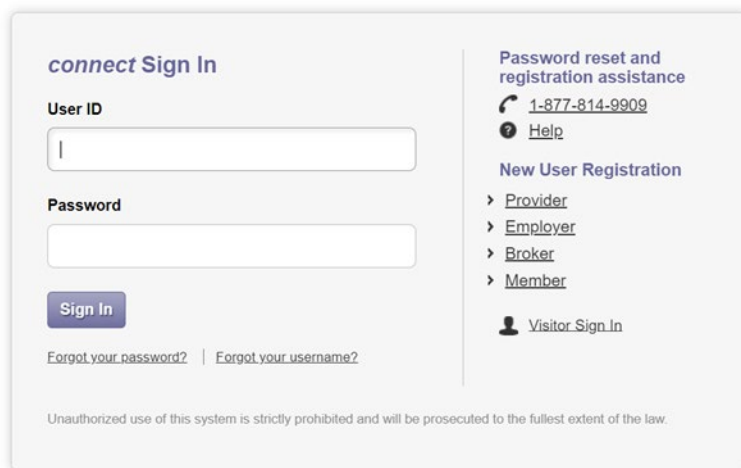
Usted tiene el derecho de obtener una segunda opinión acerca de su estado de salud o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si desea una segunda opinión, llame al Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 y díganos si desea ver a otro proveedor.

Si no hubiera un proveedor calificado dentro de nuestra red y usted desea consultar a uno fuera de la misma para una segunda opinión, contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific para asistencia. Nosotros organizaremos la segunda opinión sin costo.

Encuesta acerca de su salud

Poco después de afiliarse o si sufre un cambio relacionado con la salud, Columbia Pacific le enviará por correo una encuesta sobre su salud. Esto se llama Evaluación de riesgos para la salud. La encuesta le pregunta sobre su salud general con el objetivo de ayudarlo a reducir riesgos, mantenerse sano y prevenir enfermedades.

Puede completar la encuesta por correo o llamar al 855-722-8206 o TTY 711 para que un miembro del equipo de coordinación de la atención médica lo ayude a completarla. Para completar la encuesta en línea, inicie sesión en colpachealth.org/members/member-portal. Después de iniciar sesión, en “Menú” y “Mis recursos”, haga clic en “Evaluación de riesgos para la salud: Ayúdenos a conocer sus necesidades” para completar la encuesta.



connect Sign In

User ID

Password

Sign In

[Forgot your password?](#) | [Forgot your username?](#)

Password reset and registration assistance
 ☎ [1-877-814-9909](tel:1-877-814-9909)
 ⓘ [Help](#)

New User Registration

- › [Provider](#)
- › [Employer](#)
- › [Broker](#)
- › [Member](#)

👤 [Visitor Sign In](#)

Unauthorized use of this system is strictly prohibited and will be prosecuted to the fullest extent of the law.

La encuesta pregunta acerca de:

- Su acceso a alimentos y vivienda.
- Sus hábitos (como ejercicio, alimentación, y si usted fuma o bebe alcohol).
- Cómo se está sintiendo (para determinar si usted tiene depresión o requiere un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, salud dental e historia médica.
- Su idioma principal.
- Cualquier requerimiento de atención médica especial, como embarazo de alto riesgo, estado de salud crónico, trastornos en la salud del comportamiento, discapacidades, necesidades especiales de adaptación, etc.
- Si desea puede contactarle un miembro de nuestro equipo de Care Coordination.

Sus respuestas nos ayudarán a determinar:

- Si usted requiere algún examen médico, incluyendo exámenes de la vista o dentales.
- Si usted tiene necesidades de atención médica habitual o especial.
- Su estado de salud crónico.
- Si usted requiere servicios de ayuda y apoyo de largo plazo.
- Problemas de seguridad.
- Problemas que pueda tener para recibir atención médica.
- Si necesita un apoyo adicional de coordinación de atención médica (consulte la página 35).

Un miembro del equipo de Care Coordination analizará su encuesta. Ellos le contactarán para platicar acerca de sus necesidades y ayudarle a comprender sus beneficios.

Si no recibimos su encuesta, nos comunicaremos con usted para asegurarnos de que esté completa dentro de los 90 días de inscripción o antes si fuera necesario. Si desea que le enviemos una encuesta puede llamar a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

Compartiremos su encuesta con su médico u otros proveedores para que no tenga que responder estas preguntas varias veces. Compartir la encuesta también ayuda a coordinar su atención y servicios.

Miembros en estado de embarazo

Si usted está en embarazo, OHP proporciona servicios adicionales que le ayudan a usted y a su bebé a mantenerlos saludables. Columbia Pacific CCO puede asistirle en obtener la atención que requiere durante el embarazo. También se puede cubrir su atención durante el parto y durante un año después. Cubriremos los beneficios posparto durante un año completo, sin importar cómo termina el embarazo.

A continuación, encontrará lo que debe hacer cuando sepa que está embarazada:

- ☐ **Informe al OHP que está en embarazo tan pronto lo sepa y pregunte sobre sus beneficios de embarazo.** Llame al 800-699-9075 o TTY 711, o ingrese a su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).
- ☐ **Informe a OHP su fecha prevista del parto.** Usted no requiere conocer la fecha exacta ahora mismo. Si está lista para dar a luz a su bebé, contáctenos de inmediato.

Una vez que termine su embarazo:

- ☐ **Llame al OHP o infórmeles que su embarazo ha terminado.**
También puede solicitar al hospital que envíe una notificación de nacimiento a OHP. OHP cubrirá a su bebé desde que nazca. Su bebé estará cubierto además por Columbia Pacific CCO.
- ☐ **Reciba una visita gratuita de un(a) enfermero(a) en su domicilio con Family Connects Oregon.** Este es un programa de visita de un(a) enfermero(a) en su domicilio que es gratuito para todas las familias con recién nacidos. Un(a) enfermero(a) le visitará para un chequeo médico, consejos y recursos para el recién nacido.

La prevención de problemas de salud es importante

Queremos prevenir problemas de salud antes de que sucedan. Usted puede hacerlo como una parte importante de su atención médica. Por favor reciba chequeos médicos y dentales de manera regular para saber lo que está ocurriendo con su salud.

Algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Chequeos y limpieza dental
- Mamografías (rayos-X de las glándulas mamarias)
- Prueba de Papanicolaou
- Atención del embarazo y del recién nacido
- Exámenes para el bienestar

- Valoración médica de la próstata para hombres
- Chequeos médicos anuales
- Exámenes del niño-sano

Una boca sana también mantiene el corazón y el resto del cuerpo más sanos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al 855-722-8206 o TTY 711.

Reciba asistencia para organizar su atención médica con Care Coordination

Columbia Pacific CCO puede ayudarle a organizar su atención. Columbia Pacific CCO tiene personal que es parte de su equipo de Care Coordination. Pueden ayudarlo a encontrar atención médica física, dental, del comportamiento, del desarrollo y social donde y cuando la necesite.

Usted recibe Care Coordination de su Patient-Centered Primary Care Home (PCPCH por sus siglas en inglés, Hogar de atención primaria centrada en el paciente), de su proveedor de atención primaria, de Columbia Pacific CCO, o de otros equipos de atención primaria. Usted, sus proveedores o un representante pueden preguntar sobre coordinación de la atención por cualquier motivo, en especial si tiene una necesidad de atención nueva o sus necesidades no están satisfechas. Puede llamar al 855-722-8206 o visitar colpachealth.org/care-coordination para obtener más información.

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

Columbia Pacific debe tener procesos vigentes para ayudarnos a conocer sus necesidades de atención médica. Lo ayudaremos a hacerse cargo de su salud y bienestar.

Su equipo de coordinación de la atención médica:

- Le ayudará a que entienda sus beneficios y cómo funcionan
- Trabaja con usted en su idioma principal
- Utilizará programas de atención para apoyarle en administrar estados de salud crónicos tales como diabetes, enfermedades cardíacas y asma
- Le apoyará con temas de salud del comportamiento incluyendo depresión y trastornos por el uso de sustancias
- Le asistirá en encontrar formas para recibir los servicios y recursos adecuados con el fin de asegurar que usted se sienta satisfecho, seguro y bien atendido
- Le ayudará a identificar a aquellas personas en su vida o comunidad que pueden ser un apoyo.

- Le ayudará a elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
- Le proporcionará atención y asesoría que sea fácil de seguir
- Le apoyará en agendar citas y exámenes médicos
- Le asistirá en organizar transportación para acudir a sus citas médicas
- Le ayudará en la transición de su atención cuando sea necesario
- Le apoyará en recibir atención de proveedores especializados
- Le asistirá en asegurar que sus proveedores se comuniquen entre sí acerca de sus requerimientos de atención médica
- Diseñará un plan de atención que cumpla sus necesidades médicas

Su equipo de Care Coordination puede ayudarlo a encontrar y tener acceso a otros recursos en su comunidad, como apoyo para necesidades no médicas. Algunos ejemplos son:

- Asistencia en conectar con recursos para viviendas
- Apoyo con alquileres y servicios
- Servicios de nutrición
- Transportación
- Entrenamientos y clases
- Soporte familiar
- Servicios sociales
- Aparatos para condiciones climáticas extremas

Trabajando juntos para su atención

El propósito de Care Coordination es mejorar su salud en general. Trabajaremos juntos para ayudarlo a identificar sus requerimientos de atención médica y apoyarle a que tome el mando de su salud y bienestar.

Su equipo de coordinación de la atención médica trabajará estrechamente con usted. Este equipo incluirá distintas personas que trabajarán juntas para satisfacer sus necesidades, como proveedores, especialistas y programas comunitarios en los que participe. El equipo lo conectará con la comunidad y recursos de apoyo social que podrían ayudarlo. El trabajo de su equipo de atención médica es asegurarse de que las personas adecuadas sean parte de su atención para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Trabajaremos juntos para brindarle apoyo. Si por algún motivo su coordinador de atención médica asignado cambia, el coordinador de atención médica actual le notificará con anticipación o recibirá un aviso mediante el portal para miembros.

Es posible que necesite un plan de atención médica

Usted y su equipo de atención médica asignado decidirán si es necesario un plan de atención médica. Este plan le ayudará a satisfacer sus necesidades y está hecho con usted, su equipo de atención y proveedores. Su plan enumerará apoyos y servicios necesarios para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Este plan aborda necesidades médicas, odontológicas, culturales, del desarrollo, del comportamiento y sociales para que obtenga resultados positivos de salud y bienestar. El plan se revisará y actualizará al menos una vez al año y a

medida que sus necesidades cambien o si solicita una revisión y actualización. Usted, sus representantes y sus proveedores obtendrán una copia de su plan de atención médica. Si desea solicitar copias adicionales, comuníquese con Servicio al cliente.

Usted, un representante autorizado o un proveedor puede solicitar una copia de su plan de atención médica o solicitar el desarrollo de un plan de atención por parte de Columbia Pacific CCO.

Horarios de coordinación de la atención médica e información de contacto

Los servicios de Care Coordination están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

- Todos los afiliados a Columbia Pacific tienen designado un equipo de Care Coordination, conocido como su equipo de atención regional. Usted recibirá un paquete de bienvenida que explica cómo contactar a su equipo de atención regional. Este equipo puede apoyarle en coordinar servicios.
- Llame a Servicio al Cliente de Columbia Pacific CCO al 855-722-8206 para obtener más información acerca de Care Coordination.

Afiliados con Medicare

Usted también puede recibir asistencia con sus beneficios de OHP y Medicare. Un miembro del personal del equipo de Care Coordination de Columbia Pacific CCO trabaja con usted, sus proveedores, su plan Medicare Advantage y/o su cuidador. Nos asociamos con estas personas para brindarle servicios sociales y de soporte, tales como servicios específicos culturalmente basados en la comunidad.

Sistema de atención para jóvenes con necesidades complejas

Columbia Pacific CCO cuenta con un grupo denominado North Coast System of Care Governance (Sistema de Gobernanza de la Atención de la Costa Norte) cuyo objetivo es eliminar las barreras a las que pueden enfrentarse los jóvenes (de 0 a 25 años) con necesidades complejas. El grupo reúne a jóvenes y familias, proveedores y socios del sistema de salud del comportamiento, servicios para discapacidades intelectuales y del desarrollo, educación, bienestar infantil y justicia juvenil. Aunque este grupo no se centra en una barrera concreta que esté experimentando una familia en particular, sí aborda patrones de barreras que afectan colectivamente a múltiples familias y luego elabora estrategias para romper esas barreras a nivel sistémico.

Si usted es miembro de la comunidad y ha experimentado barreras sistémicas, el Sistema de Gobernanza de la Atención de la Costa Norte de Columbia Pacific puede ayudarlo a obtener atención y eliminar esas barreras. Para obtener más información sobre el sistema de atención que presta servicios a Columbia Pacific, visite:

oregon.gov/oha/HSD/BH-Child-Family/Pages/Local-Systems-of-Care.aspx

También puede obtener más información a través del Consejo Asesor del Sistema de Atención en:

oregon.gov/oha/hsd/bh-child-family/pages/socac.aspx

Sus beneficios

Cómo Oregon decide lo que OHP cubrirá

Como un afiliado de OHP, muchos servicios están disponibles para usted. Oregon decide qué servicios pagar con base en la **Prioritized List of Health Services (Lista Priorizada de Servicios de Salud)**. Esta lista está compuesta por diferentes afecciones médicas (llamadas diagnósticos) y los tipos de procedimientos para tratar las enfermedades. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos ordinarios trabajan juntos para elaborar la lista. Este grupo es conocido como Oregon Health Evidence Review Commission (HERC por sus siglas en inglés. Comisión de Revisión de Evidencia de Salud de Oregon). Son nombrados por la gobernadora.

La lista contiene combinaciones de todas las enfermedades y sus tratamientos. Estas son conocidas como parejas de enfermedades/tratamientos.

Las parejas de enfermedades/tratamientos están clasificadas en la lista en función a qué tan grave es cada enfermedad y qué tan efectivo es cada tratamiento.

Para afiliados de 21 años de edad y mayores:

No todas las parejas de enfermedades y tratamientos están cubiertas por OHP. Existe un punto de referencia en la lista denominado “la línea” o “el nivel de cobertura de pago.” Las parejas arriba de la línea están cubiertas, mientras que las parejas debajo de la línea no lo están. Algunas enfermedades y tratamientos arriba de la línea tienen ciertas reglas y es posible que no estén cubiertas.

Para afiliados menores de 21 años:

Servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados pueden estar cubiertos, con base en sus requerimientos particulares y su historial médico. Ello incluye conceptos “debajo de la línea” en la lista priorizada, así como servicios que no aparecen en dicha lista, como Equipo Médico Duradero. Consulte la página 67 para más información en la cobertura para afiliados menores de 21 años.

Para más información acerca de la Lista Priorizada visite link.careoregon.org/ohp-prioritized-list

Acceso directo

Usted cuenta con “acceso directo” a proveedores cuando no requiere una referencia o preautorización para un servicio. Siempre tiene acceso directo a servicios de emergencia y urgencias. Los siguientes cuadros mencionan servicios que son de acceso directo y no requieren de una referencia o preautorización.



No se requiere referencia o preautorización

Estos servicios no requieren una referencia o preautorización:

- **Servicios de emergencia** (disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día)
Para salud física, dental o del comportamiento
- **Servicios de atención de urgencia** (disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día)
Para salud física, dental o del comportamiento
- **Servicios de salud para la mujer**
Para atención de rutina y preventiva
- **Pruebas de abuso sexual**
- **Valoraciones de salud del comportamiento y servicios de evaluación**
- **Servicios de salud del comportamiento ambulatorios y entre iguales**
De un proveedor dentro de la red
- **Servicios de Care Coordination**
- **Acceso a especialistas (dentro de la red)**

Para obtener más información, consulte las Tablas de beneficios de la página 42.

Obtener preautorización (a veces se conoce como “autorización previa”)

Algunos servicios, como los de cirugía u hospitalización, requieren autorización antes de recibirlos. Esto es para asegurar que la atención es médicamente necesaria y adecuada para usted. Su proveedor se encargará de ello. Es posible que en ocasiones su proveedor nos envíe información para respaldar que usted reciba el servicio. Incluso si no es necesario que el proveedor nos envíe información, es posible que Columbia Pacific CCO aún deba revisar su caso por motivos médicos.

Usted debe saber que estas decisiones se basan únicamente en determinar si la atención médica o servicio es adecuada(o) para usted y si está cubierta(o) por Columbia Pacific. Columbia Pacific no recompensa a proveedores o cualquier otra persona por emitir negaciones de cobertura o atención médica. Jamás se proporciona dinero adicional a cualquier persona quien tome la decisión de negar una solicitud de atención médica. Contacte a Servicio al Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 si usted:

- Tiene preguntas
- Requiere acceso a nuestro Utilization Management department (Departamento de Administración de la Utilización)
- Necesita una copia de las guías clínicas

Usted podría no recibir el servicio si éste no es aprobado. Revisamos las solicitudes de preautorización tan rápido como lo requiera su estado de salud. La mayoría de las decisiones de los servicios se toman dentro de los siete días siguientes. En ocasiones una decisión puede llevar hasta 21 días. Ello únicamente sucede cuando estamos en espera de información adicional. Si usted o su proveedor considera que seguir el plazo estándar pone en peligro su vida, salud o capacidad para funcionar, podemos tomar una decisión más rápida que se

conoce como “autorización de servicio acelerada”. Las decisiones de servicio urgente normalmente se toman en un plazo de 72 horas, aunque pudiera haber una prórroga de 14 días. Usted tiene el derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de una prórroga. Consulte la Página 81 para saber cómo presentar una queja.

Aunque no necesita aprobación previa para consultar a un especialista por un problema de salud (como una cita para discutir las opciones de tratamiento), es posible que necesite obtener aprobación para recibir un servicio del especialista. Si un servicio necesita aprobación, se revisará para asegurarse de que sea médicamente necesario.

Si necesita una preautorización para una prescripción, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas siguientes. Si requerimos más información para tomar la decisión, podría llevar 72 horas. Consulte la página 84 para obtener más información sobre recetas médicas.

Usted no requiere autorización para servicios de emergencia o de urgencia o para servicios de postratamiento de emergencia. Consulte la página 89 para información acerca de servicios de emergencia.



No se requiere una aprobación previa para estos servicios.

- **Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios o servicios prestados por colegas (dentro de la red)**
- **Evaluación de salud del comportamiento y servicios de evaluación**
- **Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias (primeros 30 días)**
- **Tratamiento comunitario asertivo y servicios de asistencia integral (se requiere un examen de detección)**

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 42.

Referencias del proveedor y referencias por cuenta propia

Con el fin de que usted reciba atención del proveedor adecuado, se podría requerir una referencia. Una **referencia** es una orden por escrito emitida por su proveedor indicando que se requiere un servicio. Por ejemplo: Si su proveedor de atención primaria (PCP) o su proveedor dental primario (PDP) no puede brindarle los servicios que usted requiere, puede referirlo hacia un especialista. Si se necesita una preautorización para el servicio, su proveedor solicitará a Columbia Pacific CCO su aprobación.

Si no hubiera un especialista cerca de donde usted vive o un especialista quien trabaje con Columbia Pacific (también llamado dentro de la red), es posible que se tenga que trabajar con el equipo de Care Coordination a

fin de encontrar atención médica fuera de la red. Para consultar con un proveedor fuera de la red, debe trabajar con el Plan de salud de Oregón. No existe un costo adicional si esto ocurre.

Muchas veces su PCP o PDP pueden brindar los servicios que usted requiere. Si usted considera que puede necesitar una referencia hacia un especialista de atención médica, consulte a su PCP o PDP. Usted no requiere una referencia si tiene una emergencia.



Servicios que requieren una referencia

- **Servicios de médicos especialistas**

Si usted requiere de atención médica especial, su equipo de atención médica puede trabajar en conjunto para darle acceso a médicos especialistas sin una referencia.

- **Assertive Community Treatment (ACT, Tratamiento Comunitario Asertivo)**

- **Servicios de asistencia integral**

- Si utiliza un proveedor de atención dental distinto a su dentista de atención primaria, es posible que requiera una referencia para estos servicios:

- Exámenes orales
- Dentaduras parciales o completas
- Extracciones
- Endodoncias

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 42.

Algunos servicios no requieren una referencia de su proveedor.

Esto se llama una referencia por cuenta propia.

Una **referencia por cuenta propia** significa que usted puede buscar en el directorio de proveedores el tipo de proveedor que le gustaría que lo atendiera. Usted puede llamar a ese proveedor para agendar una cita sin una referencia. Consulte más detalles acerca del directorio de proveedores en la página 29.

Servicios que pueden ser de referencia por cuenta propia:




- Citas con su PCP
- Atención por infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios de Traditional health worker
- Proveedores oftalmólogos de rutina dentro de la red
- Citas con su proveedor dental primario (PDP)

- Servicios de planificación familiar (incluidos fuera de la red)
- Servicios de salud mental por problemas con alcohol u otras drogas
- Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de salud del comportamiento, incluidos servicios hospitalarios y residenciales (dentro de la red)

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 42.

Es posible que se requiera preautorización por un servicio cuando utilice una referencia por cuenta propia. Consulte a su PCP o contacte a Servicio al Cliente si tiene preguntas acerca de si se requiere una preautorización para recibir un servicio.

Símbolos clave en los cuadros de beneficios






 Servicios que requieren preautorización	 Servicios que requieren una referencia	 No se requiere referencia o preautorización
<p>Algunos servicios requieren autorización antes de recibirlos. Su proveedor debe solicitar la aprobación a la CCO. Esto se conoce como preautorización.</p>	<p>Una referencia es una orden por escrito emitida por su proveedor indicando que se requiere un servicio. Usted debe solicitar la referencia al proveedor.</p>	<p>Usted no requiere una referencia o preautorización para algunos servicios. Esto se llama acceso directo.</p>




Beneficios de salud física






Abajo se incluye una lista de beneficios médicos que están disponibles para usted sin ningún costo. Observe la columna de “Servicio” para saber cuántas veces usted puede recibir cada servicio de forma gratuita. Observe la columna “Cómo acceder” para saber si usted requiere obtener una referencia o preautorización para el servicio. Columbia Pacific CCO coordinará servicios de manera gratuita si usted requiere apoyo.

Para ver un resumen de los beneficios y la cobertura del OHP, visite oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/benefits.aspx. Puede recibir un documento o copia electrónica del resumen llamando al 800-273-0057.





Un asterisco (*) en el cuadro de beneficios significa que es un servicio que es posible que esté cubierto por arriba de los límites para afiliados menores a 21 años, si médicamente es necesario y adecuado. Consulte la página 66 para más información.





Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Care coordination services (Servicios de coordinación de atención) Los coordinadores de atención escuchan sus necesidades, y se aseguran de que sus proveedores se comuniquen entre sí, y apoyan con suministros y servicios adicionales. Sin límite, frecuencia e intensidad con base en la situación/necesidad. Consulte la página 35 para más información.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Comfort care Comfort Care (Cuidados Paliativos) ayudan a aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida en personas quienes tienen una enfermedad terminal o se encuentran en etapa terminal. Algunos ejemplos podrían ser reducir la cantidad de pruebas, medicamentos que ayudan con el dolor, y brindar soporte emocional. Tal y como se recomienda.	 Sin referencia o preautorización	Afiliados certificados como enfermos terminales
Servicios de Hospice Los servicios de Hospice (Servicios de Cuidados Paliativos) son la atención médica diseñada para la etapa final de la vida de una persona. Los servicios de Hospice están cubiertos para afiliados quienes han sido certificados como enfermos terminales. Algunos ejemplos podrían ser atención y cuidados en el hogar, medicamentos que ayudan con el dolor, y servicios sociales. Con base en las guías de OHP, llame a Servicio al Cliente para más detalles.	 Se requiere preautorización	Afiliados certificados como enfermos terminales
Servicios de diagnóstico y laboratorio Estos servicios ayudan a encontrar un diagnóstico. Algunos ejemplos podrían ser análisis de sangre y orina, y rayos-X. Tal y como se recomienda. Consulte a su PCP o proveedor de salud mental. Consulte con su PCP acerca de las extracciones de sangre y rayos-X. Se requiere autorización para tomografías computarizadas (CT por sus siglas en inglés) o resonancias magnéticas (MRI por sus siglas en inglés). Los servicios están sujetos a las Guías de Diagnóstico sobre la Prioritized List of Health Services	 Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios	Todos los afiliados
Durable medical equipment Durable medical equipment (DME por sus siglas en inglés,		Todos los afiliados




Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
<p>equipo médico duradero) incluye suministros y equipo que no se desgasta. Algunos ejemplos podrían ser caminadoras, suministros para diabéticos y prótesis. Con base en las guías de OHP, llame a Servicio al Cliente.</p>	<p>Se requiere preautorización para algunos equipos</p>	
<p>Servicios de Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT por sus siglas en inglés, Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos)</p> <p>EPSDT cubre todos los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados para afiliados menores de 21 años, incluidas detecciones y evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental para afiliados menores de 21 años. Algunos ejemplos podrían ser visitas del niño sano, vacunas, atención dental y más. Los límites de estos servicios se basan en las directrices y reglas del OHP. Consulte la página 67 para obtener más información.</p>	<p></p> <p>No se requiere referencia ni aprobación previa para control infantil, pruebas de detección y algunas evaluaciones. Es posible que se requieran referencias o aprobaciones previas para otros servicios.</p>	<p>Afiliados de 0-20 años de edad (Jóvenes con necesidades especiales de atención médica: de 0 a 21 años en 2026)</p>
<p>Cirugías/procedimientos electivos</p> <p>Estas son cirugías y procedimientos que usted elige tener—esto es, médicamente no son necesarios— y pueden programarse con anticipación. Algunos ejemplos podrían ser cirugía plástica, eliminación de verrugas y lunares, y algunas prótesis articulares. Contacte a Servicio al Cliente acerca de los límites.</p>	<p></p> <p>Se requiere preautorización o referencia</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Transportación médica de emergencia</p> <p>Un ejemplo de este tipo de transportación es una ambulancia. Le puede llevar a un hospital o con un proveedor cuando tenga una emergencia. Sin límite.</p>	<p></p> <p>Sin referencia o preautorización</p>	<p>Todos los afiliados</p>



Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Servicios de emergencia Esto es ayuda médica inmediata, con frecuencia en un hospital, cuando usted tiene una emergencia, o cuando se requiere atención médica urgente o el consultorio de su proveedor no está disponible. Algunos ejemplos podrían ser problemas para respirar o hemorragias que no se detienen. Sin límite; sin cobertura fuera de los EE.UU. o en territorios de los EE.UU.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de planificación familiar Estos servicios le ayudan a planificar la procreación de hijos (o la decisión de no tenerlos), incluyendo el número de los hijos y el momento de tenerlos. Sin límite. Algunos ejemplos son controles natales y pruebas anuales.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Atención de afirmación de género Esta atención apoya a personas quienes requieren un tratamiento relacionado con su transición de género o disforia (sensación de incomodidad o algo equivocado). Algunos ejemplos podrían ser supresión de la pubertad, visitas a médicos de atención primaria y especialistas, consultas de salud mental, terapia hormonal, análisis de laboratorio y algunas cirugías. La cobertura se basa en las guías de OHP y ciertos requisitos deben cumplirse para recibir los servicios.	 Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios	Todos los afiliados.
Servicios auditivos * Estos servicios incluyen pruebas auditivas o apoyos para que usted escuche mejor, tales como audiología y aparatos auditivos. Los afiliados de 21 años de edad y mayores quienes cumplan con los requisitos están limitados a un aparato auditivo cada cinco años (pudieran ser autorizados dos si se cumplen ciertos requisitos). Los afiliados menores de 21 años quienes cumplan con los requisitos tienen derecho a dos aparatos auditivos cada tres años, o según sea médicamente necesario.	 Se requiere preautorización preautorización	Todos los afiliados
Home health services (Servicios de atención médica a domicilio) Estos servicios son proporcionados en su domicilio, con		Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
frecuencia durante una enfermedad o después de una lesión. Algunos ejemplos podrían ser terapias físicas y ocupacionales. Los límites se determinan con base en las guías de OHP. Llame a Servicio al Cliente para más detalles.	Se requiere preautorización	
Inmunizaciones y vacunas para viajes Vacunas que ayudan a mantenerle saludable — como la anual contra la gripe o refuerzos contra COVID — o aquellas que usted pueda necesitar antes de un viaje. No existe límite para las vacunas recomendadas por Centers for Disease Control and Prevention (CDC por sus siglas en inglés, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades).	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de hospitalización La atención que recibe cuando está internado. El número de días se determina con base en la aprobación de su plan de salud. Algunos ejemplos podrían ser rotura de huesos, quemaduras graves, y algunos tratamientos para enfermedades crónicas. La aprobación se realiza basándose en si el servicio requerido está cubierto o si es médicamente necesario/adecuado.	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Servicios de acceso lingüístico Alguien que pueda interpretar el idioma de su elección y le acompañe a sus citas médicas, en llamadas para atención médica, o para otros requerimientos relacionados con atención médica. Sin límite.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de maternidad La atención médica que recibe antes, durante y después del embarazo. Algunos ejemplos incluyen visitas prenatales con su proveedor, atención del recién nacido (primeros 28 días después del nacimiento), nacimiento y parto, y atención posparto (atención para la madre por hasta 12 meses posteriores al nacimiento).	 Sin referencia o preautorización	Afiliadas embarazadas
Servicios Non-emergent medical transportation (NEMT por sus siglas en inglés, Transporte médico para casos que no son de emergencia)		Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Estos servicios le apoyan para acudir a sus citas de atención médica. Algunos ejemplos podrían ser reembolso de millas, abonos de transporte, y traslados. Consulte la página 74 para más información, incluyendo detalles acerca de estos servicios.	Se requiere preautorización	
Servicios de hospitalización ambulatorio Servicios médicamente necesarios en un hospital que no requieren que usted pase la noche en el hospital. Algunos ejemplos podrían ser quimioterapias, radiación, y tratamientos para el dolor. Tal y como se recomiende. Estos servicios están sujetos a la Prioritized List of Health Services	 Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios	Todos los afiliados
Cuidados paliativos La atención para miembros con enfermedades graves, que pueden incluir servicios como coordinación de la atención médica, servicios de salud mental, servicios de trabajo social, servicios de atención espiritual, control del dolor y síntomas y soporte telefónico clínico las 24 horas.	 Se necesitan referencias	Miembros con una enfermedad grave y pronóstico terminal
Servicios farmacéuticos (medicamentos prescritos) Los medicamentos que usted requiere tomar para ayudarlo a mantener o mejorar su salud. Muchos medicamentos están disponibles con una prescripción. Una lista completa de medicamentos prescritos puede encontrarse en nuestro listado en colpachealth.org/druglist . Es posible que requiera una autorización además de su prescripción. Su médico se lo hará saber. Algunos medicamentos para la salud mental son pagados por OHP. Éstos no son pagados por Columbia Pacific CCO como otros medicamentos prescritos. Su farmacéutico sabrá a dónde enviar la factura. Pregunte a su proveedor acerca de cuáles prescripciones están cubiertas.	 Se requiere prescripción	Todos los afiliados
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje Estos servicios le ayudan a mejorar las funciones normales del movimiento y del habla. Un total de 30 visitas por año de terapia de rehabilitación y un total de 30 visitas por año de terapia de habilitación (terapia física, ocupacional y del	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
<p>lenguaje) están cubiertas cuando sean médicamente adecuadas. Es posible que visitas adicionales puedan ser aprobadas con base en la Guía de OHP y las necesidades médicas. Se pueden autorizar visitas adicionales, sin superar las 30 visitas al año de terapia de rehabilitación y 30 visitas al año de terapia de habilitación, en casos de una lesión aguda nueva, cirugía u otro cambio significativo en el estado funcional. Los menores de 21 años pueden tener visitas adicionales autorizadas más allá de estos límites si es médicamente apropiado*. La masoterapia (CPT 97124), quiropráctica y acupuntura están incluidas en estos límites de servicio.</p>		
<p>Servicios preventivos</p> <p>Servicios preventivos son citas para mantenerle sano antes de que se enferme. Algunos ejemplos podrían ser: exámenes físicos, detecciones (cáncer, etc.), prevención de diabetes, consejos nutricionales y servicios para dejar de fumar.</p>	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
<p>Visitas a su proveedor de atención primaria (PCP)</p> <p>Su PCP es quien mejor conoce su salud, y es con frecuencia el primer proveedor a quien usted consulta cuando está enfermo. Algunos ejemplos de visitas al PCP podrían ser chequeos médicos normales, problemas médicos no urgentes, y atención preventiva. Sin límite, pero usted debe estar asignado a un PCP. Consulte la página 29 para más información.</p>	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
<p>Pruebas de abuso sexual</p> <p>Se presentan después de que ocurre un abuso sexual, y con frecuencia incluyen exámenes físicos y pruebas de laboratorio. Usted tiene acceso directo a estas pruebas. Consulte la página 39 para más detalles.</p>	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
<p>Servicios de médicos especialistas</p> <p>Son servicios que van más allá de la atención de rutina que usted recibe de su PCP. Algunos ejemplos podrían ser un cardiólogo para problemas cardíacos, un ortopedista para</p>	 Se requiere una referencia o	Todos los afiliados. parapara aquellas personas con necesidades de

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
problemas de huesos, o un endocrinólogo para problemas de hormonas o diabetes grave. La cobertura se basa en las guías de OHP y ciertos requisitos deben cumplirse para recibir los servicios.	preautorización para algunos servicios	atención médica especial o el programa Long-Term Services and Supports (LTSS, Servicios y apoyos a largo plazo), hable con la coordinación de la atención médica para obtener acceso directo a especialistas.)
Intervenciones quirúrgicas Existen muchos tipos de cirugías que pueden ser médicamente necesarias. Algunos ejemplos podrían ser cirugías del corazón, extirpación de tumores, o cirugías para reparar huesos rotos. La cobertura se basa en las guías de OHP y ciertos requisitos deben cumplirse para recibir los servicios. Contacte a Servicio al Cliente para conocer los límites.	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Servicios de Telehealth Telehealth (Telesalud) incluye citas por video, correo electrónico, o llamadas telefónicas por medio de dispositivos como teléfonos inteligentes, tabletas o computadoras. Consulte la página 8241 para más información.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de Traditional Health Workers (THW, Trabajadores tradicionales de la Salud) Estos servicios ofrecen ayuda de alguien con experiencias de vida similares. Algunos ejemplos de THWs podrían ser doulas (acompañantes durante partos), trabajadores de salud comunitarios, especialistas en bienestar entre iguales y asistentes en salud personal. Consulte la página 71 para más información.	 No se necesitan referencias o preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Servicios de atención urgente Son los servicios médicos que usted recibe cuando su PCP u otro proveedor normal no están disponibles, y su necesidad es más urgente. Sin límite. Consulte la página 89 para más información.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de salud para la mujer (adicionales al PCP) para atención de rutina y cuidados preventivos Algunos ejemplos de servicios especiales de salud para la mujer podrían ser mamografías, terapia hormonal, y ginecología. La cobertura se basa en las guías de OHP y ciertos requisitos deben cumplirse para recibir los servicios.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios rutinarios de la vista * No embarazadas (21 años y mayores) están cubiertas para: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes rutinarios de la vista cada 24 meses Exámenes médicos de la vista cuando se requieran Lentes correctivos/accesorios para ciertas afecciones Afiliados menores de 21 años*, adultas embarazadas, adultas hasta 12 meses después del parto están cubiertos para: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes rutinarios de la vista cuando se requieran, y al menos cada 24 meses Exámenes médicos de la vista cuando se requieran Lentes correctivos/accesorios cuando se requieran Algunos ejemplos de afecciones médicas de la vista podrían ser afaquia, queratocono o aquellas que se presenten después de cirugías de cataratas.	Contacte a Servicio al Cliente	Afiliados menores de 21 años de edad y afiliadas embarazadas Tal y como se recomienda para todos los demás Es posible que se requiera referencia o preautorización para el tratamiento de algunas afecciones




La tabla en la parte superior no es una lista completa de servicios que requieren preautorización o referencia. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Columbia Pacific CCO Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Beneficios de atención de salud del comportamiento





Abajo se incluye una lista de beneficios de salud del comportamiento que están disponibles para usted sin ningún costo. Salud del comportamiento significa salud mental, consumo de sustancias y tratamiento por problemas con apuestas. Observe la columna de “Servicio” para saber cuántas veces usted puede recibir cada

servicio de forma gratuita. Observe la columna “Cómo acceder” para saber si usted requiere obtener una referencia o preautorización para el servicio. Columbia Pacific CCO coordinará servicios de manera gratuita si usted requiere apoyo.

Un asterisco (*) en el cuadro de beneficios significa que es un servicio que es posible que esté cubierto por arriba de los límites para afiliados menores a 21 años, si médicamente es necesario y adecuado. Consulte la página 67 para más información.

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Care coordination services (Servicios de coordinación de atención) Los coordinadores de atención escuchan sus necesidades, se aseguran de que sus proveedores se comuniquen entre sí, y apoyan con suministros y servicios adicionales. Sin límite, frecuencia e intensidad con base en la situación/necesidad. Consulte la página 35 para más información.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Assertive Community Treatment (ACT por sus siglas en inglés, Tratamiento Comunitario Asertivo) ACT es un servicio comunitario para personas con enfermedades mentales graves y duraderas. Algunos ejemplos de ACT podrían ser intervención de crisis, tratamiento por el consumo de sustancias y servicios de apoyo al empleo. No existen límites para los afiliados para recibir servicios de ACT.	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Wraparound services (Servicios integrales) Estos servicios integran a las personas o familias para atender múltiples tipos de necesidades, como atención médica, necesidades sociales, y más. Un ejemplo de servicios integrales podría ser un proceso impulsado por la familia, guiado por los jóvenes, en el cual un coordinador de atención organiza apoyo en la vida de los jóvenes. Esto podría incluir familia, amigos, vecinos y coaches, o apoyo profesional como un terapeuta o trabajador de bienestar infantil. No existen límites para los afiliados.	 Se requiere referencia	Niños y jóvenes quienes cumplan con los requisitos médicos

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Valoraciones de salud del comportamiento y servicios de evaluación Esto puede incluir preguntas, pruebas mentales y físicas, y otras formas a través de las cuales los proveedores conocen a los pacientes y sus posibles afecciones de salud mental, como juego o consumo de sustancias.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Psychiatric Residential Treatment Services (PRTS por sus siglas en inglés, Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico) para salud del comportamiento Estos servicios ofrecen un lugar donde los afiliados pueden permanecer a corto o largo plazo mientras reciben tratamiento de salud mental. Contacte a Servicio al Cliente acerca de los límites.	 Se requiere referencia y detección	Jóvenes menores de 21 años
Tratamiento residencial por consumo de sustancias y servicios de desintoxicación Estos servicios ofrecen un lugar donde los afiliados pueden permanecer a corto o largo plazo mientras reciben tratamiento por el consumo de sustancias. Sin límite.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Medication-Assisted Treatment (MAT por sus siglas en inglés, Tratamiento asistido con medicamentos) para Substance Use Disorder (SUD por sus siglas en inglés, trastorno por abuso de sustancias) Este tratamiento utiliza medicamentos, orientación y otras terapias para ayudar a tratar el consumo de sustancias. No se requiere preautorización por los primeros 30 días de tratamiento.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de salud del comportamiento ambulatorios y entre iguales (de un proveedor dentro de la red) Prestados por un proveedor dentro de nuestra red, que no requieren permanecer en un hospital. Algunos ejemplos de estos servicios podrían ser orientación, terapia y servicios de apoyo entre iguales.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Servicios de especialistas de salud del comportamiento Estos son servicios especiales para ciertas necesidades en tratamientos de salud mental o por el consumo de sustancias. Algunos ejemplos de especialistas de salud del comportamiento serían psiquiatría, psicólogos, musicoterapeutas y trabajadores sociales.	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Servicios de substance use disorder (SUD por sus siglas en inglés, Trastornos por abuso de sustancias) Estos son servicios que ayudan a tratar el consumo de sustancias, como desintoxicación, comunidades terapéuticas, y orientación. Es posible que se requiera preautorización para proveedores fuera del área.	 Es posible que se requiera preautorización y referencia	Todos los afiliados
Servicios ambulatorios para el tratamiento de problemas de juego Estos servicios pueden incluir orientación, terapia de habilidades, y grupos de apoyo.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios Non-Emergent Medical Transportation (NEMT por sus siglas en inglés, Transporte médico para casos que no son de emergencia) Estos servicios incluyen reembolso de millas, abonos de transporte, y traslados a sus citas de atención médica. Consulte la página 74 para más información, incluyendo detalles acerca de estos servicios.	 Se requiere preautorización y referencia	Todos los afiliados

La tabla en la parte superior no es una lista completa de servicios que requieren preautorización o referencia. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Columbia Pacific CCO Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Beneficios dentales

Todos los afiliados en Oregon Health Plan tienen cobertura dental. OHP cubre limpiezas anuales, rayos-X, obturaciones, y otros servicios que mantienen sus dientes sanos.

Unos dientes sanos son importantes a cualquier edad. Estos son algunos puntos importantes acerca de su atención dental:

- Puede ayudar a prevenir dolor.
- Unos dientes sanos también mantienen su corazón y su cuerpo sanos.
- Usted debe visitar a su dentista una vez al año.
- Cuando usted está embarazada, mantener sus dientes y encías sanos puede proteger la salud de su bebé.
- Solucionar problemas dentales puede ayudarlo a controlar su nivel de azúcar en la sangre.
- Los niños deben tener su primera revisión dental a la edad de 1 año.
- Infecciones en su boca pueden expandirse a su corazón, cerebro y cuerpo.


Su Proveedor Dental Primario (PDP) puede referirlo con un especialista para ciertos tipos de atención. Los tipos de especialistas dentales incluyen:






- Endodoncistas (para endodoncias)
- Odontopediatra (para adultos con necesidades especiales, y niños)
- Periodoncista (para las encías)
- Ortodoncista (para frenos o brackets)
- Cirujanos bucales (para extracciones que requieren sedación o anestesia general).






Por favor consulte la tabla en la parte inferior que incluye los servicios dentales que están cubiertos.




Todos los servicios cubiertos son gratuitos en la medida en que su proveedor decida que usted los necesita. Observe la columna de “Servicio” para saber cuántas veces usted puede recibir cada servicio de forma gratuita. Observe la columna “Cómo acceder” para saber si usted requiere obtener una referencia o preautorización para el servicio.

Un asterisco (*) en el cuadro de beneficios significa que es un servicio que es posible que esté cubierto por arriba de los límites para afiliados menores a 21 años, si médicamente es necesario y adecuado. Consulte la página 67 para más información.

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Care coordination services (Servicios de coordinación de atención) Los coordinadores de atención escuchan sus necesidades, y se	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
aseguran de que sus proveedores se comuniquen entre sí, y apoyan con suministros y servicios adicionales. Sin límite, frecuencia e intensidad con base en la situación/necesidad. Consulte la página 35 para más información.		
Atención dental de emergencia y urgente Ejemplos: Dolor extremo o infección, hemorragia o inflamación, lesiones en dientes o encías. Sin límite.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Revisiones bucales * Los proveedores dentales revisan la salud de sus dientes y encías, y llevan a cabo detecciones de cáncer bucal. Afiliados menores de 21 años: Dos veces al año. Todos los demás afiliados: Una vez al año, o más con cobertura si médicamente es necesario y dentalmente adecuado.	 Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Todos los afiliados
Limpiezas bucales * Higienistas dentales limpian sus dientes y encías. Afiliados menores de 21 años: Dos veces al año. Todos los demás afiliados: una vez al año.	 Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Todos los afiliados
Tratamientos con flúor * Los proveedores dentales aplican una fina capa de fluoruro en sus dientes para protegerlos. Afiliados menores de 21 años: dos veces al año. Para afiliados de 21 años de edad y mayores: una vez al año. Cualquier afiliado de alto riesgo: Hasta cuatro veces al año.	 Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Todos los afiliados
Rayos-X bucales * Rayos-X o radiografías que se aplican en su boca para ayudar a los proveedores a obtener una visión más profunda de sus dientes. Una vez al año, o más con cobertura si médicamente es necesario y dentalmente adecuado.	 Sin referencia o preautorización si consulta a su	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
	proveedor dental primario	
Selladores dentales * Una fina capa de plástico utilizada para rellenar los surcos en sus molares. Menores de 16 años, en molares: Una vez cada cinco años.	 Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Menores de 16 años
Obturaciones Material plateado o de color del diente utilizado para rellenar cavidades. Sin límite. El reemplazo de un relleno de coloración dental para un diente no visible al sonreír se limita a uno cada 5 años.	 Sin referencia o preautorización si consulta a su proveedor dental primario	Todos los afiliados
Dentaduras parciales o completas Las dentaduras son dientes postizos. Las dentaduras parciales rellenan el espacio de dientes que se han perdido. Las dentaduras completas son utilizadas cuando usted pierde la totalidad de sus dientes superiores e inferiores. Parcial: una vez cada cinco años. Dentaduras completas: una vez cada 10 años. Solo disponible para afiliados que cumplen requisitos o incidencias. Contacte a su plan de salud dental para más detalles.	 Se requiere preautorización	Afiliados de 16 años o mayores
Coronas dentales * Las coronas dentales son fundas para dientes dañados. Los beneficios varían por tipo de corona dental, atención específica que requieren los dientes, edad, y estado del embarazo. Consulte su plan de salud dental. Las coronas no están cubiertas para todos los dientes. Se cubren cuatro coronas cada siete años.	 Se requiere preautorización	Afiliadas embarazadas o menores de 21 años
Extracciones Extraer un diente que necesita ser removido para mantenerle	 Se requiere	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
sano. Es posible que se requiera autorización para las muelas del juicio, así como para otras extracciones.	preautorización	
Endodoncias * Una endodoncia es un proceso que repara los dientes con caries o infectados. Menores de 21 años: No se cubren los terceros molares (muelas del juicio). Afiliadas embarazadas: se cubren los primeros molares. Todos los demás afiliados: sólo en dientes frontales y premolares.	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Ortodoncia En casos como labio leporino y paladar hendido, o cuando el habla, la masticación y otras funciones se ven afectadas. Debe obtener aprobación de su dentista y no tener caries o enfermedades de las encías.	 Se requiere preautorización	Menores de 21 años:
Servicios Non-Emergent Medical Transportation (NEMT por sus siglas en inglés, Transporte médico para casos que no son de emergencia) Estos servicios incluyen reembolso de millas, abonos de transporte, y traslados a sus citas de atención médica. Consulte la página 74 para más información, incluyendo detalles acerca de estos servicios.	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados

La tabla en la parte superior no es una lista completa de servicios que requieren preautorización o referencia. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Miembros de programas dentales para Veteranos y afiliados al Compact of Free Association (COFA por sus siglas en inglés, Pacto de Libre Asociación)

Si usted está afiliado a un Programa Dental para Veteranos o un Programa Dental COFA (“OHP Dental”), Columbia Pacific CCO **únicamente** proporciona beneficios dentales y traslados gratuitos (NEMT) para citas dentales.

OHP y Columbia Pacific no proporcionan acceso a servicios de salud física o salud del comportamiento o traslados gratuitos para estos servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura y los beneficios que están disponibles, contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

OHP Bridge para adultos con ingresos más altos

OHP Bridge es un paquete de beneficios nuevo del Plan de Salud de Oregón (OHP) que cubre a adultos con ingresos más altos. Las personas que obtengan OHP Bridge deben:

- Tener de 19 a 65 años de edad;
- Tener un ingreso entre 138 % y 200 % del nivel de pobreza federal (FPL);
- Tener un estado de ciudadanía o inmigración elegible para calificar; y,
- No tener acceso a ningún otro seguro de salud asequible.

Averigüe más sobre la elegibilidad para OHP Bridge en [OHP.Oregon.gov/bridge](https://www.oregon.gov/ohp/bridge)

OHP Bridge es casi lo mismo que OHP Plus.

Hay muy pocas cosas que OHP Bridge no cubre. Para aprender más sobre lo que OHP Bridge no cubre, por favor vea la tabla a continuación.

OHP Bridge cubre	OHP Bridge no cubre
<ul style="list-style-type: none">• Cuidado médico, dental y conductual<ul style="list-style-type: none">○ Averigüe más en la página 42• Ayuda con viajes a citas de salud<ul style="list-style-type: none">○ Averigüe más en la página 74	<ul style="list-style-type: none">• Servicios y apoyo a largo plazo• Necesidades sociales relacionadas con la salud<ul style="list-style-type: none">○ Averigüe más en la página 59

OHP Bridge es gratis para los miembros.

Al igual que OHP Plus, OHP Bridge es gratis para los miembros. Esto significa que no hay primas, ni copagos, ni coseguros ni deducibles.

Puede que los miembros de OHP con cambios en sus ingresos sean trasladados a OHP Bridge de forma automática.

Si ahora tiene OHP, no tiene que hacer nada para obtener OHP Bridge. Si usted reporta un ingreso más alto cuando renueve su plan con OHP, puede que sea trasladado a OHP Bridge.

Las personas que no tienen OHP ahora mismo pueden aplicar para OHP Bridge.

Vaya a [Benefits.Oregon.gov](https://www.oregon.gov/ohp/benefits) para aplicar. También puede usar ese enlace para obtener información sobre cómo puede hacer la aplicación en persona, obtener ayuda en su proceso de aplicación o cómo obtener una solicitud de aplicación por escrito. Para aplicar por teléfono, llame al Centro de Servicio al Cliente de ONE al - 800-699-9075 (número gratuito, todas las llamadas de retransmisión son aceptadas).

Servicios pagados por OHP

Columbia Pacific paga su atención médica, aunque existen algunos servicios que no cubrimos. Éstos siguen estando cubiertos y serán pagados por el programa Fee-For-Service (Pago-Por-Servicio) de Oregon Health Plan. En ocasiones las CCOs denominan a estos servicios como beneficios “no cubiertos”. Existen dos tipos de servicios que OHP paga directamente:

1. Servicios donde usted recibe Care Coordination de parte de Columbia Pacific.
2. Servicios donde usted recibe Care Coordination de parte de OHP.

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN, por sus siglas en inglés) son necesidades sociales y económicas que afectan su capacidad de estar sano y sentirse bien. Estos servicios ayudan a los miembros que están atravesando grandes cambios en sus vidas. Obtenga más información en:

oregon.gov/OHA/HSD/Medicaid-Policy/Pages/HRSN.aspx

Pregunte a Columbia Pacific CCO cuáles son los beneficios gratuitos de HRSN que están disponibles. Estos beneficios incluyen:

- Servicios de vivienda:
 - Ayudar con el alquiler y los servicios públicos para mantener su vivienda
 - Ayuda con otros servicios para brindarle apoyo como inquilino
 - Cambios en el hogar para mejorar la salud, como aires acondicionados, calefactores, dispositivos de filtración de aire, fuentes de energía portátiles y minirefrigeradores
- Servicios de nutrición:
 - Ayuda con educación nutricional y comidas adaptadas a necesidades médicas. Se prevé que los beneficios relacionados con el abastecimiento de despensas y frutas y verduras comiencen en el verano de 2026.
- Servicios de divulgación y participación:
 - Obtenga ayuda para conectarse con otros recursos y apoyos

Puede obtener algunos o todos los beneficios de las HRSN si es miembro de un OHP y :

- Fue recientemente puesto o lo pondrán en libertad (cárcel, detención, etc.)
- Ha salido recientemente de un centro de recuperación de salud mental o de consumo de sustancias
- Ha estado en el sistema de bienestar infantil de Oregón (cuidado de acogida) actualmente o haber estado en el pasado
- Pasará de recibir solo beneficios de Medicaid a calificar para recibir beneficios de Medicaid y Medicare

- Tiene un ingreso familiar igual o inferior al 30 % del ingreso anual promedio del área donde vive y carece de recursos o apoyo para prevenir la situación de calle
- Es un adulto joven con necesidades especiales de atención médica

Además, debe cumplir con otros criterios. En caso de tener preguntas o si desea realizar una prueba de detección, comuníquese con Columbia Pacific CCO. Podemos ayudarlo a determinar si reúne los requisitos para acceder a cualquiera de estos beneficios.

Tenga en cuenta que para realizar pruebas de detección y obtener beneficios de HRSN, se deben recopilar sus datos personales y usar para referencias. Puede limitar la forma en que se comparte su información.

Los beneficios de HRSN son gratuitos para usted, por lo que puede quedar excluido voluntariamente en cualquier momento. Si obtiene beneficios de HRSN, su equipo de coordinación de atención médica trabajará con usted para asegurarse de que se actualice su plan de atención. Consulte la página 35 para saber sobre coordinación de la atención médica y planes de atención.

Si le niegan los servicios de HRSN, tiene derecho a apelar esa decisión. Consulte la página 112 para obtener más información sobre denegaciones y apelaciones.

Notas importantes:

- Los viajes para recibir atención no se pueden usar para servicios de HRSN
- OHP Bridge no cubre servicios de HRSN
- Los servicios de HRSN pueden tardar hasta seis semanas en ser aprobados y prestados

Servicios que paga OHP

Columbia Pacific CCO paga su atención médica, pero hay algunos servicios que no cubrimos. Estos siguen estando cubiertos y serán pagados por el programa de pago por servicio (tarjeta abierta) del Oregon Health Plan. Las CCO a veces denominan a estos servicios “beneficios no cubiertos”. Hay dos tipos de servicios que OHP paga directamente.

1. Servicios en los que recibe coordinación de atención médica de Columbia Pacific CCO
2. Servicios en los que recibe coordinación de atención médica de OHP

Servicios de Columbia Pacific Care Coordination

Columbia Pacific continúa brindando Care Coordination para algunos servicios. Servicios de Care Coordination significa que usted recibirá traslados gratuitos de NW Rides por servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para servicios no cubiertos.

Comuníquese con Columbia Pacific CCO para los siguientes servicios:

- Servicios de Planned Community Birth (PCB por sus siglas en inglés, Parto comunitario planificado) que incluyen atención prenatal y postparto para personas que tienen un embarazo de bajo riesgo, determinado conforme a la OHA Health Systems Division (División de Sistemas de Salud de la OHA). OHA es responsable de proporcionar y pagar por servicios primarios de PCB, incluyendo como mínimo, para los afiliados aprobados para PCBs, evaluación inicial del recién nacido, prueba de detección de manchas de sangre en el recién nacido, incluyendo el equipo de detección, atención durante el parto, visitas médicas prenatales y atención postparto.
- Long term Services and Supports (LTSS por sus siglas en inglés, Servicios y apoyos a largo plazo) no pagados por Columbia Pacific CCO.
- Servicios de Family Connects Oregon, que proporciona apoyo para familias con recién nacidos. Obtenga más información en familyconnectsoregon.org.
- Apoyando a afiliados a tener acceso a servicios de salud del comportamiento. Algunos ejemplos de estos servicios son:
 - Ciertos medicamentos para algunas afecciones de salud del comportamiento.
 - Pago de grupo terapéutico a domicilio para afiliados menores de 21 años de edad.
 - Atención psiquiátrica a largo plazo (salud del comportamiento) para afiliados de 18 años de edad y mayores.
 - Atención personal en hogares de acogida para adultos para afiliados de 18 años y mayores.
- Y otros servicios.

Para más información o consultar una lista completa de estos servicios, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Servicios que paga OHP y proporciona Care Coordination

Comuníquese con OHP para los siguientes servicios:

- Servicios de Comfort care (hospicio) para afiliados quienes viven en centros de enfermería especializada.
- Servicios escolares que se prestan en virtud de Individuals with Disabilities Education Act (IDEA por sus siglas en inglés, Ley para la Educación de Personas con Discapacidades). Para niños quienes reciben servicios médicos en la escuela, como terapia de lenguaje.
- Exámenes médicos para determinar si usted califica para un programa de apoyo o planificación de casos.
- Servicios prestados a miembros de Healthier Oregon Program (programa Oregón más saludable)
- Abortos y otros procedimientos para poner fin al embarazo.
- Suicidio asistido por un médico bajo Oregon Death with Dignity Act (Ley de Muerte con Dignidad de Oregon) y otros servicios.

Contacte al equipo de Care Coordination Acentra de OHP al 800-562-4620 para más información y asistencia con estos servicios.

Usted puede continuar recibiendo traslados gratuitos de NW Rides para cualquiera de estos servicios. Consulte la página 74 para más información. Llame a NW Rides al 888-793-0439 o TTY 711 para agendar un traslado o para cualquier pregunta.

Objeciones de conciencia morales o religiosas

Columbia Pacific CCO no limita servicios en base a objeciones de conciencia morales o religiosas. Es posible que haya proveedores dentro de nuestra red que tengan objeciones morales o religiosas. Si tiene alguna pregunta sobre esto, llámenos al 855-722-8206. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que preste el servicio.

Acceso a la atención que usted necesita

Acceso significa que usted puede recibir la atención que necesite. Usted puede tener acceso a la atención de la forma que cumpla sus necesidades culturales y de idioma. Columbia Pacific CCO se asegurará de que su atención esté coordinada para satisfacer sus necesidades de acceso. Consulte la página 35 para obtener más información sobre coordinación de la atención médica.

Si Columbia Pacific CCO no trabaja con un proveedor quien cumpla con sus requerimientos de acceso, usted puede recibir estos servicios fuera de la red. Columbia Pacific se asegura que los servicios estén cerca de donde usted vive o cerca de donde usted desea recibir la atención. Esto significa que existen suficientes proveedores en el área y diferentes tipos de proveedores para que usted pueda elegir.

Llevamos un control de nuestra red de proveedores para asegurar que contamos con la atención primaria y de especialistas que usted necesita. También nos aseguramos de que usted tenga acceso a todos los servicios cubiertos en su área.

Columbia Pacific CCO sigue las reglas del estado respecto a qué tan lejos tendría usted que trasladarse para visitar a un proveedor. Las reglas son diferentes en función al proveedor que necesita visitar y el área donde usted vive. Proveedores de atención primaria son Nivel 1, lo que significa que estarán más cerca de usted que un especialista como un dermatólogo, que es Nivel 3. Si usted vive en un área remota, tomará más tiempo visitar a un proveedor respecto a si vive en un área urbana. Si necesita ayuda con el transporte hacia y desde sus citas, consulte la página 74.

Los cuadros en la parte inferior listan los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) en donde ellos están ubicados respecto a donde usted vive.

	Urbano grande	Urbano	Rural	Condado con problemas extremos de acceso
Nivel 1	10 minutos o 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas

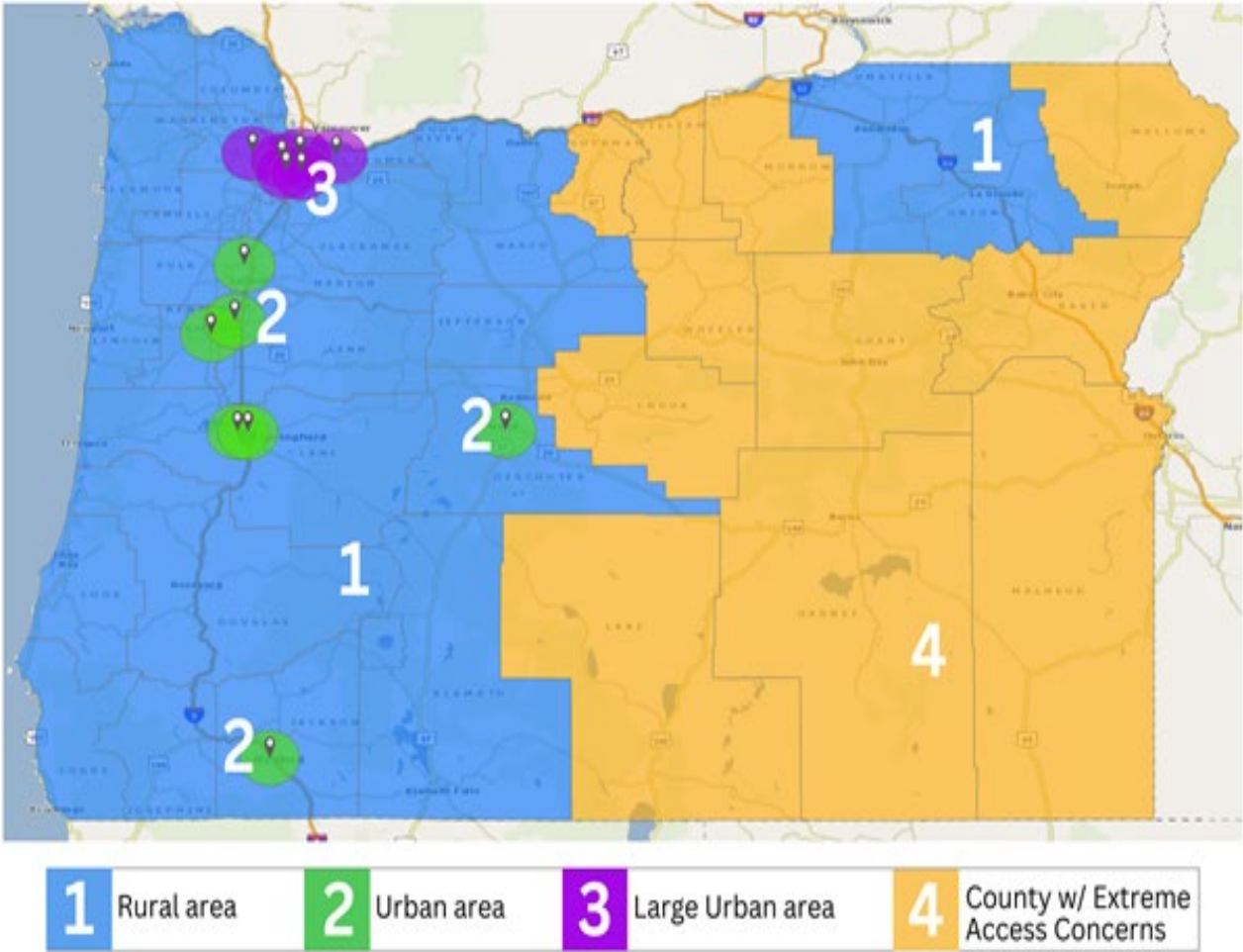
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos o 85 millas
Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45 minutos o 30 millas	110 minutos o 90 millas	140 minutos o 125 millas

Para más información acerca de cuáles proveedores se ubican en los diferentes niveles, visite el sitio web de OHA's Network Adequacy en oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/network.aspx

Tipos de área

- **Urbano grande (3):** Áreas urbanas conectadas, como arriba se define, con un tamaño de población combinado mayor o igual a 1.000.000 de personas con una densidad de población mayor o igual a 1.000 personas por milla cuadrada.
- **Urbano (2):** Igual o menor de 10 millas de un centro de 40,000 habitantes o más.
- **Rural (1):** Mayor de 10 millas de un centro de 40,000 habitantes o más con una densidad de población del condado mayor a 10 personas por milla cuadrada.
- **Condado con problemas extremos de acceso (4):** Condados con 10 o menos personas por milla cuadrada.

¿No está seguro en qué tipo de área vive usted? Consulte el mapa de Oregón a continuación:



Nuestros proveedores también se asegurarán de que usted tenga acceso físico, adaptaciones adecuadas y equipo accesible si usted tiene discapacidades físicas y/o mentales. Contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific CCO al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar adaptaciones. Los proveedores se aseguran además de que el horario de oficina sea el mismo para los afiliados de OHP y todos los demás.

Cuánto tiempo lleva recibir atención médica

Trabajamos con los proveedores para asegurar que usted será atendido, tratado o referido dentro del tiempo mencionado a continuación:

Tipo de atención	Período de tiempo
Atención médica física	
Citas regulares	Dentro de las siguientes cuatro semanas

Tipo de atención	Período de tiempo
Atención urgente	Dentro de las siguientes 72 horas o según se indique en la valoración médica inicial
Atención de emergencia	Inmediato o es referido a un departamento de emergencia dependiendo de su estado de salud
Atención bucal y dental para niños y personas no embarazadas	
Citas regulares para atención bucal	Dentro de las siguientes ocho semanas excepto si existe una razón clínica para esperar más tiempo
Atención urgente bucal	Dentro de las siguientes dos semanas
Servicios de emergencia dentales	Atendido o tratado en las siguientes 24 horas
Atención bucal y dental para mujeres embarazadas	
Atención rutinaria bucal	Dentro de las siguientes cuatro semanas excepto si existe una razón clínica para esperar más tiempo
Atención urgente dental	Dentro de la siguiente semana
Servicios de emergencia dentales	Atendido o tratado en las siguientes 24 horas
Salud del comportamiento	
Atención rutinaria de salud del comportamiento para población no prioritaria	Evaluaciones dentro de los siete días a partir de la solicitud, con una segunda cita agendada cuando clínicamente sea adecuado
Atención urgente de salud del comportamiento para toda la población	Dentro de las siguientes 24 horas
Atención especializada de salud del comportamiento para población prioritaria*	
Personas embarazadas, veteranos y sus familiares, personas con niños, cuidadores sin paga, familias, y niños de 0-5 años, afiliados con HIV/AIDS (por sus siglas en inglés, Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA) o tuberculosis, afiliados con riesgo de un primer episodio psicótico y la población con Intellectual or Developmental Disabilities (I/DD por sus	Evaluación e ingreso inmediato. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores con visitas, el tratamiento en el nivel adecuado de atención debe tener lugar dentro de los 120 días siguientes a partir del momento en que se incluye al paciente en una lista de espera.

Tipo de atención	Período de tiempo
siglas en inglés, Discapacidades Intelectuales o de Desarrollo)	
Consumidores de drogas IV (por sus siglas en inglés, intravenosas), incluyendo heroína	Evaluación e ingreso inmediato. La admisión para los servicios en un nivel de atención residencial es requerida dentro de los 14 días a partir de la solicitud, o, es colocada dentro de los siguientes 120 días cuando se pone en una lista de espera al no haber proveedores disponibles.
Trastorno por consumo de opiáceos	Evaluación e ingreso dentro de las siguientes 72 horas
Tratamiento con medicamentos	Lo más pronto posible, pero no más de 72 horas a partir de la evaluación e ingreso

* Para servicios de atención especializada de salud del comportamiento, si no se tiene habitación o un lugar disponible:

- Será puesto en una lista de espera.
- Usted recibirá otros servicios dentro de las siguientes 72 horas.
- Estos servicios serán provisionales hasta que exista una habitación o lugar disponible.

Si tiene alguna pregunta acerca de acceso a la atención, contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Beneficios integrales y preventivos para afiliados menores de 21 años

El programa Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT por sus siglas en inglés, Detección Sistemática, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico) proporciona servicios integrales y preventivos de atención médica para afiliados de OHP desde su nacimiento hasta que cumplen 21 años. Este programa le proporciona la atención que usted necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar y ayudar a resolver problemas desde una fase temprana, tratar enfermedades y apoyar a niños con discapacidades.

Usted no tiene que afiliarse por separado a EPSDT. Si es menor de 21 años y está afiliado en OHP, usted recibirá estos beneficios. A partir de 2025, los adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (entre 19 y 25 años) también pueden cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios de EPSDT. Para más información, comuníquese con Columbia Pacific CCO.

El EPSDT cubre:

- Cualquier servicio que se necesite para detectar o tratar enfermedades, lesiones u otros cambios en la salud.
- Pruebas médicas de “visitas de niño sano” o “visitas de adolescente sano”, servicios de detecciones y diagnóstico para determinar si existe alguna afección física, dental, de desarrollo y de salud mental para afiliados menores de 21 años.
- Referencias, tratamientos, terapias, y otras medidas para ayudar a tratar afecciones detectadas.

Para afiliados menores de 21 años, Columbia Pacific CCO tiene que brindar:

- Pruebas y evaluaciones periódicas de salud física, mental, de desarrollo, bucal/dental, crecimiento y estado nutricional.
 - Si Columbia Pacific no cubre su atención bucal/dental, usted aún puede recibir estos servicios a través de OHP llamando al 800-273-0557
- Todos los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados deben ser cubiertos para afiliados menores de 21 años, independientemente si fueron cubiertos en el pasado (esto incluye conceptos que están “por debajo de la línea” en la Lista Priorizada). Para más información acerca de la Lista priorizada, consulte la página 38

Bajo EPSDT, Columbia Pacific CCO no negará un servicio sin primero analizar si el mismo es médicamente necesario y médicamente adecuado para usted.

- *Médicamente necesario* por lo general significa un tratamiento que se requiere para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, o para apoyar el crecimiento, desarrollo, independencia, y participación en la escuela.
- *Médicamente adecuado* por lo general significa que el tratamiento es seguro, efectivo, y de utilidad para que usted participe en atención médica y actividades. Es posible que Columbia Pacific CCO elija cubrir la opción menos costosa que sea de utilidad para usted.

Usted debe recibir siempre un aviso por escrito cuando algo sea negado, y tiene el derecho a presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con la decisión. Para más información, consulte la página 112.

Esto incluye *todos* los servicios de:

- Atención médica física
- Salud del comportamiento
- Atención dental
- Servicios de la visión
- Necesidades de atención médica social

Si usted o algún familiar requiere los servicios EPSDT, consulte a su proveedor de atención primaria (PCP) o platique con un coordinador de atención llamando al 855-722-8206 o TTY 711. Si alguno de los servicios requiere aprobación, ellos se encargarán del proceso. Consulte a su dentista de atención primaria para los servicios dentales que necesite. Todos los servicios EPSDT son gratuitos.

Apoyo para recibir los servicios EPSDT

- Contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Ellos también pueden apoyarle en activar los servicios dentales o brindarle más información.
- Llame a su plan dental para activar los servicios dentales o para más información.
- Usted puede recibir traslados gratuitos de ida y vuelta para atender citas cubiertas con proveedores de EPSDT. Contacte NW Rides al 888-793-0439 para agendar un traslado o para más información.
- También puede preguntar a su PCP o visitar nuestro sitio web en colpachealth.org/epsdt para conocer el programa de periodicidad. Este programa le indica cuándo los niños necesitan ver a su PCP.

Valoraciones médicas

Las revisiones obligatorias siguen el calendario de Bright Futures/American Academy of Pediatrics (AAP, Academia Americana de Pediatría y Futuros Brillantes) para la atención primaria y el Calendario de Periodicidad Dental del Oregon Health Plan para la atención dental. Las visitas de valoración médica cubiertas son ofrecidas en intervalos adecuados para cada edad e incluyen visitas del niño sano y del adolescente sano.

Columbia Pacific y su PCP se apegan a las guías de la AAP y Bright Futures para todas las detecciones de atención preventiva y visitas del niño sano. Para obtener más información, visite:

- Bright Futures: aap.org/brightfutures
- Well Visit Planner: wellvisitplanner.org/

Su PCP lo ayudará a recibir estas valoraciones y los tratamientos necesarios según recomendaciones de las guías.

Las visitas de valoración médica incluyen:

- Valoraciones médicas del desarrollo
- Pruebas de plomo
 - Los niños deben practicarse pruebas de detección de plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad. Cualquier niño entre 24 y 72 meses sin un registro previo de una prueba de detección de plomo debe practicarse una.
 - El llenado del cuestionario de evaluación de riesgos no da por cumplido el requisito de la prueba de detección de plomo en los niños en OHP. Todos los niños intoxicados con plomo pueden recibir seguimiento a través de servicios de administración de casos.
- Otras pruebas de laboratorio que se requieran (como pruebas de anemia, pruebas de detección de células falciformes y otras) con base en la edad y el riesgo.
- Evaluación del estado nutricional.
- En cada visita, es esencial realizar un examen físico adecuado a la edad, con el bebé completamente desnudo y los niños mayores sin ropa y cubiertos adecuadamente.
- Historia completa de salud y desarrollo (incluyendo la revisión del desarrollo tanto físico como mental).

- Inmunizaciones (vacunas) que cumplan con los estándares médicos:
 - Programa de inmunización para niños (desde el nacimiento hasta los 18 años): [cdc.gov/vaccines/imz-schedules/child-easyread.html](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/child-easyread.html)
 - Programa de inmunización para adultos (19+): [cdc.gov/vaccines/imz-schedules/adult-easyread.html](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/adult-easyread.html)
- Guía de salud y educación para padres y niños.
- Referencias para tratamientos de salud física y mental médicamente necesarios
- Pruebas auditivas y de la vista que se requieran.
- Y otros.

Las visitas cubiertas también incluyen chequeos médicos o pruebas no agendadas que pueden ocurrir en cualquier momento en virtud de enfermedades o algún cambio en la salud o el desarrollo.

Referencias, diagnósticos y tratamientos EPSDT

Su proveedor de atención primaria puede referirlo en caso de detectar alguna afección física, de salud mental, por abuso en el consumo de sustancias o dental. Otro proveedor le apoyará con diagnósticos y/o tratamientos adicionales.

El proveedor de detección explicará la necesidad de la referencia al niño y a los padres o tutores. Si está de acuerdo con la referencia, el proveedor se encargará de los trámites.

Columbia Pacific CCO u OHP también apoyará con Care Coordination, en caso de requerirse.

Es posible que las detecciones indiquen la necesidad de los siguientes servicios, así como de otros:

- Diagnóstico y tratamiento para deficiencias de la vista y auditivas, incluyendo lentes y aparatos auditivos
- Atención dental, a una edad tan temprana como sea necesario, que se requiera para alivio del dolor e infecciones, restauración de los dientes y preservar la salud mental
- Inmunizaciones. Si al practicar la detección se determina que la inmunización es necesaria y adecuada para aplicarse en ese momento, entonces el tratamiento de inmunización debe ser proporcionado enseguida.

Estos servicios deben ser proporcionados a los afiliados menores de 21 años quienes cumplan los requisitos y los necesiten. Los tratamientos que se ubican “debajo de la línea” en la Prioritized List of Health Services están cubiertos para afiliados menores de 21 años, si son médicamente necesarios y médicamente adecuados para esa persona (consulte más información en la parte superior).

- En caso de que le comuniquemos que el servicio no está cubierto por OHP, usted aún tiene el derecho de objetar la decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la Página 112.

Columbia Pacific CCO brindará apoyo con referencias a los afiliados o sus representantes para servicios sociales, programas de educación, programas de asistencia en nutrición y otros servicios.

Para más información acerca de la cobertura EPSDT, puede visitar Oregon.gov/EPSDT y consultar una hoja informativa para afiliados. Columbia Pacific CCO también tiene información en colpachealth.org/epsdt.

Adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica

Young Adults with Special Health Care Needs (YSHCN, Jóvenes adultos con necesidades especiales de atención médica) es un nuevo programa que ofrece beneficios adicionales del OHP a personas de entre 19 y 21 años que padecen determinadas afecciones médicas. Las afecciones de salud deben haber comenzado antes de los 19 años. Algunos ejemplos de afecciones de salud son los siguientes:

- Discapacidades físicas, intelectuales y del desarrollo
- Afecciones médicas crónicas como asma, diabetes o espina bífida
- Afecciones del comportamiento o mentales como la depresión o el consumo de sustancias

Los afiliados del OHP que reúnan los requisitos para el programa recibirán automáticamente los beneficios del programa YSHCN. Estos beneficios incluyen lo siguiente:

- Más servicios oftalmológicos y odontológicos
- EPSDT hasta que cumplan 26 años
- Posible acceso a servicios de Health-Related Social Needs (HRSN, Necesidades sociales relacionadas con la salud)

Después de 2026, el límite de edad aumentará cada año hasta 2030, cuando las personas de hasta 25 años podrán obtener los beneficios del programa YSHCN

Traditional health workers (THWs)

Traditional health workers (THWs por sus siglas en inglés, Trabajadores tradicionales de la salud) proporcionan apoyo y ayuda con preguntas que usted tenga acerca de sus necesidades de atención médica y social. Ellos le apoyan en la comunicación entre sus proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su atención. También pueden contactarlo con personas y servicios en la comunidad que puedan ayudarle.

Existen diferentes tipos de Traditional health workers:

- **Birth doula (Doula):** Es una persona que brinda apoyo no-médico a la gente y sus familias. Ellos ayudan durante el embarazo, el parto y después del nacimiento del bebé.
- **Community health worker (CHW por sus siglas en inglés, Trabajador de la salud comunitario):** Es alguien que comprende a la gente y a la comunidad donde usted vive. Ellos le apoyan en acceder servicios de salud y comunitarios. Un Community health worker le ayuda a iniciar una conducta saludable. Ellos normalmente comparten su origen étnico, idioma y experiencias de vida.

- **Personal health navigator (PHN por sus siglas en inglés, Asistente en salud personal):** Una persona quien brinda información, herramientas y apoyo para ayudarle a que tome las mejores decisiones acerca de su salud y bienestar, con base en su situación.
- **Peer support specialist (PSS por sus siglas en inglés, Especialista en apoyo entre iguales):** Alguien que tiene experiencias de vida con salud mental, adicciones y su recuperación o rehabilitación. Un PSS también puede haber sido un miembro de la familia quien recibió un tratamiento de salud mental o para adicciones. Da apoyo, ánimo y ayuda a quienes se enfrentan a adicciones y problemas de salud mental.
- **Peer wellness specialist (PWS por sus siglas en inglés, Especialista en bienestar entre iguales):** Una persona quien trabaja como parte de un equipo de salud en el hogar y habla por cuenta de usted y de sus necesidades. Ellos brindan apoyo a la salud general de las personas en su comunidad y pueden ayudarle en la rehabilitación de adicciones, así como de afecciones físicas o de salud mental.

Un THW puede asistirle en muchos aspectos, tales como:

- Trabajar con usted y su coordinador de atención para encontrar un proveedor nuevo
- Recibir la atención que usted necesita y busca
- Conectarlo con otras personas para explicar sus beneficios
- Proporcionar información sobre salud mental o servicios y apoyo contra las adicciones
- Brindar información y referencias sobre recursos comunitarios que podría usar
- Ser alguien de su comunidad con quien hablar
- Acompañarlo a citas con un proveedor

Los THWs pueden encontrarse en organizaciones comunitarias y en clínicas y son un beneficio gratuito. No se requiere referencia. Para más información o para comunicarse con un THW local, contacte nuestro THW Liason (Enlace THW) al 503-416-3453 o por correo electrónico en colpacthwliaison@careoregon.org. En caso de que cambie el nombre o la información de contacto para THW Liason, usted puede encontrar detalles actualizados en nuestro sitio web en colpachealth.org/members/more-services/traditional-health-workers. Para recibir los servicios prestados por iguales, pregunte a su proveedor si cuenta con ese tipo de especialistas que puedan ser incorporados a su equipo de tratamiento. También puede visitar traditionalhealthworkerregistry.oregon.gov para localizar información de contacto de especialistas en apoyo entre iguales.

Servicios adicionales

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son servicios adicionales que ofrece Columbia Pacific CCO y que no forman parte de los beneficios habituales de OHP. Los servicios flexibles ayudan a mejorar la salud y el bienestar del afiliado y la comunidad. Son para los afiliados y para iniciativas de beneficio comunitario para la comunidad en general. Dado que los servicios flexibles no son beneficios habituales de OHP y son opcionales para las CCO, los

afiliados no tienen derecho a apelar como sí lo pueden hacer en el caso de los servicios cubiertos. Puede leer nuestra política de servicios flexibles en: colpachealth.org/providers/social-needs-assistance

Los servicios flexibles son artículos o servicios para ayudar a los afiliados a mantenerse sanos o estar más sanos. Columbia Pacific CCO ofrece servicios flexibles incluyendo:

- Un teléfono celular para un mejor contacto con los proveedores
- Cupones para mercados de alimentos o de agricultores
- Artículos que mejoran la movilidad
- Somníferos

Otros ejemplos de servicios flexibles son:

- Apoyos para alimentos, como entrega de comestibles, cupones para alimentos o comidas médicamente adaptadas
- Apoyos de vivienda a corto plazo, como depósitos de renta para costear los gastos de mudanza, ayudas de renta durante un período corto de tiempo, o pagos por la instalación de servicios públicos
- Alojamiento temporal o refugio mientras se recupera de la hospitalización
- Teléfonos o dispositivos móviles para acceder a telesalud o aplicaciones de salud
- Artículos de apoyo para actividades saludables, como zapatos o ropa deportiva
- Otros artículos que le mantengan sano, como un aire acondicionado o un dispositivo de filtración de aire

Consulte más detalles acerca de servicios relacionados con la salud en sharedsystems.dhsosha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf

Cómo recibir servicios flexibles para usted o sus familiares

Usted puede consultar a su proveedor para solicitar servicios flexibles o puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Servicios flexibles no son un beneficio cubierto para afiliados y las CCO no están obligadas a proporcionarlos. Las decisiones para aprobar o negar las solicitudes de servicios flexibles se toman considerando caso por caso. Si la solicitud de su servicio flexible es negada, usted recibirá una carta detallando sus opciones. Usted no puede apelar un servicio flexible que ha sido negado, pero tiene el derecho de presentar una queja. Consulte más detalles acerca de apelaciones y quejas en la Página 112.

Si usted tiene OHP y tiene problemas para recibir atención, por favor contacte el Programa OHA Ombuds. Los Ombuds (Defensores) son abogados para los afiliados de OHP y pondrán su mejor esfuerzo para asistirle. Por favor envíe un correo electrónico a OHA.OmbudsOffice@odhsosha.oregon.gov o deje un mensaje en el 877-642-0450.

Otro recurso para apoyos y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame a 211 o visite 211info.org para asistencia.

Community benefit initiatives

Community benefit initiatives (Iniciativas en beneficio de la comunidad) son programas para miembros de las CCO y para toda la comunidad, para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad. No siempre están financiadas por Columbia Pacific.

Algunos ejemplos de iniciativas en beneficio de la comunidad son:

- Clases para la educación de los padres y apoyo a la familia
- Programas comunitarios que ayudan a las personas a tener acceso a frutas y verduras frescas a través de los mercados de agricultores
- Programas comunitarios que ayudan a las personas a conseguir o mantener una vivienda estable y segura
- Mejoras del transporte activo, como carriles para bicicletas y aceras seguras
- Programas escolares que fomenten un entorno enriquecedor para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los alumnos
- Formación para profesores y organizaciones comunitarias dedicadas específicamente a la niñez sobre prácticas informadas del trauma

Los servicios comunitarios de salud bucodental se prestan fuera del entorno dental tradicional, en la mayoría de los casos por higienistas dentales con amplia práctica.

Algunos ejemplos de atención comunitaria en materia de salud bucodental son:

- Programas escolares de sellado dental
- Eventos comunitarios que ofrecen revisiones dentales, servicios de prevención, orientación dental, prestaciones dentales y educación sobre salud bucodental

Puntos de acceso abiertos

En la mayoría de las regiones de Oregón, tenemos acuerdos especiales con los Federally Qualified Health Centers (FQHC, Centros de Salud Calificados a Nivel Federal), llamados Rural Community Health Centers (RCHC, Centros de Salud Comunitaria Rurales). Estos acuerdos especiales permiten a nuestros afiliados recibir atención en este tipo de centros sin estar asignados a ellos y sin necesidad de una remisión.

Acudiendo a las citas de atención médica

Traslados gratuitos a las citas para todos los afiliados en Columbia Pacific CCO.

Si necesita asistencia para acudir a una cita, llame a NW Rides. Usted puede recibir un traslado gratuito para acudir a cualquier visita de atención física, dental, de farmacia o de salud del comportamiento que sea cubierta por Columbia Pacific CCO. Nuestra área de servicio son los condados de Clatsop, Columbia y Tillamook.

NW Rides ofrece tres maneras en las que puede ayudarlo a llegar a la visita de atención médica. Las llamamos “traslados”.

1. **Transporte público:** Ofrecemos boletos de viaje único y pases mensuales. Pregúntenos si reúne los requisitos para obtener un pase mensual. Con esta opción, tendrá que encontrar la ruta de autobús que le lleve a donde necesita ir. Si necesita ayuda para aprender a usar el transporte público, pregúntenos.
2. **Reembolsos de millas:** Pagamos una tarifa por millas recorrida por motivos de salud. Puede conducir por su cuenta. O alguien más puede llevarlo.
3. **Traslados en vehículos:** Podemos programar traslados privados y compartidos. Enviamos un vehículo que se adapte a sus necesidades. Eso incluye su dispositivo de movilidad (una ayuda para el desplazamiento) en caso de tener uno.

Usted o su representante puede solicitar apoyo para agendar un traslado. Trabajaremos con usted para encontrar el tipo de traslado adecuado y menos costoso que satisfaga sus necesidades de transporte actuales. No existe costo para usted por este servicio. Columbia Pacific nunca le facturará los traslados de ida o vuelta hacia o desde la atención cubierta.

Más adelante en esta guía encontrará más información sobre cada tipo de traslado.

Agende un traslado

Llame a NW Rides al 888-793-0439 o TTY 711 para agendar un traslado o para cualquier pregunta.

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

Cerrado en: Día de Año Nuevo, Día de la Conmemoración de los Caídos, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Navidad

Por favor llame al menos dos días hábiles previos a la cita para agendar un traslado cuando pueda. Ello será de utilidad para asegurar que podemos cumplir con sus necesidades.

Usted puede solicitar un traslado para el mismo día o el siguiente. **Si tiene necesidades urgentes fuera del horario laboral o en un día festivo, llámenos y nuestro centro de llamadas fuera del horario laboral le brindará ayuda.**

Usted o alguien más a quien conozca puede concertar más de un traslado a la vez para acudir a varias citas. Usted puede agendar traslados para citas futuras hasta con 90 días de anticipación.

Qué esperar cuando usted llame

NW Rides cuenta con personal en un centro de llamadas quien puede asistirlo en su idioma de preferencia y de la manera que usted pueda entender. Esta asistencia es gratuita.

Le preguntaremos acerca de sus necesidades cuando llame. Verificaremos si usted está con Columbia Pacific CCO. También verificaremos si su cita es para un servicio que esté cubierto. Trabajaremos con usted para encontrar el tipo de traslado adecuado y menos costoso que satisfaga sus necesidades de transporte actuales. A esto lo llamamos el proceso de evaluación. Encontrará más información sobre este proceso y ejemplos de preguntas en nuestra Guía del Viajero.

Cada vez que llame, deberemos confirmar su información de afiliado. También preguntaremos lo siguiente:

- Fecha y hora de la cita, incluida la hora a la que esta termina.
- Direcciones completas de origen y destino (bajada), incluyendo el nombre o número del edificio y el número de suite o apartamento.
- Nombre del centro y nombre y teléfono del médico.
- Razón médica de la cita.
- Si puede caminar sin ayuda. Podemos preguntarle si necesita que el conductor lo ayude. O si tiene un asistente de cuidado personal o PCA.
- Si utilizará su dispositivo de movilidad. Si utiliza un dispositivo de movilidad, podemos pedirle más detalles. Este para asegurarnos de proveerle el tipo adecuado de vehículo.
- Cualquier otra necesidad especial (como un animal de servicio).

Su traslado será aprobado o negado durante la llamada para agendar el servicio. Es posible que lleve más tiempo aprobar o negar las solicitudes de traslados para citas fuera del área de servicio de Columbia Pacific. Los detalles del traslado serán confirmados durante la llamada para agendar el servicio.

Transporte público

Si puede usar el transporte público, podemos proporcionarle tarifas para pagarlo. Por teléfono, le solicitaremos información para programar su traslado.

Opciones de transporte público local

NW Rides ofrece varias opciones de transporte público. NW Rides puede ayudarle a obtener la tarifa del autobús que necesita para el condado en el que viaja. Podemos ofrecer tarifas para:

- Pasajero de Condado de Columbia
- Distrito de Transporte de Sunset Empire
- Distrito de Transporte del Condado de Tillamook
- Otros sistemas de transporte público, si fuera necesario

Pases mensuales y diarios

Decidiremos si un pase diario o un pase mensual es lo mejor para usted. Si tiene cinco o más citas en un mes calendario, es posible que sea elegible para obtener un pase mensual.

Cuándo llamarnos

Necesitamos tiempo para entregarle la tarifa de transporte público. Queremos que reciba la tarifa que necesita antes del día de su cita. Llámenos con suficiente antelación. Lo más adecuado es que se ponga en contacto con nosotros en cuanto tome conocimiento de su cita.

- **Si necesita que le envíen la tarifa por correo:** Llámenos al menos cinco días antes de la fecha de su cita. El pase llega por correo.
- **Solicitudes para el mismo día:** Si nos llama el mismo día de su cita, aun podemos enviarle la tarifa. No obstante, no podemos prometerle que esté disponible el mismo día de su solicitud.

Reembolsos de millas

Si usted o algún conocido puede conducir para acudir a sus citas de atención médica, podemos reembolsarle (devolverle) esas millas. Cuando otra persona lo lleva y lo recoge de las consultas, le reembolsamos los fondos a usted. Tiene la responsabilidad de entregarle el dinero a la persona que lo trasladó.

Recibirá el reembolso en un plazo de 14 días posteriores a la recepción de la solicitud y los documentos requeridos. Si su solicitud de reembolso está incompleta, tomaremos 14 días adicionales para ayudarle con la solicitud.

La primera vez que llama para solicitar un reembolso:

1. **Obtenga una ReliaCard®.** Le crearemos una cuenta para una tarjeta prepagada ReliaCard® de U.S. Bank.
2. **Active su ReliaCard®.** Una vez que reciba su ReliaCard® por correo, actívela siguiendo las instrucciones que se incluyen con ella. Llame e informe a NW Rides una vez que haya activado la tarjeta.

Estos son los pasos que debe seguir. Tenga en cuenta el plazo de 45 días del paso 3.

1. **Llame a NW Rides para programar su traslado.** Siempre que sea posible, llame al menos dos días hábiles antes de su cita. Si llama el mismo día de la consulta, los fondos aún pueden ser aprobados.
2. **Lleve a su cita un formulario de verificación de la cita.** Pídale al personal del consultorio del proveedor que lo firme.
3. **Envíenos el formulario original debidamente completado en un plazo de 45 días a partir de la fecha de su cita.** No le daremos un reembolso si recibimos su formulario de verificación y cualquier otro recibo una vez que hayan transcurrido más de 45 días a partir de su visita. Puede enviar el formulario por correo postal o pedirle al consultorio de su proveedor que lo envíe por fax.
Correo postal: 3600 3rd Street, Suite A, Tillamook, Oregon 97141
Fax de NW Rides: 503-815-2834
4. **O pídale a su proveedor que escriba una carta.** En lugar de enviar el formulario de verificación de citas, el proveedor puede enviarnos por fax una carta con su membrete profesional.
5. **Obtenga el reembolso.** Después de que verifiquemos su cita, cargaremos su reembolso de millas en su ReliaCard®. Depositaremos los fondos en un plazo de 14 días a partir de haber recibido el formulario completado.

NW Rides utilizará el formulario de verificación de citas o la carta de su proveedor para verificar que asistió a su cita. En ocasiones, es posible que necesitemos documentos adicionales. Le informaremos si necesitamos algo más.

Traslados en vehículos

Pasar y dejar

Usted recibirá el nombre de la compañía de traslado o del conductor y el número antes de su cita. Es posible que el conductor le contacte al menos dos días antes del traslado para confirmar detalles. Ellos pasan por usted a la hora agendada. Por favor sea puntual. Si usted está retrasado, ellos le esperarán durante 15 minutos después de la hora o franja horaria programada para la recogida. Ello significa que si su traslado está agendado a las 10 a.m., ellos le esperarán hasta las 10:15 a.m.

Ellos le dejarán en su cita al menos 15 minutos antes de que ésta inicie.

- **Primera cita del día:** Le dejaremos no más de 15 minutos antes de que abra el consultorio.
- **Última cita del día:** Regresamos por usted no más de 15 minutos después de que cierre el consultorio, salvo que se estime que la cita no terminará dentro de los 15 minutos siguientes después de cerrar.
- **Solicitando tiempo adicional:** Usted puede solicitar que pasen más temprano o le dejan más tarde que estos horarios. Su representante, padre o madre o tutor pueden también solicitarlo.
- **Llame si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora o el intervalo de recogida:** El personal le informará si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachador antes de salir del lugar de recogida. Llame al consultorio de su proveedor para avisarles que su traslado se retrasará.
- **Llame si usted no tiene una hora para que regresen:** Si no está agendada una hora para su traslado de regreso, llámenos cuando esté listo. Su conductor estará con usted dentro de la hora siguiente a la llamada.

NW Rides es un programa de traslados compartidos. Otros pasajeros pueden ser recogidos y dejados en el camino. Si usted tiene varias citas, es posible que se le solicite que las agende en el mismo día. Ello nos ayudará a realizar menos traslados.

Si solicita un transporte con menos de dos días de anticipación a la hora programada de recogida, le proporcionaremos el número de teléfono de la empresa que realizará su traslado. También es posible que le facilitemos el nombre y el número de teléfono del conductor que lo recogerá. Recibirá los detalles de su solicitud de transporte por el medio que usted elija (llamada telefónica, correo electrónico o fax).

Cancele o cambie su traslado

Llame a NW Rides cuando sepa que necesita cancelar o reprogramar su traslado. Para los traslados en vehículo, llame al menos dos horas antes de la hora de recogida.

Puede contactar a NW Rides de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Deje un mensaje si no puede llamar durante las horas hábiles. Llame a NW Rides si tiene alguna pregunta o cambios en los viajes. En caso de tener un requerimiento urgente fuera del horario establecido, llámenos al 888-518-8160 y nuestro centro de llamadas fuera del horario le asistirá.

Cuando usted no se presenta

Un “no-show” (no se presenta) es cuando usted no está listo a tiempo para un traslado que proporcione NW Rides. Su conductor esperará al menos 15 minutos después de la hora agendada antes de retirarse. Es posible que se le restrinjan traslados futuros si usted tiene muchos no-shows.

Tener una restricción significa que podría limitarse el número de traslados que usted puede realizar, limitarlo a un conductor, o solicitar que llame antes de cada traslado. Puede que también limitemos su servicio de NEMT al uso de transporte público o a que alguien más lo lleve.

Fuera del área

¿Necesita un traslado para una cita cubierta que no se encuentra disponible en los condados de Clatsop, Columbia o Tillamook? Colaboraremos con usted para determinar si podemos proporcionarle transporte a esa visita.

En cuanto programe una visita de atención médica que esté fuera del área de servicio de Columbia Pacific CCO, llámenos. Controlaremos si viajar fuera de la zona de servicio para recibir atención es adecuado desde el punto de vista médico. Si el mismo tipo de atención se ofrece en área de servicio, podríamos rechazar la solicitud. Si aprobamos la consulta fuera del área, necesitaremos tiempo para programar los detalles necesarios de su traslado.

Después de revisar y verificar la información del traslado, nos pondremos en contacto con usted. Le comunicaremos si su traslado se aprueba o rechaza. Si el traslado se aprobó, le brindaremos los detalles de su transporte.

A veces, el transporte fuera del área incluye una combinación de reembolsos y transporte en vehículos, dependiendo de su situación. Podemos proporcionar fondos para cubrir estipendios de comidas y alojamiento para usted y un asistente, es decir, alguien que esté viajando con usted. Si necesita ayudas para gastos de comida o alojamiento, indíquelo cuando llame para solicitar un traslado fuera del área. Le facilitaremos una ReliaCard® para obtener un reembolso si aún no tiene una.

Reembolso de comidas

Podemos ofrecer estipendios para comidas si la atención médica requiere cuatro o más horas de viaje de ida y vuelta. Su traslado también debe coincidir con los siguientes horarios de comida:

- Desayuno: el viaje comienza antes de las 6:00 a. m.

- Almuerzo: el viaje abarca todo el periodo comprendido entre las 11:30 a. m. y la 1:30 p. m.
- Cena: el viaje termina después de las 6:30 p. m.

El estipendio para comidas es un monto fijo. No tiene que presentar ningún recibo de comidas. Consulte la Guía del Viajero para conocer los montos de estipendio actuales.

Nota: Si va a un establecimiento en el que le proporcionan las comidas, no es elegible para recibir un estipendio para comidas.

Reembolso del alojamiento

Es posible que podamos ayudar con los costos del alojamiento cuando necesite servicios de atención médica fuera del área. Cuando llame para solicitar este tipo de reembolso de millas, deberá proporcionarnos la dirección del lugar donde se hospedará.

La asignación para alojamiento es de \$110 por noche. Reembolsamos el alojamiento para asistentes únicamente si se hospedan en una habitación diferente a la suya.

Para ser elegible para recibir el reembolso del alojamiento:

- Debe comenzar a viajar antes de las 5:00 a. m. para poder asistir a la consulta, o bien regresaría a casa tras la consulta después de las 9:00 p. m.
- O, su proveedor debe informarnos, por escrito, que tiene una necesidad médica.

Para recibir el reembolso del alojamiento:

- Debe enviar por correo una copia del recibo del alojamiento. Conserve el recibo original.
- Debemos recibir el recibo dentro de los 45 días calendario después de la cita.
- El nombre del afiliado que asiste a la cita debe figurar en el recibo.

Usted es responsable de todo gasto que supere los \$110 por noche. Planifique con anticipación si le han aprobado el reembolso del alojamiento. Si usted o el afiliado en representación del cual se comunica no puede pagar el resto de los costos, llame a Columbia Pacific CCO y consulte acerca de sus opciones.

Nota: Si se aloja con un amigo o familiar, no es elegible para recibir el estipendio por gastos de alojamiento.

Tiene derechos cuando utiliza Non-Emergent Medical Transportation (NEMT, Transporte médico para casos que no son de emergencia)

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir transporte seguro y fiable que sea adecuado para sus necesidades.
- Ser tratado con respeto.
- Solicitar servicios de interpretación al comunicarse con Servicios al Cliente.
- Obtener materiales en un idioma o formato que se adapte a sus necesidades.

- Recibir un aviso por escrito cuando se rechace un traslado.
- Presentar un reclamo acerca de su experiencia de viaje.
- Presentar una apelación, solicitar una audiencia o solicitar ambas si siente que se le ha denegado un traslado de forma injusta.

También tiene responsabilidades cuando utiliza NEMT. Consulte la Guía del Viajero para conocer el listado completo de derechos y responsabilidades.

Si se le niega un traslado

En ocasiones, no se puede proporcionar traslados. NW Rides le notificará durante su llamada para programar un traslado. O, recibirá una llamada para informarle que su solicitud es denegada. Todas las denegaciones son revisadas por dos miembros del personal. Si su traslado es negado, le enviaremos una carta de negación por correo en un plazo de 72 horas a partir de la decisión. En el caso de solicitudes de reembolso, le enviaremos la carta por correo en un plazo de 14 días a partir de la decisión. El aviso indica la norma y el motivo de la denegación.

Usted puede solicitar una apelación a Columbia Pacific CCO si no está de acuerdo con la negación. Tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de negación para solicitar una apelación. Después de la apelación, si la negación prevalece, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia estatal.

También le enviaremos a su proveedor una carta por correo, si el proveedor es parte de nuestra red y solicitó la transportación por cuenta de usted.

Quejas

Usted tiene el derecho de presentar una queja o denuncia en cualquier momento, aun y cuando ya la hubiera presentado con anterioridad. Algunos ejemplos de una queja o denuncia son:

- Problemas acerca de la seguridad del vehículo
- Calidad de los servicios
- Interacciones con conductores y proveedores, o personal del centro de atención al cliente (como descortesía o rudeza)
- El servicio de traslado no fue proporcionado como se solicitó
- Derechos del consumidor

Consulte más detalles acerca de quejas, denuncia, apelaciones y audiencias en la Página 112.

Guía del Viajero

Consulte la Guía del Viajero de NW Rides en nwconnector.org/nw-rides. Usted o su representante también puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar una copia impresa gratuita. Será enviada en cinco días hábiles. La copia impresa puede ser en el idioma y formato que usted prefiera.

La guía contiene más información, como

- Sillas de ruedas y ayuda para movilidad
- Seguridad del vehículo
- Funciones y reglas del conductor
- Qué hacer en caso de una emergencia o si hace mal tiempo.

Recibiendo atención médica por video o teléfono

Telehealth (Telesalud, también llamado telemedicina y teledontología) es una forma en la que usted recibe atención médica sin tener que acudir a la clínica o consultorio. Telehealth significa que usted puede tener su cita a través de una llamada telefónica o videollamada. Columbia Pacific CCO cubrirá las citas de Telehealth. Telehealth le permite que la cita con su proveedor sea utilizando:

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

Las citas de Telehealth son totalmente gratuitas. Para citas de video, usted necesita un teléfono inteligente, computadora o tableta con una cámara y conexión segura a internet. Pregunte a su proveedor si están disponibles artículos o servicios relacionados con la salud para apoyarle en sus necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta, desea conocer más acerca de las citas de Telehealth o necesita asistencia técnica con Telehealth, contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Si no tiene Internet o acceso a video, hable con su proveedor sobre lo que funcionaría en su caso.

Cómo encontrar proveedores de Telehealth

No todos los proveedores cuentan con opciones de Telehealth. Usted debe preguntar acerca de Telehealth cuando llame para agendar una cita. Usted puede consultar nuestro Directorio de Proveedores en colpachealth.org/providerdirectory. En los detalles del proveedor se menciona si ofrece o no telesalud.

Provider Search

Provider Information

Please select at least one option below:

Type of Provider Mental Health	Specialty No Preference		
Provider or Clinic Name	Language Spoken No Preference	Accepts New Patients No Preference	Gender No Preference
Clinic No Preference	Hospital No Preference		

☒ Telehealth Support

Si tiene algún problema de audio o video para su cita de Telehealth, por favor asegúrese de ponerse en contacto con su proveedor.

Cuándo utilizar Telehealth

Los afiliados de Columbia Pacific CCO que utilicen Telehealth tienen el derecho a recibir los servicios de atención médica física, dental y de salud del comportamiento que necesiten.

Algunos ejemplos en los cuales puede utilizar Telehealth son:

- Cuando su proveedor desea una consulta con usted antes de renovar una prescripción.
- Servicios de asesoramiento.
- Seguimiento a una cita presencial.
- Cuando usted tiene preguntas médicas de rutina.
- Si usted está en cuarentena o practica el distanciamiento social en virtud de una enfermedad.
- Si temporalmente no se encuentra en su hogar y no puede reunirse con su médico en persona.
- Si no está seguro si requiere acudir a la clínica o consultorio.

No se recomienda Telehealth para emergencias. Si siente que su vida está en peligro, por favor llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana. Consulte en la página 89 la lista de hospitales con salas de emergencia.

Si usted desconoce los servicios u opciones de Telehealth que ofrece su proveedor, llame y pregunte.

Las citas de Telehealth son privadas

Los servicios de Telehealth que ofrece su proveedor son privados y seguros. Cada proveedor cuenta con su propio sistema para citas de Telehealth, pero todo sistema debe apegarse a la ley.

Consulte en la página 13 información adicional acerca de privacidad y de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

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

Usted tiene el derecho a:

- Recibir los servicios de Telehealth en el idioma que necesite.
- Contar con proveedores que respeten sus requerimientos de cultura e idioma.
- Recibir servicios de interpretación calificados y certificados para usted y su familia. Consulte más detalles en la página 2.
- Tener citas presenciales, no solo de Telehealth.
 - Columbia Pacific CCO se asegurará que usted pueda elegir cómo desea tener sus citas. Un proveedor no puede obligarle a utilizar Telehealth, a menos que exista un estado de emergencia declarado o que una instalación esté aplicando su plan de catástrofes.
- Reciba apoyo y tenga las herramientas necesarias para Telehealth.
 - Columbia Pacific le ayudará a identificar qué herramienta de Telehealth es la mejor para usted.
 - Columbia Pacific se asegurará que su proveedor lleve a cabo una evaluación para ver si la telesalud es adecuada para usted. Esto incluye, entre otros:
 - Necesidad de formato alternativo;
 - Acceso a dispositivos necesarios;
 - Acceso a ubicación privada y segura;
 - Acceso a servicio de Internet;
 - Comprensión de dispositivos digitales;
 - Problemas culturales.

Hable con su proveedor acerca de la telesalud. Si necesita o prefiere visitas en persona y su proveedor solo se dedica a telesalud, hágaselo saber. Puede derivarlo a otro proveedor e informarle a Columbia Pacific CCO. Puede elegir cómo recibir su atención y Columbia Pacific puede ayudarlo a coordinar la atención con otro proveedor. También puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Medicamentos prescritos

Para surtir una prescripción, puede acudir a cualquier farmacia dentro de la red de Columbia Pacific. Usted puede consultar una lista de farmacias con las que trabajamos en nuestro directorio de proveedores en colpachealth.org/druglist.

- Tiene derecho a recibir servicios de interpretación y ayudas auxiliares en la farmacia.
- También tiene derecho a que le traduzcan las etiquetas de las recetas médicas.

Para todas las prescripciones cubiertas por Columbia Pacific, lleve a la farmacia lo siguiente:

- La prescripción
- Su tarjeta de identificación de Columbia Pacific, su tarjeta de identificación de Oregon Health u otro comprobante de cobertura como la tarjeta de identificación de Medicare Part D o la tarjeta de seguro privado. Es posible que sin ellos no pueda surtir la prescripción

Prescripciones cubiertas

La lista de medicamentos cubiertos de Columbia Pacific se encuentra en colpachealth.org/druglist.

- Si usted no está seguro de que su medicamento se encuentre en nuestra lista, contáctenos. Lo revisaremos por usted.

Si su medicamento no se encuentra en la lista, informe a su proveedor. Su proveedor puede solicitarnos que se cubra.

- Columbia Pacific requiere autorizar algunos medicamentos de la lista antes de que su farmacia pueda surtirlos. Para estos medicamentos, su proveedor nos solicitará la autorización.

Columbia Pacific también cubre algunos over-the-counter (OTC por sus siglas en inglés, medicamentos sin prescripción) cuando su proveedor o farmacia se los prescriba. Los medicamentos OTC son aquéllos que usted normalmente compraría en una tienda o farmacia sin una prescripción, como aspirinas.

Solicitar que Columbia Pacific CCO cubra las prescripciones

Cuando su proveedor solicita a Columbia Pacific autorizar o cubrir una prescripción:

- Médicos y farmacéuticos de Columbia Pacific revisarán la solicitud de su proveedor.
- Tomaremos una decisión dentro de las 24 horas siguientes.
- Si requerimos más información para tomar la decisión, podría llevar 72 horas.

Usted recibirá una carta de nosotros en caso de que Columbia Pacific decida no cubrir la prescripción. Esta carta explicará:

- Su derecho de apelar la decisión
- Cómo solicitar una apelación si usted no está de acuerdo con nuestra decisión. La carta incluirá además una forma que puede utilizar para solicitar una apelación.

Contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 si usted:

Farmacias que surten ventas por correo

Optum RX puede enviar por correo algunos medicamentos a su domicilio. Esto se llama farmacias que surten ventas por correo. Farmacias que surten ventas por correo puede ser una buena opción, en caso de que le resulte complicado recoger una prescripción en una farmacia. Contacte colpachealth.org/for-members/medications o llame a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 si usted:

¿Necesita ayuda? Llame al 855-722-8206 o visite colpachealth.org/about-us/contact-us

- Conozca más acerca de farmacias que surten ventas por correo.
- Contacte a una de ellas.

OHP paga los medicamentos para la salud del comportamiento

Columbia Pacific CCO no paga la mayoría de los medicamentos utilizados para tratar afecciones de la salud del comportamiento. Sin embargo, son pagados por OHP. Si usted necesita medicamentos para la salud del comportamiento:

- Columbia Pacific y su proveedor pueden ayudarle a recibir los medicamentos que usted requiere.
- La farmacia enviará la factura de su prescripción directamente a OHP. Columbia Pacific y su proveedor pueden ayudarle a recibir los medicamentos que usted requiere. Platique con su proveedor si tiene alguna pregunta. También puede llamar a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

Cobertura de prescripciones para afiliados en Medicare

Columbia Pacific y OHP no cubren medicamentos que son cubiertos por Medicare Part D.

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

Si usted tiene Part D, muestre en la farmacia su tarjeta de identificación de Medicare y su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific.

Si Medicare Part D no cubre su medicamento, su farmacia puede facturarle a Columbia Pacific. Si OHP cubre el medicamento, éste será pagado por Columbia Pacific.

Conozca más acerca de los beneficios de Medicare en la página 100.

Surriendo prescripciones antes de un viaje

Si planea viajar fuera del estado, asegúrese que cuenta con medicamentos suficientes para su viaje. Para ello, solicite una prescripción para ser surtida en forma anticipada. Esto se llama anular el sistema por o por vacaciones. Por favor contacte a Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 para determinar si esta opción es de utilidad para usted.

Hospitales

Trabajamos con los hospitales que a continuación se indican para atención hospitalaria. Usted puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital. Algunos hospitales ofrecen una sala de emergencias completa para ayudar a alguien que sufre una crisis de salud mental, pero puede dirigirse a cualquier hospital para solicitar ayuda.

Adventist Health Tillamook

Sala de emergencias completa: sí

1000 3rd St, Tillamook, OR 97141

503-842-4444 o TTY 711, adventisthealth.org/locations/adventist-health-tillamook/

Columbia Memorial Hospital Urgent Care

Sala de emergencias completa: sí

2111 Exchange St, Astoria, OR 97103

503-325-4321 o TTY 711, columbiamemorial.org/locations/columbia-memorial-hospital/

Providence Seaside Hospital

Sala de emergencias completa: sí

725 S Wahanna Rd, Seaside, OR 97138

503-717-7000 o TTY 711, providence.org/locations/or/seaside-hospital

Atención urgente

Un problema urgente es lo bastante serio como para ser tratado en el momento, pero no lo suficiente grave como para recibir un tratamiento inmediato en una sala de emergencias. Estos problemas urgentes pueden ser físicos, de salud del comportamiento o dentales.

Usted puede recibir atención urgente sin preautorización las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Usted no requiere una referencia para atención urgente o de emergencia. Más adelante se incluye una lista de centros de atención urgente y de clínicas ambulatorias.

Atención urgente física

Algunos ejemplos de atención urgente física son:

- Cortaduras sin mucha sangre pero que pueden requerir puntos de sutura
- Fisuras menores en los huesos y fracturas en los dedos de las manos y pies
- Esguinces y torceduras

Si tiene un problema urgente, llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Usted puede llamar en cualquier momento, día o noche, o en fines de semana y días festivos. Que usted es afiliado a Columbia Pacific CCO. Usted recibirá asesoría o una referencia. En caso de que no pueda contactar a su PCP para atender un problema urgente, o si su PCP no puede atenderle lo suficientemente pronto, acuda a un centro de atención urgente o a una clínica ambulatoria. Usted no necesita una cita. Consulte la lista de centros de atención urgente y de clínicas ambulatorias en la página 89.

La información de su PCP figura en su tarjeta de identificación de Columbia Pacific CCO

Si requiere asistencia, llame a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

¿Necesita ayuda? Llame al 855-722-8206 o visite colpachealth.org/about-us/contact-us

Si usted no sabe si su problema es urgente, de cualquier forma llame al consultorio de su proveedor, inclusive si está cerrado. Consulte la información de contacto en el Directorio de Proveedores en colpachealth.org/find-a-provider. Si llama a su proveedor fuera del horario de atención, es posible que le atienda un servicio de respuesta automática. Deje su mensaje y mencione que usted está afiliado en Columbia Pacific. Es posible que le aconsejen o le refieran a otro lugar al que puede llamar. Usted recibirá una llamada de respuesta de un representante de Columbia Pacific dentro de los 30-60 minutos siguientes a su llamada, para platicar acerca de los pasos a seguir. Todos nuestros proveedores dentro de nuestra red ofrecen asistencia después del horario — usted puede contactarlos las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para asistencia que no es urgente y citas, por favor llame durante el horario de labores.

Centros de atención urgente y clínicas ambulatorias en el área de Columbia Pacific CCO

Legacy Urgent Care

475 S Columbia River Hwy, St. Helens, OR 97051

503-397-7119, legacyhealth.org/Doctors-and-Locations/urgent-care/legacy-st-helens

Columbia Memorial Hospital Urgent Care

2265 Exchange St, Astoria, OR 97103

503-338-4050, columbiamemorial.org/locations/cmh-urgent-care-astoria/

Columbia Memorial Hospital Urgent Care

1639 SE Ensign Lane, Suite B103, Warrenton, OR 97146

503-338-4500, columbiamemorial.org/locations/cmh-urgent-care-warrenton/

Urgent Care NW

2120 Exchange St, Suite 111, Astoria, OR 97103

503-325-0333, urgentcarenwastoria.com/

Adventist Tillamook Urgent Care

1100 3rd St, Tillamook, OR 97141

503-842-5546, adventisthealth.org/locations/urgent-care-adventist-health-tillamook/

Adventist Tillamook Urgent Care

10445 Neahkahnie Creek Rd, Manzanita, OR 97130

503-368-6244, adventisthealth.org/locations/urgent-care-adventist-health-4486/

Atención dental de urgencia

Algunos ejemplos de atención urgente dental incluyen:

- Dolor dental que le despierta por la noche y le dificulta masticar
- Un diente astillado o roto

- Pérdida de una corona o empaste
- Un absceso (bolsa de pus en un diente causada por una infección)

Si tiene un problema urgente dental, llame a su Proveedor Dental Primario (PDP). Si no puede contactar a su PDP o si es fuera del horario de atención, el servicio de respuesta automática desviará su llamada a un dentista de guardia, quien le devolverá la llamada. Si aún no cuenta con un dentista, puede llamar al servicio al cliente dental que aparece en su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific CCO, y ellos le ayudarán a encontrar atención urgente dental, dependiendo de su afección (consulte la página 18 para obtener el número de su plan dental). Usted debe conseguir una cita dentro de las dos semanas siguientes, o en una semana si está embarazada, para una afección urgente dental.

Atención de emergencia

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

Usted puede recibir servicios urgentes y de emergencia sin preautorización las 24 horas del día, los siete días de la semana. Usted no necesita una referencia.

Emergencias físicas

La atención de emergencias físicas se presenta cuando usted necesita atención inmediata, y su vida está en peligro.

Algunos ejemplos de emergencias médicas son:

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

Más información acerca de la atención de emergencia:

- Llame a su PCP o a Servicio al Cliente de Columbia Pacific CCO dentro de los tres días siguientes de haber recibido atención de emergencia.
- Usted tiene el derecho de utilizar cualquier hospital o establecimiento dentro de los Estados Unidos de América.

- La atención de emergencia incluye servicios de postestabilización (atención posterior). Los servicios de atención posterior están cubiertos respecto a una afección de emergencia. Estos servicios se le brindan una vez que usted esté estabilizado. Le ayudan a mantener su afección estable. Le ayudan a mejorar o a curar su afección.

Consulte la lista de hospitales con salas de emergencia en la página 89.

Emergencias dentales

Una emergencia dental es cuando requiere atención dental el mismo día. Este tipo de atención está disponible las 24 horas del día los siete días de la semana. Es posible que una emergencia dental requiera tratamiento inmediato. Algunos ejemplos son:

- Cuando se cae un diente (que no sea un diente "de leche" de la infancia)
- Hinchazón facial o infección en la boca
- Hemorragia en sus encías que no se detiene

Para una emergencia dental, por favor llame a su Proveedor Dental Primario (PDP). Usted será atendido dentro de las siguientes 24 horas. Algunos consultorios tienen horario de atención de emergencia sin previa cita. Si usted tiene una emergencia dental y su dentista o PCP no pueden asistirle, no requiere permiso para recibir atención de emergencia dental. Puede ir a la sala de emergencias o llamar a Servicio al cliente al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar ayuda para encontrar atención odontológica de emergencia.

Si ninguna de estas opciones le son de utilidad, llame al 911 o visite la Sala de Emergencia. **Si necesita un traslado en ambulancia, por favor llame al 911.** Consulte la lista de hospitales con salas de emergencia en la página 89.

Emergencias y crisis de salud del comportamiento

Una emergencia de salud del comportamiento es cuando usted necesita ayuda en ese momento para sentirse o estar a salvo. Es cuando usted u otras personas están en peligro. Un ejemplo es sentirse fuera de control. Usted podría sentir que su seguridad está en riesgo o tener pensamientos de dañarse a sí mismo o a los demás.

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencia en caso de que usted esté en peligro.

- Los servicios de emergencia de salud del comportamiento no requieren una referencia o preautorización. Columbia Pacific CCO ofrece a sus afiliados servicios y apoyo de crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud del comportamiento puede apoyarle a recibir servicios para mejorar y estabilizar la salud mental. Trataremos de ayudarle y apoyarle después de sufrir una crisis.

Números locales de crisis 24 horas, centros de crisis ambulatorios y de acogida

Usted puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al 988. El 988 es un teléfono de ayuda en casos de suicidio y crisis a través del cual puede recibir apoyo afectuoso y compasivo de consejeros de crisis capacitados, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si usted está atravesando por una crisis de salud mental, su atención está totalmente cubierta. Usted no necesita autorización para llamar a la línea de crisis o recibir servicios de emergencia. Por favor llame al siguiente número de crisis:

- Condado de Clatsop: 503-325-5724 o TTY 711
- Condado de Columbia: 503-782-4499 o TTY 711
- Condado de Tillamook: 503-842-8201 ext. 294 or TTY 711

Centros de crisis ambulatorios y de acogida en los condados de Columbia y Tillamook:

- Columbia Community Mental Health: 58646 McNulty Way, St Helens, OR 97051, ccmh1.com/contact/#ccmh-locations
 - Para adultos: Lunes y martes de 1-3 p.m, jueves y viernes de 9-11 a.m.
 - Para jóvenes: Lunes de 9-11 a.m., jueves de 3-5 p.m.
- Tillamook Family Counseling Center: 906 Main Ave, Tillamook OR 97141, tfcc.org/
 - De lunes a viernes 8 a.m. a 5 p.m.

Una crisis de salud del comportamiento es cuando usted necesita ayuda rápidamente. Si no es atendido, la afección puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas locales de crisis 24 horas indicadas con anterioridad o llame al 988 si experimenta alguna de las siguientes situaciones o no está seguro de que se trate de una crisis. Queremos ayudarle y apoyarle en prevenir una emergencia.

Ejemplos de factores a considerar si usted o un miembro de su familia está sufriendo una emergencia o crisis de salud del comportamiento:

- Pensar en el suicidio
- Escuchar voces que le piden dañarse a sí mismo o a otra persona
- Dañar a otras personas, animales o propiedades
- Comportamientos peligrosos o muy perturbadores en la escuela, trabajo o con amigos o familiares

Algunas acciones que Columbia Pacific realiza para apoyar la estabilización en la comunidad son:

- Una línea de emergencia de crisis para llamar cuando un afiliado necesite ayuda
- Un equipo móvil de crisis que pueda atender a un afiliado que requiera ayuda
- Centros de crisis ambulatorios y de acogida
- Respiro para crisis (atención de corto plazo)
- Lugares de estancia a corto plazo para estabilizarse

- Servicios de postestabilización y servicios urgentes de atención. Este tipo de atención está disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana. Los servicios de atención postestabilización son servicios cubiertos, relacionados con una emergencia médica o de salud del comportamiento, que son proporcionados para mantener la estabilización o resolver la afección, una vez que la emergencia es estabilizada.
- Servicios de respuesta de crisis, 24 horas al día, para afiliados que reciban tratamiento intensivo a domicilio de salud del comportamiento.

Consulte en la página 51 acerca de los servicios de salud del comportamiento que se ofrecen.

Prevención del suicidio

Si padece una enfermedad mental y no es tratada, es posible que tenga riesgo de suicidio. Con el tratamiento adecuado, su vida puede mejorar.

Señales comunes de advertencia de suicidio

Obtenga ayuda si identifica alguna señal de que usted o alguien a quien conoce está pensando en el suicidio. Al menos 80 % de las personas que piensan acerca del suicidio desean ayuda. Tome con seriedad las señales de advertencia.

Algunas señales de advertencia de suicidio son:

- Hablar sobre el deseo de morir o suicidarse
- Planear una forma de suicidarse, como, por ejemplo, comprar un arma
- Sentirse sin esperanza o sin motivos para vivir
- Sentirse atrapado o con un dolor insoportable
- Hablar acerca de ser una carga para los demás
- Regalar bienes preciados
- Pensar y hablar mucho acerca de la muerte
- Consumir más alcohol o drogas
- Actuar con ansiedad o agitado
- Comportamiento imprudente
- Retraerse o sentirse aislado
- Tener cambios extremos de humor

¡Nunca mantenga en secreto pensamientos o conversaciones acerca del suicidio!

Si usted desea platicar con alguien fuera de Columbia Pacific, contacte cualquiera de las siguientes opciones:

- Consulte la lista de líneas de crisis en la página 91
- National Suicide Prevention Lifeline (Línea Nacional de Prevención del Suicidio): Llame al 988 o visite 988lifeline.org
- La línea de esperanza conmemorativa de David Romprey: 800-698-2392

- Línea de Texto de Crisis: Envíe un texto al 741741

Para prevención del suicidio de adolescentes:

Puede buscar en línea el número para crisis de salud mental de su condado. Pueden ofrecerle exámenes y ayudarlo a obtener los servicios que necesita.

- YouthLine: llame al 877-968-8491 o envíe el mensaje de texto “teen2teen” al 839863
- También puede llamar al 911 si se encuentra en una situación de crisis

Atención de seguimiento después de una emergencia

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Ello incluye cualquier cosa que usted necesite después de salir de la sala de emergencia. La atención de seguimiento no es una emergencia. OHP no cubre atención de seguimiento cuando usted se encuentra fuera del estado. Contacte a su proveedor de atención primaria o a su dentista de atención primaria para programar cualquier atención de seguimiento.

- Usted debe recibir la atención de seguimiento de su proveedor regular o dentista regular. Puede solicitar al médico de emergencia que llame a su proveedor para programar la atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor o dentista lo más pronto posible después de que usted reciba atención urgente o de emergencia. Mencione a su proveedor o dentista el lugar y las razones por las que fue tratado con ese tipo de atención.
- Su proveedor o dentista organizará su atención de seguimiento y agendará una cita en caso de requerirse.

Atención lejos de casa

Atención planeada fuera del estado

Columbia Pacific CCO le ayudará a localizar un proveedor fuera del estado y pagará un servicio cubierto cuando:

- Usted necesite un servicio que no esté disponible en Oregon, o
- El servicio sea rentable en función a costo y calidad

Para saber más acerca de cómo podría obtener una prescripción para surtir medicamentos antes de su viaje, consulte la página 86.

Atención de emergencia lejos de casa

Es posible que usted necesite atención de emergencia cuando se encuentre lejos de su casa o fuera del área de servicio de Columbia Pacific CCO. **Llame al 911 o acuda a cualquier departamento de emergencia.** Usted

no requiere preautorización para servicios de emergencia. Los servicios de emergencia médicos están cubiertos en todo Estados Unidos de América. Ello incluye salud del comportamiento y afecciones de emergencia dentales.

No pague por atención de emergencia. Si usted paga la factura de la sala de emergencia, Columbia Pacific no puede pagarle un reembolso. Consulte la página 95 para saber qué hacer si usted recibe una factura.

Los servicios de atención de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos.

Por favor siga los pasos que se mencionan a continuación en caso de que necesite atención de emergencia lejos de su casa

1. Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación de Oregon Health y su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific CCO, cuando viaje fuera del estado
2. Muestre su tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific y solicite que facturen a Columbia Pacific
3. No firme ningún papel hasta que sepa que el proveedor facturará a Columbia Pacific. En ocasiones Columbia Pacific no puede pagar su factura si un formulario de acuerdo de pago ha sido firmado. Para más información acerca de este formulario, consulte la página 96
4. Usted puede solicitar a la sala de emergencia o a la oficina de facturación del proveedor que contacte a Columbia Pacific en caso de que quieran verificar su seguro o si tienen cualquier pregunta.
5. Si requiere asesoría sobre qué hacer o necesita atención que no sea de emergencia lejos de su domicilio, llame a Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 para asistencia

En momentos de emergencia, los pasos antes mencionados no siempre son posibles. Estar preparado y saber qué pasos seguir para atención de emergencia fuera del estado puede solucionar problemas de facturación mientras usted se encuentre lejos. Estos pasos pueden ayudar a prevenir que usted reciba una factura por servicios que Columbia Pacific puede cubrir. Columbia Pacific no puede pagar un servicio si el proveedor no nos ha enviado una factura.

Si recibe una factura, consulte la sección a continuación.

Facturación de servicios

Los afiliados en OHP no pagan facturas por servicios cubiertos

Cuando concerté su primera cita con un proveedor, informe al consultorio que usted está con Columbia Pacific CCO. También mencione si usted tiene otro seguro. Esto ayudará al proveedor a saber a quién facturar. Lleve con usted su tarjeta de identificación de usuario a todas sus citas médicas.

Columbia Pacific paga todos los servicios cubiertos médicamente necesarios y adecuados de conformidad con la Prioritized List of Health Services (consulte la página 38). Los servicios deben ser médicamente o bucalmente adecuados.

Un proveedor dentro de la red de Columbia Pacific (para consultar una lista de proveedores dentro de la red, véase la página 30) o alguien quien trabaje para ellos, no puede facturarle o intentar cobrar cualquier dinero adeudado por Columbia Pacific con motivo de servicios por los cuales usted no es responsable de cubrir.

Los afiliados no pueden recibir facturas por faltar a las citas o por errores.

- Faltar a una cita no es facturable a usted o a OHP.
- Si su proveedor no envía los papeles correctos o no obtiene una aprobación, usted no puede recibir una factura por eso. Esto se llama error del proveedor.

Los afiliados no pueden recibir saldos a pagar o facturación sorpresa.

Cuando un proveedor factura el monto remanente en la factura, una vez que Columbia Pacific pagó, se llama facturación del saldo. Esto también se conoce como facturación sorpresa. El monto es la diferencia entre la cantidad realmente facturada y el importe que Columbia Pacific paga. Esto sucede frecuentemente cuando usted visita a un proveedor fuera de la red. Usted no es responsable de estos costos.

Si tiene alguna pregunta, contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Para más información acerca de facturación sorpresa, visite dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf

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

Llame a Columbia Pacific CCO para asistencia en ese momento al 855-722-8206 o TTY 711.

También puede contactar a la oficina de facturación del proveedor y asegurarse que ellos saben que usted cuenta con OHP.

Es posible que existan servicios que usted tenga que pagar

Normalmente, con Columbia Pacific CCO, usted no tendrá que pagar ninguna factura médica. Cuando necesite atención médica, hable con su proveedor sobre las opciones disponibles. El consultorio del proveedor verificará con Columbia Pacific si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si usted elige recibir un servicio que no está cubierto, es posible que usted tenga que pagar la factura. Esto solo ocurre cuando se ha hablado del tema y se ha firmado un formulario de Acuerdo de Pago. Consulte más detalles en la página 96.

Usted tiene que pagar al proveedor si:

- **Recibe atención rutinaria fuera de Oregon.** Usted recibe servicios fuera de Oregon que no son de atención urgente o de emergencia.
- **No le menciona al proveedor que usted tiene OHP.** Usted no le mencionó al proveedor que tiene Columbia Pacific, otro seguro o proporcionó un nombre que no coincidía con el que aparece en la

tarjeta de identificación de usuario de Columbia Pacific al momento o después de que el servicio fue proporcionado, por lo que el proveedor no pudo facturar a Columbia Pacific. Los proveedores deben verificar que usted cumple con las condiciones y requisitos como afiliado en Columbia Pacific al momento de prestar el servicio y antes de facturar o realizar cobros. Ellos deben procurar obtener información sobre su cobertura antes de facturarle a usted.

- **Usted continúa recibiendo un servicio negado.** Usted o su representante solicitaron la continuidad de beneficios durante una apelación y el proceso de audiencia del caso impugnado, y la decisión final no fue favorable para usted. Usted tendrá que pagar cualquier cargo incurrido por los servicios negados a partir de o con posterioridad a la fecha efectiva de notificación del recurso o la notificación de resolución de la apelación.
- **Usted recibe dinero para pagar servicios con motivo de un accidente.** En caso de que un tercero pagador, como una aseguradora de autos, le hubiera enviado cheques para cubrir los servicios que usted recibió de su proveedor, pero usted no utilizó ese dinero para pagarle al proveedor.
- **Nosotros no trabajamos con ese proveedor.** Cuando elige consultar un proveedor que no está dentro de la red de Columbia Pacific, es posible que usted tenga que pagar sus servicios. Antes de consultar un proveedor que no está dentro de la red de Columbia Pacific, usted debe llamar a Servicio al Cliente o discutirlo con su PCP. Es posible que se requiera una preautorización o pudiera haber un proveedor dentro de la red que cumpla sus necesidades. Para consultar una lista de los proveedores dentro de la red, véase la página 30.
- **Usted eligió recibir servicios que no están cubiertos.** Usted tiene que pagar cuando elija recibir servicios que el proveedor le mencionó que no están cubiertos por Columbia Pacific. En este caso:
 - El servicio se refiere a un concepto que no cubre su plan.
 - Antes de recibir el servicio, usted firmó un formulario de Acuerdo de Pago válido. Conozca más de este formulario en la parte inferior.
 - Siempre contacte primero a Servicio al Cliente de Columbia Pacific para saber lo que está cubierto. Si recibe una factura, por favor contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific en ese momento.
 - Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son:
 - Algunos tratamientos, como los medicamentos sin receta, para afecciones que usted puede atender en su domicilio o que mejoran por sí solas (resfriados, gripe leve, ampollas, callosidades, etc.)
 - Cirugías o tratamientos cosméticos sólo para la apariencia
 - Servicios de ayuda para embarazarse
 - Tratamientos que suelen no ser efectivos
 - Ortodoncia, excepto para maloclusiones discapacitantes y para tratar el paladar hendido en niños

Si tiene alguna pregunta acerca de los servicios cubiertos o no cubiertos, por favor contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.

Es posible que le sea solicitado firmar un formulario de Acuerdo de Pago

Un formulario de un Acuerdo de Pago es utilizado cuando usted solicita un servicio que no está cubierto por Columbia Pacific CCO u OHP. Este formulario también es conocido como Waiver (renuncia). Solo pueden facturarle un servicio si firma el formulario de Acuerdo de pago. No se debería sentir obligado a firmar el formulario. Usted puede consultar una copia del formulario en bit.ly/OHPwaiver.

No tiene que firmar el formulario de Acuerdo de pago si no lo desea. Si no está seguro si debería firmar el formulario de Acuerdo de pago o tiene alguna pregunta acerca de si el beneficio está cubierto, comuníquese con el Servicio al cliente de Columbia Pacific CCO al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar ayuda. Si Columbia Pacific o su proveedor le informan que el servicio no está cubierto por el OHP, aún tiene derecho a desafiar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la página 110.

Los siguientes aspectos deben cumplirse para que un formulario de Acuerdo de Pago sea válido:

- El formulario debe señalar el costo estimado del servicio. Debe ser el mismo que se muestre en la factura.
- El servicio es agendado dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que usted firme el formulario.
- El formulario indica que OHP no cubre el servicio.
- El formulario señala que usted está de acuerdo en pagar por cuenta propia el servicio.
- Usted solicitó pagar por cuenta propia un servicio cubierto. Si usted elige esto, es posible que el proveedor le facture a usted siempre y cuando previamente le comunique lo siguiente:
 - Se trata de un servicio que está cubierto y que Columbia Pacific pagaría la totalidad del mismo,
 - El costo estimado, incluyendo todos los cargos adicionales relacionados, que Columbia Pacific pagaría por el servicio. El proveedor no puede facturarle una cantidad mayor que la que Columbia Pacific pagaría; y,
 - Usted acepta consciente y voluntariamente pagar por el servicio cubierto.
- Los documentos del proveedor por escrito, firmados por usted o su representante, en los cuales le comunicaron la información antes citada, y:
 - Le dieron la oportunidad de realizar preguntas, obtener más información, y consultar a su trabajador social o representante.
 - Usted acuerda pagar por cuenta propia. Usted o su representante firmaron el acuerdo que contiene toda la información para efectuar el pago por cuenta propia.
 - El proveedor debe proporcionarle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar un reclamo a Columbia Pacific por el servicio cubierto mencionado en el acuerdo.

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

Considerando que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas de OHP Oregon (Medicaid), es posible que le facturen directamente a usted. No deberían facturarle por

atención de emergencia o posterior a la hospitalización. Si recibe una factura, por favor contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific en ese momento. Disponemos de recursos para ayudar.

Contáctenos de inmediato si usted recibe facturas de proveedores fuera del estado. Algunos proveedores envían las facturas pendientes de pago a agencias de cobro e incluso pueden presentar demandas ante los tribunales para que se les pague. Es muy difícil solucionar el problema una vez que ocurre. Tan pronto como usted reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Contacte lo antes posible a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711.
Horario: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
- Si está lista para el parto, contáctenos de inmediato. También puede llamar a un abogado o a Public Benefits Hotline (Línea Directa de Beneficios Públicos) al 800-520-5292 para asesoría legal gratuita. Existen leyes del consumidor que pueden ayudarle cuando le facturen indebidamente mientras se encuentre en OHP.
- Si ha recibido una factura porque Columbia Pacific ha negado su pago, contacte a Servicio al Cliente. Consulte en la página 110 para más información acerca de negaciones, su derecho a una apelación, y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros.
 - Usted también puede apelar enviando a Columbia Pacific una carta indicando que no está de acuerdo con la factura porque usted se encontraba en OHP al momento de recibir el servicio.

Consejos importantes acerca del pago de servicios y facturas

- Le recomendamos seriamente que llame a Servicio al Cliente antes de que acepte pagar a un proveedor.
- Si su proveedor le solicita cubrir un copago, ¡no lo pague! Solicite al personal del consultorio que llame a Columbia Pacific.
- Columbia Pacific paga todos los servicios cubiertos de conformidad con la Prioritized List of Health Services. Consulte la página 38.
- Para obtener una breve lista de los beneficios y servicios cubiertos por sus beneficios de OHP con Columbia Pacific, que también cubre administración de casos y Care Coordination, consulte la página 35. Si tiene alguna duda acerca de lo que está cubierto, puede preguntar a su PCP o llamar a Servicio al Cliente de Columbia Pacific.
- Ningún proveedor dentro de la red de Columbia Pacific (para consultar una lista de proveedores dentro de la red, consulte la página 29) o alguien que trabaje para ellos, puede facturar a un afiliado, enviar la factura de un afiliado a una agencia de cobros, o ejercer una acción civil contra un afiliado para cobrar cualquier dinero adeudado por Columbia Pacific con motivo de servicios por los cuales usted no es responsable con el proveedor contratado.

- Nunca se cobra a los afiliados por traslados para acudir a citas médicas. Consulte la página 74. Los afiliados pueden solicitar reembolsos por conducir a las visitas cubiertas o recibir boletos de autobús para utilizar ese medio para acudir a las visitas cubiertas.
- Por lo general, los medios de defensa por estar recibiendo una factura sólo se aplican si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía OHP. Además, éstos solo se aplican a los proveedores que trabajan con OHP (pero la mayoría de los proveedores lo hacen).
- En ocasiones, su proveedor no realiza correctamente el proceso documental. Cuando ello ocurre, podrían no recibir el pago. Eso no significa que usted debe pagar. Si usted ya recibió el servicio y nosotros negamos el pago a su proveedor, de cualquier forma éste no podrá facturarle.
- Es posible que usted reciba un aviso de parte nuestra indicando que no pagaremos el servicio. Ese aviso no significa que usted tenga que pagar. El proveedor absorberá los cargos.
- Si Columbia Pacific o su proveedor le comunican que el servicio no está cubierto por OHP, usted aún tiene el derecho de objetar la decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la Página 112.
- En el eventual caso de un cierre de Columbia Pacific, usted no será responsable de pagar los servicios que nosotros cubramos o prestemos.

Afiliados con OHP y Medicare

Algunas personas cuentan con OHP (Medicaid) y Medicare al mismo tiempo. OHP cubre algunos conceptos que Medicare no. Si usted tiene ambos, Medicare es su principal cobertura médica. OHP puede pagar por cosas como medicamentos que Medicare no cubre.

Si cuenta con ambos, usted no es responsable por:

- Copagos
- Deducibles
- Cobro del Coseguro de los servicios de Medicare

Esos cargos están cubiertos por OHP.

Es posible que usted necesite cubrir un copago por algunos costos de prescripciones.

Es posible que en ocasiones usted tenga que pagar deducibles, coseguros o copagos, si es que decide visitar un proveedor fuera de la red. Contacte a su oficina local de Aging and People with Disabilities (APD por sus siglas en inglés, Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) o Area Agency on Aging (AAA por sus siglas en inglés, Agencia del Área para Adultos Mayores). Ellos le ayudarán a saber más acerca de cómo utilizar sus beneficios. Llame a Aging and Disability Resource Connection (ADRC por sus siglas en inglés, Conexión de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) al 855-673-2372 para obtener el número telefónico de su oficina local de APD o AAA.

Contacte a Servicio al Cliente para saber más acerca de los beneficios que son pagados por Medicare y OHP (Medicaid), o para tener asistencia para encontrar un proveedor y cómo recibir servicios.

Los proveedores facturarán a su Medicare y Columbia Pacific CCO. Columbia Pacific trabaja con Medicare y tienen un acuerdo para que todos los reclamos les sean enviados y así puedan pagarlos.

- Proporcione al proveedor su número de identificación OHP y mencione que usted está cubierto por Columbia Pacific. Si aun así le dicen que usted debe dinero, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. Nosotros podemos ayudarle.
- Consulte en la página 95 acerca de los pocos casos en los que un proveedor puede enviarle una factura.

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

Cambiando CCO y la atención médica

Usted tiene el derecho de cambiar de CCO o dejar una CCO.

Si usted no cuenta con una CCO, su OHP es llamado pago-por-servicio o tarjeta abierta. Se le llama “pago-por-servicio” ya que el estado cubre a los proveedores un pago por cada servicio que proporcionan. Los afiliados de pago-por-servicio reciben los mismos tipos de beneficios de atención física, dental y de salud del comportamiento que los afiliados de CCO.

La CCO que usted tiene depende del lugar donde vive. Las reglas acerca de cambiar o dejar una CCO son diferentes cuando existe solo una CCO en el área y cuando se tienen más en una misma área.

Los afiliados en Medicare y OHP (Medicaid) pueden dejar o cambiar la CCO que utilicen para atención médica física en cualquier momento. Sin embargo, los afiliados en Medicare deben utilizar una CCO para atención dental y de salud del comportamiento.

Indios Americanos y Nativos de Alaska que demuestren Acervo Indio quienes deseen recibir atención en otro lugar pueden hacerlo en un centro de atención de Indian Health Services (Servicios de Salud para Indios), programas/clínicas tribales de salud, o clínicas urbanas y a través de OHP pago-por-servicio.

Áreas de servicio con únicamente una CCO

Los afiliados con únicamente una CCO en su área de servicio pueden solicitar desafilarse (dejar) una CCO y recibir atención de pago-por-servicio de OHP en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones “con motivo”:

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas acerca del servicio que usted desea.
- Usted cuenta con una razón médica. Cuando servicios relacionados no están disponibles dentro de la red y su proveedor menciona que obtener los servicios por separado implicaría un riesgo innecesario. Por ejemplo: una cesárea y un ligamiento de trompas al mismo tiempo.

- Otras razones incluyendo, pero no limitado a: atención deficiente, falta de acceso a servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores dentro de la red con experiencia en sus necesidades específicas de atención médica.
- Los servicios no son proporcionados en su idioma de preferencia.
- Los servicios no son proporcionados de una manera culturalmente adecuada.
- Corre el riesgo de tener una falta de atención médica continua.

Si se muda a un lugar en el que su CCO no presta servicios, puede cambiar de plan tan pronto como se lo comunique al OHP. Por favor llame a OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).

Áreas de servicio con más de una CCO

Es posible que los afiliados con más de una CCO en su área de servicio soliciten dejar o cambiar a una CCO diferente en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones “con motivo”:

- Se mudó del área de servicio.
 - Si se muda a un lugar en el que su CCO no presta servicios, puede cambiar de plan tan pronto como se lo comunique al OHP. Por favor llame a OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas acerca del servicio que usted desea.
- Usted cuenta con una razón médica. Cuando servicios relacionados no están disponibles dentro de la red y su proveedor menciona que obtener los servicios por separado implicaría un riesgo innecesario. Por ejemplo: una cesárea y un ligamiento de trompas al mismo tiempo.
- Otras razones incluyendo, pero no limitado a: atención deficiente, falta de acceso a servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores dentro de la red con experiencia en sus necesidades específicas de atención médica.
- Los servicios no son proporcionados en su idioma de preferencia.
- Los servicios no son proporcionados de una manera culturalmente adecuada.
- Corre el riesgo de tener una falta de atención médica continua.

También es posible que los afiliados con más de una CCO en su área de servicio soliciten dejar o cambiar una CCO en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones “sin motivo”:

- Dentro de los 30 días siguientes a la afiliación si:
 - No desea el plan en el que fue inscrito o
 - Usted solicitó un plan específico y el estado le asignó en uno diferente.
- Durante los primeros 90 días después de que se unió en OHP o
 - Si el estado le envía una carta de cobertura en la que se indique que usted es parte de la CCO después de su fecha de inicio, dispone de 90 días a partir de la fecha de esa carta.
- Después de haber estado con la misma CCO durante seis meses.
- Cuando renueve su OHP.

- Si pierde el OHP por menos de dos meses, es reinscrito en una CCO y perdió su oportunidad de elegir la CCO cuando hubiera renovado su OHP.
- Cuando una CCO es suspendida para aceptar nuevos afiliados.
- Al momento de reinscripción automática si la pérdida temporal de elegibilidad a Medicaid le ha causado perderse de la oportunidad anual de desafiliación.
- Cuando la elegibilidad de un miembro se re-determina a través de OHA.
- Cuando OHA ha impuesto sanciones en el CCO, incluyendo la suspensión de todas las inscripciones nuevas (de acuerdo con 42 CFR 438.702(a)(4)).
- También, los miembros elegibles para beneficios dobles completos y los miembros que son beneficiarios de indios americanos o nativos de Alaska pueden cambiar planes o desafiliarse para planes de pago por servicio en cualquier momento.
- Al menos una vez cada 12 meses si no aplican las opciones anteriores.

Usted puede preguntar acerca de estas opciones por teléfono o por escrito. Por favor llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 o envíe un correo electrónico Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov.

Cómo cambiar o dejar su CCO

Aspectos a considerar Columbia Pacific CCO quiere asegurarse que usted reciba la mejor atención posible. Columbia Pacific puede brindarle algunos servicios que pago-por-servicio (FFS por sus siglas en inglés) o tarjeta abierta no proporcionan. Cuando tenga un problema para recibir la atención adecuada, por favor permítanos tratar de ayudarlo antes que deje a Columbia Pacific.

Si aun así desea marcharse, debe haber otra CCO disponible en su área de servicio para que pueda cambiar su plan.

Informe a OHP si usted quiere cambiar o dejar su CCO. Usted y/o su representante puede llamar a Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075, 800-273-0557 o TTY 711 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Puede usar su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o enviar un correo electrónico a OHP Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov.

Usted puede recibir atención mientras cambia su CCO. Consulte la página 101 para más información.

Las familias de adopción y tutela deben ponerse en contacto con el coordinador de elegibilidad médica y afiliación para adopción y tutela en:

- Teléfono: 503-509-7655
- Correo electrónico: Cw-aa-ga-medicalassist@odhsos.oregon.gov
- En línea: oregon.gov/odhs/adoption/Pages/assistance.aspx

Columbia Pacific CCO puede solicitar que usted deje el plan por algunas razones

Es posible que Columbia Pacific solicite a OHA retirarle de nuestro plan si usted:

- Es abusivo, no coopera o molesta a nuestro personal o proveedores, a menos que el comportamiento se deba a su necesidad de atención médica especial o discapacidad.
- Cometer un fraude u otros actos ilegales, como permitir que otra persona utilice sus beneficios de atención médica, cambiar una prescripción, robo u otros actos delictivos.
- Es violento o amenaza con violencia. Esto puede ser directamente a un proveedor de atención médica, su personal, otros pacientes o personal de Columbia Pacific. Cuando el acto o la amenaza con violencia perjudique gravemente la capacidad de Columbia Pacific para prestarle servicios a usted o a otros afiliados.

Tenemos que solicitar al estado (Oregon Health Authority) que revise y apruebe que se retire de nuestro plan. Usted recibirá una carta si se aprueba la solicitud de desafiliarle (retirar) de la CCO. Usted puede presentar una queja si no está satisfecho con el proceso o si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la Página 112 para checar la forma de presentar una queja o solicitar una apelación.

Columbia Pacific CCO no puede solicitar retirarle de nuestro plan en virtud de las razones relacionadas con lo siguiente (pero no limitadas a):

- Su estado de salud empeora
- No utiliza servicios
- Utiliza muchos servicios
- Está a punto de utilizar servicios o de ser ingresado en un centro asistencial (como un centro de cuidados a largo plazo o un centro residencial de tratamiento psiquiátrico)
- Usted tiene un comportamiento con necesidades especiales que puede ser perturbador o poco cooperativo
- Su clase protegida, estado de salud o historial médico indican que probablemente necesitará en el futuro muchos servicios o muy costosos
- Su discapacidad física, intelectual, de desarrollo o mental
- Usted está bajo la custodia de ODHS Child Welfare, Bienestar Infantil del Departamento de Servicios Humanos de Oregon
- Por presentar una queja, estar en desacuerdo con una decisión o solicitar una apelación o audiencia
- Usted tomó una decisión acerca de su atención con la cual Columbia Pacific no está de acuerdo

Para más información o preguntas sobre otras razones por las cuales podría ser desafiliado, tener excepciones temporales o exenciones de su afiliación, llame a Plan de Salud de Oregón al 855-722-8206 o TTY 711, o contacte a Servicios al Cliente de OHP al 800-273-0557.

Usted recibirá una carta con sus derechos de desafiliación al menos 60 días antes de que necesite renovar su OHP.

Atención médica mientras usted cambia o deja una CCO

Algunos afiliados que cambien de plan podrían continuar recibiendo los mismos servicios, cobertura de medicamentos prescritos y acudir a los mismos proveedores, aunque no estén dentro de la red. Ello significa que la atención será coordinada cuando realice un cambio entre CCO o se cambie de OHP pago-por-servicio a una CCO. Algunas veces esto es llamado “Transición de la Atención”.

Si tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental que requiera hospitalización, su nuevo y su antiguo plan deben trabajar juntos para asegurar que usted reciba la atención y los servicios que necesita. Se lo derivará a los proveedores de servicios adecuados que se encuentran en la red. Y puede recibir cualquier otro procedimiento necesario que especifique el Secretario para asegurarse de que aún pueda obtener servicios para prevenir problemas de salud graves o reducir su riesgo de hospitalización o institucionalización.

Cuando usted necesita la misma atención médica mientras cambia de planes

Esto ayuda cuando usted tiene problemas de salud graves o necesita atención hospitalaria o atención de salud mental que requiera hospitalización. A continuación, se incluye una lista de algunos ejemplos por los cuales usted puede recibir esta ayuda:

- Atención a la enfermedad de insuficiencia renal terminal
- Es un niño médicamente frágil
- Afiliados del programa de tratamiento del cáncer de mama y/o de cuello uterino
- Recibe ayuda de Care Assist (Asistencia Médica) a causa del VIH/SIDA
- Atención pretrasplante y postrasplante
- Está embarazada o acaba de tener un bebé
- Recibe tratamiento para el cáncer
- Cualquier afiliado que, de no recibir servicios continuos, pueda sufrir un perjuicio grave para su salud o correr el riesgo de necesitar atención hospitalaria o en una institución.

El tiempo que dura esta atención es:

Tipo de afiliación	Cuánto tiempo puede usted recibir la misma atención
OHP con Medicare (beneficio completo con doble elegibilidad)	90 días

Solo OHP	30 días para atención médica física y dental* 60 días para atención de salud del comportamiento
----------	--

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

Si está dejando Columbia Pacific CCO trabajaremos con su nueva CCO u OHP para asegurarnos de que pueda recibir los mismos servicios que se indican a continuación.

Si necesita atención médica mientras cambia de planes o tiene alguna pregunta, por favor contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711. Nuestro horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Columbia Pacific CCO se asegurará que los afiliados que necesiten la misma atención mientras cambian de planes reciban:

- Acceso continuo a atención médica y los traslados relativos.
- Servicios de sus proveedores aun cuando no estén dentro de la red de Columbia Pacific, hasta que suceda alguno de estos hechos:
 - Se ha completado el tratamiento prescrito mínimo o aprobado o
 - Su proveedor decide que su tratamiento ya no es necesario. Si la atención la presta un especialista, el plan de tratamiento será revisado por un proveedor calificado
- Algunos tipos de atención continuarán hasta completarse con el proveedor actual. Estos tipos de atención son:
 - Atención antes y después del embarazo/parto (prenatal y postparto)
 - Servicios de trasplante hasta el primer año post-trasplante
 - Radiación o quimioterapia (tratamiento contra el cáncer) para su tratamiento
 - Medicamentos con un tratamiento mínimo definido que sea mayor que los plazos de transición de atención arriba indicados

Usted puede recibir una copia de las Políticas de Transición de Atención de Columbia Pacific llamando a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711. También se encuentra en nuestro sitio web en colpachealth.org/members/transition-of-care Por favor contacte a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta.

Decisiones sobre el final de la vida

Advance directives (Voluntad anticipada)

Todos los adultos tienen el derecho de tomar decisiones acerca de su atención. Esto incluye el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento. Una enfermedad o lesión puede impedir comunicarle a su médico, familiares o representante acerca de la atención que usted desea recibir. La ley de Oregon permite que usted

establezca sus deseos, creencias y objetivos por anticipado, antes de que necesite ese tipo de atención. La forma que usted utiliza se llama **advance directive (voluntad anticipada)**.

Usted puede consultar nuestras políticas completas de advance directive en link.careoregon.org/advance-directive-policy. Columbia Pacific pone a disposición de su personal capacitación sobre advance directive. Esta capacitación ayuda al personal a proporcionar educación, apoyo y recursos a afiliados, a fin de que éstos tengan conocimiento de sus derechos acerca de advance directives.

Una advance directive le permite:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos relativos a atención médica, si usted no puede expresarlos por sí mismo.
- Nombrar una persona para que tome sus decisiones de atención médica, si usted no puede hacerlo por sí mismo. Esta persona es llamada su representante de atención médica y debe estar de acuerdo con asumir este rol.
- El derecho de compartir, negar o aceptar tipos de atención médica y el derecho de compartir sus decisiones acerca de su atención médica en el futuro.

Cómo obtener más información acerca de advance directives

Podemos proporcionarle un folleto gratuito sobre advance directives. Es conocido como “Making Health Care Decisions” (Toma de Decisiones sobre Atención Médica). Solo llámenos para saber más, y recibir una copia del folleto y el formulario de Advance Directive. Contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711

Está disponible una Guía de Usuarios de Advance Directive. Proporciona información sobre:

- Las razones por una Advance Directive.
- Las secciones en el formulario de Advance Directive.
- Cómo llenar una Advance Directive o recibir ayuda para ello.
- Quién debe recibir una copia de una Advance Directive.
- Cómo hacer cambios a una Advance Directive.

Para descargar una copia de la Guía de Usuarios de Advance Directive o del formulario de Advance Directive, por favor visite oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx

Otra información de utilidad acerca de advance directive

- Completar la Advance Directive es su decisión. Si usted decide no llenar o firmar la Advance Directive, su cobertura o acceso a atención será la misma.
- Usted no será tratado de diferente manera por Columbia Pacific si decide no llenar o firmar una Advance Directive.
- Si completa una Advance Directive, asegúrese de platicar con sus proveedores y su familia acerca de ello y entregarles copias.

- Columbia Pacific respetará cualquier decisión que haya incluido en la advance directive que usted haya completado y firmado.

Cómo informar si Columbia Pacific CCO no siguió los requisitos de la Advance Directive

Usted puede presentar una queja ante la Health Licensing Office (Oficina de Licencias de Salud) si su proveedor no lleva a cabo lo que se solicitó en la Advance Directive.

Health Licensing Office

503-370-9216 o TTY 711

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

Envíe por correo una queja a:

1430 Tandem Ave NE, Suite 180

Salem, OR 97301

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

En línea: oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/Regulatory-Compliance.aspx

Puede presentar una queja al Health Facility Licensing and Certification Program (Programa de autorización y certificación de centros de salud) si un centro, como un hospital, no hace lo que solicita en sus voluntades anticipadas.

Health Facility Licensing and Certification Program

Por correo a: 800 NE Oregon Street, Suite 465

Portland, OR 97322

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

Fax: 971-673-0556

En línea:

oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/HEALTHCAREPROVIDERSFACILITIES/HEALTHCAREHEALTHCAREREGULATIONQUALITYIMPROVEMENT/Pages/complaint.aspx

Contacte a Servicio al Cliente de Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 para recibir una copia en papel del formulario para queja.

Cómo cancelar una Advance Directive

Para cancelar, solicite que le devuelvan las copias de la Advance Directive y destrúyalas. También puede escribir CANCELADO en letras más grandes, y firmar con la fecha en que ello ocurra. Para preguntas o más información contacte a Oregon Health Decisions al 800-422-4805, 503-692-0894 o TTY 711.

¿Cuál es la diferencia entre una POLST (por sus siglas en inglés, Órdenes Portátiles para Tratamientos de Soporte Vital) y una Advance Directive?

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

Una POLST es un formulario médico que usted puede utilizar para asegurarse de que sus deseos de tratamiento cerca del final de la vida sean seguidos por los proveedores médicos. Usted nunca está obligado a llenar una POLST, pero si tiene una enfermedad grave u otros motivos por los que no desearía recibir todo tipo de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario. La POLST es diferente a la Advance Directive en lo siguiente:

Preguntas	Advance Directive	POLST
¿Qué es?	Documento legal	Orden médica
¿Quién debe recibirla?	Todos los adultos mayores de 18 años	Personas que padecen una enfermedad grave o quienes son mayores, frágiles y podrían no querer todos los tratamientos
¿Mi proveedor necesita aprobarla/firmarla?	No requiere aprobación del proveedor	Necesita ser firmada y aprobada por el proveedor de atención médica
¿Cuándo se utiliza?	Atención o afecciones futuras	Atención y afecciones actuales

Para saber más, visite: oregonpolst.org, email polst@ohsu.edu o llame a Oregon POLST al 503-494-3965.

Declaration for Mental Health Treatment

Oregon tiene un formulario para comunicar sus deseos para atención médica mental. Este formulario se llama Declaration for Mental Health Treatment (Declaración para Tratamiento de Salud Mental). Este formulario es para cuando usted tiene una crisis de salud mental, o no puede tomar decisiones acerca de su tratamiento de salud mental. Usted tiene la opción de completarlo cuando usted no esté en crisis y pueda comprender y tomar decisiones acerca de su atención.

¿Para qué me sirve este formulario?

El formulario indica qué tipo de atención desea recibir en caso de que alguna vez no pueda tomar decisiones por sí mismo. Únicamente un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no puede tomar decisiones acerca de su salud mental.

Este formulario le permite elegir acerca de los tipos de atención que usted desea y los que no. Puede ser usado para nombrar un adulto para que tome decisiones acerca de su atención. La persona que usted nombre debe estar de acuerdo en hablar por usted y seguir sus deseos. Si sus deseos no están por escrito, esta persona decidirá lo que usted desearía.

El formulario de declaración solo es válido por tres años. Si usted queda incapacitado para decidir durante esos tres años, su formulario surtirá efectos. Se mantendrá en vigor hasta que usted pueda tomar decisiones nuevamente. Es posible que cancele su declaración cuando usted pueda tomar decisiones acerca de su atención. Debe entregarlo tanto a su PCP como a la persona que nombre para tomar decisiones por cuenta de usted.

Para saber más acerca de Declaration for Mental Health Treatment, visite el sitio web del Estado de Oregon en link.careoregon.org/or-declaration-mental-health

Si su proveedor no sigue sus deseos incluidos en el formulario, usted puede presentar una queja. Un formulario para ello se encuentra en oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/Regulatory-Compliance.aspx. Envíe su queja a:

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

Reportando un fraude, despilfarro y abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero para atención médica sea gastado en ayudar a nuestros afiliados a estar sanos y saludables. Necesitamos su ayuda para hacerlo.

Si usted cree que ha sido cometido un fraude, despilfarro, o abuso, denúncielo tan pronto como le sea posible. Su denuncia puede ser anónima. Las leyes de denuncia de irregularidades protegen a las personas quienes denuncian un fraude, despilfarro y abuso. Usted no perderá su cobertura si presenta una denuncia. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a alguien quien denuncia un fraude, despilfarro o abuso.

Un fraude en Medicaid es contra la ley y Columbia Pacific CCO se lo toma muy en serio.

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

- Un proveedor le cobra un servicio cubierto por Columbia Pacific CCO
- Un proveedor le factura servicios que usted no recibió.
- Un proveedor le proporciona un servicio que usted no necesita con base en su estado de salud.

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

- Obtener artículos del programa Medicaid y revenderlos.
- Alguien quien utiliza la identificación de otra persona para recibir beneficios.

Columbia Pacific se compromete a prevenir un fraude, despilfarro y abuso Acataremos todas las leyes relativas, incluyendo la False Claims Act (Ley de Reclamaciones Falsas) del estado y la False Claims Act (Ley de Reclamaciones Falsas) Federal.

Cómo presentar una denuncia de fraude, despilfarro y abuso

Usted puede presentar una denuncia de fraude, despilfarro y abuso de varias formas:

Llamada telefónica, fax, enviarla en línea o escribir directamente a Columbia Pacific. **Denunciamos todas las sospechas de fraude, despilfarro y abuso cometidas por proveedores y afiliados a las agencias estatales que enseguida se mencionan.**

Columbia Pacific CCO

Attn: FWA

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

Llamar a: 855-722-8206 o TTY 711

Fax: 503-416-3662

Correo electrónico: customerservice@careoregon.org

Si así lo desea, también puede realizar una denuncia anónima llamando a Ethics Point al 888-331-6524 o llenando una denuncia en ethicspoint.com

O

Denuncie los fraudes, despilfarros y abusos de los afiliados llamando, enviando un fax o escribiendo a:

ODHS Fraud Investigation Unit

P.O. Box 14150

Salem, OR 97309

Hotline 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax: 503-373-1525 Attn: Línea directa

En línea: oregon.gov/odhs/financial-recovery/Pages/fraud.aspx

O (específico para proveedores)

OHA Office of Program Integrity

500 Summer St. NE E 36

Salem, OR 97301

Hotline 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

En línea: oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx

Correo electrónico seguro: opi.referrals@oha.oregon.gov

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

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

Para reportar un fraude en línea: oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx

Quejas, denuncias, apelaciones y audiencias imparciales

Columbia Pacific CCO se asegura que todos los afiliados tengan acceso a un sistema de denuncias (quejas, denuncias, apelaciones y audiencias). Tratamos de facilitar a los afiliados la presentación de una queja, denuncia o apelación y a obtener información sobre cómo solicitar una audiencia ante Oregon Health Authority.

Díganos si necesita ayuda con alguna parte del proceso de la queja, denuncia, apelación y/o audiencias. Además, podemos proporcionarle más información acerca de cómo gestionamos quejas/denuncias y apelaciones. También están disponibles copias de nuestro modelo de notificación. Si requiere asistencia o le gustaría saber más información sobre el contenido del folleto, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711.

Usted puede presentar una queja

- Una **queja** es informarnos que usted no está satisfecho.
- Una **disputa** es cuando usted no está de acuerdo con Columbia Pacific o un proveedor.
- Una **denuncia** es una queja que usted puede presentar si no está contento con Columbia Pacific, sus servicios de atención médica, o su proveedor. Una disputa también puede ser una denuncia.

Para facilitarlo, OHP también utiliza la palabra **queja** para denuncias y disputas.

¿Necesita ayuda? Llame al 855-722-8206 o visite colpachealth.org/about-us/contact-us

Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está satisfecho con cualquier parte de su atención médica. Intentaremos que las cosas mejoren. Solo llame a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711, o envíenos una carta al domicilio que se muestra a continuación. Usted también puede presentar una queja ante OHA u Ombuds. Puede contactar a OHA al 800-273-0557 u Ombuds al 877-642-0450. O escribir a:

Columbia Pacific CCO
Attn: Appeals and Grievances
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

También puede encontrar un formulario de queja en la parte inferior de la página en colpachealth.org/contact-us

Puede presentar una queja acerca de cualquier asunto que no sea una negación de servicio o beneficios y en cualquier momento de forma oral o por escrito. Si usted presenta una queja ante OHA, se le enviará copia a Columbia Pacific.

Algunos ejemplos de razones por las cuales podría presentar una queja son:

- Problemas para agendar citas o para obtener un traslado.
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de donde usted vive.
- No sentirse respetado o comprendido por proveedores, el personal de éstos, conductores o Columbia Pacific CCO.
- Atención de la que usted no estaba seguro, pero que recibió de cualquier forma.
- Facturas por servicios que usted no acordó pagar.
- Disputas sobre las propuestas de prórroga de Columbia Pacific para tomar decisiones de aprobación.
- Seguridad de un conductor o vehículo.
- Calidad del servicio recibido.

Un representante o su proveedor puede preparar (presentar) una queja por cuenta de usted, con su autorización por escrito para ello.

Analizaremos su queja y le informaremos qué es lo que se puede hacer tan rápido como lo requiera su estado de salud. Ello será hecho dentro de los cinco días hábiles siguientes al día en que recibamos su queja.

Si requerimos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los siguientes cinco días hábiles. Le informaremos las razones por las cuales necesitamos más tiempo. Solo le solicitaremos más tiempo si es lo mejor para usted. Todas las cartas serán escritas en el idioma de su preferencia. Le enviaremos una carta dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la queja explicando cómo la gestionaremos.

Si usted no está satisfecho sobre cómo gestionamos su queja, puede compartirlo con la Unidad de Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557, o por favor contacte al Programa Ombuds de OHA. Los Ombuds son abogados defensores para los afiliados de OHP y pondrán su mejor esfuerzo para ayudarlo. Por favor envíe un correo electrónico seguro a oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx o deje un mensaje en el 877-642-0450.

Otro recurso para apoyos y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 211 o visite el sitio web 211info.org para asistencia.

Columbia Pacific CCO sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden:

- Impedir que un afiliado utilice cualquier parte del proceso del sistema de quejas y apelaciones, o tomar medidas disciplinarias contra un proveedor quien solicite un resultado urgente o apoye la apelación de un afiliado.
- Alentar el retiro de una queja, apelación o audiencia ya presentadas.
- Utilizar la presentación o el resultado de una queja, apelación o audiencia como una razón para actuar contra un afiliado o para solicitar su desafiliación.

Usted puede solicitarnos cambiar una decisión que tomamos acerca de un servicio. Esto se conoce como una apelación.

Usted puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique las razones por las cuales el plan debe cambiar su decisión.

Para apoyar su apelación, usted tiene el derecho a:

- Proporcionar información y testimonio en persona o por escrito.
- Presentar argumentos legales y de hecho en persona o por escrito.

Usted debe realizar estas acciones dentro de los plazos de apelación mencionados más adelante.

Si negamos, suspendemos o reducimos un servicio médico, dental o de salud del comportamiento, le enviaremos una carta de negación informando acerca de nuestra decisión. Esta carta de negación también es llamada Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD por sus siglas en inglés, Aviso de Determinación Adversa de Beneficios). También le informaremos a su proveedor acerca de nuestra decisión.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene el derecho de solicitarnos que se cambie. Esto se conoce como una apelación porque usted está apelando nuestra decisión.

¿No está de acuerdo con nuestra decisión?

Siga estos pasos:

1	Solicite una apelación Debe solicitarlo dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de rechazo. Llama o envía un formulario.
2	Espere nuestra respuesta Tenemos 16 días para responder. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.
3	Lea nuestra decisión ¿Aún no estás de acuerdo? Puedes pedirle al estado que revise el caso. Esto se llama audiencia.
4	Solicitar una audiencia Debe solicitarlo dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta de decisión de la apelación.

Conozca más acerca de los pasos para solicitar una apelación o audiencia

Paso 1	Solicite una apelación Debe solicitarla dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la carta de negación (NOABD). Llámenos al 855-722-8206 o TTY 711, o utilice el formulario Request to Review a Health Care Decision, Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica. El formulario será enviado junto con la carta de negación. También puede obtenerlo en: bit.ly/request2review . Puede enviar por correo el formulario o la solicitud por escrito a:
---------------	---

	<p>Columbia Pacific CCO Attn: Appeals and Grievances 315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204</p> <p>También puede enviar por fax el formulario o la solicitud por escrito al 503-416-8118</p> <p>¿Quién puede solicitar una apelación? Usted o alguien con autorización por escrito para hablar por cuenta de usted. Podría ser su médico o un representante autorizado.</p>
Paso 2	<p>Espere nuestra respuesta</p> <p>Una vez que recibamos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un nuevo médico revisará sus expedientes médicos y el servicio solicitado para determinar si seguimos las reglas correctamente. Puede proporcionarnos cualquier información adicional que usted considere que nos ayudaría en la revisión de la decisión.</p> <p>Para respaldar su apelación, tiene derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información y testimonio en persona o por escrito. • Presentar argumentos legales y fácticos en persona o por escrito. <p>Debe hacerlo dentro de los plazos de apelación indicados a continuación.</p> <p>¿Cuánto tiempo requieren para revisar mi apelación? Contamos con 16 días para revisar su solicitud y responder. Si requerimos más tiempo, le enviaremos una carta. Contamos con 14 días adicionales para responder.</p> <p>¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida? Puede solicitar una apelación rápida. Esto también es llamado una apelación urgente. Llámenos o envíe por fax el formulario de solicitud. Será enviado junto con la carta de negación. También puede obtenerlo en bit.ly/request2review. Solicite una apelación rápida en caso de que el tiempo de espera por una apelación regular pudiera poner en peligro su vida, salud o capacidad funcional. Dentro del día hábil siguiente, le llamaremos y enviaremos una carta, para informarle que hemos recibido su solicitud para una apelación rápida.</p> <p>¿Cuánto tiempo tarda una apelación rápida? Si solicita una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan rápido como lo requiera su estado de salud, en un plazo no mayor a 72 horas a partir de que la solicitud de apelación rápida sea recibida. Pondremos nuestro mejor esfuerzo para contactar por teléfono a usted y a su proveedor e informarles nuestra decisión. También recibirá una carta.</p>

	<p>Por solicitud suya o si requerimos más tiempo, podemos ampliar el plazo hasta por 14 días adicionales.</p> <p>Si una apelación rápida es negada o se requiere más tiempo, le llamaremos y recibirá un aviso por escrito dentro de los dos días siguientes. Una apelación rápida negada se convierte en una apelación estándar, y requiere ser resuelta en un plazo de 16 días o posiblemente ser ampliado 14 días adicionales.</p> <p>Si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de la apelación, o si una apelación rápida es negada, usted tiene el derecho de presentar una queja.</p>
Paso 3	<p>Lea nuestra decisión</p> <p>Le enviaremos una carta con nuestra decisión de apelación. Esta carta de decisión de apelación también es llamada Notice of Appeal Resolution (NOAR por sus siglas en inglés, Aviso de Resolución de Apelación). Si usted está de acuerdo con nuestra decisión, no tiene que hacer nada más.</p>
Paso 4	<p>¿Aún no está de acuerdo? Solicite una audiencia</p> <p>Tiene derecho a solicitar al estado una revisión de la decisión de apelación. Esto se llama una audiencia. Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta de decisión de apelación (NOAR).</p> <p>¿Qué pasa si necesito una audiencia más rápida?</p> <p>Puede solicitar una audiencia rápida. Esto también es llamado una audiencia urgente.</p> <p>Utilice en línea el formulario de audiencia en bit.ly/ohp-hearing-form para solicitar una audiencia normal o una audiencia más rápida.</p> <p>También puede llamar al estado al 800-273-0557 o TTY 711, o utilizar el formulario de solicitud que le enviaremos junto con la carta. Obtenga la forma en: bit.ly/request2review. Puede enviar el formulario a:</p> <p>OHA Medical Hearings 500 Summer St NE E49 Salem, OR 97301 Fax: 503-945-6035</p> <p>El estado decidirá si usted puede tener una audiencia rápida dos días hábiles después de haber recibido su solicitud.</p> <p>¿Quién puede solicitar una audiencia?</p> <p>Usted o alguien con autorización por escrito para hablar por cuenta de usted. Podría ser su médico o un representante autorizado.</p>

	<p>¿Qué sucede en una audiencia?</p> <p>En una audiencia, usted puede decir al Oregon Administrative Law Judge (Juez de lo Contencioso Administrativo de Oregon), por qué no está de acuerdo con nuestra decisión acerca de su apelación. El juez tomará una decisión final.</p>
--	---

Preguntas y respuestas acerca de apelaciones y audiencias

¿Qué pasa si no recibo una carta de negación? ¿Aun así puedo solicitar una apelación?

Usted tiene que recibir una carta de negación antes de que solicite una apelación.

Los proveedores no deberían negarle un servicio. Deben preguntarle a Columbia Pacific CCO si puede obtener la aprobación para un servicio.

Si su proveedor menciona que usted no puede recibir un servicio o que tiene que pagar por el mismo, puede solicitarnos una carta de negación (NOABD). Una vez que tenga la carta de negación, puede solicitar la apelación.

¿Qué pasa si Columbia Pacific CCO no cumple con el plazo de la apelación?

Si nos lleva más de 30 días responder a una apelación, puede solicitar una revisión al estado. Esto se llama una audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 o TTY 711, o utilice el formulario de audiencia en línea en bit.ly/request2review.

¿Puede alguien más representarme o apoyarme en una audiencia?

Usted tiene el derecho de contar con otra persona de su elección para que lo represente en la audiencia. Puede ser cualquier persona, como un amigo, familiar, abogado, o su proveedor. También tiene el derecho de representarse a sí mismo en caso de que así lo decida. Si contrata un abogado, usted debe pagar sus honorarios.

Para asesoría y una posible representación sin costo, llame a Public Benefit Hotline al 800-520-5292 o TTY 711. La línea directa es una asociación entre Legal Aid of Oregon (Ayuda Legal de Oregon) y el Oregon Law Center (Centro de Leyes de Oregon). También puede encontrar información acerca de asistencia legal gratuita en OregonLawHelp.org

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

Si ha estado recibiendo la prestación o el servicio que se le negó y dejamos de proporcionarlo, usted o su representante autorizado, con su permiso por escrito, puede solicitarnos su continuidad durante el proceso de apelación y audiencias.

Usted necesita:

- Solicitarlo en un plazo de 10 días a partir de la fecha de este aviso o antes de la fecha en que esta decisión entre en vigor lo que ocurra más tarde. Puede realizar la petición mediante teléfono, carta o fax.
- Puede llamarnos al 855-722-8206 o TTY 711,

o

- Utilice el formulario Request to Review a Health Care Decision. Este será enviado junto con la carta de negación. También puede obtenerlo en bit.ly/request2review.
- **Responda “sí” a la pregunta acerca de continuar con los servicios en el cuadro 8 de la página 2 del formulario Request to Review a Health Care Decision.**

Puede enviar por correo el formulario a:

Columbia Pacific CCO
Attn: Appeals and Grievances
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

¿Tengo que pagar por la continuidad de los servicios?

Si usted eligió continuar recibiendo el beneficio o servicio negado, es posible que tenga que pagar por ello. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación, o si el juez está de acuerdo con usted en la audiencia, no tendrá que pagar.

Si cambiamos nuestra decisión y usted no estuvo recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o proporcionaremos el servicio o beneficio tan rápido como lo requiera su estado de salud. Tardaremos no más de 72 horas a partir del día en que recibamos el aviso de que nuestra decisión fue revocada.

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

Si usted cuenta tanto con Columbia Pacific CCO como con Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los antes mencionados. Contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8206 o TTY 711 para más información. También puede llamar a Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227) para conocer más sobre sus derechos de apelación.

¿Qué pasa si deseo consultar los expedientes que fueron utilizados para tomar la decisión acerca de mi(s) servicio(s)?

Puede contactar a Columbia Pacific al 855-722-8206 o TTY 711 para solicitar copias gratuitas de toda la documentación utilizada para tomar la decisión.

Palabras a saber

Acción civil – Una demanda presentada para recibir un pago. Esto no es una demanda por un delito. Algunos ejemplos son daños personales, cobro de facturas, negligencia médica y fraude.

Advance directive – Un formulario legal que le permite expresar sus deseos sobre atención médica para el final de la vida. Puede elegir a alguien para que tome las decisiones de atención médica por cuenta de usted, en caso de que no pueda hacerlo por sí mismo.

Afección de emergencia dental – Un problema de salud dental. Algunos ejemplos serían dolor intenso dental o inflamación.

Afección de emergencia médica – Una enfermedad o lesión que necesita atención en ese momento. Esto puede ser hemorragia que no se detiene, dolor intenso o huesos rotos. Puede ser algo que ocasiona que alguna parte de su cuerpo deje de funcionar. Una afección de emergencia de salud mental es la sensación de sentirse fuera de control o sentir como si quisiera dañar a sí mismo o a alguien más.

Aparatos para habilitación y rehabilitación – Suministros que le ayudan con servicios de terapia u otras tareas cotidianas. Algunos ejemplos podrían ser:

- Caminadoras
- Bastones
- Muletas
- Aparatos para medir la glucosa
- Bombas de infusión
- Prótesis y órtesis
- Ayudas para visión baja
- Aparatos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Respiradores artificiales

Aparatos y servicios de habilitación – Servicios y aparatos que enseñan habilidades para la vida diaria. Un ejemplo sería una terapia del lenguaje para un niño quien no ha comenzado a hablar.

Apelación – Cuando solicita a su plan cambiar una decisión con la que usted no está de acuerdo acerca de un servicio ordenado por su médico. Usted puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique las razones por las cuales el plan debe cambiar su decisión. Esto se conoce como una apelación.

Atención de enfermería especializada – Ayuda de un(a) enfermero(a) en la atención de heridas, terapia o a tomar sus medicamentos. Usted puede recibir atención de enfermería especializada en un hospital, en un asilo de adultos mayores o en su propio domicilio con atención médica a domicilio.

Atención en sala de emergencia – Atención que usted recibe cuando tiene un problema médico serio y no es seguro esperar. Esto puede suceder en una ER.

Atención ambulatoria hospitalaria—Cuando se realiza una cirugía o tratamiento en un hospital, pero luego se retira. Cuando la cirugía o tratamiento se lleva a cabo en un hospital y después sale del mismo.

Atención médica a domicilio – Servicios que usted recibe en su domicilio para ayudarle en la recuperación después de una cirugía, una enfermedad o lesión. Algunos de estos servicios son ayuda con medicamentos, comidas y asistencia para bañarse.

Atención preventiva o prevención – Atención médica que ayuda a mantenerle bien. Algunos ejemplos son recibir una vacuna para la gripe o un chequeo médico cada año.

Atención urgente – Atención que usted necesita el mismo día para problemas graves que no ponen en peligro la vida. Algunos ejemplos son cuando cree que tiene una infección de oído o se ha torcido un tobillo. También incluye atención para evitar que una lesión o enfermedad empeore mucho más o para evitar la pérdida de funcionalidad de una parte del cuerpo.

Care Coordination (Coordinación de atención) – Un servicio cualquier miembro puede acceder que le brinda educación, apoyo y recursos comunitarios. Le ayuda a trabajar en su salud y encontrar su camino en el sistema de atención médica.

Cobertura de medicamentos prescritos – Seguro médico o plan que ayuda al pago de medicamentos.

Copagar o copago – Una cantidad de dinero que una persona debe pagar por servicios como prescripciones o citas médicas. Los afiliados en OHP no tienen copagos. Los seguros médicos privados y Medicare en ocasiones tienen copagos.

Coseguro – La cantidad que alguien debe pagar a un plan médico por atención. Con frecuencia es un porcentaje del costo, como 20 por ciento. El seguro paga el resto.

Crisis – Un momento de dificultad, problema, o peligro. Si no se atiende, puede ocasionar una situación de emergencia.

Declaration of Mental Health Treatment (Declaración para Tratamiento de Salud Mental)– Un formulario que usted puede llenar cuando sufre una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones acerca de su atención. Le permite elegir acerca de los tipos de atención que usted desea y los que no. También le permite nombrar un adulto para que tome decisiones acerca de su atención.

Deducible – La cantidad que usted paga por servicios de atención médica cubierta antes de que su seguro cubra el resto. Esto solo aplica para Medicare y seguros médicos privados.

Denuncia – Es una queja formal que usted puede presentar si no está contento con su CCO, sus servicios de atención médica, o su proveedor. OHP le llama a esto una queja. La ley establece que las CCO deben responder a cada una de las quejas.

Denunciante – Alguien quien denuncia despilfarro, fraude, abuso, corrupción o peligros para la salud y seguridad pública.

Detección – Detección, valoración o prueba para revisar afecciones médicas y necesidades de atención.

Diagnóstico – Cuando un proveedor detecta un problema, afección o enfermedad.

Durable Medical Equipment (DME) – Artículos como sillas de ruedas, caminadoras y camas de hospital de larga duración. No se consumen como los suministros médicos.

Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT, Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos): este programa ofrece servicios de atención médica integral y preventiva a personas menores de 21 años que cuentan con cobertura del Oregon Health Plan (OHP, Plan de salud de Oregón). EPSDT presta servicios médicamente necesarios de EPSDT y servicios cubiertos por Medicaid médicamente adecuados para tratar cualquier condición médica física, odontológica, de la visión, del desarrollo, nutricional, del comportamiento. La cobertura para EPSDT incluye todos los servicios cubiertos bajo el Oregon Health Plan (OHP), cuando EPSDT es médicamente necesario y EPSDT es médicamente adecuado para la persona que cuenta con el programa.

ER o ED – Sala de emergencia (ER por sus siglas en inglés) o departamento de emergencia (ED por sus siglas en inglés). Es el lugar en un hospital donde puede recibir atención por una emergencia médica o de salud mental.

Evaluación – Revisión de información acerca de la atención, problemas de atención médica y necesidades de un paciente. Esto se utiliza para saber si la atención médica requiere cambiarse y planear la atención para el futuro.

Evaluación de riesgo de salud: una encuesta sobre la salud de un miembro. La encuesta pregunta sobre salud física y emocional, comportamientos, condiciones de vida y antecedentes familiares. Las organizaciones de atención coordinada la usan para conectar a los miembros con el derecho de recibir ayuda y apoyo.

Factura del saldo (facturación sorpresa) - Facturación del saldo es cuando usted recibe una factura de su proveedor por una cantidad remanente. Esto sucede cuando un plan no cubre el costo total del servicio. También es llamado una factura sorpresa. Se supone que los proveedores de OHP no deben facturar saldos a los afiliados.

Federal and state False Claims Act – Leyes que tipifican como delito que alguien, con conocimiento de causa, realice un registro falso o presente una reclamación falsa por atención médica.

Hospitalización – Cuando alguien es internado en un hospital para atención.

Leyes del consumidor – Reglas y leyes creadas para proteger a las personas y evitar prácticas deshonestas de negocios.

Medicaid – Un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica para personas con bajos ingresos. En Oregon se denomina Oregon Health Plan.

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

Medicamentos prescritos – Medicamentos que su médico le indica que debe tomar.

Medicare – Un programa de atención médica para personas de 65 años o mayores. También ayuda a personas de cualquier edad con ciertas discapacidades.

Médico especialista – Un proveedor médico quien tiene capacitación especial para atender ciertas partes del cuerpo o tipo de enfermedad.

Non-Emergent Medical Transportation (NEMT) – Traslados para citas de atención médica prestados por nuestro socio TransLink.

OHP Agreement to Pay (OHP 3165 or 3166) Waiver (Renuncia)- Un formulario que usted firma si está de acuerdo con pagar un servicio que OHP no cubre. Solo es válido por el servicio exacto y fechas indicadas en el formulario. Usted puede consultar una copia en blanco del formulario Waiver en bit.ly/OHPwaiver. ¿No está seguro si firmó un formulario Waiver? Puede preguntar al consultorio de su proveedor. Para otros idiomas, por favor visite oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx

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

Plan – Una organización médica o CCO que paga los servicios de atención médica de sus afiliados.

POLST – Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, por sus siglas en inglés, Órdenes Portátiles para Tratamientos de Soporte Vital) – Un formulario que usted utiliza para asegurarse que sus deseos de atención médica cerca del final de la vida sean seguidos por los proveedores médicos.

Preautorización (autorización previa, o PA por sus siglas en inglés) – Un documento que menciona que su plan pagará un servicio. Algunos planes y servicios requieren una PA antes de que usted reciba el servicio. Los médicos normalmente se encargan de ello.

Prima – El costo del seguro.

Proveedor – Cualquier persona o agencia que proporciona un servicio de atención médica.

Proveedor de atención primaria o médico (PCP por sus siglas en inglés) – Un profesional médico quien cuida de su salud. Son normalmente la primera persona a quien usted llama cuando tiene problemas médicos o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, enfermero profesional, asistente médico, osteópata o a veces naturópata.

Proveedor dental primario (PDP por sus siglas en inglés) – El dentista al que normalmente acude y quien cuida sus dientes y encías.

Proveedor dentro de la red o participante – Cualquier proveedor que trabaja con su CCO. Usted puede visitar a los proveedores dentro de la red gratuitamente. Algunos especialistas dentro de la red requieren referencia.

Proveedor fuera de la red o que no participan dentro la red – Un proveedor quien no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga a los afiliados quienes los consultan. Usted debe tener autorización para consultar un proveedor fuera de la red o que no participa dentro de la red.

Red – Los proveedores médicos, de salud mental, farmacia y equipo que tienen un contrato con una CCO.

Referencia – Una referencia es una orden escrita de su proveedor indicando la necesidad de un servicio. Trabaje con su proveedor para solicitar la referencia.

Representante – Una persona elegida para actuar o hablar por usted en su nombre.

Salud del comportamiento – Es salud mental, enfermedad mental, tratamiento por adicción y consumo de sustancias. Puede cambiar su estado de ánimo, forma de pensar o la manera de actuar.

Seguro médico – Un programa que paga la atención médica. Después de suscribirse, una compañía o agencia gubernamental paga los servicios médicos cubiertos. Algunos programas de seguros requieren pagos mensuales, conocidos como *primas*.

Servicios de emergencia – Atención que mejora o estabiliza afecciones médicas o de salud mental repentinas graves.

Servicios de Hospice (Cuidados paliativos) – Servicios para consolar a una persona quien está muriendo y apoyar a su familia. Los servicios de Hospice pueden incluir tratamientos para el dolor, asesoramiento y cuidados para dar alivio.

Servicios de rehabilitación – Servicios que ayudan a recuperar su salud integral. Estos normalmente son de ayuda después de cirugía, lesión o abuso de sustancias. Los dispositivos de rehabilitación son herramientas que ayudan a la recuperación.

Servicios excluidos – Los que no paga un plan médico. Por ejemplo: OHP no paga por servicios para mejorar su apariencia, como cirugía plástica o cosas que mejoran por sí mismas, como un resfriado.

Servicios médicos – Servicios que usted recibe de su médico.

Servicios de post-estabilización – Servicios después de una emergencia para ayudar a mantenerle estable, o para mejorar o curar su afección.

Telehealth – Atención por video o por teléfono en vez de acudir al consultorio del proveedor.

Traditional health worker (THW) – Un trabajador público de la salud quien trabaja con proveedores de atención médica para servir a una comunidad o clínica. Un THW se asegura que los afiliados reciban un trato justo. No todos los THWs están certificados por el estado de Oregon. Existen seis diferentes tipos de THWs:

- Trabajadores de la salud comunitario
- Especialistas en bienestar entre iguales
- Asistentes en salud personal
- Especialistas en apoyo entre iguales
- Doulas
- Tribal Traditional health workers

Transición de la atención – Algunos afiliados quienes cambien de planes en OHP aún pueden recibir los mismos servicios y visitar a los mismos proveedores. Ello significa que la atención no se modificará cuando realice un cambio de planes de CCO o se cambie a/de OHP pago-por-servicio. Esto es llamado transición de la atención. Si tiene problemas de salud graves, su nuevo y su antiguo plan deben trabajar juntos para asegurar que usted reciba la atención y los servicios que necesita.

Transportación de emergencia médica – Utilizar una ambulancia o Life Flight (transporte aéreo) para recibir atención médica. Los técnicos de emergencia médica brindan atención durante el traslado o vuelo.

Columbia Pacific CCO

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

Teléfono: 503-488-2822

Llamada sin costo: 855-722-8206

TTY: 711

Mensaje seguro: [*colpachealth.org/portal*](https://colpachealth.org/portal)

[*colpachealth.org/contact-us*](https://colpachealth.org/contact-us)

[*facebook.com/ColumbiaPacificCCO*](https://facebook.com/ColumbiaPacificCCO)

Descargue la aplicación móvil. Obtenga más información en [*colpachealth.org/members/member-portal*](https://colpachealth.org/members/member-portal)

OHP-CPC-25-8383

CPC-25988050-1218-SP

