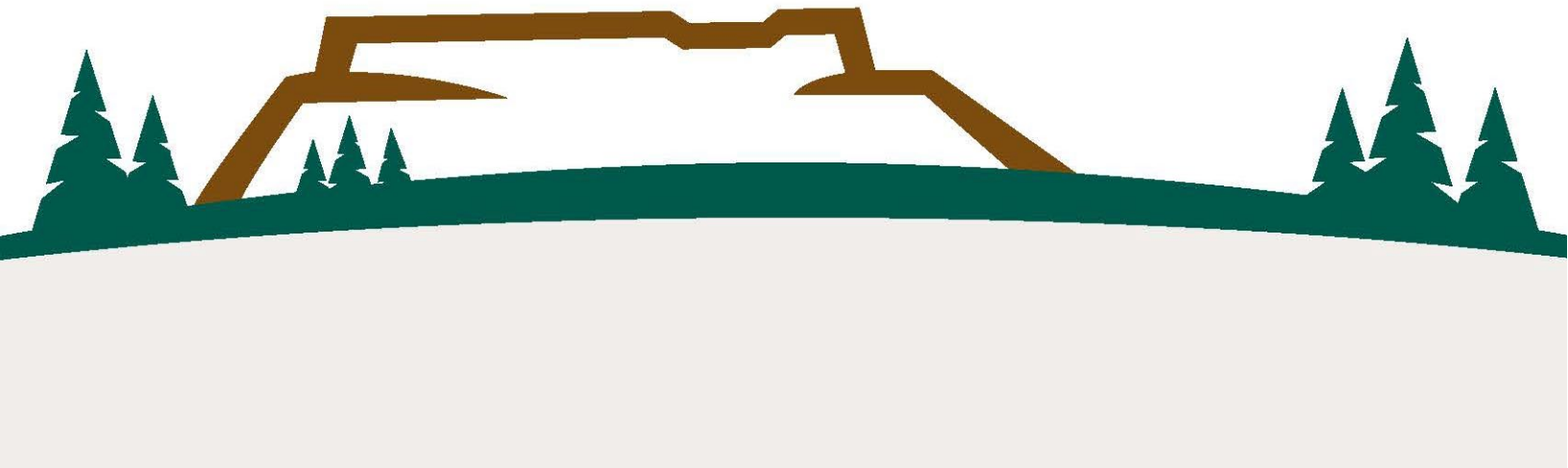


Jackson Care Connect

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 855-722-8208, 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 855-722-8208, 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 855-722-8208 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 855-722-8208 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 855-722-8208، 711 TTY 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 855-722-8208 (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 855-722-8208, 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 855-722-8208，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 855-722-8208，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 855-722-8208(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 855-722-8208, 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 855-722-8208 ТТУ 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 855-722-8208 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 ቅርጸት ማግኘት ይቻላል። በተጨማሪም አስተርጓሚ የማግኘት መብት አለዎት። እውቅና ካለው ወይም ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ እርዳታ ማግኘት ይቻላል። ይህ እርዳታ ነጻ ነው። ወደ 855-722-8208፣ TTY 711 ይደውሉ ወይም ለአቅራቢዎ ይገኛሉ። 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 855-722-8208, TTY 711 sau contactați furnizorul. Acceptăm apeluri prin centrală.

Khmer/Cambodian

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងទៀត អក្សរធំៗ អក្សរស្នាប ឬទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាន។
អ្នកក៏មានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផងដែរ។
អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផ្នែកថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬមានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់។
ជំនួយនេះផ្តល់ជូនឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 855-722-8208, TTY 711 ឬប្រាប់ស្ថាប័នផ្តល់សេវារបស់អ្នក។
យើងទទួលយកការហៅទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត។

Burmese

ဤစာရွက်စာတမ်းကို အခြားဘာသာစကားများ၊ စာလုံးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ထားခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ သို့မဟုတ် သင်နစ်သက်သော ဖောမက်တစ်ခုဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် စကားပြန်တစ်ဦးရပိုင်ခွင့်လည်း ရှိပါသည်။ အသိအမှတ်ပြုထားသော သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦး၏ အကူအညီကို သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ 855-722-8208, 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 855-722-8208, TTY 711, au mweleze mtoa huduma wako. Tunapokea simu za kupitia mfasiri wa mawasiliano.

Ayúdenos a mejorar este manual

El Plan de salud de Oregón (OHP, por sus siglas en inglés) quiere saber de usted. Queremos asegurarnos de que tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a Jackson Care Connect 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.



SCAN FOR SURVEY

Actualizaciones del manual

Se envía por correo a los miembros nuevos y recurrentes un manual cuando se afilian a Jackson Care Connect. Puede encontrar la versión más actualizada del manual aquí: jacksoncareconnect.org/handbook Jackson Care Connect puede enviarle un manual por correo. Si necesita una copia impresa, necesita ayuda o tiene preguntas sobre el manual, llame a Servicio de atención al cliente al 855-722-8208.

Comenzando

Le enviaremos una encuesta de salud para ayudar a Jackson Care Connect 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: 855-722-8208
- Fax: 503-416-1313
- Servicio postal: Jackson Care Connect
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 37
- 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 74
- Care coordination (Coordinación de Atención). Consulte la página 35
- Recetas médicas. Consulte la página 84
- Atención de emergencia. Consulte la página 89
- Cuánto tiempo lleva recibir atención médica. Consulte la página 64
- Denuncias, quejas y apelaciones. Consulte la página 111
- Siempre lleve con usted sus tarjetas de identificación de usuario de OHP y Jackson Care Connect.
 - a. Nota: Estas le llegarán por separado, y usted recibirá la tarjeta de identificación de usuario de OHP antes que la de Jackson Care Connect.

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 para la asistencia en otros idiomas
- Número de teléfono de acceso lingüístico

Asistencia gratuita en otros idiomas y formatos

Todas las personas tienen derecho a conocer los programas y servicios de Jackson Care Connect. Todos los miembros tienen derecho a saber cómo usar nuestros programas y servicios. Para las personas que hablan o usan un idioma diferente al inglés, personas con discapacidades o personas que necesitan otro tipo de apoyo, podemos ofrecer ayuda gratuita.

Ejemplos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas y lenguaje hablado
- Intérpretes calificados y certificados para otros idiomas
- Material escrito en otros idiomas
- Braille
- Subtítulos en tiempo real (traducción en tiempo real para el acceso a la comunicación [CART, por sus siglas en inglés])
- Letra más grande
- Audio y otros formatos

Usted puede consultar este manual para usuarios en nuestro sitio web ***jacksoncareconnect.org/handbook***. Si requiere asistencia o tiene alguna duda, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8208.

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. 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.

Jackson Care Connect puede enviarle el material por correo electrónico.

Usted puede solicitar material vía electrónica. Visite nuestro sitio web [***jacksoncareconnect.org/contact-us***](https://jacksoncareconnect.org/contact-us). Por favor indíquenos los documentos que desearía que le enviemos por correo electrónico. También puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8208.

Usted puede tener un intérprete.

Usted, su representante, los miembros de su familia y cuidadores pueden solicitar la asistencia de un intérprete calificado o certificado en el área de atención médica. También puede solicitar traducciones en

lenguaje de señas y por escrito o ayudas y servicios auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Informe a Jackson Care Connect y al consultorio de su proveedor si necesita un intérprete. Dígales qué idioma o formato necesita. También puede solicitar a Jackson Care Connect una tarjeta bilingüe “I speak” que puede usar en las visitas.

Si necesita ayuda, llámenos al 855-722-8208 o llame a Servicio de atención al cliente de OHP al 800-273-0557 o TTY 711.

Si no recibe la ayuda que necesita, puede presentar una queja o llamar a la línea telefónica de Derechos Civiles Públicos de la Oregon Health Authority (Autoridad de Salud de Oregón) al 844-882-7889 o TTY 711, o enviar un correo electrónico a:

oha.publiccivilrights@odhsoha.oregon.gov.

Nuestra política de no discriminación

Discriminar es ilegal. Jackson Care Connect 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 del 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 o denuncia.

Realice (o presente) una queja en Jackson Care Connect en cualquiera de las siguientes formas:

- Teléfono: Llame a nuestro Coordinador de la 1557 al 855-722-8208 o TTY 711. Fax: 503-416-1313

- Correo postal: Jackson Care Connect
A la atención de: 1557 Coordinator
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204
- Correo electrónico: ***1557Coordinator@careoregon.org***
- Sitio web: ***jacksoncareconnect.org/contact-us***

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

Si tiene una discapacidad, Jackson Care Connect cuenta con 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 en otros idiomas, Jackson Care Connect cuenta con estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

¿Necesita ayuda para presentar un reclamo? ¿Necesita ayuda lingüística o ajustes razonables? Llame al Servicio de atención al cliente al 855-722-8208 o TTY 711 para hablar con un especialista en bienestar de pares o un orientador de salud personal. También tiene derecho a presentar una queja ante cualquiera de estas 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***
- 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

¿Necesita ayuda? Llame al 855-722-8208 o visite ***jacksoncareconnect.org***

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

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 registros 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.

Registros médicos

Un registro médico contiene sus condiciones de salud y los servicios utilizados. También muestra las referencias que se han hecho para usted. Puede comunicarse con Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711 para solicitar copias gratuitas de todos los registros médicos.

¿Qué puede usted hacer con los registros médicos?

- Solicitar que se envíen a otro proveedor de atención médica.
- Solicitar una modificación o corrección a sus registros.
- Obtener una copia de sus registros, incluyendo, pero no limitado a:
 - Registros médicos de parte de su proveedor de atención médica.
 - Registros dentales de parte de su proveedor de atención dental.
 - Registros de parte de Jackson Care Connect.

Puede haber ocasiones en las 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

Ayúdenos a mejorar este manual	7
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
Registros médicos	13
Índice.....	15
¡Bienvenido a Jackson Care Connect!	17
Contáctenos	19
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	33
Reciba asistencia para organizar su atención médica con Care Coordination	35
Sus beneficios.....	37
Acceso a la atención que usted necesita	62
Beneficios integrales y preventivos para afiliados menores de 21 años.....	66
Traditional health workers (THW)	71
Servicios adicionales	72
Health-related social needs	59
Acudiendo a las citas de atención médica.....	74
Recibiendo atención médica por video o teléfono.....	81
Medicamentos con receta médica	84
Hospitales.....	86
Atención urgente	86
Atención de emergencia	89
Atención lejos de casa.....	93

Facturación de servicios.....	94
Afiliados con OHP y Medicare.....	99
Cambiando CCO y la atención médica	100
Decisiones sobre el final de la vida	106
Reportando un fraude, despilfarro y abuso	110
Quejas, denuncias, apelaciones y audiencias imparciales.....	111
Palabras a conocer	119

¡Bienvenido a Jackson Care Connect!

Nos da mucho gusto que sea parte de Jackson Care Connect. Estamos encantados de apoyarle con su salud. Deseamos brindarle la mejor atención posible. Somos 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. Ello incluye atención médica física, dental y mental, así como servicios de tratamiento 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 Jackson Care Connect trabajan juntos

El OHP es una cobertura de salud gratuita para los habitantes de Oregón. Además, el OHP es el programa de Medicaid en Oregón. Cubre servicios de atención de salud física, dental, social, de desarrollo y de salud conductual (salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias). El OHP también ayuda con las recetas y el transporte a las citas.

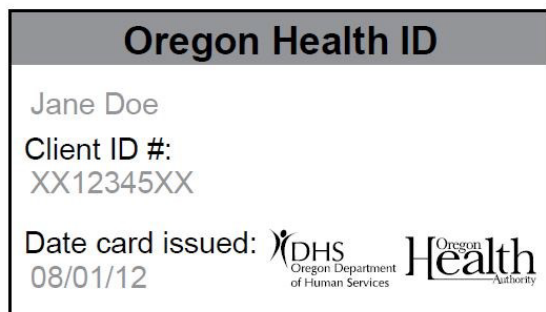
El OHP cuenta con planes de salud locales que lo ayudan a usar sus beneficios. Estos planes se llaman coordinated care organizations (CCO, organizaciones de atención coordinada). Jackson Care Connect es una CCO. Prestamos servicios en el condado de Jackson. Jackson Care Connect es operado por CareOregon, un proveedor de seguros que apoya a los miembros de Medicaid. Trabajamos con otras organizaciones para ayudar a administrar ciertas partes de su plan, por ejemplo, los beneficios dentales y de transporte. Para ver la lista completa de organizaciones y la descripción de los servicios que ofrecen, consulte la página 35.

Las CCO organizan y pagan su atención médica. Pagamos a los médicos o proveedores de distintas maneras para mejorar la forma en que usted recibe atención. Esto ayuda a garantizar que los proveedores se enfoquen en mejorar su salud integral. Usted tiene derecho a preguntar cómo pagamos a los proveedores; le compartiremos esta información dentro de los cinco días hábiles posteriores a su solicitud. Los pagos o incentivos a los proveedores no cambiarán su atención ni la forma en que recibe sus beneficios. Para obtener más información, llame a nuestro Servicio de atención al cliente al 855-722-8208.

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios de OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales. Obtenga más información sobre los beneficios de Jackson Care Connect en la página 37.

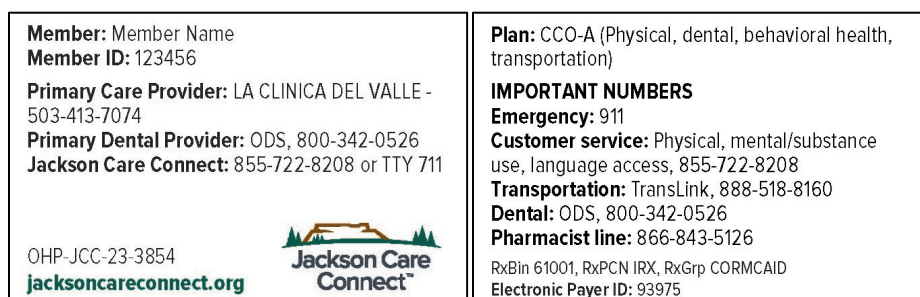
Al afiliarse en OHP, usted recibirá una tarjeta de identificación de Oregon Health. Ésta será enviada por correo junto con su documento de cobertura. Cada afiliado de OHP recibe en su hogar una tarjeta de identificación.

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 Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect se verá así:



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

Su documento de cobertura y la tarjeta de identificación de usuario de Jackson Care Connect le indicarán la CCO a la que usted se encuentra afiliado. También le mostrarán el nivel de atención médica que cubre su plan:

CCO o OHP: ¿Quién organiza y paga por su atención?			
Tipo de cobertura	Salud física	Salud odontológica	Salud conductual
CCO-A	Jackson Care Connect	Jackson Care Connect	Jackson Care Connect
CCO-B	Jackson Care Connect	OHP	Jackson Care Connect
CCO-E	OHP	OHP	Jackson Care Connect
CCO-F*	Sin cobertura	Jackson Care Connect	Sin cobertura
CCO-G	OHP	Jackson Care Connect	Jackson Care Connect
Tarjeta Abierta**	OHP	OHP	OHP

*CCO-F 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” o consulte qué tipo de beneficios están cubiertos en la sección “Sus beneficios”.

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

Cada CCO es única para su comunidad y tiene sus propios líderes locales. Por eso, es importante que las personas de la comunidad compartan sus ideas. Jackson Care Connect tiene un Consejo Asesor Comunitario (CAC, por sus siglas en inglés) en el condado de Jackson. Este grupo incluye miembros de la CCO como usted, proveedores de atención médica y otras personas 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 en el CAC son miembros de Jackson Care Connect. Eso significa que puede ayudar a mejorar la atención médica para usted, su familia y su comunidad.

El CAC ayuda en tareas como las siguientes:

- Dar consejos sobre cómo hacer que las clínicas y la comunidad sean más saludables
- Encontrar maneras de mejorar los programas actuales y compartir ideas para nuevos programas
- Sugerir a la junta directiva cómo satisfacer las necesidades de los miembros y mejorar la salud en la comunidad
- Planificar eventos y proyectos para ayudar a las personas a aprender sobre la atención médica
- Ayudar con un plan para comprender lo que la comunidad necesita y cómo mejorar la salud para todos en el área.

Para más información acerca del CAC o para aplicar, visite jacksoncareconnect.org/CAC o llame a Servicio al Cliente al 855-722-8208. Usuarios TTY pueden llamar al 711. También puede enviar un correo electrónico a info@jacksoncareconnect.org

Contáctenos

Las oficinas de Jackson Care Connect 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, Jackson Care Connect se comunicará con usted. Esto también se anunciará en redes sociales. Jackson Care Connect también pondrá carteles en las puertas de sus oficinas administrativas.

Nuestra oficina se encuentra en Medford y nuestra dirección postal es:

Jackson Care Connect
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Llamada sin costo: 855-722-8208 o TTY 711

Fax: 503-416-1313

En línea: [*jacksoncareconnect.org*](https://jacksoncareconnect.org)

Descargue la aplicación del miembro. Obtenga más información en [*jacksoncareconnect.org/members/member-portal*](https://jacksoncareconnect.org/members/member-portal)

Números telefónicos de importancia

- **Atención y beneficios médicos**

Llame a Servicio al Cliente: 855-722-8208 Usuarios TTY por favor llamar al 711.

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

Consulte acerca de la atención y beneficios médicos en la página 35.

- **Beneficios de farmacia**

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

Horario: las 24 horas del día.

Consulte acerca de la atención y los beneficios de farmacia 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: 855-722-8208 Usuarios TTY por favor llamar al 711.

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

Consulte acerca de la atención y los beneficios de salud del comportamiento en la página 50.

- **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.

Capitol Dental – Llamada sin costo: 800-525-6800

Horario: de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

ODS – Llamada sin costo: 800-342-0526

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

Consulte acerca de la atención y beneficios odontológicos en la página 54.

- **Apoyo en traslados para citas**

TransLink – Llamada sin costo: 888-518-8160

Horario: de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.

Consulte acerca de la atención y beneficios de transporte en la página 74.

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

Puede obtener ayuda de intérpretes, traducciones por escrito e información en otros formatos. Llame al 855-722-8208. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Informe a Jackson Care Connect en qué idioma necesita ayuda.

Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Obtenga más información en la sección “Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos” en la página 9.

Contacte a Oregon Health Plan

El Servicio al Cliente de OHP puede apoyarlo en:

- Cambiar el domicilio, el número telefónico, la composición del grupo familiar u otra información
- Reemplazar una tarjeta de identificación de Oregon Health perdida
- Obtener ayuda con la solicitud o la renovación de beneficios
- Obtener apoyo local de un socio comunitario

Cómo contactarse con el Servicio al Cliente de OHP:

- Llamada: Sin costo al 800-699-9075 o TTY 711
- Sitio web: ***OHP.Oregon.gov***
- Correo electrónico: Utilice el sitio de correo electrónico seguro en ***secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt*** para enviar su correo electrónico a ***Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov***
 - Proporcione 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 Idoneidad Médica e Inscripción para Adopción y Tutela de la siguiente manera:

- Llamada: 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 Jackson Care Connect, 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 855-722-8208.

Usted tiene el derecho de ejercer sus derechos como miembro sin recibir una mala respuesta o discriminación. Puede presentar una queja si siente que no se han respetado sus derechos. Obtenga más información sobre cómo presentar quejas en la página 111. También puede llamar a un Defensor del Pueblo de la Oregon Health Authority al 877-642-0450 o TTY 711. Puede enviarles un correo electrónico seguro en ***oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx***.

En ocasiones, las personas menores de 18 años (menores de edad) pueden querer o necesitar recibir servicios de salud por su cuenta. Para obtener más información, lea “Derechos de los menores: Acceso y consentimiento a la 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 leerlo en ***OHP.Oregon.gov***. Haga clic en “Derechos de los menores y acceso a la atención”. O visite ***sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf***.

Sus derechos como un afiliado de OHP

Usted tiene el derecho de:

- 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 de sus proveedores
- 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 o
 - Hacer que usted haga 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 9)
- Material que le informe acerca de las CCO y de cómo utilizar el sistema de atención médica (el Manual para Usuarios es una buena opción para ello)
- Material escrito que le informe sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo recibir servicios, y qué hacer en caso de una emergencia (el 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
- Recibir comunicaciones de información de salud identificable individualmente del MCE por medios alternativos o en lugares alternativos según la sección 164.522 del Título 45 del Código de Leyes Federales (CFR, por sus siglas en inglés) si proporciona una declaración por escrito que incluya:
 - (a) Una dirección alternativa válida u otro método de contacto adecuado para permitirle recibir comunicaciones del MCE (por ejemplo, número de celular válido, dirección de correo electrónico verificable) y
 - (b) Si lo requiere el MCE, una declaración claramente expresada de que toda o parte de la información de salud protegida podría ponerlo en peligro
- Un registro 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 registros médicos
 - Compartir sus registros médicos con un proveedor
- Un aviso por escrito de un rechazo o cambio en un beneficio enviado por correo antes de que ocurra. Es posible que no reciba un aviso si no lo requieren las normas federales o estatales

- Un aviso por escrito sobre proveedores que ya no están dentro de la red enviado por correo. *Dentro de la red* significa proveedores o especialistas que trabajan con Jackson Care Connect (consulte la página 29).
- Ser notificado de manera oportuna si se cancela una cita

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 están disponibles, usted puede recibir servicios de otras formas, como por ejemplo en línea (consulte la página 81)
- 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 ayudará a evitar hospitalizaciones o internaciones en centros cuando sea posible
- Servicios necesarios para determinar qué condición de salud tiene.
- Ayuda para usar el sistema de atención médica. Reciba el apoyo cultural y lingüístico que necesite (consulte la página 9). Esto puede incluir:
 - Intérpretes certificados o calificados en atención médica
 - Traducciones escritas de materiales de farmacia y recetas
 - Trabajadores tradicionales de la salud certificados
 - Trabajadores comunitarios de la salud
 - Especialistas en bienestar de pares
 - Especialista en apoyo de pares
 - Doulas
 - 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)
- Servicios urgentes y de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin necesidad de aprobación o autorización previa (consulte la página 89)
- Referencias a proveedores especializados necesarios para los servicios coordinados cubiertos (consulte la página 40)
- Apoyo adicional de un Defensor del Pueblo del OHP (consulte la página 73)

Usted tiene el derecho de realizar lo siguiente:

- Elegir a sus proveedores y cambiar esas elecciones (consulte la página 29)
- 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 Estatutos Modificados de Oregón (ORS 127, por sus siglas en inglés) (consulte la página 108)
- Presentar una queja o solicitar una apelación. Obtener una respuesta de Jackson Care Connect cuando usted realice esto (consulte la página 111)
 - Solicitar al estado una revisión si usted no está de acuerdo con la decisión de Jackson Care Connect. Esto se llama una audiencia.
- Recibir de manera gratuita servicios de intérpretes certificados o calificados en atención médica para todos los idiomas distintos al inglés y lenguaje de señas (consulte la página 2)

Sus responsabilidades como un afiliado de OHP

Usted debe tratar a los demás de esta manera:

- Ser respetuoso con el personal de Jackson Care Connect, los proveedores y otras personas
- Ser honesto con sus proveedores para que puedan brindarle la mejor atención posible

Usted debe comunicar al OHP esta información:

Llame a OHP/ONE Línea de Servicio al Cliente al 800-699-9075 o TTY 711 cuando usted:

- Se mude o cambie su domicilio para recibir correo.
- O bien, su familia se mude dentro o fuera de su hogar.
- Cambie su número telefónico.
- Quede embarazada y cuando dé a luz
- Tenga otro seguro

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 Oregón) en Oregón. Puede encontrar una lista de oficinas en: oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx
- Comunicarse con un socio comunitario local certificado de OHP. Puede encontrar un socio comunitario en: healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx
- Llamar a Servicio al cliente de OHP los días de semana al 800-699-9075
- Enviar un fax al 503-378-5628
- Enviar 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 hacer lo siguiente relacionado con su atención:

- Elegir o ayudar a elegir su proveedor o clínica de atención primaria
- Realizarse chequeos médicos anuales, visitas de bienestar y atención preventiva para ayudarlo a mantenerse saludable
- Ser puntual en sus citas. Si llegará tarde, llame para avisar o cancele la cita si no le será posible asistir
- Llevar sus tarjetas de identificación médica a las citas. Informe en la oficina que tiene el OHP y cualquier otro seguro médico. Avise también si sufrió una lesión en un accidente
- Apoyar a su proveedor a diseñar su plan de tratamiento. Siga el plan de tratamiento y tome parte activa en su atención médica
- Seguir las indicaciones de sus proveedores o solicite otra opción
- Si usted no entiende, realizar preguntas acerca del estado de salud, tratamientos y otros temas relacionados con la atención médica
- Utilizar la información que reciba de sus proveedores y el equipo de atención médica para apoyarle en la toma de decisiones fundamentadas sobre su tratamiento
- Utilizar a su proveedor de atención primaria para exámenes y otros requerimientos de atención médica, salvo en casos de emergencia
- Acudir 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 Jackson Care Connect

- Utilizar 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
- Ayudar a los proveedores a conseguir su registro médico. Es posible que tenga que firmar el formulario de Autorización de divulgación de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para esto
- Comunicarse con Jackson Care Connect en caso de que tenga algún problema, queja o requiere asistencia
- Completar el formulario Agreement to Pay (Acuerdo de Pago) si desea recibir servicios que no estén cubiertos por el OHP
- Si recibe dinero con motivo de una lesión, apoyar a Jackson Care Connect a 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
- Clínicas de Servicios de Salud Indígena (IHS, por sus siglas en inglés); encuentre una clínica en [ihs.gov/findhealthcare](https://www.ihs.gov/findhealthcare)
- Asociación de Rehabilitación de los Nativos Americanos del Noroeste (NARA, por sus siglas en inglés); obtenga más información o encuentre una clínica en [naranorthwest.org](https://www.naranorthwest.org)

Puede usar otras clínicas que no estén en nuestra red. Obtenga más información sobre referencias y aprobaciones previas en la página 40.

Indios Americanos y Nativos de Alaska no requieren una referencia o permiso para recibir atención médica de estos proveedores.

Estos proveedores deben facturar a Jackson Care Connect. Solo pagamos por beneficios cubiertos. Si un servicio requiere aprobación, el proveedor debe solicitarlo primero.

Los nativos americanos y nativos de Alaska tienen el derecho de dejar Jackson Care Connect en cualquier momento y que el Pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) del OHP cubra su atención. Obtenga más información sobre cómo dejar o cambiar su CCO en la página 100.

Si desea que Jackson Care Connect 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

Las prácticas tradicionales de atención médica son métodos especiales de curación y bienestar arraigados en la cultura y el conocimiento tribal, los cuales pueden incluir ceremonias, medicinas tradicionales u otras prácticas basadas en la cultura. Deben ser proporcionadas por Guardianes del Conocimiento Tradicional calificados y solo están cubiertas cuando son proporcionadas por un Proveedor de Atención Médica Indígena (IHCP, por sus siglas en inglés) aprobado.

La facturación de estos servicios debe ir directamente a la OHA, no a través del CPC. Si los servicios son prestados por alguien que no es un IHCP aprobado, o si se facturan a través del CPC, no están cubiertos por el OHP.

Nuevos afiliados que necesiten servicios de inmediato

Es posible que nuevos afiliados a OHP o Jackson Care Connect requieran a la brevedad posible de recetas médicas, 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 Jackson Care Connect:

- Llame a Coordinación de la atención médica al 855-722-8208. Pueden ayudarlo a recibir la atención que necesita. La coordinación de la atención médica también puede ayudar a miembros del OHP con Medicare. Consulte la página 35 para saber sobre coordinación de la atención médica.
 - Si es un afiliado nuevo de Medicare, consulte la sección “Afiliados con OHP y Medicare” en la página 99 para obtener más información.
- 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 Jackson Care Connect.
- Si tiene alguna pregunta y desea obtener información sobre sus beneficios, puede llamar a nuestro servicio de atención al cliente al 855-722-8208.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es quien lo atenderá regularmente en consultas, recetas médicas 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 Jackson Care Connect. Si no elige un proveedor dentro de los 90 días a partir de su afiliación, Jackson Care Connect le asignará una clínica o seleccionará un PCP para usted. Jackson Care Connect le notificará a su PCP sobre la asignación y enviará una carta a usted con la información de su proveedor.

Podemos ayudarlo a encontrar un Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) cuyo consultorio le resulte conveniente y que acepte nuevos pacientes. También puede consultar en la sección de Clínicas de atención primaria de nuestro directorio de proveedores, disponible en línea en jacksoncareconnect.org/members/find-a-provider.

Su PCP trabajará con usted para ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. Hará un seguimiento de todas sus necesidades básicas y de cuidado especial. Su PCP:

- Lo conocerá a usted y su historial médico
- Le proporcionará atención médica
- Mantendrá sus registros médicos actualizados y en un solo lugar
- Lo ayudará a obtener intérpretes gratuitos, traducciones escritas, ayudas auxiliares y modificaciones razonables.

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

No olvide preguntar a Jackson Care Connect sobre un dentista, un proveedor de salud mental y una farmacia. Puede elegir visitar a 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 del Directorio de proveedores en la página 29.

Puede cambiar de proveedor de salud mental en cualquier momento que lo desee. También puede cambiar de farmacia en cualquier momento, pero elegir la que sea adecuada para usted puede facilitar las cosas.

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

- Advantage Dental Service
- Capitol Dental
- ODS

Cada miembro de su familia debe tener un dentista que será su dentista de atención primaria (PDP, por sus siglas en inglés). Acudirá a su PDP para la mayoría de sus necesidades de atención odontológica. Su PDP lo enviará a un

especialista si necesita ir a uno. Encontrará su plan odontológico en su tarjeta de identificación de miembro de Jackson Care Connect.

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.

Llame al Servicio de atención al cliente al 855-722-8208 o TTY al 711 de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. de lunes a viernes si desea cambiar su PCP, dentista, proveedores de salud conductual, farmacia u otros proveedores. Puede comenzar a ver a su nuevo PCP, dentista u otros proveedores el día en que se realice este cambio.

Proveedores dentro de la red

Jackson Care Connect 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 100)
- 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 jacksoncareconnect.org/providerdirectory. También puede llamar a Servicio al Cliente para asistencia al 855-722-8208 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. Puede recibirla en otro formato (como en otros idiomas, letra más grande, o braille) sin costo. Contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8208 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 Jackson Care Connect.

Advantage Dental Service

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

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

Capitol Dental

Directorio de proveedores: interdent.com/capitoldentalcare/members/list-of-providers

Servicio al Cliente: Sin costo al 800-525-6800 o TTY 711

ODS

Directorio de proveedores: odscommunitydental.com/dohpprovidersearch/

Servicio al Cliente: Sin costo al 800-342-0526 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
- Recetas médicas, medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos que toma

Llame para agendar una cita en horas hábiles y mencione:

- Que usted está afiliado en Jackson Care Connect
- Su nombre y su número de identificación de usuario de Jackson Care Connect
- 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.

Podemos ayudarlo a obtener una cita. Obtenga más información sobre las opciones de transporte en la página 74.

Ausencias

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 855-722-8208 o TTY 711.

Cambios a los proveedores de Jackson Care Connect

Le informaremos si uno de sus proveedores habituales deja de trabajar con Jackson Care Connect. Recibirá una carta 30 días antes de que ocurra el cambio. Si este cambio ya ocurrió, le enviaremos una carta dentro de los 15 días posteriores al cambio.

Segundas opiniones

Tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre su condición o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si desea una segunda opinión, llame al Servicio de atención al cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711 y díganos si desea ver a otro proveedor.

Si no hay un proveedor calificado dentro de nuestra red y desea ver a un proveedor fuera de nuestra red para su segunda opinión, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Jackson Care Connect para obtener ayuda. Nosotros organizaremos la segunda opinión de forma gratuita.

Encuesta acerca de su salud

Poco después de afiliarse y si sufre un cambio relacionado con la salud, Jackson Care Connect le enviará por correo una encuesta sobre su salud. La encuesta pregunta sobre tu salud general con el objetivo de ayudar a reducir riesgos, mantenerse saludable y prevenir enfermedades.

Puede completar la encuesta por correo o llamar al 855-722-8208 o TTY 711 para que un miembro del equipo de coordinación de la atención médica lo ayude a completarla. También puede completar la encuesta en línea en jacksoncareconnect.org/members/member-portal. Después de iniciar sesión, en "Menú" y "Mis Recursos", haga clic en "Evaluación de riesgos de salud: ayúdenos a conocer sus necesidades" para completar la encuesta.

La encuesta realiza preguntas sobre su salud en general con el propósito de ayudar a reducir riesgos de la salud, mantenerse saludable, y prevenir enfermedad.

La encuesta pregunta acerca de:

- Su acceso a alimentos y vivienda
- Sus hábitos (como ejercicio, hábitos alimenticios, 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 necesidad especial de atención médica, por ejemplo, embarazo de alto riesgo, condiciones crónicas, trastornos de salud mental, discapacidades, necesidades de modificaciones, 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, incluidos 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 Care Coordination. Consulte la página 35 para Care Coordination

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 al Servicio de atención al cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.

Es posible que compartamos su encuesta con su médico u otros proveedores para que no tenga que responder estas preguntas tantas veces. Compartir la encuesta también ayuda a coordinar su atención y servicios. Jackson Care Connect solicitará su permiso antes de compartir su encuesta con los proveedores.

Afiliadas que están embarazadas

Si está embarazada, el OHP proporciona servicios adicionales para ayudar a mantener a usted y a su bebé saludables. Cuando está embarazada, Jackson Care Connect puede ayudarla a obtener la atención que necesita. También puede cubrir su parto y su atención durante un año después. Cubriremos los beneficios posparto durante un año completo, sin importar cómo termina el embarazo.

Aquí está lo que usted necesita hacer antes del parto:

- ☐ **Informar al OHP que está embarazada ni bien 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***.
- ☐ **Informar al OHP su fecha de parto.** No necesita saber la fecha exacta en este momento. Si está lista para dar a luz, llámenos de inmediato.

Después del parto:

- 1. Llame al OHP para informar que su embarazo ha terminado.**
También puede pedir al hospital que envíe una notificación de recién nacido al OHP. El OHP cubrirá a su bebé desde el nacimiento. Su bebé también estará cubierto por Jackson Care Connect.
- 2. Obtenga una visita domiciliaria gratuita del personal de enfermería con Family Connects Oregon.**
Este es un programa de visitas domiciliarias de enfermería que es gratuito para todas las familias con recién nacidos. Un miembro del personal de enfermería irá a su hogar para un control, consejos para recién nacidos y recursos.

La prevención 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 saludable también mantiene su corazón y cuerpo sanos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al 855-722-8208 o TTY 711.

Reciba asistencia para organizar su atención médica con Care Coordination

Recibe coordinación de atención de su hogar de atención primaria centrado en el paciente (PCPCH, por sus siglas en inglés), su proveedor de atención primaria, Jackson Care Connect u 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. Llame al número que aparece a continuación o visite jacksoncareconnect.org/care-coordination para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

Jackson Care Connect tiene personal que es parte de su equipo de Care Coordination. Nuestro personal está comprometido a brindar soporte a los afiliados en sus necesidades de atención y pueden asistirle en encontrar sus requerimientos médicos, de desarrollo, dentales, del comportamiento y sociales, en dónde y cuándo usted los necesite.

Trabajando juntos para su atención

Su equipo de Care Coordination:

- Le ayudará a que entienda sus beneficios y cómo funcionan
- Le ayudará a identificar personas en su vida o comunidad que pueden ser un apoyo
- 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 elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
- Trabaja con usted en su idioma preferido
- Le proporcionará atención y asesoría que sea fácil de seguir
- Le apoyará en agendar citas y exámenes médicos
- Le asistirá en organizar el transporte 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
- Transporte
- Entrenamientos y clases
- Soporte familiar
- Servicios sociales
- Aparatos para condiciones climáticas extremas

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

Su equipo de Care Coordination trabajará muy de cerca con usted. Ellos le conectarán con recursos de apoyo comunitarios y sociales que puedan ayudarle. Este equipo incluirá diferentes personas que trabajarán juntos para cumplir sus requerimientos, como proveedores, especialistas y programas comunitarios en los que usted participe. La labor de su equipo de atención es asegurar que la gente adecuada es parte de su atención para ayudarle a lograr sus objetivos. Todos nosotros trabajaremos juntos para apoyarle. Si por algún motivo su coordinador de atención asignado cambia, el coordinador de atención actual le notificará con anticipación o recibirá un aviso mediante el portal para miembros.

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.

Usted y su equipo de atención médica asignado elaborarán un plan llamado plan de atención médica. Este plan lo ayudará a satisfacer sus necesidades. 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 lo solicita. Usted, sus representantes y sus proveedores obtendrán una copia de su plan de atención médica. Para solicitar copias adicionales, comuníquese con Servicio al cliente.

Disponibilidad de Care Coordination

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

- Todos los afiliados a Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect al 855-722-8208 para obtener más información acerca de Care Coordination.

Afiliados con Medicare

También puede obtener ayuda con sus beneficios del OHP y Medicare. El personal del equipo de coordinación

de atención médica de Jackson Care Connect trabaja con usted, sus proveedores, su plan Medicare Advantage y/o su cuidador. Colaboramos con estas personas para brindarle servicios sociales y de apoyo, como servicios comunitarios específicos culturalmente.

System of Care (Sistema de atención) para jóvenes con necesidades complejas

Jackson Care Connect facilita un grupo llamado Jackson Youth System of Care (Sistema de atención para jóvenes de Jackson) para eliminar las barreras que los jóvenes (de 0 a 25 años) con necesidades complejas puedan enfrentar. El grupo reúne a jóvenes y familias, proveedores y socios del sistema de salud conductual, servicios de discapacidad intelectual/del desarrollo, educación, bienestar infantil y justicia juvenil.

Si usted es padre/madre o tutor(a) de un joven con necesidades complejas, o un adulto joven atendido por múltiples sistemas, el System of Care de Jackson Care Connect puede brindarle ayuda para obtener atención y eliminar barreras. Obtenga más información en jysoc.org o envíe un correo electrónico a coordinator@jysoc.org.

También puede obtener más información a través del Consejo Asesor del System of Care: 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 afecciones. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos ordinarios trabajan juntos para elaborar la lista. Este grupo es conocido como Comisión de Revisión de Evidencia de Salud de Oregon (HERC, por sus siglas en inglés). Son nombrados por la gobernadora.

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

Los pares de afecciones/tratamientos están clasificados en la lista en función a qué tan grave es cada afección y qué tan efectivo es cada tratamiento.

Para afiliados de 21 años de edad y mayores:

No todos los pares de afecciones y tratamientos están cubiertos por OHP. Existe un punto de referencia en la lista denominado “la línea” o “el nivel de cobertura de pago.” Los pares arriba de la línea están cubiertos,

mientras que los pares debajo de la línea no lo están. Algunas afecciones y tratamientos arriba de la línea tienen ciertas reglas y es posible que no estén cubiertas.

Para afiliados menores de 21 años de edad:

Los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados pueden estar cubiertos, según sus necesidades individuales y antecedentes médicos. Esto incluye elementos “por debajo de la línea” en la Lista de prioridad, así como servicios que no aparecen en la Prioritized List (Lista de prioridad), como el Durable Medical Equipment (equipo médico duradero). Consulte la página 66 para obtener más información sobre la cobertura para miembros menores de 21 años de edad.

Obtenga más información sobre la Prioritized List en 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

Usted no requiere una referencia o preautorización para algunos servicios. Esto se llama acceso directo.

Estos servicios no requieren una referencia o preautorización:

- **Servicios de emergencia** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para tratamiento de salud física, odontológica o conductual
- **Servicios de atención urgente** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para tratamiento de salud física, odontológica o conductual
- **Servicios de salud para mujeres**
Para atención de rutina y preventiva
- **Pruebas de abuso sexual**
- **Evaluación de salud del comportamiento y servicios de evaluación**
- **Servicios de salud del comportamiento ambulatorios o proporcionados por pares**
De un proveedor dentro de la red
- **Care coordination services (Servicios de coordinación de atención)**
- **Servicios especializados para miembros que tienen necesidades especiales de atención médica o que necesitan servicios y apoyos a largo plazo (dentro de la red)** (si el servicio requiere aprobación, se verificará para asegurarse de que sea médicamente necesario)

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 37.

Obtención de la aprobación previa (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. Aun y cuando no se requiera que su proveedor nos envíe información, es posible que de cualquier forma Jackson Care Connect necesite revisar su caso para asegurarse de que usted debe recibir el servicio.

Debe saber que estas decisiones se basan únicamente en si la atención o el servicio es adecuado para usted y si está cubierto por Jackson Care Connect. Jackson Care Connect no recompensa a los proveedores ni a ninguna otra persona por emitir rechazos de cobertura o atención. Nunca se entrega dinero adicional a nadie que tome la decisión de decir *no* a una solicitud de atención médica. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711 si:

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

Es posible que no reciba el servicio si no está aprobado. Revisamos las solicitudes de aprobación previa tan rápido como lo requiera su condición de salud. La mayoría de las decisiones sobre servicios se toma dentro de siete días. A veces, una decisión puede tomar hasta 21 días. Esto solo ocurre cuando estamos esperando más información. 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 que se conoce como “autorización de servicio acelerada”. Las decisiones de servicio acelerado generalmente se toman dentro de las 72 horas, pero puede haber una extensión de 14 días. Usted tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con una decisión de extensión. Consulte la página 111 para aprender cómo presentar una queja.

Si necesita una preautorización para una receta médica, 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.

No necesita aprobación para servicios de emergencia o urgentes ni para servicios de atención posterior a la emergencia. Consulte la página 89 para obtener más información sobre servicios de emergencia.



Servicios que no requieren preautorización

- **Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios o servicios prestados por pares (dentro de la red)**
- **Evaluación de salud del comportamiento y servicios de evaluación**
- **Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias**
- **Tratamiento comunitario asertivo (ACT, por sus siglas en inglés) y servicios de asistencia integral (se requiere un examen de detección)**
- **Servicios de coordinación de atención médica (disponibles para todos los miembros)**
- **Servicios especializados para miembros que tienen necesidades especiales de atención médica o que necesitan servicios y apoyos a largo plazo (dentro de la red) (si el servicio requiere aprobación, se verificará para asegurarse de que sea médicamente necesario)**

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 43.

Referencias del proveedor y referencias por cuenta propia

Para que reciba atención del proveedor adecuado, podría ser necesario obtener una referencia. Una referencia es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio. Por ejemplo: Si su PCP o su PDP no pueden brindarle los servicios que necesita, pueden referirlo a un especialista. Si se requiere la aprobación previa para el servicio, su proveedor solicitará la aprobación a Jackson Care Connect.

Si no hubiera un especialista cerca de donde usted vive o un especialista quien trabaje con Jackson Care Connect (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. No existe un costo adicional si esto ocurre.

Muchas veces, su PCP o PDP pueden proporcionar los servicios que usted necesita. Si cree que podría necesitar una referencia a un especialista en atención médica, consulte a su médico de cabecera o a su plan de salud. No necesita una referencia si está teniendo una emergencia.



Servicios que requieren una referencia

- **Servicios especializados** Si tiene necesidades especiales de atención médica, su equipo de salud puede trabajar en conjunto para brindarle acceso a especialistas sin necesidad de una referencia
- **Tratamiento comunitario asertivo (ACT, por sus siglas en inglés)**
- **Wraparound services (Servicios integrales)**
- **Si utiliza un proveedor de servicios odontológicos que no sea su dentista de atención primaria, es posible que necesite una referencia para estos servicios:**
 - Exámenes orales
 - Dentaduras parciales o completas
 - Extracciones
 - Tratamiento de conducto

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 37.

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 de su proveedor. Consulte el directorio de proveedores en la página 29 para obtener más información

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 trabajadores de la salud tradicionales
- 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
- Servicios para tratar problemas con alcohol u otras drogas
- Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de salud conductual (dentro de la red)

Para más información, consulte las tablas de beneficios en la página 37.

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		
 <p>Servicios que requieren preautorización</p> <p>Algunos servicios requieren autorización antes de recibirlos. Su proveedor debe solicitar la aprobación a la Jackson Care Connect. Esto se conoce como preautorización.</p>	 <p>Servicios que requieren una referencia</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>No se requiere referencia o preautorización</p> <p>Usted no requiere una referencia o preautorización para algunos servicios. Esto se llama acceso directo.</p>

Beneficios de salud física





A continuación 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. Jackson Care Connect coordinará servicios de manera gratuita si usted requiere apoyo.





Los límites de estos servicios se basan en las directrices y reglas del OHP. Llame al Servicio de atención al cliente para más detalles. Los siguientes servicios tienen límites:






- Servicios de diagnóstico y laboratorio
- Cirugías y procedimientos optativos
- Atención médica de afirmación de sexo
- Servicios de especialistas
- Servicios de salud para mujeres (además del PCP)
- Salud del comportamiento: servicios de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTS, por sus siglas en inglés)






Un asterisco (*) en las tablas de beneficios significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites establecidos para los miembros menores de 21 años, si es médicamente necesario y apropiado. Consulte la página 66 para obtener más información.





Para ver un resumen de los beneficios y la cobertura de OHP, visite [OHP.Oregon.gov/benefits](https://www.ohp.org/benefits). Puede recibir un documento o copia electrónica del resumen si llama al 800-273-0057.





Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
<p>Care coordination services (Servicios de coordinación de atención)</p> <p>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.</p>	<p></p> <p>Sin referencia o preautorización</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Comfort care</p> <p>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 reducción de pruebas médicas, medicamentos que ayudan con el dolor, y brindar soporte emocional. Tal y como se recomienda.</p>	<p></p> <p>Sin referencia o preautorización</p>	<p>Afiliados certificados como terminales</p>
<p>Servicios de Hospice</p> <p>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. Se basa en las guías del OHP. Llame al Servicio de atención al cliente para más detalles.</p>	<p></p> <p>Se requiere preautorización</p>	<p>Afiliados certificados como terminales</p>
<p>Servicios de diagnóstico y laboratorio</p> <p>Estos servicios ayudan a encontrar un diagnóstico. Algunos ejemplos podrían ser análisis de sangre y orina, y raxos-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.</p>	<p></p> <p>Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios</p>	<p>Todos los afiliados: estos servicios tienen límites según las directrices y reglas del OHP. Llame al Servicio de atención al cliente para más detalles</p>






Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Durable medical equipment El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye suministros y equipo que no se desgasta. Algunos ejemplos podrían ser caminadoras, suministros para diabéticos y prótesis. Se basa en las guías del OHP. Llame al Servicio de atención al cliente.	 Se requiere preautorización para algunos equipos	Todos los afiliados
Servicios de Well-Child care, Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT) Los Servicios de Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico del niño sano (EPSDT, por sus siglas en inglés) cubren todos los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados para afiliados menores a 21 años, incluyendo detecciones y evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental. Algunos ejemplos podrían ser visitas del niño sano, vacunas, atención dental y más. Consulte la página 66 para más información.	 Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios; no se requiere referencia o preautorización para la atención de niños, exámenes de detección y algunas evaluaciones.	Afiliados de 0-20 años de edad (Jóvenes con necesidades de atención médica especiales: 0-21 años en 2026)
Cirugías/procedimientos optativos 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. Estos servicios tienen límites en base a las guías y pautas del OHP. Llame al Servicio de atención al cliente para más detalles.	 Se requiere preautorización o referencia	Todos los afiliados
Transporte médico de emergencia Un ejemplo de este tipo de transporte es una ambulancia. Le puede llevar a un hospital o con un proveedor cuando tenga una emergencia. Sin límite.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados

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 médica de afirmación de sexo 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. Estos servicios tienen límites en base a las guías y pautas del OHP. Llame al Servicio de atención al cliente para más detalles.	 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	Todos los afiliados
Home health services (Servicios de atención médica a domicilio)		Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Estos servicios son proporcionados en su domicilio, con 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 al Servicio de atención 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 los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de hospitalización La atención que recibe cuando está internado. El número de días se determina según la aprobación de su plan de salud. Algunos ejemplos serían 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 Persona que le brinda ayuda con servicios de interpretación y traducción en el idioma que necesite. Sin límite.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de maternidad La atención que recibe antes, durante y después del embarazo. 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 límite.	 Sin referencia o preautorización	Afiliadas embarazadas
Transporte médico para casos que no son de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés) Estos servicios le apoyan para acudir a sus citas de atención médica. Algunos ejemplos podrían ser reembolso de millas,	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
abonos de transporte, y traslados. Consulte la página 80 para más información y detalles acerca de estos servicios.		
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 requiere referencia	Afiliados con una enfermedad grave y pronóstico terminal
Servicios farmacéuticos (medicamentos con receta médica) Los medicamentos que usted requiere tomar para ayudarlo a mantener o mejorar su salud. Muchos medicamentos están disponibles con una receta médica. Una lista completa de medicamentos con receta médica puede encontrarse en nuestro listado en jacksoncareconnect.org/druglist . Es posible que requiera una autorización además de su receta médica. Su médico se lo hará saber. Algunos medicamentos para la salud mental son pagados por OHP. Éstos no son pagados por Jackson Care Connect como otros medicamentos con receta médica. Su farmacéutico sabrá a dónde enviar la factura. Pregunte a su proveedor acerca de cuáles recetas médicas están cubiertas.	 Se requiere receta médica	Todos los afiliados
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje Estos servicios le ayudan a mejorar el movimiento y el 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 lenguaje) están cubiertas cuando sean médicamente adecuadas. Es posible que visitas adicionales puedan ser aprobadas con base en la guía del OHP y las	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
necesidades médicas. Los niños menores de 21 años pueden tener visitas adicionales autorizadas más allá de estos límites si es médicamente apropiado. * La terapia de masaje, la quiropráctica y la acupuntura están incluidas dentro de estos límites de servicio.		
Servicios preventivos Servicios preventivos son citas para mantenerle sano antes de que se enferme. Algunos ejemplos podrían ser: exámenes físicos, atención al niño sano, inmunizaciones, salud de la mujer (mamografías, exámenes ginecólogos, etc.), detecciones (cáncer, etc.), prevención de diabetes, consejos nutricionales y servicios para dejar de fumar.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Visitas a su PCP 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.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Pruebas de abuso sexual 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 38 para más detalles.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de médicos especialistas 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 problemas de huesos, o un endocrinólogo para problemas de hormonas o diabetes grave. La cobertura se determina con base en las guías de OHP y deben cumplirse ciertos requisitos para recibir los servicios. Llame al Servicio de atención al cliente para más detalles.	 Se requiere una referencia o preautorización para algunos servicios	Todos los afiliados. Para aquellas personas con necesidades de atención médica especial o el programa Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), hable con

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
		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 determina con base en las guías de OHP y deben cumplirse ciertos requisitos para recibir los servicios. Contacte a Servicio al Cliente para conocer los límites.	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados
Servicios de Telehealth Los servicios de Telehealth (telesalud) incluyen citas por video, correo electrónico, llamadas telefónicas, o por medio de dispositivos como teléfonos inteligentes, tabletas o computadoras. Consulte la página 81 para más información.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de Traditional health worker (THW) Algunos ejemplos de Trabajadores tradicionales de la Salud (THW, por sus siglas en inglés) podrían ser doulas, trabajadores de salud comunitarios, especialistas en bienestar entre iguales y asistentes en salud personal. Consulte la página 71 para más información.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
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 86 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 Atención para las necesidades de salud especiales para mujeres. Algunos ejemplos podrían ser mamografías, terapia hormonal y ginecología. La cobertura se determina con base	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados. Estos servicios tienen límites en base a las guías y pautas del OHP. Llame al Servicio de atención






Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
en las guías de OHP y deben cumplirse ciertos requisitos para recibir los servicios.		al cliente para más detalles
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 de edad, 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.	Contáctese con el Servicio de atención al cliente. Se le puede llegar a solicitar una referencia o una preautorización para el tratamiento de ciertas condiciones.	Afiliados de 0-20 años de edad, y afiliadas embarazadas Tal y como se recomienda para todos los demás





La tabla en la parte superior no es una lista completa de servicios que requieren preautorización o referencia. Si tiene alguna pregunta, contacte a Servicio al Cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.




Beneficios de atención de salud del comportamiento

A continuación 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. Jackson Care Connect coordinará servicios de manera gratuita si usted requiere apoyo.

Un asterisco (*) en las tablas de beneficios significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites establecidos para los miembros menores de 21 años, si es médicamente necesario y apropiado. Consulte la página 66 para obtener más información.

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Care coordination services 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
Assertive Community Treatment El tratamiento comunitario asertivo (ACT, por sus siglas en inglés) 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 detección	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 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
Evaluación de salud del comportamiento y servicios de evaluación Esto puede incluir preguntas, exámenes mentales y físicos y otras formas en que los proveedores aprenden sobre los pacientes y sus posibles condiciones de salud mental. Por ejemplo, consumo de sustancias, problemas con el juego, etc.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTS, por sus siglas en inglés) para salud del comportamiento 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. Algunos ejemplos de	 Se requiere referencia y detección	Jóvenes menores de 21 años de edad

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
estas instalaciones son Detox: Powerhouse y Fora; Residencial: Fora; Hospitalización: los dos hospitales.		
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. Algunos ejemplos de estas instalaciones son Detox-Powerhouse, CODA, Fora. Residencial: CODA, Fora. Hospitalización: cualquiera de los hospitales.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Trastornos por abuso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) Este tratamiento utiliza medicamentos, orientación y otras terapias para ayudar a tratar el consumo de sustancias. No se requiere preautorización durante los primeros 30 días de tratamiento. Se requiere autorización después de los primeros 30 días. Algunos ejemplos de las instalaciones son CODA, Columbia Memorial Hospital (CMH), Oregon Health & Science University (OHSU) y Coastal Family Health Center.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
Servicios de salud del comportamiento ambulatorios y entre iguales prestados por un proveedor dentro de la red Existen servicios de tratamiento para el consumo de sustancias o de salud mental 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 pares.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
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	 Se requiere preautorización	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
comportamiento serían psiquiatría, psicólogos, musicoterapeutas y trabajadores sociales.		
Trastornos por abuso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) 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	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 de Transporte médico para casos que no son de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés,) Estos servicios incluyen reembolso de millas, abonos de transporte, y traslados a sus citas de salud mental. Consulte la página 80 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, contacte a Servicio al Cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.

Beneficios dentales

Todos los afiliados en Oregon Health Plan tienen cobertura dental. El 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)
- Pedodoncista (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 las tablas de beneficios significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites establecidos para los miembros menores de 21 años, si es médicamente necesario y apropiado. Consulte la página 66 para obtener 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 o necesidad. Consulte la página 35 para más información.	 Sin referencia o preautorización	Todos los afiliados
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

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
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
Tratamiento 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. Afiliados de 21 años 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 proveedor dental primario	Todos los afiliados
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

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Rellenos Sin límites para material plateado o de color del diente utilizado para rellenar caries. 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. Llame a su plan de salud dental para más detalles.	 Se requiere preautorización	Afiliados de 16 años o mayores
Coronas dentales* Una corona dental es una funda con forma de diente que cubre un diente dañado. Los beneficios varían por tipo de corona dental, atención específica que requieren los dientes, edad y estado del embarazo. Las coronas no están cubiertas para todos los dientes. Cuatro coronas están cubiertas cada siete años. Comuníquese con su plan de salud dental.	 Se requiere preautorización	Afiliadas embarazadas o menores de 21 años
Extracciones Extraer un diente que necesita ser removido para mantenerle sano. Es posible que se requiera autorización para las muelas del juicio, así como para otras extracciones.	 Es posible que se requiera preautorización	Todos los afiliados
Endodoncias* Una endodoncia es un proceso dental que elimina pulpa inflamada o infectada dentro del diente, que luego se limpia y desinfecta cuidadosamente, para después rellenar y sellar. Todos los afiliados: cobertura para los dientes frontales y los dientes anteriores y bicúspides.	 Se requiere	Todos los afiliados

Servicio	Cómo acceder	Quién lo puede recibir
Afiliadas embarazadas: cobertura para los dientes anteriores, bicúspides y primeros molares. Afiliados menores de 21 años: Cobertura para dientes anteriores, bicúspides y primer y segundo molar.	preautorización	
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 NEMT Estos servicios incluyen reembolso de millas, pases de transporte y traslados hacia sus citas de atención médica. Consulte la página 80 para más información, incluidos 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 855-722-8208 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”), Jackson Care Connect **únicamente** proporciona beneficios dentales y traslados gratuitos para citas dentales. OHP y Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.

OHP Bridge para adultos con ingresos más altos inicia el 1 de julio de 2024

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, por sus siglas en inglés);
- 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/bridge)

OHP Bridge es casi lo mismo que OHP Plus.

Hay algunas cosas que OHP Bridge no cubre. Para obtener más información sobre lo que OHP Bridge no cubre, consulte 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">• Obtenga más información en las páginas 43-57.• Ayuda con viajes a citas de salud<ul style="list-style-type: none">○ Obtenga más información 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/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 de 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 Jackson Care Connect cuáles son los beneficios gratuitos de HRSN que están disponibles. Estos beneficios incluyen:

- Servicios de vivienda:
 - o Ayuda con el alquiler y los servicios para mantener su vivienda.
 - o Ayuda con otros servicios para brindarle apoyo como inquilino.
 - o Cambios en el hogar para la salud, como acondicionadores de aire, calefactores, dispositivos de filtración de aire, fuentes de energía portátiles y mini refrigeradores.
- Servicios de nutrición:
 - o Ayuda con la educación nutricional y comidas médicamente adaptadas. Se planifica que el abastecimiento de la despensa y los beneficios de frutas y verduras comiencen en el verano de 2026.
- Servicios de difusión y participación:
 - o Obtener 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:

- Ha salido recientemente o va a salir de la reclusión (cárcel, detención, etc.).
- Ha salido recientemente o va a salir 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 Jackson Care Connect. Podemos ayudarlo a programar una cita para consultar si califica para recibir 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 beneficios de HRSN, tiene derecho a apelar esa decisión. Consulte la página 111 para obtener más información sobre los rechazos y las 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 pagados por OHP

Jackson Care Connect 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 CCO denominan a estos servicios como beneficios “no cubiertos”. Existen dos tipos de servicios que OHP paga directamente:

- Servicios donde usted recibe Care Coordination de parte de Jackson Care Connect.
- Servicios donde usted recibe Care Coordination de parte de OHP.

Servicios de Jackson Care Connect Care Coordination

Jackson Care Connect continúa brindando Care Coordination para algunos servicios. Servicios de Care Coordination significa que usted recibirá traslados gratuitos de TransLink por servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para servicios no cubiertos.

Jackson Care Connect coordinará su atención por 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 los PCB, 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 Jackson Care Connect.
- 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 (salud del comportamiento) a largo plazo 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 855-722-8208 o TTY 711.

Servicios que paga OHP y proporciona Care Coordination

OHP coordinará su atención por los siguientes servicios:

- Servicios de Comfort care (hospice) para afiliados que viven en centros de enfermería especializada
- Servicios escolares que se prestan en virtud de la Ley para la Educación de Personas con Discapacidades (IDEA por sus siglas en inglés). 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
- Abortos y otros procedimientos para poner fin al embarazo
- Servicios prestados a miembros de Healthier Oregon Program (programa Oregón más saludable)
- 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 la Care Coordination Acentra de OHP al 800-562-4620 para más información y asistencia con estos servicios.

Usted puede continuar recibiendo traslados gratuitos de TransLink para cualquiera de estos servicios. Consulte la página 74 para más información. Llame a TransLink al 888-518-8160 o TTY 711 para programar un viaje o hacer una pregunta.

Objeciones de conciencia morales o religiosas

Jackson Care Connect no limita servicios con base en 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 Servicio de atención al cliente. 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. Jackson Care Connect se asegurará de coordinar la atención para abordar sus necesidades de acceso. Consulte la página 35 para obtener más información sobre coordinación de la atención médica. Si Jackson Care Connect no trabaja con un proveedor quien cumpla con sus requerimientos de acceso, usted puede recibir estos servicios fuera de la red. Jackson Care Connect 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.

Jackson Care Connect 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.

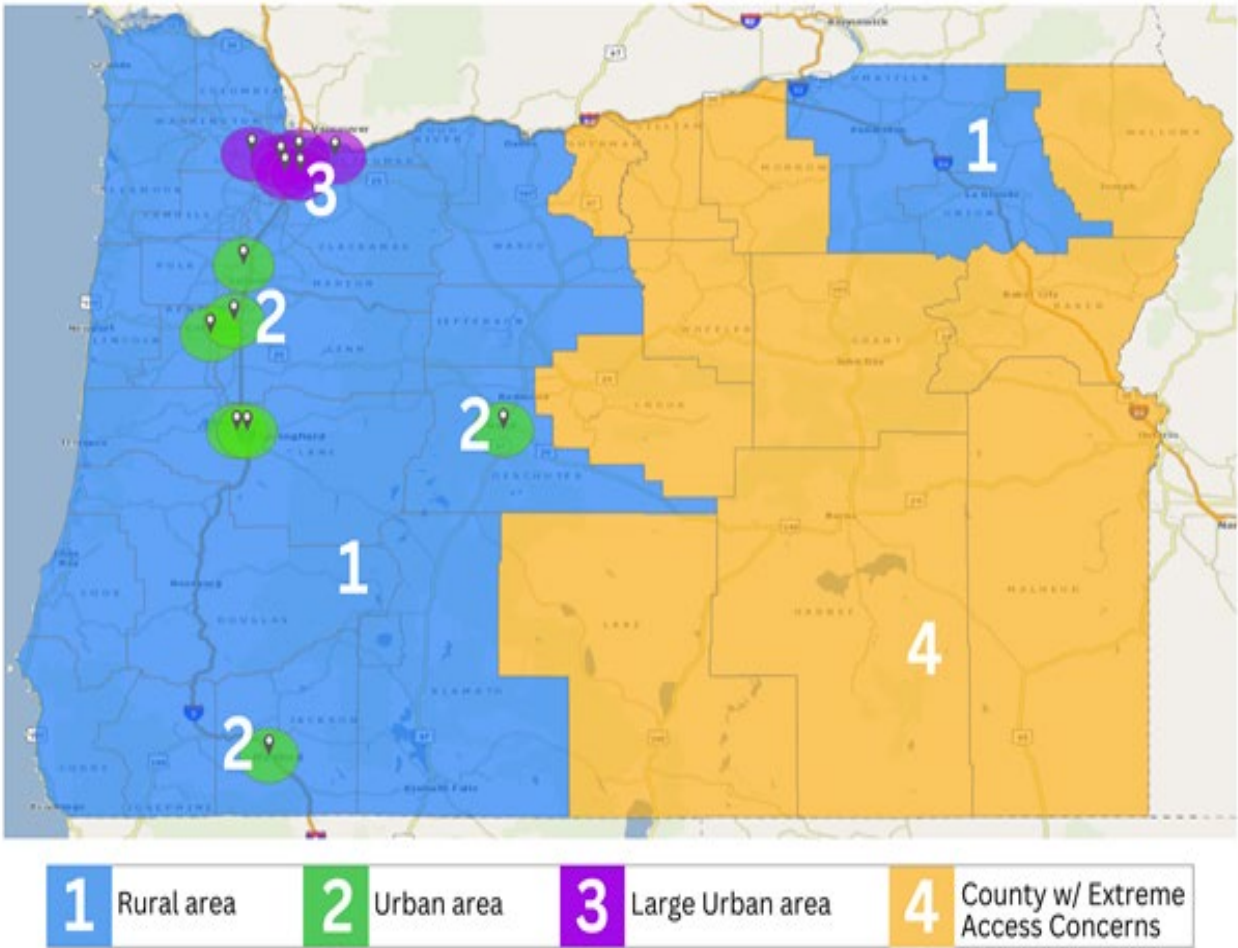
	Urbano grande	Urbano	Rural	Condado con problemas extremos de acceso
Nivel 1	10 minutos o 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos o 85 millas
Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45 minutos o 30 millas	110 minutos o 90 millas	140 minutos o 125 millas

Tipos de área

- **Urbano grande (púrpura):** 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 (verde):** Igual o menor de 10 millas de un centro de 40,000 habitantes o más.
- **Rural (azul):** 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 (amarillo):** Condados con 10 o menos personas por milla cuadrada.

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.

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



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 Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711 para solicitar adaptaciones. Los proveedores se aseguran además 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 el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV/AIDS, por sus siglas en inglés) o tuberculosis, afiliados con riesgo de un primer episodio psicótico y la población con Intellectual or Developmental Disabilities	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
(I/DD por sus 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 855-722-8208 o TTY 711.

Beneficios integrales y preventivos para afiliados menores de 21 años

El beneficio 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 beneficio 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 de edad 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 de edad) también pueden cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios de EPSDT. Póngase en contacto con Jackson Care Connect para obtener más información.

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 de edad, Jackson Care Connect tiene que brindar:

- Pruebas y evaluaciones periódicas de salud física, mental, de desarrollo, bucal/dental, crecimiento y estado nutricional.
 - Si Jackson Care Connect no cubre su atención bucal/dental, usted aún puede recibir estos servicios a través de OHP llamando al 800-273-0557.
- Los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados deben ser cubiertos para afiliados menores de 21 años de edad, independientemente si fueron cubiertos en el pasado (esto incluye conceptos que están “por debajo de la línea” en la Prioritized List). Para más información acerca de la Prioritized List, consulte la página 37.

Bajo EPSDT, Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect elija cubrir la opción menos costosa que sea de utilidad para usted.

Usted debe recibir siempre un aviso por escrito cuando algo sea rechazado, y tiene el derecho a presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con la decisión. Para más información, consulte la página 111.

Esto incluye *todos* los servicios de:

- Atención médica física
- Salud del comportamiento
- Atención dental
- Atención relacionada con la vista
- Necesidades de atención médica social

Si usted o algún familiar requiere los servicios EPSDT, consulte a su PCP o platique con un coordinador de atención llamando al 855-722-8208 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 855-722-8208 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 TransLink al 888-518-8160 para agendar un traslado o para más información.
- También puede preguntar a su PCP o visitar nuestro sitio web en jacksoncareconnect.org/epsdt para recibir una copia del programa de periodicidad. Este programa le indica cuándo los niños necesitan ver a su PCP.

Valoraciones médicas

CareOregon proporciona y paga los servicios de detección EPSDT según lo requerido por la División 151 del Capítulo 410 del Normativas Administrativas de Oregón (OAR, por sus siglas en inglés) y de acuerdo con el

Anexo B, Parte 2, Sección 6. Las evaluaciones requeridas siguen el calendario de Bright Futures/American Academy of Pediatrics (AAP) para la atención primaria y el Oregon Health Plan Dental Periodicity Schedule (Calendario de Periodicidad Dental del Plan de Salud de Oregón) para la atención dental. Las visitas de detección cubiertas se realizan en intervalos apropiados para la edad e incluyen visitas de control infantil y adolescente.

Jackson Care Connect y su PCP siguen las pautas de Bright Futures y de la AAP para todos los exámenes de atención preventiva y las visitas de bienestar infantil. Para más información, visite:

- Bright Futures: [**aap.org/brightfutures**](http://aap.org/brightfutures)
- Well Visit Planner: [**wellvisitplanner.org/**](http://wellvisitplanner.org/)

Su PCP se asegurará de que usted reciba estos exámenes de detección y todo tratamiento necesario cuando así lo requieran las guías.

Las visitas de valoración médica incluyen:

- Valoración del desarrollo
- Pruebas de detección 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 un examen físico apropiado para la edad, con el lactante completamente desnudo y los niños mayores sin ropa y adecuadamente cubiertos con una bata o paño
- Examen físico general sin ropa con revisión de dientes y encías
- 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**](http://cdc.gov/vaccines/imz-schedules/child-easyread.html)
 - Programa de inmunización para adultos (+19): [**cdc.gov/vaccines/imz-schedules/adult-easyread.html**](http://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 lo apoyará con diagnósticos y tratamientos adicionales.

El proveedor de valoración médica 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.

Jackson Care Connect 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 dental
- Inmunizaciones (si al practicar la valoración médica 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).

- Si le informamos 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 111.

Jackson Care Connect 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. Jackson Care Connect además tiene información en jacksoncareconnect.org/epsdt.

Jóvenes adultos con necesidades especiales de atención médica

Jóvenes adultos con necesidades especiales de atención médica (YSHCN, por sus siglas en inglés) es un nuevo programa que ofrece beneficios adicionales del OHP a personas de 19 a 21 años que tienen ciertas condiciones de salud. Las condiciones de salud deben haber comenzado antes de los 19 años. Ejemplos de condiciones de salud son:

- Discapacidades físicas, intelectuales y del desarrollo.

- Enfermedades médicas de larga duración como asma, diabetes o espina bífida.
- Condiciones de comportamiento o de salud mental como depresión o consumo de sustancias.

Los miembros de OHP que califiquen para el programa recibirán automáticamente los beneficios de YSHCN. Los beneficios de YSHCN incluyen:

- Más servicios de la vista y dentales.
- Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) hasta su 26.º cumpleaños.
- Posible acceso a servicios de HRSN.

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

Trabajadores tradicionales de la salud (THW)

Los Trabajadores tradicionales de la Salud le asisten 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 le contactan con personas y servicios en la comunidad que puedan ayudarle.

Existen diferentes tipos de Trabajadores tradicionales de la salud:

- **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 (Trabajador de la salud comunitario):** Es un trabajador público de la salud 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 (Asistente en salud personal):** Una persona que 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 (Especialista en apoyo entre iguales):** Alguien que tiene experiencias de vida con salud mental, adicciones y su recuperación o rehabilitación. O es posible que haya sido un padre o madre de un(a) hijo(a) quien recibió un tratamiento de salud mental o para adicciones. Ellos brindan apoyo, ánimo y ayuda a quienes se enfrentan a adicciones y problemas de salud mental. Ellos pueden asistirle en las mismas cosas.
- **Peer wellness specialist (Especialista en bienestar entre iguales):** Una persona que trabaja como parte de un equipo de salud de 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 ayudarle con muchas cosas, por ejemplo:

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

Los THW 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, comuníquese con nuestro enlace THW al 503-416-3453 o por correo electrónico en jccthw@careoregon.org. En caso de que cambie el nombre o la información de contacto para el enlace THW, usted puede encontrar detalles actualizados en nuestro sitio web en jacksoncareconnect.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 encontrar información de contacto de especialistas de apoyo entre pares.

Servicios adicionales

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son servicios adicionales que ofrece Jackson Care Connect. Los servicios flexibles ayudan a mejorar la salud y el bienestar general del afiliado y la comunidad. Son para afiliados y la comunidad que favorecen iniciativas para la comunidad en general. Dado que los servicios flexibles no son beneficios habituales del OHP y son opcionales para las CCO, los miembros no tienen derechos de apelación para los servicios flexibles de la misma forma que tienen para servicios cubiertos.

El programa de servicios flexibles Jackson Care Connect ayuda a utilizar los fondos de la mejor manera para atender las necesidades de salud individuales, así como los factores de riesgo social, como el lugar donde vive, para mejorar el bienestar de la comunidad. Puede leer nuestra política de servicios flexibles en: jacksoncareconnect.org/providers/social-needs-assistance.

Los servicios flexibles son apoyo para artículos o servicios que ayudan a los afiliados a estar o mantenerse sanos. Jackson Care Connect 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 Telehealth 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 filtro de aire

Puede encontrar más información sobre los servicios flexibles en sharedsystems.dhsosha.state.or.us/DHSForms/Served/Ie4329.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 855-722-8208 o TTY 711 y recibir un formulario de solicitud en el idioma o formato que cumpla sus necesidades.

Los 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. Obtenga más información sobre las apelaciones y quejas en la página 111.

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 apoyarle. 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 al 211 o visite 211info.org para solicitar ayuda.

Community benefit initiatives

Community benefit initiatives (Iniciativas en beneficio de la comunidad) son servicios y apoyos para afiliados y a la comunidad en general para mejorar la salud y el bienestar comunitario. 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 familias a tener acceso a frutas y verduras frescas a través de los mercados de agricultores

- Programas basados en la comunidad que ayudan a las personas a acceder o mantener una vivienda segura y estable
- 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

Acudiendo a las citas de atención médica

Traslados gratuitos a las citas para todos los afiliados en Jackson Care Connect

Si necesita asistencia para acudir a una cita, llame a TransLink. 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 Jackson Care Connect. Nuestra área de servicio es en el condado de Jackson.

TransLink ofrece tres maneras de ayudarlo a llegar a las citas de atención médica. Esto se llama “traslado”.

1. **Transporte público:** Ofrecemos boletos de viaje único y pases mensuales. Pregúntenos si califica para un pase mensual. Con esta opción, necesitará encontrar la ruta de autobús que lo lleve a su destino. Si necesita ayuda para aprender a usar el transporte público, pregúntenos.
2. **Reembolso de millas:** Pagamos una tarifa por milla recorrida para viajes relacionados con la atención médica. Puede ir por su cuenta. O alguien más puede llevarlo.
3. **Traslado en vehículos:** Podemos programar viajes privados y compartidos. Enviamos un vehículo que se adapte a sus necesidades. Esto incluye su dispositivo de movilidad (ayuda para moverse), si tiene uno.

Usted o su representante pueden solicitar ayuda para programar un traslado. Trabajaremos con usted para encontrar el tipo de viaje adecuado y menos costoso que se adapte a sus necesidades de transporte actuales. No existe costo para usted por este servicio. Jackson Care Connect nunca le facturará los traslados de ida o vuelta hacia o desde los servicios cubiertos.

Más información sobre cada tipo de viaje está disponible más adelante en esta guía.

Agende un traslado

Llame a TransLink al 888-518-8160 o TTY 711

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

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. Ello será de utilidad para asegurar que podemos cumplir con sus necesidades.

Puede solicitar un traslado para el mismo día o el día 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

TransLink 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 sobre sus necesidades. Verificaremos si usted está con Jackson Care Connect. También nos aseguraremos de que su cita sea para un servicio que esté cubierto. Trabajaremos con usted para encontrar el tipo de viaje adecuado y menos costoso que se adapte a sus necesidades de transporte actuales. Esto es el proceso de detección. Tenemos más información sobre este proceso y ejemplos de preguntas en nuestra Rider's Guide (Guía del Viajero).

Cada vez que llame, le pediremos que confirme su información de afiliado. También le pediremos:

- Fecha y hora de la cita, incluyendo la hora en que termina la cita
- Dirección completa donde inicia el viaje y del destino (lugar al que tiene que ir), incluyendo el nombre o número del edificio y el número de suite o apartamento
- Nombre de la instalación, nombre del médico y número de teléfono del médico
- Motivo médico de la cita
- Si puede caminar sin ayuda o si tiene un dispositivo de movilidad. Podemos preguntar si necesita asistencia del conductor. O, si tiene un asistente de cuidado personal (PCA, por sus siglas en inglés)
- Si va a usar un dispositivo de movilidad. Si usa un dispositivo de movilidad, podemos pedir más detalles. Esto es para asegurarnos de proporcionar el tipo de vehículo adecuado
- Cualquier otra necesidad especial (como un animal de servicio)

Es posible que necesitemos confirmar (verificar) con la clínica que tiene una cita programada en ese horario. Su traslado será aprobado o rechazado durante la llamada para agendar el servicio. Es posible que lleve más tiempo aprobar o rechazar las solicitudes de traslados para citas fuera del área de servicio de Jackson Care Connect. Los detalles de su traslado serán confirmados durante la llamada para agendar el servicio.

Transporte público

Si puede usar el transporte público, podemos proporcionarle el boleto. Por teléfono, solicitaremos información para programar su viaje.

Pases mensuales y diarios

Decidiremos si un pase diario o un pase mensual es adecuado para usted. Si tiene seis o más citas en un mes calendario, puede obtener un pase mensual del Distrito Vial de Rogue Valley (RVTD, por sus siglas en inglés).

Tarjeta Umo

¿Ya tiene una cuenta de Umo? Umo es el sistema de pago electrónico de boletos utilizado por RVTD. Le enviaremos una nueva tarjeta Umo si aún no tiene una.

Consulte el sitio web del RVTD para encontrar más información: <https://rvtd.org/fares-passes/umopass/>

¿Tiene que viajar fuera del área de servicio de RVTD? Emitiremos el tipo de boleto que necesite para su destino.

Cuándo debe llamarnos

Necesitamos tiempo para hacerle llegar su boleto de transporte. Queremos que reciba el boleto que necesita antes del día de su cita. ¡Así que, llámenos con suficiente antelación! Lo mejor es contactarnos tan pronto como sepa sobre su cita.

- **Si necesita que el boleto se le envíe por correo:** Llámenos al menos cinco días hábiles antes del día de su cita. El boleto llegará por correo.
- **Si necesita que el boleto se cargue en su tarjeta Umo:** Llámenos al menos dos días hábiles antes del día de su cita. Actualizaremos su tarjeta Umo.
- **Solicitudes para el mismo día:** Si nos llama el mismo día de su cita, aún se puede enviar o cargar el boleto. Sin embargo, no podemos prometer que estará disponible el mismo día de su solicitud.

Opciones de tarifa reducida

Es posible que usted califique para tarifas más bajas a través de los programas de tarifa reducida de RVTD o para Veteranos con discapacidad. Pregunte a TransLink cómo solicitar una Reduced Fare Card (tarjeta de tarifa reducida). Para obtener más información sobre si califica para la tarifa reducida, visite el sitio web de RVTD: rvtd.org/fares-passes.

Reembolso de millas

Si usted o alguien que conozca puede llevarlo a sus citas médicas, podemos reembolsarle (devolverle) las millas que haya conducido. Cuando otra persona lo lleva y lo recoge de las consultas, le reembolsamos los fondos a usted. Usted tiene la responsabilidad de entregarle el dinero a la persona que lo trasladó.

Le reembolsaremos dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud y cualquier documento requerido. Si su solicitud de reembolso está incompleta, tomaremos 14 días adicionales para ayudarlo con la solicitud.

¿Necesita ayuda? Llame al 855-722-8208 o visite jacksoncareconnect.org

La primera vez que llame para solicitar el reembolso:

1. **Obtenga una ReliaCard®.** Le configuraremos una cuenta para una ReliaCard® prepaga del U.S. Bank.
2. **Active su ReliaCard®.** Una vez que reciba su ReliaCard® por correo, active la tarjeta siguiendo las instrucciones enviadas con la tarjeta. Llame y notifique a TransLink después de haber activado su tarjeta.

Aquí están los pasos que debe seguir. Tenga en cuenta el plazo de 45 días incluido en el Paso 3.

1. **Llame a TransLink para programar su viaje.** Siempre que sea posible, llame al menos dos días hábiles completos antes de la consulta. Si llama el mismo día de su cita, aún se pueden aprobar los fondos.
2. **Lleve un formulario de verificación de citas a la consulta.** Pídale al personal del consultorio del proveedor que firme el formulario.
3. **Envíenos el formulario original, completado en su totalidad, dentro de los 45 días posteriores a su cita.** No le otorgaremos el reembolso si recibimos el formulario de verificación y cualquier recibo solicitado más de 45 días después de la consulta. Usted puede enviar por correo el formulario o pedirle al personal del consultorio del proveedor que lo envíe por fax.

Correo postal: TransLink, 239 E Barnett Road, Medford, OR 97501

Fax de TransLink: 541-842-2063

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.

4. **Obtenga el reembolso.** Después de verificar su cita, cargaremos el reembolso de sus millas en una ReliaCard® de U.S. Bank. Cargaremos los fondos dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su formulario completado.

TransLink utilizará el formulario de verificación de citas o la carta de su proveedor, para confirmar que asistió a su cita. A veces, es posible que necesitemos documentos adicionales. Le informaremos si necesitamos algo más.

Traslados en vehículos

Recogida y llegada

Le informarán la empresa de transporte o el nombre y número de conductor antes de su cita. Es posible que el conductor se comunique con usted al menos dos días antes de su viaje para confirmar los detalles. Ellos pasan por usted a la hora agendada. Por favor, sea puntual. Si usted está retrasado, ellos esperarán durante 15 minutos después de la hora agendada. Ello significa que si su traslado está agendado a las 10 a. m., ellos esperarán hasta las 10:15 a. m.

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

- **Primera cita del día:** Lo dejaremos no más de 15 minutos antes de que la oficina abra.

- **Última cita del día:** Lo recogeremos a más tardar 15 minutos después de que la oficina cierre, a menos que se prevea que la cita no finalizará dentro de los 15 minutos posteriores al cierre.
- **Solicitar más tiempo:** Puede solicitar que lo recojamos antes o que lo dejemos más tarde que estos horarios. Su representante, padre o tutor también puede hacer la solicitud.
- **Llame si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora o ventana de recogida:** El personal le informará si el conductor está en camino. Los conductores deben avisar al despachador antes de retirarse del lugar de recogida. Llame a la oficina de su proveedor para informar que su transporte llega con retraso.
- **Llame si no tiene una hora de recogida:** Si no hay una hora de recogida programada para su viaje de regreso, llámenos cuando esté listo. Su conductor llegará dentro de una hora después de su llamada.

TransLink es un programa de viajes compartidos. Es posible que se recoja y deje a otros pasajeros durante el trayecto. Si tiene varias citas, es posible que se le solicite programarlas el mismo día. Esto nos ayudará a realizar menos viajes.

Si solicita un viaje con menos de dos días de antelación al horario programado de recogida, le proporcionaremos el número de teléfono de la compañía que organizará su traslado. También podemos darte el nombre y el número de teléfono del conductor que lo recogerá. Recibirás los detalles de su solicitud de viaje de la manera que elija (llamada telefónica, correo electrónico, fax).

Cancele o cambie su traslado

Llame a TransLink cuando tenga conocimiento que necesita cancelar o reagendar un traslado. Para traslados en vehículos, llame al menos dos horas antes de la hora programada de recogida.

Puede llamar a TransLink de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Deje un mensaje si no puede llamar durante las horas hábiles. Llame a TransLink si tiene alguna pregunta o cambios en los traslados. En caso de tener un requerimiento urgente fuera del horario establecido, llámenos al 888-518-8160 y nuestro centro de llamadas fuera del horario lo 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 TransLink. 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 pide varios traslados, pero no se presenta a ellos.

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 de la zona

¿Necesita un viaje para una cita cubierta que no esté disponible dentro del condado de Jackson? Trabajaremos con usted para ver si podemos proporcionarle transporte para esa visita.

Tan pronto como programe una visita de atención médica que esté fuera del área de servicio de Jackson Care Connect, por favor, 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 dentro del área de servicio, es posible que neguemos su solicitud. Si aprobamos la consulta fuera de la zona, necesitaremos tiempo para programar los detalles necesarios de su viaje.

Después de revisar y verificar la información del viaje, nos pondremos en contacto con usted. Le informaremos si su viaje ha sido aprobado o rechazado. Si su viaje es aprobado, le proporcionaremos los detalles de su transporte.

A veces, el transporte fuera del área incluye combinar el reembolso y los viajes proporcionados por el vehículo, dependiendo de su situación. Podemos ofrecer estipendios para comidas y alojamiento para usted y un acompañante, alguien que vaya con usted. Infórmenos si necesita estipendios para comidas o alojamiento cuando llame sobre viajes fuera del área. Le proporcionaremos una ReliaCard® para el reembolso si aún no tiene una.

Reembolso de comidas

Podemos ofrecer estipendios para comidas si su atención médica dura cuatro o más horas en el viaje completo de ida y vuelta dura cuatro horas o más. También debe abarcar los siguientes horarios de comidas:

- 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. Verifique la Rider's Guide para confirmar 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 de la zona. Cuando llame para solicitar este tipo de reembolso de millas, deberá proporcionarnos la dirección del lugar donde se hospedaré.

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 cumplir con los requisitos 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.
- 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 hábiles después de la consulta.
- El nombre del miembro que asiste a la consulta 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 miembro en cuyo nombre está llamando, no puede pagar el resto de los costos, llame a Jackson Care Connect y consulte sobre sus opciones.

Nota: Si se está quedando con un amigo o un familiar, no califica para recibir para un estipendio de alojamiento.

Usted tiene derechos y responsabilidades al usar NEMT

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener un transporte seguro y confiable que satisfaga sus necesidades
- Ser tratado con respeto
- Solicitar servicios de interpretación al comunicarse con el servicio al cliente
- Obtener materiales en un idioma o formato que satisfaga sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando se le rechace la solicitud de traslado
- Presentar una queja sobre su experiencia de viaje
- Solicitar una apelación, pedir una audiencia o solicitar ambos si considera que se le ha rechazado injustamente un servicio de traslado

También tiene responsabilidades al usar NEMT. Verifique la Rider's Guide para obtener una lista completa de los derechos y las responsabilidades.

Si su traslado es rechazado

A veces, no se pueden proporcionar viajes. TransLink le informará durante su llamada para programar un traslado. O recibirá una llamada para informarle que su solicitud ha sido rechazada. Todos los casos rechazados son revisados por dos miembros del personal antes de que sean enviados a usted. Si su traslado es

rechazado, le enviaremos por correo una carta de rechazo dentro de las 72 horas siguientes a la decisión. Para las solicitudes de reembolso, le enviaremos la carta por correo dentro de los 14 días posteriores a la decisión. El aviso señala la regla y la razón por la cual fue rechazado el servicio.

Usted puede solicitar una apelación a Jackson Care Connect 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 el método de transporte por su cuenta.

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 con el personal del centro de atención telefónica (como descortesía o rudeza)
- El servicio de traslado no fue proporcionado como se solicitó
- Derechos del consumidor

Obtenga más información sobre las quejas, denuncias, apelaciones y audiencias en la página 111.

Rider's Guide

Consulte la Rider's Guide de TransLink en rvtd.org/translink. Usted o su representante también puede llamar a Servicio al Cliente al 855-722-8208 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. Jackson Care Connect 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 (consulte la página 59). Si tiene alguna pregunta o desea conocer más acerca de las citas de Telehealth o necesita asistencia técnica con Telehealth, contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8208 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 jacksoncareconnect.org/providerdirectory. En los detalles del proveedor, se menciona si ofrece o no Telehealth.

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 Jackson Care Connect 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 receta médica
- 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 no está seguro si requiere acudir a la clínica o consultorio
- Si temporalmente no se encuentra en su hogar y no puede reunirse con su médico en persona

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 Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

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
- Asegurarse de que su proveedor realice una evaluación para determinar si la Telehealth es adecuada para usted. Esto incluye, entre otros:
 - La necesidad de formatos alternativos
 - El acceso a los dispositivos necesarios
 - El acceso a un lugar privado y seguro
 - El acceso al servicio de internet
 - La comprensión de los dispositivos digitales
 - Las inquietudes culturales
- Contar con proveedores que respeten sus requerimientos de cultura e idioma
- Recibir servicios de interpretación calificados y certificados para usted y su familia. Obtenga más información en la página 9.
- Tener citas presenciales, no solo de Telehealth
 - Jackson Care Connect 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
 - Jackson Care Connect le ayudará a identificar cuál herramienta de Telehealth es la mejor para usted

Hable con su proveedor acerca de Telehealth. Si necesita o prefiere visitas en persona y su proveedor solo se dedica a Telehealth, hágaselo saber. Puede derivarlo a otro proveedor e informarle a Jackson Care Connect. Puede elegir cómo recibir su atención y Jackson Care Connect puede ayudarlo a coordinar la atención con otro proveedor. También puede llamar a nuestro Servicio al cliente al 855-722-8208 o TTY 711. Estamos abiertos de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.

Medicamentos con receta médica

Para surtir una receta médica, puede acudir a cualquier farmacia dentro de la red de Jackson Care Connect. Usted puede consultar una lista de farmacias con las que trabajamos en nuestro directorio de proveedores en jacksoncareconnect.org/druglist.

- Usted tiene derecho a recibir servicios de interpretación y ayudas auxiliares en la farmacia
- También tiene derecho a acceder a etiquetas de recetas traducidas

Para todas las recetas médicas cubiertas por Jackson Care Connect, lleve a la farmacia lo siguiente:

- La receta médica
- Su tarjeta de identificación de Jackson Care Connect, 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 receta médica

Recetas médicas cubiertas

La lista de medicamentos cubiertos de Jackson Care Connect se encuentra en jacksoncareconnect.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.

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

Jackson Care Connect también cubre algunos medicamentos sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés) cuando su proveedor o farmacia se los prescriba. Los medicamentos OTC son aquellos que usted normalmente compraría en una tienda o farmacia sin una receta médica, como aspirinas.

Solicitando a Jackson Care Connect cubrir recetas médicas

Cuando su proveedor solicita a Jackson Care Connect autorizar o cubrir una receta médica:

- Médicos y farmacéuticos de Jackson Care Connect 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 nuestra en caso de que Jackson Care Connect decida no cubrir la receta médica. 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.

Si tiene alguna pregunta, contacte a Servicio al Cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.

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. Visite

jacksoncareconnect.org/members/medications o llame a Servicio al Cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.

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

OHP paga los medicamentos para la salud del comportamiento

Jackson Care Connect 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:

- Jackson Care Connect y su proveedor pueden ayudarle a recibir los medicamentos que usted requiere.
- La farmacia enviará la factura de su receta médica directamente a OHP. Jackson Care Connect y su proveedor pueden ayudarle a recibir los medicamentos para la salud del comportamiento que usted requiere. Platique con su proveedor si tiene alguna pregunta. También puede llamar a Servicio al Cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.

Cobertura de recetas médicas para afiliados en Medicare

Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect.

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

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en la página 99.

Surtiendo recetas médicas antes de un viaje

Si planea viajar fuera del estado, asegúrese que cuenta con medicamentos suficientes para su viaje. Para ello, solicite una receta médica para ser surtida en forma anticipada. Esto se llama anular el sistema por o por vacaciones. Por favor contacte a Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711 para determinar si esta opción es de utilidad para usted.

Hospitales

Trabajamos con los hospitales que aparecen debajo para atención hospitalaria regular. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital. Los siguientes hospitales ofrecen una sala de emergencias completa para ayudar a las personas que experimenten una crisis de salud mental.

Asante Ashland Community Hospital

280 Maple St, Ashland, OR 97520

541-201-4000* o TTY 711, asante.org/Locations/location-detail/asante-ashland-community-hospital/

**Tenga en cuenta que este no es un número gratuito.*

Asante Rogue Regional Medical Center

2825 E Barnett Rd, Medford, OR 97504

541-789-7000* o TTY 711, asante.org/Locations/location-detail/rogue-regional-medical-center/

**Tenga en cuenta que este no es un número gratuito.*

Providence Medford Medical Center

1111 Crater Lake Ave, Medford, OR 97504

541-732-5000 o TTY 711, providence.org/locations/or/medford-medical-center

Asante Three Rivers Medical Center

500 SW Ramsey Ave, Grants Pass, OR 97527

541-472-7000* or TTY 711, asante.org/Locations/location-detail/three-rivers-medical-center-grants-pass/

**Tenga en cuenta que este no es un número gratuito.*

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.

No necesita una referencia si necesita atención de urgencia o 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 PCP. Puede llamar en cualquier momento: día o noche, en fines de semana y días festivos. Mencione en el consultorio del PCP que usted está afiliado a Jackson Care Connect. 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. No necesita una cita. Consulte a continuación la lista de centros de atención urgente y de clínicas ambulatorias.

La información de su PCP está en su tarjeta de identificación de Jackson Care Connect.

Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o al TTY 711.

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 jacksoncareconnect.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 Jackson Care Connect. 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 Jackson Care Connect 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; 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 Jackson Care Connect:

Asante Urgent Care

555 Black Oak Dr, Medford, OR 97504

541-789-2273, asante.org/Locations/location-detail/armmc-immediate-care/

Asante Urgent Care

2841 Ave G, White City, OR 97503

541-789-2273, asante.org/Locations/location-detail/family-medicine-white-city/

La Clinica Acute Care Clinic

638 Market Street, Medford, OR 97504

541-535-6239, laclinicahealth.org/locations/acute-care-clinic/

Providence Stewart Meadows Urgent Care

70 Bower Drive, #110, Medford, OR 97501

541-732-3962, providence.org/locations/urgent-care/or/stewart-meadows-urgent-care-medford

Valley Immediate Care

1217 Plaza Drive, Suite A/B, Central Point, OR 97502

541-734-9030, valley-ic.com/urgent-care/ *[seleccione la pestaña Central Point a la izquierda]*

Valley Immediate Care

10586 OR-62, Suite A, Eagle Point, OR 97524

541-734-9030, valley-ic.com/urgent-care/ *[seleccione la pestaña Central Point a la izquierda]*

Valley Immediate Care

1401 Siskiyou Blvd, Suite 1, Ashland, OR 97520

541-488-6848 valley-ic.com/urgent-care/ *[seleccione la pestaña Central Point a la izquierda]*

Valley Immediate Care

1600 Delta Waters Rd, North Medford, OR 97504

541-858-2515, valley-ic.com/urgent-care/ *[seleccione la pestaña Central Point a la izquierda]*

Valley Immediate Care

1700 E. Barnett Rd, South Medford, OR 97504

541-773-4029, valley-ic.com/urgent-care/ *[seleccione la pestaña Central Point a la izquierda]*

Atención urgente dental

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
- Absceso (bolsa de pus en un diente causada por una infección)

Si tiene un problema dental urgente, llame a su 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 Jackson Care Connect, 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 repentina. 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 Jackson Care Connect 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 proporciona 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 en la página 89 la lista de hospitales con salas de emergencia.

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 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 acudir a la sala de emergencias o llamar al Servicio de atención al cliente para obtener ayuda en la búsqueda de 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 página 89 para acceder a la lista de hospitales con salas de emergencia.

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 dañar 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. Jackson Care Connect 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 en el que 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**:

- Jackson County Mental Health: 541-774-8201 o TTY 711

Jackson County Mental Health ofrece un **centro de crisis ambulatorio/de acogida**:

- Jackson County Mental Health, Health & Human Services building: 140 S Holly St, Medford, OR, 97501, de lunes a viernes, de 8 a. m. al mediodía y de 1 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 Jackson Care Connect puede realizar para apoyar la estabilización en la comunidad son:

- Una línea directa 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 (véase la parte superior)
- Centro de alivio para crisis (atención de corto plazo)
- Lugares de estancia a corto plazo para estabilizarse
- Servicios de posestabilización y servicios de atención médica de urgencia. Este tipo de atención está disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana. Los servicios de atención posestabilización 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 50 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 desear morir o suicidarse
- Planear una forma de morir, 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 Jackson Care Connect, contacte cualquiera de las siguientes opciones:

- Consulte la lista de líneas de crisis en la página 90
- National Suicide Prevention Lifeline, Línea de vida para la Prevención Nacional del Suicidio: Llame al 988 o visite [988lifeline.org](https://www.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:

- Línea para jóvenes: 877-968-8491 o envíe el texto teen2teen al 839863
- También puede buscar en línea el número para crisis de salud mental de su condado. Esta línea puede proporcionar pruebas de detección y ayudarlo a recibir los servicios que necesita. Llame a la línea de crisis de Jackson County Mental Health disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al

541.774.8201 o al 988 en cualquier momento en que esté en angustia inmediata y necesite apoyo. También puede llamar al 911 si está en 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

Jackson Care Connect 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 receta médica 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 Jackson Care Connect. **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 cubrimos servicios fuera de los Estados Unidos de América, incluyendo Canadá y México.

No pague por atención de emergencia. Si usted paga la factura de la sala de emergencia, Jackson Care Connect no puede pagarle un reembolso. Consulte “Facturación de servicios” para saber qué hacer si usted recibe una factura.

La atención de emergencia solo está cubierta en los Estados Unidos.

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

- Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación de Oregon Health y su tarjeta de identificación de usuario de Jackson Care Connect, cuando viaje fuera del estado.
- Muestre su tarjeta de identificación de usuario de Jackson Care Connect y solicite que facturen a Jackson Care Connect.
- No firme ningún papel hasta que sepa que el proveedor facturará a Jackson Care Connect. En ocasiones, Jackson Care Connect no puede pagar su factura si ha firmado un formulario de acuerdo de pago. Para más información acerca de este formulario, consulte la página 97.
- Usted puede solicitar a la sala de emergencia o a la oficina de facturación del proveedor que contacte a Jackson Care Connect en caso de que quieran verificar su seguro o si tienen cualquier pregunta.
- Si requiere asesoría sobre qué hacer o necesita atención que no sea de emergencia lejos de su domicilio, llame a Jackson Care Connect al 855-722-8208 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 Jackson Care Connect puede cubrir. Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect. 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.

Jackson Care Connect paga todos los servicios cubiertos de conformidad con la Prioritized List of Health Services (consulte la página 37). Los servicios deben ser médica o bucalmente adecuados.

Ningún proveedor dentro de la red de Jackson Care Connect (para consultar una lista de proveedores dentro de la red, véase la página 29) o alguien quien trabaje para ellos, puede facturarle, o intentar cobrarle dinero que Jackson Care Connect debe cubrir por servicios que no es responsable de pagar.

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

- Faltar a una cita no es facturable al afiliado 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, posteriormente al pago de Jackson Care Connect, se llama facturación del saldo. También se conoce como “facturación sorpresa”. El monto es la diferencia entre la cantidad realmente facturada y el importe que Jackson Care Connect paga. Esto ocurre con más frecuencia cuando consulta a un proveedor fuera de la red. Los afiliados no son responsables de pagar estos costos.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Servicio al cliente al 855-722-8208 o TTY 711. Para obtener más información sobre la facturación sorpresa, visite dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf.

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

Llame a Jackson Care Connect para asistencia en ese momento al 855-722-8208 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 Jackson Care Connect, usted no tendrá que pagar ninguna factura médica. Cuando usted necesite atención, platique con su proveedor acerca de las opciones. El consultorio del proveedor checará con Jackson Care Connect 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 sucede solo cuando se ha hablado sobre ello y firmado un formulario de Acuerdo de pago. Obtenga más información 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 Jackson Care Connect, otro seguro o proporcionó un nombre que no coincidía con el que aparece en la tarjeta de identificación de usuario de Jackson Care Connect al momento o después de que el servicio fue proporcionado, por lo que el proveedor no pudo facturar a Jackson Care Connect. Los proveedores deben verificar que usted cumple con las condiciones y requisitos como afiliado en Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect, es posible que usted tenga que pagar sus servicios. Antes de consultar un proveedor que no está dentro de la red de Jackson Care Connect, 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 29.
- **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 Jackson Care Connect. En este caso:
 - El servicio se refiere a un concepto que no cubre su plan.
 - Antes de recibir el servicio, usted firmó una forma de Acuerdo de Pago válido. Conozca más de esta forma en la parte inferior.
 - Siempre contacte primero a Servicio al Cliente de Jackson Care Connect para saber lo que está cubierto. Si recibe una factura, por favor contacte a Servicio al Cliente de Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.

Es posible que le sea solicitado firmar una forma de Acuerdo de Pago

Un formulario de Acuerdo de pago es utilizada cuando usted solicita un servicio que no está cubierto por Jackson Care Connect 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. 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 Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711 para solicitar ayuda. Si Jackson Care Connect 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 111.

Los siguientes aspectos deben cumplirse para que una forma de Acuerdo de Pago sea válida:

- La forma 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 la forma.
- La forma indica que OHP no cubre el servicio.
- La forma señala que usted está de acuerdo en pagar por cuenta propia el servicio.
- Usted solicitó pagar por cuenta propia un servicio cubierto. Si elige esto, el proveedor podría facturarle en la medida en que previamente le comunique a usted lo siguiente:
- El servicio está cubierto y Jackson Care Connect le pagaría al proveedor la totalidad del servicio cubierto;
- El costo estimado, incluyendo todos los cargos adicionales relativos, sería el monto que Jackson Care Connect pagaría por el servicio. El proveedor no puede facturarle una cantidad mayor que la que Jackson Care Connect 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 firman 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 Jackson Care Connect 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 al Servicio de atención al cliente de Jackson Care Connect. Tenemos recursos para ayudarlo.

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 Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711. Horario: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
- Si usted recibe documentos de los tribunales, contáctenos en ese momento. 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 Jackson Care Connect ha negado su pago, contacte a Servicio al Cliente. Para saber más acerca de negaciones, su derecho a una apelación, y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros, consulte la página 111.
 - Usted también puede apelar enviando a Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect.
- Jackson Care Connect paga todos los servicios cubiertos de conformidad con la Prioritized List of Health Services (consulte la página 37).
- Para obtener una breve lista de los beneficios y servicios cubiertos por sus beneficios de OHP con Jackson Care Connect, que también cubre administración de casos y Care Coordination, consulte la página 37. Si tiene alguna duda acerca de lo que está cubierto, puede preguntar a su PCP o llamar a Servicio de atención al cliente de Jackson Care Connect.
- Ningún proveedor dentro de la red de Jackson Care Connect o alguien quien trabaje para ellos, puede facturarle, o intentar cobrarle dinero que Jackson Care Connect debe cubrir por servicios que no es responsable de pagar.
- 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 Jackson Care Connect 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 111.
- En el eventual caso de un cierre de Jackson Care Connect, 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 sus recetas médicas.

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 Jackson Care Connect.

Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect. Si aun así le dicen que usted debe dinero, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8208 o TTY 711. Nosotros podemos ayudarle.
- Consulte en la página 94 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**.

Áreas de servicio con más de una CCO

Los miembros con más de una organización de atención coordinada en su área de servicio pueden pedir irse y cambiar a una distinta en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “con causa”:

- 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**
- 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 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 redetermina 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@odhs.oregon.gov***.

Cómo cambiar o dejar su CCO

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

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

Informe al OHP si desea cambiar o dejar su CCO. Usted o su representante puede llamar al Servicio al cliente de OHP al 800-699-9075, 800-273-0557 o TTY 711 de 8 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes. Use su cuenta en línea en ***ONE.Oregon.gov*** o enviar un correo electrónico a OHP en ***Oregon.Benefits@odhs.oregon.gov***.

Usted puede recibir atención mientras cambia su CCO. Consulte la página 100 para obtener más información.

Las **familias de adopción y tutela** deben ponerse en contacto con el coordinador de Idoneidad Médica e Inscripción para Adopción y Tutela de la siguiente manera:

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

Jackson Care Connect puede solicitar que usted deje el plan por algunas razones

Es posible que Jackson Care Connect 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 receta médica, 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 Jackson Care Connect. Cuando el acto o la amenaza con violencia perjudique gravemente la capacidad de Jackson Care Connect 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 111 para conocer cómo presentar una queja o solicitar una apelación.

Jackson Care Connect 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)
- 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 Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect al 855-722-8208 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 con receta médica 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. Será referido a proveedores de servicios apropiados que estén dentro de la red. Y puede recibir cualquier otro procedimiento necesario según lo especificado por el secretario para asegurarse de que aún pueda recibir 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, 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 médica previa y posterior a trasplantes
- 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 PCP haya revisado su plan de tratamiento.

Si está dejando Jackson Care Connect, 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, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711. Nuestro horario es de lunes a viernes, de 8 a .m. a 5 p. m.

Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect, 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 Jackson Care Connect llamando a Servicio al Cliente al 855-722-8208 o TTY 711. También se encuentra en nuestro sitio web en jacksoncareconnect.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. Jackson Care Connect 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 decisiones relacionadas con la atención médica. Es conocido como “Making Health Care Decisions” (Toma de Decisiones sobre Atención Médica). Solo llámenos para saber más, recibir una copia del folleto y el formulario de Advance Directive. Contacte al Servicio de atención al cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711.

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

- Las razones por una Advance Directive
- Las secciones en la forma 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 Jackson Care Connect 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.
- Jackson Care Connect respetará cualquier decisión que haya incluido en la Advance Directive que usted haya completado y firmado.

Cómo informar si Jackson Care Connect 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.

Puede encontrar los formularios de queja y obtener más información en healthoregon.org/hcrqi

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

Contacte a Servicio al Cliente de Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711 para recibir una copia en papel de la forma para queja.

Si su proveedor no respeta las preferencias indicadas en el formulario, puede presentar un reclamo.

Encontrará un formulario para ello en healthoregon.org/hcrqi.

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. Envíe el reclamo a:

Health Licensing and Certification Program

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

En línea:

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

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 Orden Portátil para Tratamientos de Soporte Vital y una Advance Directive?

Orden portátil para Tratamientos de Soporte Vital (POLST, por sus siglas en inglés)

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:

Pregunta	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 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 obtener más información, visite oregonpolst.org, envíe un correo electrónico a polst@ohsu.edu o llame a Oregon POLST al 503-494-3965.

Declaration for Mental Health Treatment

Oregón 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 completar este formulario cuando no esté en crisis y pueda comprender y tomar decisiones acerca de su atención.

¿Para qué me sirve esta forma?

La forma 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.

Esta forma le permite elegir acerca de los tipos de atención que usted desea y los que no. Puede ser usada para nombrar un adulto para que tome decisiones acerca de su atención. La persona quien 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.

La forma de declaración solo es válida por tres años. Si usted queda incapacitado para decidir durante esos tres años, su forma 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 entregar su forma 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: link.careoregon.org/or-declaration-mental-health

Si su proveedor no respeta las preferencias indicadas en el formulario, puede presentar un reclamo. Encontrará un formulario para ello en oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/Regulatory-Compliance.aspx. Envíe el reclamo 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 or 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 Jackson Care Connect se lo toma muy en serio.

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

- Un proveedor le cobra un servicio cubierto por Jackson Care Connect
- 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 podrían ser:

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

Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect. **Denunciamos todas las sospechas de fraude, despilfarro y abuso cometidas por proveedores y afiliados a las agencias estatales que enseguida se mencionan.**

Jackson Care Connect

Attn: FWA

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

Llamada: 855-722-8208 o TTY 711

Fax: 503-416-3723

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

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

Fax: 503-373-1525 Attn: Hotline

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

O (específico para proveedores)

OHA Office of Program Integrity (OPI)

500 Summer St. NE E-36

Salem, OR 97301

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

Correo electrónico seguro: OPI.Referrals@oha.oregon.gov

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

¿Necesita ayuda? Llame al 855-722-8208 o visite jacksoncareconnect.org

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)

Oregon Department of Justice
100 SW Market Street
Portland, OR 97201
Teléfono: 971-673-1880
Fax: 971-673-1890

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

Quejas, denuncias, apelaciones y audiencias imparciales

Jackson Care Connect se asegura de 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 conocer más información sobre el contenido del folleto, llame a Servicio al Cliente al 855-722-8208 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 Jackson Care Connect o un proveedor
- Una **denuncia** es una queja que usted puede presentar si no está contento con Jackson Care Connect, 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.

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 855-722-8208 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:

Jackson Care Connect
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 jacksoncareconnect.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 Jackson Care Connect.

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 Jackson Care Connect
- 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 Jackson Care Connect 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 Client Services Unit (Unidad de Servicio de atención al cliente) del OHP al 800-273-0557, o comuníquese con el Ombuds Program (Programa de Defensores del Pueblo) de la OHA. Los Defensores del Pueblo son abogados defensores para los afiliados del OHP y pondrán su mejor esfuerzo para ayudarlo.

Por favor, envíe un correo electrónico a oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx o deje un mensaje al 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.

Jackson Care Connect, 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 una forma 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 solicitarla dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la carta de negación. Llame o envíe un formulario.
2	Espere nuestra respuesta Contamos con 16 días para responder. ¿Requiere una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.
3	Lea nuestra decisión ¿Aún no está de acuerdo? Puede solicitar al estado una revisión. Esto se llama una audiencia.
4	Solicite una audiencia Debe solicitarla 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 855-722-8208 o TTY 711, o utilice la forma Request to Review a Health Care Decision (Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica). La forma será enviada junto con la carta de negación. También puede obtenerla en:

bit.ly/request2review.

Puede enviar por correo la forma o la solicitud por escrito a:

Jackson Care Connect
Attn: Appeals and Grievances
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

También puede enviar por fax la forma o la solicitud por escrito al 503-416-8118

¿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.

Paso 2

Espere nuestra respuesta

Una vez que recibamos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un nuevo médico revisará sus registros 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.

Para respaldar su apelación, tiene el derecho de:

- Presentar información y testimonios en persona o por escrito
- Hacer argumentos legales y factuales en persona o por escrito

Debe realizar estas acciones dentro de los plazos de apelación que se indican a continuación.

¿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.

¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida?

Puede solicitar una apelación rápida. Esto también se conoce como una apelación

	<p>acelerada. Llámenos o envíe por fax el formulario de solicitud. El formulario se enviará junto con la carta de rechazo. También puede conseguirlo en bit.ly/request2review. Solicite una apelación rápida si esperar el proceso de apelación estándar puede poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Dentro de un día hábil, lo llamaremos y le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación acelerada.</p> <p>¿Cuánto tiempo tarda una apelación rápida?</p> <p>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 ampliada 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>

<p>Paso 4</p>	<p>¿Aún no está de acuerdo? Solicite una audiencia</p> <p>Tiene derecho a solicitar una revisión ante el estado de la decisión de la apelación. Esto se llama “solicitar una audiencia”. Debe solicitar una audiencia en el plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión de la apelación (NOAR).</p> <p>¿Y si necesito una audiencia más rápida?</p> <p>Puede solicitar una audiencia rápida. Esto también se conoce como “audiencia urgente”.</p> <p>Use el formulario de audiencia en línea en bit.ly/ohp-hearing-form para solicitar una audiencia regular o una audiencia urgente.</p> <p>También puede llamar al número del estado al 800-273-0557 o TTY 711 o use el formulario de solicitud que fue enviado junto con esta carta. Obtenga el formulario 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? ¿Aún 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 la CCO de Jackson Care Connect 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 Jackson Care Connect no cumple con el plazo de la apelación?

Si demoramos más de 30 días en responder su apelación, puede solicitar una revisión ante el estado. Esta revisión se llama “audiencia”. Para solicitar una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 o TTY 711, o utilice el formulario de solicitud que será enviada junto con la carta de negación (NOABD). Obtenga el formulario 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 (Línea directa de beneficios públicos) al 800-520-5292 o TTY 711. Esta 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 el beneficio o servicio que fue rechazado y dejamos de prestarlo, usted o su representante autorizado, con su permiso por escrito, puede pedirnos que continuemos con este durante el proceso de apelación y audiencia.

Usted necesita:

- Solicitarlo dentro de los 10 días siguientes a la fecha del aviso o de la fecha en que la decisión es efectiva, lo que ocurra más tarde. Puede realizar la petición por teléfono, carta o fax.
- Puede llamarnos al 855-722-8208 o TTY 711, o utilice la forma Request to Review a Health Care Decision. La forma será enviada junto con la carta de negación. También puede obtenerla en bit.ly/request2review.
- Responda “sí” a la pregunta acerca de continuar con los servicios en el cuadro 8 de la página 2 de la forma Request to Review a Health Care Decision.

Puede enviar por correo la forma a:

Jackson Care Connect
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 Jackson Care Connect como con Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los antes mencionados. Contacte a Servicio al Cliente al 855-722-8208 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 registros que fueron utilizados para tomar la decisión acerca de mi(s) servicio(s)?

Puede contactar a Jackson Care Connect al 855-722-8208 o TTY 711 para solicitar copias gratuitas de toda la documentación utilizada para tomar la decisión.

Palabras a conocer

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 una forma 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.

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 necesita en el mismo día debido a un problema grave que no amenaza la vida. Los ejemplos incluyen cuando cree que tiene una infección de oído o se ha torcido un tobillo. También incluye cuidados para evitar que una lesión o enfermedad empeore mucho o para evitar la pérdida de función en alguna parte de su cuerpo.

Care Coordination (Coordinación de atención) – Un servicio para todos los afiliados que les brinda educación, apoyo y recursos comunitarios. Lo ayuda a trabajar en su salud y encontrar su camino en el sistema de atención médica.

Cobertura de medicamentos con receta médica – 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 recetas 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 %. 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) – Una forma 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 y 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.

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 con receta médica – 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)- Una forma 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 la forma. Usted puede consultar una copia en blanco de la forma Waiver en bit.ly/OHPwaiver. ¿No está seguro si firmó una forma 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) – Una forma 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 (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 no participante – Un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga a los afiliados que los consultan. Usted debe tener autorización para consultar un proveedor fuera de la red o no participante.

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. Usted debe solicitar la referencia al proveedor.

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 ser 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 en 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 comunitarios de la salud
- Especialista en bienestar de pares
- Orientadores de salud personal
- Especialista en apoyo de pares
- Doulas de parto
- Trabajadores tribales de salud tradicional

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.

Transporte 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.

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

Jackson Care Connect

33 N Central Avenue, Suite 320

Medford, OR 97501

Teléfono: 541-500-0567

Llamada sin costo: 855-722-8208

TTY: 711

Mensaje seguro: *jacksoncareconnect.org/portal*

jacksoncareconnect.org

facebook.com/jacksoncareconnect

Descargue la aplicación del miembro. Obtenga más información en

jacksoncareconnect.org/members/member-portal

OHP-JCC-25-8384

JCC-25988101-1218-SP

