



SoonerSelect ➤

# Manual del Miembro de Oklahoma Complete Health

*Revisado en mayo de 2025*



**OklahomaCompleteHealth.com**

CAD\_4195707\_SPA State Approved 12232025  
©2025 Oklahoma Complete Health

4197351\_OK5CADMHBSPA\_M\_OSSP  
Caid\_SSP-MHB-OK-Spa-R\_251003

Puede obtener este manual y otra información del plan en letra imprenta grande de manera gratuita. Para obtener los materiales en letra imprenta grande, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

If English is not your first language (or if you are reading this on behalf of someone who doesn't read English), we can help. Call **1-833-752-1664** (TTY: **711**). You can ask us for the information in this handbook in your language. We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. Members can get these services for free. To ask for aids or services, call Member Services at **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Si el inglés no es su lengua materna (o si está leyendo esto en representación de alguien que no sabe inglés), podemos ayudarle. Llame al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Puede solicitarnos la información de este manual en su idioma. Tenemos acceso a servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder a sus preguntas en su idioma. Los miembros pueden obtener estos servicios de forma gratuita. Para solicitar ayudas o servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

## **Statement of Non-Discrimination**

Oklahoma Complete Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Oklahoma Complete Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

### **Oklahoma Complete Health:**

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Oklahoma Complete Health at **1-833-752-1664** (TTY: **711**). We're here for you Monday-Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

If you believe that Oklahoma Complete Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance with Oklahoma Complete Health by mail, phone, fax or email at:

1557 Coordinator  
P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631  
Phone: **1-855-577-8234** (TTY: **711**)  
Fax: **1-866-388-1769**  
Email: **SM\_Section1557Coord@centene.com**

If you need help filing a grievance, our **1557 Coordinator** is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

**U.S. Department of Health and Human Services,**  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Phone: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD).

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

This notice is available at Oklahoma Complete Health website:

[https://www.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement\\_of\\_Non\\_Discrimination.html](https://www.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement_of_Non_Discrimination.html)

## **Declaración de No Discriminación**

Oklahoma Complete Health cumple con las leyes Federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Oklahoma Complete Health no excluye a personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

### **Oklahoma Complete Health:**

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande de imprenta, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Oklahoma Complete Health al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Estamos aquí para usted De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Si considera que Oklahoma Complete Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante Oklahoma Complete Health por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico:

1557 Coordinator

P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631

Teléfono: **1-855-577-8234** (TTY: **711**)

Fax: **1-866-388-1769**

Email: **SM\_Section1557Coord@centene.com**

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **Coordinador 1557** está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles a la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica mediante el Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono mediante la siguiente información:

### **U.S. Department of Health and Human Services,**

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**.

Esta notificación está disponible en el sitio web de Oklahoma Complete Health:

**[https://www-es.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement\\_of\\_Non\\_Discrimination.html](https://www-es.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement_of_Non_Discrimination.html)**

If you need this material in another language or format, translation services are available at no cost including written, visual and audible aids. Call Oklahoma Complete Health at **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

<b>Español (Spanish)</b>	Si necesita este material en otro idioma o formato, contamos con servicios de traducción disponibles sin costo alguno, entre los que se incluyen ayudas escritas, visuales y auditivas. Llame a Oklahoma Complete Health al <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b>	Nếu quý vị cần tài liệu này bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác, chúng tôi cung cấp dịch vụ dịch thuật miễn phí bao gồm hỗ trợ bằng văn bản, hình ảnh và âm thanh. Gọi Oklahoma Complete Health theo số <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
<b>中文 (Chinese)</b>	如需其他語言或格式的資料，您可以免費使用翻譯服務，包括書面、視覺和語音輔助。請撥打 Oklahoma Complete Health 電話 <b>1-833-752-1664</b> (TTY : <b>711</b> )。
<b>한국어 (Korean)</b>	다른 언어 또는 형식으로 이 자료가 필요한 경우 서면 및 시청각 도구 등의 번역 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> )번으로 Oklahoma Complete Health에 전화해 주십시오.
<b>Deutsch (German)</b>	Wenn Sie dieses Material in einer anderen Sprache oder in einem anderen Format benötigen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungsdiensleistungen zur Verfügung, einschließlich schriftlicher, visueller und akustischer Hilfsmittel. Sie erreichen Oklahoma Complete Health unter <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
<b>العربية (Arabic)</b>	إذا كنت بحاجة إلى هذه المواد بلغة أو تنسيق آخر، تتوفر خدمات الترجمة بدون تكلفة بما في ذلك الوسائل المساعدة المكتوبة والمرئية والصوتية. اتصل بـ Oklahoma Complete Health على الرقم .(711 :TTY) <b>1-833-752-1664</b>

<b>မြန်မာ</b> <b>(Burmese)</b>	ကျော်အရာကို အခြားဘာသာစကားဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အခြားဖောမတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ လိုအပ်ပါက စာဖြင့်ရေးသား ထားသော၊ ရုပ်ပုံဖြင့်ပြထားသော၊ အသံကြားနိုင်စေရန်ပြ လုပ်ထားသော အထောက်အကူများအပါအဝင် ဘာသာ ပြန်ဝါဒဆောင်မှုများကို အဆမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ Oklahoma Complete Health ဖုန်းနံပါတ် <b>1-833-752-1664</b> (TTY- <b>711</b> ) ကို ခေါ်ဆိုပါ။
<b>Hmong</b> <b>(Hmong)</b>	Yog tias koj xav tau cov ntaub ntawv no ua lwm hom lus los sis lwm hom ntawv, yuav muaj cov kev pab cuam txhais lus yam tsis tau them nqi nrog rau kev sau ntawv, cov ntaub ntawv pom thiab cov khoom pab mloog kom hnov lus. Hu rau Oklahoma Complete Health ntawm <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
<b>Tagalog</b> <b>(Tagalog)</b>	Kung kailangan ninyo ang materyal na ito sa ibang wika o format, available ang mga serbisyo sa pagsasalin nang libre kabilang ang mga nakasulat, visual, at audible na tulong. Tawagan ang Oklahoma Complete Health sa <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
<b>Français</b> <b>(French)</b>	Si vous avez besoin de ce document dans une autre langue ou un autre format, des services de traduction sont disponibles gratuitement, y compris des aides écrites, visuelles et sonores. Appelez Oklahoma Complete Health au <b>1-833-752-1664</b> (TTY : <b>711</b> ).
<b>ພາສາລາວ</b> <b>(Laotian)</b>	ບ້ານທ່ານຕ້ອງການເອກະສານນີ້ໃນພາສາ ຫຼື ຮູບແບບ ອື່ນມີບໍລິການແບພາສາໃຫ້ໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລວມທັງ ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼື່ອແປຂຽນ, ແບບຸຮູບພາບ ແລະ ສູງ. ໂທ່າ Oklahoma Complete Health ທີ່ເປີ
	<b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).

ไทย (Thai)	หากคุณต้องการเอกสารนี้ในภาษาหรือรูปแบบอื่น คุณสามารถใช้บริการแปลภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย รวมถึงเอกสารคู่มือ ภาพ และเสียง โทรติดต่อ Oklahoma Complete Health ที่ <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> )
اردو (Urdu)	اگر آپ اس مواد کو کسی دوسری زبان یا فارمیٹ میں چاہتے ہیں تو بغیر کسی قیمت کے ترجمہ کی خدمات دستیاب ہیں جن میں تحریری، ویزوئل اور قابل سماعت امداد شامل ہیں۔ Oklahoma Complete Health کو کال کریں۔ (TTY: <b>711</b> ) <b>1-833-752-1664</b>
CWY SKyhMvpu (Cherokee)	TΛঞ্চা O'HEES AD OGRIঞ্চিঙ Jାନିରିବ, ପିରାମ EJ Dର ଠଗଞ୍ଚା, dକୁCର୍ଗାଳ Dରିଇଗ୍ରିଯୁ Dକ୍ଷାର୍ଜ ଠଣ୍ୟ ଫାଂ dEGGକୁ ଲଗିଲାଖ Aନ୍ଧର୍ଦ, Oଞ୍ଚା ଦାଇହୀଯୁ Dର SVOଞ୍ଚା ଦାଇହୀଯୁ. କର୍ଣ୍ଣ୍ୟ Oklahoma Complete Health <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
فارسی (Persian)	اگر این مطالب را به زبان یا در قالب دیگری نیاز دارید، خدمات ترجمه رایگان از جمله کتبی، دیداری، و شفاهی در دسترس است. از طریق شماره Oklahoma Complete Health با (TTY: <b>711</b> ) <b>1-833-752-1664</b> تماس بگیرید.



# Su Guía de Referencia Rápida de Oklahoma Complete Health

QUIERO:	PUEDO PONERME EN CONTACTO CON:
Encontrar un médico, especialista o servicio de atención médica	Mi proveedor de atención primaria (PCP) es el médico de cabecera que me atiende. Para obtener ayuda con la elección de mi PCP, puedo llamar a Servicios para Miembros al <b>1-833-752-1664 (TTY: 711)</b> .
Adquirir la información de este manual en otro formato o idioma	Servicios para Miembros al <b>1-833-752-1664 (TTY: 711)</b> .
Realizar un mejor seguimiento de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o Servicios para Miembros al <b>1-833-752-1664 (TTY: 711)</b> .
Obtener ayuda para ir a mis citas con el médico y volver	Servicios para Miembros al <b>1-833-752-1664 (TTY: 711)</b> . También puede encontrar más información sobre los Servicios de Transporte en la página 33 de este manual.
Obtener ayuda para lidiar con mi estrés o ansiedad	La Línea Directa para Crisis de Salud Mental de Oklahoma al <b>988</b> , en cualquier momento, 24 horas al día, 7 días a la semana. Si se encuentra en peligro o necesita recibir atención médica inmediata, llame al <b>911</b> .
Recibir respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, síntomas o medicamentos	Línea de Asesoramiento de Enfermería al <b>1-833-752-1664 (TTY: 711)</b> en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o bien puede comunicarse con su PCP.
<ul style="list-style-type: none"><li>· Comprender una carta o notificación que recibí por correo sobre mi plan de salud</li><li>· Presentar un reclamo sobre mi plan de salud</li><li>· Obtener ayuda con un cambio o denegación reciente de mis servicios de atención médica</li></ul>	Servicios para Miembros al <b>1-833-752-1664 (TTY: 711)</b> .
Actualizar mi dirección o información personal	Llamar a la Línea de Ayuda de SoonerCare al <b>1-800-987-7767</b> o visitar <a href="http://www.MySoonerCare.org">www.MySoonerCare.org</a> .
Encontrar el directorio de proveedores de mi plan de salud u otra información general sobre mi plan	Visitar el sitio web de mi plan en <a href="http://OklahomaCompleteHealth.com">OklahomaCompleteHealth.com</a> o llamar a Servicios para Miembros al <b>1-833-752-1664 (TTY: 711)</b> .



# Palabras Clave Utilizadas en Este Manual

Al leer este manual, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las usamos.

## Palabras/Frases

**Abuso:** Prácticas de proveedores o miembros que resultan en un costo innecesario para el programa de Medicaid o en el reembolso de servicios que no son médicamente necesarios.

**Adulto en Expansión:** Una persona entre 19 y 64 años, con ingresos iguales o por debajo del 138% del nivel federal de pobreza, y que se determina elegible para Medicaid.

**Adulto sin Expansión:** Un adulto que califica para el programa Medicaid de Oklahoma y cumple con los requisitos de elegibilidad tales como mujeres embarazadas y padres/cuidadores de dependientes menores de 19 años que cumplen con los límites de ingresos.

**Apelación:** Una solicitud al plan para revisar una decisión que tomó el plan sobre la reducción, interrupción o restricción de sus servicios de atención médica.

**Apelación Acelerada (más rápida):** Si su plan de salud ha tomado una decisión sobre la reducción, interrupción o restricción de sus servicios de atención médica y usted cree que esperar 30 días para una decisión de apelación perjudicará su salud, ésta es una solicitud para revisar la decisión en un plazo de 72 horas.

**Apelación Estándar:** Una solicitud a su plan de salud para revisar una decisión que tomó el plan acerca de reducir, detener o restringir sus servicios de atención médica. Su plan decidirá sobre su apelación dentro de los 30 días.

**Atención Administrada:** Una forma organizada para que los proveedores trabajen juntos para coordinar y gestionar todas sus necesidades médicas.

**Atención de enfermería Especializada:** Atención que requiere la habilidad de una enfermera con licencia.

**Atención Urgente:** Atención para una condición de salud que necesita atención médica inmediata pero que no es una condición médica de emergencia. Puede recibir atención urgente en una clínica sin cita previa para una enfermedad o lesión que no ponga en peligro la vida (como una gripe o un esguince de tobillo).



## Palabras/Frases

**Atención en Sala de Emergencia:** La atención que recibe en un hospital si sufre una condición médica de emergencia.

**Atención Médica Domiciliaria:** Ciertos servicios que recibe fuera de un hospital o de un asilo de ancianos para ayudarle con las actividades básicas de la vida diaria, como los servicios de asistencia médica a domicilio o de enfermería especializada.

**Atención Especializada:** Atención avanzada médica necesaria centrada en condiciones de salud específicas o brindada por un especialista

**Atención Hospitalaria Ambulatoria:** Atención que recibe en un hospital o centro médico sin ser ingresado o por una estancia de menos de 24 horas (incluso si esta estancia se produce durante la noche).

**Audiencia Imparcial Estatal:** Si no está satisfecho con la decisión final que ha tomado su plan de salud sobre su apelación, puede solicitar una audiencia para presentar su caso ante un juez de derecho administrativo.

**Autorización Previa (Pre-autorización):** La aprobación necesaria de su plan antes de que usted pueda recibir ciertos servicios de atención médica o medicamentos.

**Aviso de Resolución:** Información escrita que el plan le envía si se acepta su apelación.

**Aviso de Resolución Adversa:** Información escrita que el plan le envía si se deniega su apelación.

**Beneficios:** Servicios médicos y de salud conductual cubiertos por su plan de salud.

**Beneficios Excluidos:** Servicios o beneficios que no están cubiertos por el plan de salud.

**Cobertura de Medicamentos Recetados:** Seguro de salud o plan que ayuda a pagar los medicamentos y medicamentos recetados.

**Condición Médica de Emergencia:** Una situación en la que su vida podría estar en peligro o podría sufrir lesiones permanentes si no recibe atención de inmediato (como un ataque al corazón o una fractura de huesos).



## Palabras/Frases

**Copago:** Una tarifa que usted debe pagar cuando obtiene ciertos servicios de atención médica o una receta.

**Despilfarro:** El uso excesivo o indebido de los servicios de atención médica que aumenta los costos de Medicaid

**Directiva Anticipada:** Un conjunto de instrucciones que usted da sobre la atención médica que desearía si alguna vez perdiera la capacidad de tomar decisiones por sí mismo. Puede incluir un testamento vital, la asignación de un apoderado para la atención médica o ambas cosas.

**Determinación Adversa de Beneficios:** Una decisión que puede tomar su plan para reducir, detener o restringir sus servicios de atención médica.

**Emergencia de Salud Conductual:** Una situación en la que existe un alto riesgo de comportarse de una manera que podría resultar en un daño grave o la muerte a sí mismo u otros.

**Especialista:** Médico capacitado y que ejerce en un área específica de la medicina.

**Equipo Médico Duradero:** Ciertos artículos (como un andador o una silla de ruedas) que su médico puede ordenar que utilice si tiene una enfermedad o una lesión.

**Fraude:** Un engaño intencional o una declaración falsa realizada por una persona que da lugar a algún beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona.

**Gestor de Atención:** Un profesional de salud especialmente capacitado que trabaja con usted y su dentista para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite.

**Hospitalización:** Ingreso a un hospital para tratamiento que dura más de 24 horas.

**Indígena Americano/nativo de Alaska (AI/AN):** Un individuo que es miembro de una tribu Indígena Americana reconocida a nivel federal; una persona que reside en un centro urbano y califica como miembro de una tribu Indígena Americana, Nativo de Alaska o se considera indígena según las regulaciones federales; o considerado por el gobierno federal como un indio americano para cualquier propósito. AI/AN puede usarse para referirse a esta población.



## Palabras/Frases

**Medicaid:** Un plan de salud que ayuda a algunas personas a pagar por atención médica. Por ejemplo, el plan de SoonerSelect es un programa de salud de Medicaid que paga la cobertura médica.

**Médicamente Necesario:** Servicios o tratamientos médicos que necesita para obtener y mantenerse saludable. Los servicios deben seguir las normas y pautas de prevención, diagnóstico o tratamiento de síntomas de enfermedad, afección o discapacidad.

**Medicamentos Recetados:** Un medicamento que, por ley, requiere receta médica.

**Miembro:** Una persona inscrita y cubierta por un plan de salud.

**Oklahoma Health Care Authority (OHCA):** La agencia estatal de Medicaid en Oklahoma y la agencia que supervisa el programa de salud de SoonerSelect.

**Plan (o Plan de Salud):** La empresa que le proporciona cobertura de seguro de salud. Su plan de salud es Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program.

**Prima:** Un pago mensual realizado por la cobertura del seguro de salud. No tiene una prima en el programa de SoonerSelect.

**Proveedor:** Un profesional de salud o un centro que brinda servicios de atención médica, tales como un médico, un hospital o una farmacia.

**Proveedor de Atención Médica Indígena (IHCP):** Programa de atención médica operado por Servicios de Salud Indígenas o por una tribu Indígena, una organización tribal o una organización Indígena urbana. IHCP puede usarse para referir a este tipo de proveedor. Cualquier persona que sea Indígena Americano o Nativo de Alaska (AI / AN) puede elegir un IHCP como su proveedor de atención primaria (PCP).

*(en general)* **Proveedor de Atención Primaria:** Un médico de salud capacitado para prevenir, diagnosticar y tratar una amplia variedad de enfermedades y lesiones en la población general.



## Palabras/Frases

(específicamente para usted) **Proveedor de Atención Primaria (PCP):** El proveedor de salud que atiende y coordina todas sus necesidades de salud, incluyendo remisiones y autorizaciones previas. Su PCP es normalmente la primera persona con la que debe ponerse en contacto si necesita atención de salud. Su PCP puede ser un médico, incluido un obstetra/ginecólogo, una enfermera especializada, un asistente médico o una enfermera partera certificada. Si usted es Indígena Americano o Nativo de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés), puede elegir un Proveedor de Atención Médica para Indígenas como su PCP.

**Proveedor No Participante / Proveedor Fuera de la Red:** Un médico u otro proveedor que no ha realizado un contrato con el plan de salud ni está empleado por éste para prestar servicios en el marco de SoonerSelect.

**Proveedor Participante:** Un médico u otro proveedor, incluida una farmacia, contratado o empleado por el plan de salud para prestar servicios en el marco del programa de SoonerSelect.

**Queja:** Un reclamo que puede presentar si tiene un problema con su plan de salud, proveedor, atención o servicios.

**Remisión Fuera de la Red:** Si su plan de salud no tiene el especialista que necesita en su red de proveedores, es posible que encuentren uno para que usted lo visite y que esté fuera de su plan de salud.

**Red (o red de proveedores):** Un Grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros profesionales de atención médica que tienen un contrato con su plan de salud para prestar servicios de atención médica a sus miembros.

**Seguro de Salud:** Un tipo de cobertura de seguro que paga sus costos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

**Servicios Médicos:** Los servicios prestados por una persona con licencia según la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía, pero no los servicios ofrecidos por los médicos mientras estén hospitalizado.

**Servicios de Emergencia:** Servicios que recibe para evaluar, tratar o estabilizar su condición médica de emergencia.



## Palabras/Frases

**Servicios de Hospicio:** Servicios especiales para pacientes y sus familias durante las fases finales de la enfermedad. Los servicios de hospicio incluyen ciertos servicios físicos, psicológicos y sociales que apoyan a los enfermos terminales y a sus familias o cuidadores.

**Servicios de Salud Conductual:** Servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de trastornos de salud mental (bienestar emocional, psicológico y social) y de uso de sustancias (alcohol y drogas).

**Servicios y Dispositivos de Habilitación:** Servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida de cada día.

**Servicios y Dispositivos de Rehabilitación:** Servicios y equipos de atención médica que le ayudan a recuperar habilidades, capacidades o conocimientos que pueden haberse perdido o visto comprometidos a causa de una enfermedad, accidente, lesión o intervención quirúrgica. Estos servicios pueden incluir terapia física o del habla o servicios de rehabilitación conductual.

**Transporte Médico de Emergencia:** Transporte en ambulancia al hospital o centro médico más cercano por una condición médica de emergencia.

**Transporte Médico No Urgente:** Transporte que su plan puede organizar para ayudarle a ir y venir de sus citas, lo que incluye vehículos personales, taxis, camionetas, minibuses y transporte público.

**Uso de Sustancias:** Una condición que incluye el mal uso o adicción al alcohol y/o drogas legales o ilegales.



# Bienvenido al programa SoonerSelect de Oklahoma Complete Health

Declaración de No Discriminación .....	ii
Su Guía de Referencia Rápida de Oklahoma Complete Health .....	vi
Palabras Clave Utilizadas en Este Manual.....	vii
Bienvenido al programa SoonerSelect de Oklahoma Complete Health.....	1
<b>Cómo funciona SoonerSelect.....</b>	<b>1</b>
El Plan, Nuestros Proveedores y Usted .....	1
Cómo Usar este Manual.....	2
Ayuda por parte de Servicios para Miembros.....	2
Otras Maneras en que Podemos Ayudar .....	2
Servicios y Asistencia Auxiliares.....	3
Cómo ser Miembro del Programa SoonerSelect .....	3
Cómo ser Miembro de Oklahoma Complete Health .....	4
Su Tarjeta de Identificación (ID) del Plan de Salud .....	4
<b>PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER .....</b>	<b>6</b>
Cómo Elegir su PCP.....	7
Cómo Cambiar su PCP .....	8
Cómo Obtener Atención Médica de Forma Periódica .....	8
Cómo Obtener Atención de Especialidades — Remisiones del Médico.....	10
Proveedores Fuera de la Red.....	11
Obtenga estos Servicios de Oklahoma Complete Health Sin una Remisión del Médico .....	11
Emergencias .....	11
Atención de Urgencia .....	12
Atención Fuera de Oklahoma .....	13
<b>PARTE II: SUS BENEFICIOS .....</b>	<b>14</b>
Cómo Determinar si es un Adulto en Expansión o un Adulto sin Expansión.....	15
Beneficios .....	15
Servicios cubiertos por la Red de Oklahoma Complete Health.....	16
<b>Farmacia .....</b>	<b>26</b>
¿Qué beneficios de farmacia están cubiertos?.....	27
¿Qué medicamentos están cubiertos?.....	27
¿Y los medicamentos especializados? .....	27
¿Cómo obtengo medicamentos? .....	27



¿Puedo obtener más de un suministro de 30 días? .....	28
Medicamentos de Venta Libre (OTC) .....	28
Sustitución Genérica.....	28
Terapia Escalonada .....	29
Límites de Dispensación, Límites de Cantidad y Límites de Edad .....	29
Solicitudes de Excepción y de Necesidad Médica.....	29
<b>Servicios de Salud Conductual (Servicios de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias) .....</b>	<b>29</b>
<b>Servicios de Transporte .....</b>	<b>33</b>
<b>Otros Servicios Cubiertos .....</b>	<b>36</b>
Servicios de Valor Agregado.....	36
Servicios Alternativos .....	44
<b>Cuéntenos sobre su Salud.....</b>	<b>44</b>
Complete el formulario My Health Screening .....	44
<b>Notificación de Embarazo .....</b>	<b>45</b>
Cuide de Usted y de su Bebé.....	45
Cómo Empezar .....	45
<b>Empiece a Ganar Recompensas de My Health Pays® .....</b>	<b>45</b>
Ayuda Adicional para Controlar su Salud .....	46
Asistencia con Problemas no Relacionados con la Atención Médica .....	46
Otros Programas para Ayudarle a Mantenerse Saludable .....	47
<b>Beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) .....</b>	<b>47</b>
Servicios No Cubiertos.....	48
Si Recibe una Factura.....	48
Nueva Tecnología .....	49
Copagos de los Miembros del Plan .....	49
<b>Sus Copagos en el Plan .....</b>	<b>49</b>
<b>PARTE III: PROCEDIMIENTOS DEL PLAN .....</b>	<b>52</b>
Programa de Bloqueo de Farmacia .....	53
Autorización Previa y Acciones de Servicio.....	53
Solicitud de Autorización Previa para Niños Menores de 21 Años.....	53
<b>¿Qué Sucede una Vez que Recibimos su Solicitud de Autorización Previa?.....</b>	<b>53</b>
<b>Plazos de Autorización Previa.....</b>	<b>54</b>
<b>Revisión de Utilización .....</b>	<b>54</b>
<b>Usted Puede Ayudar con las Políticas del Plan.....</b>	<b>55</b>
Apelaciones.....	55



<b>Más Información para Apelaciones .....</b>	<b>56</b>
<b>Nuestra Decisión sobre Su Apelación .....</b>	<b>57</b>
<b>Su Atención Mientras Espera una Decisión.....</b>	<b>57</b>
<b>Audiencias Imparciales del Estado.....</b>	<b>57</b>
<b>    Su Cuidado Mientras espera una Decisión sobre su Audiencia Imparcial del Estado .....</b>	<b>58</b>
Solicitar una Audiencia Imparcial Estatal .....	58
Si Tiene Problemas con su Plan de Salud .....	59
Si No Está Conforme con su Plan de Salud: Cómo Presentar una Queja (Reclamo) .....	59
<b>¿Qué Sucede Después? .....</b>	<b>59</b>
Su Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o de Médicos.....	60
Derechos y Responsabilidades de los Miembros.....	61
<b>Sus Derechos .....</b>	<b>61</b>
<b>Sus Responsabilidades.....</b>	<b>61</b>
Opciones de Cancelación de Inscripción .....	62
<b>Si Usted Quiere Irse del Plan .....</b>	<b>62</b>
<b>Podría no ser Elegible para SoonerSelect.....</b>	<b>63</b>
<b>Podemos Pedirle que Abandone Oklahoma Complete Health .....</b>	<b>63</b>
Instrucciones Anticipadas .....	64
<b>Testamento Vital .....</b>	<b>64</b>
<b>Poder Legal de Atención Médica .....</b>	<b>65</b>
<b>Instrucción Anticipada para el Tratamiento de la Salud Mental .....</b>	<b>65</b>
Fraude, Dispensio y Abusos.....	66
Números de Teléfono Importantes.....	66
Manténganos Informados .....	67
Notificación de la Responsabilidad de Terceros (TPL) .....	67
<b>PARTE IV: INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y BIENESTAR.....</b>	<b>68</b>
<b>Cómo protegemos su Información Personal de Salud (PHI) .....</b>	<b>70</b>
Notificación de Prácticas de Privacidad de Oklahoma Complete Health	
Formulario de My Health Screening	
Formulario de Notificación de Embarazo	



# Bienvenido al programa SoonerSelect de Oklahoma Complete Health

Este manual será su guía para la gama completa de servicios de atención médica de Medicaid disponibles para usted. Si tiene preguntas sobre la información incluida en su paquete de bienvenida, este manual o su nuevo plan de salud, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o visite nuestro sitio web en **OklahomaCompleteHealth.com**. También, podemos ayudarlo a programar una cita con su médico y brindarle más información sobre los servicios que puede obtener con su nuevo plan de salud.

## Cómo funciona SoonerSelect

### El Plan, Nuestros Proveedores y Usted

Muchas personas reciben beneficios de atención médica a través de programas como SoonerSelect, que funciona como una casa central para su salud. Le brinda ayuda para coordinar y gestionar todas sus necesidades de atención médica.

Oklahoma Complete Health tiene un contrato con Oklahoma Health Care Authority (OHCA) para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Oklahoma Medicaid. A su vez, nos asociamos con un grupo de proveedores de atención de salud para que nos ayuden a satisfacer sus necesidades. Estos proveedores (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención médica domiciliaria y otras instalaciones de atención médica) forman nuestra red de proveedores. Encontrará una lista en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web en **OklahomaCompleteHealth.com** para obtener el directorio de proveedores en línea. Para ver en línea, elija “SoonerSelect”, luego haga clic en “Member Resources” (Recursos para miembros) y en “Member Handbook and Forms” (Manual y formularios para miembros) para ver nuestro directorio de proveedores y otros materiales importantes.

**Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre la red de proveedores, lo que incluye, por ejemplo:**

- Nombres, números de teléfono y direcciones de los proveedores.
- Género e idioma del proveedor.
- Si el proveedor acepta nuevos pacientes.
- Títulos profesionales, tales como dónde estudió el proveedor y qué certificaciones tiene.

Para obtener más información sobre un proveedor o para obtener una copia impresa gratuita del directorio de proveedores, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

**Cuando se inscribe en Oklahoma Complete Health, nuestros proveedores están aquí para ayudarle. La mayoría de las veces esa persona será su proveedor de atención primaria (PCP). El PCP es el proveedor de salud que se ocupa y coordina todas sus necesidades de salud, incluidas las remisiones del médico y autorizaciones previas. Si necesita ver a un especialista de salud, su PCP puede ayudarle a gestionarlo. Puede elegir entre cualquier PCP en nuestra red de proveedores. Su PCP puede ser:**

- Un médico general de familia.
- Un internista.
- Un obstetra (OB) o ginecólogo (GYN).
- Un especialista que cumple las funciones de un PCP.
- Un profesional de enfermería.



Para hacer una cita con su PCP, llame a la oficina de su PCP. Si necesita ayuda para concertar una cita o trasladarse a su consulta, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o los fines de semana, llame y deje un mensaje con detalles sobre dónde o cómo se le puede contactar. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Si bien su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, puede acudir a ciertos médicos para recibir algunos servicios sin consultar con su PCP. Consulte la página 11 para más información.

## Cómo Usar este Manual

Este manual le indicará cómo funcionará Oklahoma Complete Health. Este manual es su guía para servicios de salud y bienestar. Le indica los pasos que debe seguir para que el plan funcione para usted.

Las primeras páginas le indican lo que debe saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Úselo como referencia o revíselo poco a poco.

Cuando tenga alguna pregunta, consulte este manual, pregunte a su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). También puede visitar nuestro sitio web en **OklahomaCompleteHealth.com**.

## Ayuda por parte de Servicios para Miembros

Hay alguien que puede ayudarle en Servicios para Miembros. Solo llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Para obtener ayuda respecto a cuestiones o dudas que no sean de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Después del horario de atención, las llamadas a Servicios para Miembros pueden ser contestadas por la Línea de Asesoramiento de Enfermería o tendrá la opción de dejar un mensaje de voz.

En caso de una emergencia médica, llame al **911**.

**Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda cuando tenga una pregunta.** Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda cuando tenga una pregunta. Puede llamarnos para elegir o cambiar de PCP, para preguntar sobre beneficios y servicios, para obtener ayuda con las remisiones del médico, para reemplazar una tarjeta de identificación perdida, para informar del nacimiento de un nuevo bebé o para preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

Si está embarazada o tiene intenciones de estarlo, su bebé será parte de Oklahoma Complete Health el día de su nacimiento. Si queda embarazada, llame a su plan a fin de elegir un médico para usted y su bebé antes de que nazca.

**Si el español no es su lengua materna (o si está leyendo esto en nombre de alguien que no lee español), podemos brindarle ayuda.** Queremos que sepa cómo usar su plan de salud, sin importar el idioma que hable. Simplemente llámenos y encontraremos la manera de hablar con usted en su propio idioma. Tenemos un equipo de personas que lo pueden ayudar. Los miembros pueden obtener estos servicios de forma gratuita. Para solicitar ayuda o servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

## Otras Maneras en que Podemos Ayudar

- Si tiene preguntas básicas o inquietudes sobre su salud, puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede recibir consejos de su PCP o hacer preguntas sobre sus síntomas o medicamentos.



- Si está sufriendo angustia emocional o mental, llame a la Línea Directa para Crisis de Salud Mental de Oklahoma al **988** en cualquier momento, 24 horas al día, 7 días a la semana, para hablar con alguien que le escuchará y ayudará. Estamos aquí para ayudarle con problemas como el estrés, la depresión o la ansiedad. Podemos ponerlo en contacto con la ayuda que necesita para sentirse mejor. **Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911.**

**Para personas con discapacidades:** Si usa una silla de ruedas o tiene problemas para oír o comprender, llámenos si necesita ayuda adicional (extra help). Si está leyendo esto a nombre de alguien que es ciego, sordociego o que tiene dificultades para ver, también podemos ayudarlo. Podemos indicarle si el consultorio de un médico tiene acceso para sillas de ruedas o si está equipado con dispositivos especiales de comunicación. Además, estos son algunos de los servicios con los que contamos:

- Una máquina TTY. Nuestro número TTY es TTY: **711**.
- Información en letra grande.
- Ayuda para programar o acudir a las citas.
- Nombres y direcciones de médicos que se especializan en su condición.

## Servicios y Asistencia Auxiliares

Si tiene una discapacidad auditiva, visual o del habla, tiene derecho a recibir información sobre su plan, atención y servicios de salud en un formato que pueda comprender y al que pueda acceder. Oklahoma Complete Health ofrecen servicios gratuitos para ayudar a las personas a comunicarse eficazmente con nosotros, como:

- Una máquina TTY. Nuestro número TTY es TTY: **711**.
- Intérpretes calificados de Lengua de Señas.
- Subtítulos.
- Información escrita en otros formatos (como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Estos servicios están disponibles para los miembros de forma gratuita. Para solicitar ayuda o servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Oklahoma Complete Health cumple con las leyes federales de derechos civiles y no excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Oklahoma Complete Health no discriminará a nadie debido a la atención frecuente o de alto costo, el estado de salud o la necesidad de servicios de atención médica ni debido a un cambio adverso en la inscripción, cancelación de la inscripción o reinscripción con Oklahoma Complete Health. Si cree que Oklahoma Complete Health falló en prestar estos servicios, puede presentar una queja o apelación. Para presentar una queja o apelación, u obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). También puede presentar un reclamo sobre su plan ante el Departamento de Seguros de Oklahoma.

## Cómo ser Miembro del Programa SoonerSelect

Como individuo Indio Americano/Nativo de Alaska (AI/AN), puede cancelar la inscripción al programa SoonerSelect por cualquier motivo. Como individuo AI/AN, si decide no inscribirse o cancelar su inscripción al programa SoonerSelect, podrá volver a inscribirse durante el siguiente período de inscripción abierta. Los períodos de inscripción abierta ocurren aproximadamente cada 12 meses.

Todas las demás personas que se determine que son elegibles para SoonerCare y el programa SoonerSelect



serán inscritas en el programa SoonerSelect por SoonerCare. No puede cancelar la inscripción al programa SoonerSelect, pero puede cambiar de plan de salud, como se describe a continuación.

## Cómo ser Miembro de Oklahoma Complete Health

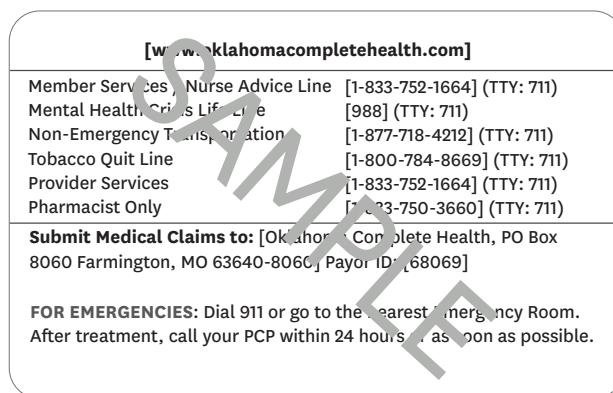
Como individuo AI/AN, si decide participar en el programa SoonerSelect, tendrá la opción de elegir su plan de salud cuando se inscriba por primera vez y durante los períodos de inscripción abierta. Si opta por participar en el programa SoonerSelect y no elige un plan de salud, SoonerCare le asignará uno. Puede cancelar la inscripción a su plan de salud asignado y elegir un plan de salud diferente en cualquier momento dentro de los primeros 90 días después de que comiencen los beneficios de su plan de salud. También puede cambiar los planes durante el período de inscripción abierta anual.

Todas las demás personas que están inscritas en el programa SoonerSelect tendrán la opción de elegir un plan de salud cuando se inscriban por primera vez y durante los períodos de inscripción abierta anuales. Si no elige un plan de salud, SoonerCare le asignará uno. Puede cancelar la inscripción a su plan de salud asignado y elegir un plan de salud diferente en cualquier momento dentro de los primeros 90 días después de que comiencen los beneficios de su plan de salud o durante un período de inscripción abierta.

## Su Tarjeta de Identificación (ID) del Plan de Salud

Su tarjeta de identificación (ID) de Oklahoma Complete Health se le enviará por correo 7 días después de que se inscriba en su plan de salud. Usaremos la dirección postal registrada en Oklahoma Health Care Authority. Tendrá su número de identificación de Medicaid e información sobre cómo puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta. Su tarjeta de identificación (ID) tendrá la información de reclamos de Oklahoma Complete Health para que la utilicen los proveedores. Si hay algún problema en su tarjeta de identificación de Oklahoma Complete Health, llámenos de inmediato. Si pierde su tarjeta, podemos ayudarle; llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Lleve siempre su tarjeta de identidad y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención médica.

Los miembros o sus cuidadores pueden crear una cuenta segura en nuestro portal para miembros visitando **Member.OklahomaCompleteHealth.com**. Una vez creada la cuenta, puede imprimir una tarjeta de ID.







# **PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER**



## Cómo Elegir su PCP

Su proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, profesional de enfermería, asistente médico u otro tipo de proveedor que cuidará de su salud, coordinará sus necesidades y le ayudará a obtener remisiones del médico para servicios especializados si los necesita. Hay muchos tipos de proveedores de atención médica. El suyo puede ser un médico de medicina general o de familia, medicina interna, pediatría o un proveedor de atención médica para indígenas. Cuando se inscriba en Oklahoma Complete Health, tendrá la oportunidad de elegir a su propio PCP. Para elegir su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: 711). Si no elige un PCP, elegiremos uno por usted. Si elegimos un proveedor para usted, trataremos de elegir un proveedor al que haya acudido antes. El proveedor que elijamos para usted estará cerca de su domicilio. (Consulte “Cómo cambiar su PCP” para saber cómo cambiar su PCP.)

### A la hora de decidirse por un PCP, es aconsejable encontrar uno que:

- Haya visto anteriormente;
- Comprenda sus necesidades de salud;
- Esté aceptando nuevos pacientes;
- Pueda atenderlo en su idioma; y
- Sea fácil para llegar.

Cada miembro de la familia inscrito en Oklahoma Complete Health puede tener un PCP diferente, o puede elegir un PCP para atender a toda la familia. Un pediatra trata a niños desde su nacimiento hasta los 18 años. Los médicos de familia tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a adultos mayores de 19 años. Llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: 711) a fin de obtener ayuda para elegir un PCP que sea adecuado para usted y su familia.

Puede encontrar la lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otras entidades que colaboran con Oklahoma Complete Health en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web en **OklahomaCompleteHealth.com** para consultar el directorio de proveedores en línea. Para ver el directorio de proveedores en línea, elija “SoonerSelect”, haga clic en “Member Resources” (Recursos para miembros) y en “Member Handbook and Forms” (Manual y formularios para miembros).

También puede utilizar la herramienta “Find a Provider” (Encontrar un Proveedor) en **findaprovider.OklahomaCompleteHealth.com**. Escriba su dirección, ciudad, condado o código postal y, a continuación, haga clic en “Select your plan” (Seleccione su plan). Seleccione “SoonerSelect” en el menú desplegable y pulse “Continue” (Continuar). Haga clic en el mosaico que dice “Medical Professionals” (Profesionales médicos) y, a continuación, elija “Primary Care” (Atención primaria) o “Medical Specialist” (Especialista médico).

También puede llamar a Servicios para Miembros, al **1-833-752-1664** (TTY: 711) para obtener una copia del directorio de proveedores.

Las mujeres pueden elegir a un obstetra/ginecólogo como su PCP, pero no es obligatorio. Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para consultar a un obstetra/ginecólogo u otro proveedor que ofrezca servicios de atención médica para mujeres.

Las mujeres pueden obtener los controles de rutina, atención de seguimiento si es necesario y atención regular durante el embarazo.

Si tiene una enfermedad médica compleja o una necesidad de atención médica especial, es posible que pueda elegir un especialista para que sea su PCP. Para seleccionar un especialista como su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: 711).

Si su proveedor deja Oklahoma Complete Health, le informaremos dentro de los 15 días naturales posteriores a la fecha en que nos enteremos. Si el proveedor que deja Oklahoma Complete Health es su PCP, nos comunicaremos con usted para ayudarlo a elegir otro PCP. Si actualmente está recibiendo tratamiento para una condición médica grave o crónica, puede seguir recibiendo este tratamiento hasta terminarlo o por 90 días naturales, lo que sea menor. Si está transitando un embarazo y se encuentra en



el segundo o tercer trimestre, puede continuar recibiendo atención durante el período posparto, que dura unas seis semanas después del parto. Para elegir un nuevo PCP, visite nuestro portal para miembros en [Member.OklahomaCompleteHealth.com](http://Member.OklahomaCompleteHealth.com).

Si usted es un Indígena Americano/Nativo de Alaska, puede elegir un Proveedor de Atención Médica para Indígenas como su PCP, pero no es necesario que lo haga.

### **Puede elegir entre cualquier PCP en nuestra red de proveedores. Su PCP puede ser:**

- Un médico general de familia.
- Un internista.
- Un obstetra (OB) o ginecólogo (GYN).
- Un especialista que cumple las funciones de un PCP.
- Un profesional de enfermería.

## Cómo Cambiar su PCP

Cuando se inscriba en Oklahoma Complete Health, puede seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red después de que sus beneficios con Oklahoma Complete Health comiencen. Si no elige un PCP, nosotros elegiremos uno por usted. Ya sea que usted elija un PCP para usted o que Oklahoma Complete Health elija un PCP para usted, puede cambiar su PCP dentro del primer mes y ese cambio entrará en vigor al siguiente día hábil. Después de eso, o si elige su propio PCP, puede cambiar su PCP en cualquier momento y el cambio entrará en vigor el día hábil siguiente. No es necesario que nos dé una razón para pedir el cambio. Si desea cambiar su PCP, puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). También puede cambiar de PCP visitando nuestro portal seguro para miembros en [Member.OklahomaCompleteHealth.com](http://Member.OklahomaCompleteHealth.com).

## Cómo Obtener Atención Médica de Forma Periódica

Atención médica regular significa exámenes, controles regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo sano, consejos cuando los necesite y remisiones del médico al hospital o a especialistas cuando los necesite. Esto significa que usted y su proveedor de atención primaria (PCP) trabajan juntos para mantenerlo sano o para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

De día o de noche, su PCP está a solo una llamada de distancia. Asegúrese de llamar a su PCP si tiene una pregunta o inquietud médica. Si llama fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje con información detallada sobre dónde o cómo se le puede contactar. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde, su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero debe tener una cita para ver a su PCP. Si alguna vez no puede asistir a una cita, llame a su PCP para informarle.

**Cómo programar su primera cita regular de atención médica.** Cuando elija o se le asigne un PCP, llame para programar una primera cita. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y sus necesidades de atención médica. Su PCP necesitará saber todo lo posible sobre su historial médico. Haga una lista de sus antecedentes médicos, cualquier problema que tenga ahora y las preguntas que quiera hacerle a su PCP. Lleve a la consulta todos los medicamentos y suplementos que esté tomando. En la mayoría de los casos, su primera visita debe ser dentro de los 3 meses posteriores a su inscripción en Oklahoma Complete Health.

**Si necesita recibir atención antes de su primera cita,** llame al consultorio de su PCP para explicarle su inquietud. Su PCP puede darle una cita más pronto. De todas maneras, debe mantener su primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas.



**Si necesita atención antes de elegir o que se le asigne un PCP,** llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para obtener ayuda.

Es importante para Oklahoma Complete Health que pueda visitar a un médico dentro de un período de tiempo razonable, según el motivo de la cita. Cuando llame para una cita, use la guía de citas a continuación para saber cuánto tiempo puede esperar para ser atendido.

<b>GUÍA DE CITAS</b>	
<b>SI LLAMA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO:</b>	<b>SU CITA DEBE REALIZARSE:</b>
PCP (servicios como controles médicos de rutina o vacunas)	Dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud de una cita rutinaria Dentro de las 72 horas para consultas médicas no urgentes Dentro de las 24 horas para atención de urgencia
OBSTETRICIA / GINECOLOGÍA	Dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud de una cita rutinaria
OBSTETRICIA / GINECOLOGÍA	Atención de maternidad: Primer trimestre: dentro de 14 días naturales Segundo trimestre: dentro de 7 días naturales Tercer trimestre: dentro de los 3 días hábiles
Especialidades	Dentro de los 60 días a partir de la fecha de solicitud de una cita rutinaria Dentro de las 24 horas para atención de urgencia
<b>Salud Mental</b>	
Salud mental	Dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud de una cita rutinaria Dentro de los 7 días para atención residencial y hospitalización Dentro de las 24 horas para atención de urgencia Para emergencias de salud mental, llame a la Línea Directa para Crisis de Salud Mental de Oklahoma al <b>988</b>
<b>Trastornos por Consumo de Sustancias</b>	
Consumo de sustancias	Dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud de una cita rutinaria Dentro de los 7 días para atención residencial y hospitalización Dentro de las 24 horas para atención de urgencia



Si tiene problemas para recibir la atención que necesita dentro de los límites de tiempo descritos anteriormente, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

## Cómo Obtener Atención de Especialidades — Remisiones del Médico

Si necesita atención especializada que su proveedor de atención primaria (PCP) no puede brindarle, puede ver a un especialista que sí pueda hacerlo. Un especialista es un médico que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano).

Para realizarse un examen con un especialista de la red, no necesita una remisión del médico. Pagaremos por su atención. Sin embargo, debe hablar con su PCP sobre sus necesidades de atención médica antes de ver a un especialista. Su PCP puede brindarle ayuda para encontrar el tipo de proveedor adecuado. Además, hay algunos tratamientos y servicios que su PCP debe pedirle a Oklahoma Complete Health que los apruebe antes de que usted pueda recibirlas. Su PCP podrá decirle cuáles son. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) si tiene preguntas sobre si necesita una remisión del médico para un servicio en particular.

Hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para asegurarse de saber cómo funcionan las remisiones del médico. Si cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo si necesita ver a un especialista diferente.

Si tiene problemas para que le realicen la remisión del médico que usted cree que necesita, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Si Oklahoma Complete Health no tiene un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, lo remitiremos a un especialista fuera de nuestro plan. A esto se le llama una remisión del médico fuera de la red. Su PCP u otro proveedor de la red deben solicitar la aprobación de Oklahoma Complete Health antes de que pueda obtener una remisión del médico fuera de la red.

Cuando Oklahoma Complete Health reciba una solicitud de servicios por parte de un proveedor fuera de la red, consideraremos sus necesidades únicas de atención médica. Las decisiones relativas a la mayoría de las solicitudes de autorización previa no urgentes se toman dentro de las 72 horas. Sin embargo, podemos pedir hasta 14 días naturales adicionales para decidir. Las decisiones sobre autorizaciones previas urgentes se tomarán en un plazo de 24 horas. Si necesita información sobre su solicitud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Es importante que obtenga una remisión del médico antes de acudir a un especialista o a un proveedor fuera de la red. Si no lo hace, puede haber una demora en los servicios, y usted puede ser responsable de pagar los servicios de su bolsillo.

A veces, es posible que no aprobemos una remisión del médico fuera de la red porque tenemos un proveedor en la red de Oklahoma Complete Health que puede tratarlo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte la página 55 para averiguar cómo hacerlo.

En ocasiones, podemos no aprobar una remisión del médico fuera de la red para un tratamiento específico porque nos solicitó atención que no es muy diferente de la que usted recibe de un proveedor de Oklahoma Complete Health. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte la página 55 para averiguar cómo hacerlo.

Si tiene una enfermedad médica compleja o una necesidad de atención médica especial, es posible que pueda elegir un especialista para que sea su PCP. Los Servicios para Miembros están a su disposición para ayudarlo a encontrar un especialista a fin de administrar sus necesidades específicas. Para seleccionar un especialista como su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).



## Proveedores Fuera de la Red

Un proveedor participante es un médico u otro proveedor contratado o empleado por Oklahoma Complete Health para prestar servicios bajo el programa SoonerSelect. Un proveedor no participante es un médico u otro proveedor que no está contratado o no está empleado por Oklahoma Complete Health para prestar servicios bajo el programa SoonerSelect. Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, le brindaremos la atención que necesita de un especialista fuera de nuestro plan o de un proveedor fuera de la red. Para obtener ayuda y más información sobre cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su proveedor de atención primaria o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Puede recibir servicios de planificación de la familia (anticonceptivos) por parte de un médico que no sea médico de Oklahoma Complete Health. No es necesario que obtenga una remisión de su PCP, pero debe visitar a un proveedor de Medicaid de Oklahoma. Si usted es AI/AN, puede recibir servicios de cualquier Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP), incluso si el IHCP está fuera de la red.

## Obtenga estos Servicios de Oklahoma Complete Health Sin una Remisión del Médico

### No necesita una remisión del médico para recibir estos servicios:

- Atención primaria;
- Examen o consulta con un especialista;
- Servicios de salud conductual;
- Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias;
- Servicios de la visión;
- Servicios de emergencia;
- Controles del bienestar infantil/EPSDT;
- Servicios y suministros de planificación familiar;
- Atención prenatal;
- Proveedores del Departamento de Salud, incluidas las clínicas móviles, y
- Servicios prestados por IHCP a los miembros AI/AN del plan de salud.

## Emergencias

Si cree que tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si cree que tiene una emergencia de salud mental, llame al **988**.

No necesita la aprobación de ningún plan o proveedor de atención primaria (PCP) antes para recibir atención de emergencia y no está obligado a utilizar nuestros hospitales o médicos.

**Si no está seguro, llame a su PCP a cualquier hora del día o de la noche.** Su PCP es su proveedor principal. Si su condición no es potencialmente mortal o urgente, llame a su PCP primero.



## Dígale a la persona con la que hable lo que está sucediendo. El equipo de su PCP:

- Le dirá lo qué debe hacer en casa;
- Le dirá si debe ir a la oficina del PCP; o
- Le dirá si debe dirigirse a la sala de emergencias o atención de urgencia más cercana.

Si se encuentra fuera del área en el momento de la emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: Utilice la sala de emergencias solo si tiene una emergencia. Si tiene alguna pregunta, llame a su PCP o a Servicios para Miembros de Oklahoma Complete Health al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

**Siempre tiene cobertura para las emergencias. Una condición médica de emergencia es una situación en la que su vida podría estar en peligro o en la que podría verse dañado de forma permanente si no recibe atención inmediata. Algunos ejemplos de una emergencia son los siguientes:**

- Un ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho;
- Sangrado que no para;
- Una quemadura grave;
- Huesos rotos;
- Dificultades para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento;
- Si cree que puede hacerse daño a sí mismo o a los demás;
- Si está embarazada y presenta signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos, o
- Sobredosis de drogas.

Algunos ejemplos de casos que no son de emergencia son resfriados, malestar estomacal o pequeños cortes y moretones. Otras situaciones que no son de emergencia pueden ser problemas familiares o una ruptura sentimental. Estos problemas pueden sentirse como una emergencia, pero no son una razón para ir a la sala de emergencias, a menos que esté en peligro inmediato de daño.

## Atención de Urgencia

**Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no sea una emergencia, pero que requiera atención y cuidados inmediatos. Esto podría ser lo siguiente:**

- Un niño con dolor de oídos que se despierta a medianoche y no para de llorar;
- Síntomas de gripe;
- Si necesita puntos;
- Un esguince de tobillo, o
- Una astilla que no se puede quitar.

Usted puede dirigirse a una clínica de atención de urgencia a fin de recibir atención el mismo día o programar una cita para el día siguiente. Ya sea que esté en casa o fuera, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Explique a la persona que responda lo que está ocurriendo. Le dirá lo que tiene que hacer.



## Atención Fuera de Oklahoma

En algunos casos, Oklahoma Complete Health puede pagar los servicios atención médica que reciba de un proveedor ubicado más allá de la frontera de Oklahoma o en otro estado. Su PCP y Oklahoma Complete Health pueden brindarle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Oklahoma por su plan de salud y cómo puede obtenerlos, si es necesario. Si necesita atención de emergencia médica necesaria mientras viaja a cualquier lugar dentro de los Estados Unidos y sus territorios, Oklahoma Complete Health pagará su atención. Si no puede obtener la atención que necesita en Oklahoma, nuestro plan se asegurará de que reciba estos servicios de proveedores fuera del estado. Oklahoma Complete Health facilitará tales remisiones del médico según sea necesario.

Su plan de salud no pagará la atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo recibir atención fuera de Oklahoma o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).



# **PARTE II:**

# **SUS BENEFICIOS**



El resto de este manual es para su información cuando lo necesite. Proporciona una lista de los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene un inconveniente con el plan de salud, el manual le indica qué hacer. El manual tiene otra información que le puede ser útil. Consérvelo a mano para cuando lo necesite.

## Cómo Determinar si es un Adulto en Expansión o un Adulto sin Expansión

Los adultos que no participan en la expansión son personas que cualifican para el programa Medicaid de Oklahoma y cumplen los requisitos de elegibilidad, como quienes cumplen los requisitos para Medicare, las mujeres embarazadas o los cuidadores con necesidad de dependientes menores de 19 años que cumplen con los requisitos de ingresos enumerados en <https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysoonercare/apply-for-soonercare-online/eligibility/income-guidelines.html>.

Los adultos en expansión son personas que cumplen los requisitos de ingresos, tienen entre 19 y 64 años y se ha determinado que son elegibles para Medicaid; pero no cumplen los requisitos para personas mayores, ciegas o discapacitadas, cáncer de mama y de cuello uterino, o Medicare. Ingresos elegibles significa que una persona gana el 138% o menos del nivel federal de pobreza. Consulte las pautas de ingresos en <https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysoonercare/apply-for-soonercare-online/eligibility/income-guidelines.html>.

## Beneficios

SoonerSelect brinda beneficios o servicios de atención médica cubiertos por su plan.

**Oklahoma Complete Health proporcionará o coordinará la mayoría de los servicios médicos que necesitará. Sus beneficios de salud pueden ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible si:**

- Está embarazada;
- Está enfermo/a o herido/a;
- Padece un trastorno por consumo de sustancias o tiene otras necesidades de atención de salud conductual;
- Necesita ayuda para ir a la consulta del médico; o
- Necesita medicamentos.

La sección a continuación describe los servicios específicos cubiertos por Oklahoma Complete Health. Pregúntele a su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

**Puede obtener algunos servicios sin acudir a su PCP.** Entre ellos se incluyen la atención primaria, atención de emergencia, servicios de salud para la mujer, servicios de planificación familiar, servicios de detección infantil, servicios prestados en los departamentos de salud locales, servicios en los centros escolares y algunos servicios de salud conductual. Encontrará más información sobre estos servicios en la página 11.

Usted recibirá todos los beneficios dentales de SoonerSelect de un Plan Dental separado que usted elija. Sus opciones son DentaQuest y LIBERTY Dental. El Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program le proporcionará transporte a sus citas dentales. Consulte la página 33 para obtener más información sobre cómo programar el transporte.



# Servicios cubiertos por la Red de Oklahoma Complete Health

**En la mayor parte de los casos, debe obtener los servicios a continuación de los proveedores que están en la red de Oklahoma Complete Health.** Los servicios deben ser médicaamente necesarios y proporcionados, coordinados o remitidos por su PCP. Hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) si tiene preguntas o necesita ayuda con cualquier servicio de atención médica.

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (APRN)</b>	Cubierto.	Cubierto: Cuatro (4) visitas ambulatorias por mes.	El límite se puede exceder según la necesidad médica.
<b>Pruebas de detección de alergias</b>	Cubierto.	Cubierto. Limitado a 60 pruebas cada tres años. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa. El límite puede excederse según la necesidad médica.	
<b>Tratamiento alternativo para la gestión del dolor</b>	Cubierto.	<b>Terapia física en un centro fuera del hospital:</b> a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. 12 horas al año requieren PA. <b>Servicios quiroprácticos:</b> a. Evaluación inicial cubierta sin PA. b. 12 visitas al año requieren PA. <b>Miembros que tengan 21 años o más,</b> <b>Los límites de PA pueden excederse según la necesidad médica.</b>	
<b>Ambulancia o transporte de emergencia</b>	Cubierto.		



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	Cubierto.		
<b>Cirugía bariátrica</b>	Cubierto, al cumplir con los requisitos de evaluación prequirúrgica y pérdida de peso. Se requiere autorización previa.	Cubierto, al cumplir con los requisitos de evaluación prequirúrgica y de pérdida de peso. No cubierto solo para el tratamiento de la obesidad. Se requiere autorización previa (PA).	
<b>Enfermeros anestesistas registrados certificados y asistentes de anestesiólogo</b>	Cubierto.		
<b>Quimioterapia</b>	Cubierto.		
<b>Servicios clínicos</b>	Cubierto.  Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
<b>Educación diabética</b>	Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente.  Los límites pueden excederse según la necesidad médica y conforme a EPSDT.	Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente.	Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente.  El límite se puede exceder según la necesidad médica.
<b>Entidades de pruebas diagnósticas</b>	Cubierto.  Algunos servicios pueden requerir una autorización previa.		



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Leche Humana de Donante</b>	Cubierto durante el primer año de vida. Se requiere autorización previa.	No hay cobertura.	
<b>Suministros y aparatos de equipos médicos duraderos</b>	Cubierto. Requiere una receta de un proveedor médico. Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
<b>Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) y servicios de intervención temprana, incluido el historial de salud y vacunación; exámenes físicos, diversas evaluaciones de salud y asesoramiento; pruebas de laboratorio y de detección; atención de seguimiento necesaria; y servicios de análisis conductual aplicado (ABA)</b>	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa.	No hay cobertura.	
<b>Sala o departamento de emergencias</b>	Cubierto.		
<b>Atención de la vista para tratar una condición médica o quirúrgica</b>	Cubierto.		



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Servicios de planificación familiar</b>	Cubierto.		
<b>Servicios de Centros de Salud Habilitados Federalmente y Clínica de Salud Rural</b>	Cubierto.		
<b>Asesoramiento y pruebas genéticas</b>	Cubierto para miembros embarazadas y miembros que cumplan con los criterios de necesidad médica. Puede requerir autorización previa (PA).		
<b>Servicios auditivos</b>	Cubierto. Puede requerir autorización previa.	No hay cobertura.	
<b>Servicios de atención médica domiciliaria</b>	Cubierto.		
<b>Cuidado para pacientes terminales (no hospitalario)</b>	Cubierto para miembros con una expectativa de vida de 6 meses o menos.	No hay cobertura.	Cubierto para miembros con una expectativa de vida de 6 meses o menos.
<b>Inmunizaciones</b>	Cubierto.		
<b>Terapia de infusión</b>	Cubierto.	Cubierto cuando sea médicaamente necesario y no se considere una parte compensable del procedimiento.	



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Servicios de hospitalización</b>	Cubierto.	<b>Cubierto:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Servicios hospitalarios (hospitalización): sin límite.</li> <li>b. Servicios médicos para pacientes hospitalizados: cubierto.</li> <li>c. Servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados: sin límite.</li> <li>d. Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes hospitalizados: 90 días por persona y SFY. Los límites de cantidad se pueden exceder según la necesidad médica</li> </ul>	<b>Cubierto:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Servicios hospitalarios (hospitalización): sin límite.</li> <li>b. Servicios médicos para pacientes hospitalizados: cubierto.</li> <li>c. Servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados: sin límite.</li> <li>d. Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes hospitalizados: 90 días por persona y SFY. Los límites de cantidad se pueden exceder según la necesidad médica</li> </ul>
<b>Laboratorio, rayos X, diagnóstico por imagen e imágenes (CT/PET y MRI)</b>	<p>Cubierto.</p> <p>Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).</p>		
<b>Consultora de lactancia (ayuda con la lactancia materna)</b>	<p>Cubierto para miembros embarazadas y posparto.</p>		
<b>Alojamiento y comidas para el miembro del plan de salud y/o un acompañante médico autorizado</b>	<p>Cubierto.</p> <p>Servicios que requieren autorización previa.</p>		



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Hospital de atención a largo plazo para niños</b>	Cubierto.	No hay cobertura.	
<b>Mamografías</b>	Cubierto.		
<b>Servicios de trabajador social clínico materno infantil con licencia (LCSW)</b>		Cubierto para miembros embarazadas y posparto.	
<b>Transporte médico sin carácter de emergencia</b>	Cubierto.		
<b>Enfermeras Parteras</b>	Cubierto por EPSDT.	Cubierto.	
<b>Centro de enfermería y servicios ICF-IID</b>	Cubierto por hasta 60 días dependiendo de la determinación del nivel de atención.		
<b>Servicios de nutrición (dietista)</b>	Cubierto (incluye dietista y asesoramiento nutricional).	Hasta 6 horas por año No están cubiertos los servicios nutricionales para el tratamiento de la obesidad. Los servicios deben ser para diagnosticar, tratar o prevenir, o minimizar los efectos de una enfermedad.	Hasta 6 horas por año.  No están cubiertos los servicios nutricionales para el tratamiento de la obesidad. Los servicios deben ser para diagnosticar, tratar o prevenir, o minimizar los efectos de una enfermedad.  Los límites se pueden exceder según la necesidad médica.
<b>Aparatos ortopédicos</b>	Cubierto.	No hay cobertura.	Cubierto sin limitaciones cuando sea médicaamente necesario.



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Servicios ambulatorios hospitalarios y quirúrgicos</b>	Cubierto.		
<b>Nutrición parenteral/nutrición enteral (intravenosa y por sonda)</b>	Cubierto.  Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
<b>Cuidado personal</b>	Cubierto.		
<b>Servicios de médico y asistente médico</b>	Cubierto.	Cubierto.  Límite de 4 consultas al mes (límite estricto).	Cubierto.  Límite de 4 consultas al mes.  Los límites se pueden exceder según la necesidad médica.
<b>Podología</b>	Cubierto.	Cubierto.  Todas las consultas ambulatorias están sujetas al límite de 4 consultas al mes.	
<b>Servicios de atención de posestabilización</b>	Cubierto.		
<b>Servicios de embarazo y maternidad: prenatal, parto y posparto</b>	Cubierto.		



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Atención preventiva y detección</b>	Consulte la cobertura de EPSDT.	<p>Se cubren los servicios hospitalarios ambulatorios, otros servicios de laboratorio y rayos X, diagnóstico y tratamiento de afecciones detectadas, servicios clínicos, servicios de detección y servicios de rehabilitación.</p> <p>No existe un paquete independiente de beneficios de servicios preventivos para adultos que brinde cobertura para todos los servicios.</p>	
<b>Enfermería privada</b>	Hasta 16 horas al día. Horas adicionales disponibles durante los 30 días siguientes a una estancia en el hospital o cuando el cuidador regular no está disponible.	No hay cobertura.	Este servicio se sustituye por el de enfermería especializada dentro de los beneficios de los servicios de atención domiciliaria.
<b>Dispositivos protésicos</b>	Cubierto con autorización previa.	Cobertura limitada con autorización previa (PA) requerida; solo se cubren las prótesis mamarias y los accesorios y dispositivos protésicos de soporte durante la intervención quirúrgica.	Cubierto sin limitaciones cuando sea médica mente necesario.
<b>Servicios de clínicas de salud pública</b>	Cubierto.	Cubierto: Límite de 4 consultas al mes.	Cubierto: Límite de 4 consultas al mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Servicios de Radiación</b>	Cubierto.		
<b>Cirugía reconstructiva</b>	Cubierto. Puede requerir autorización previa.	Cubierto.  La reconstrucción/implantación/extirpación mamaria no cosmética solo está cubierta cuando es resultado directo de una mastectomía médica necesaria.  Puede requerir autorización previa (PA).	
<b>Servicios en centros de diálisis renal</b>	Cubierto.		
<b>Costo rutinario del paciente en ensayos clínicos calificados</b>		Cubierto en la medida en que la prestación del servicio estaría cubierta fuera de la participación en el ensayo clínico.	
<b>Servicios de atención médica centros escolares</b>	Cubierto.	No hay cobertura.	
<b>Telesalud</b>	Cubierto.		
<b>Servicios terapéuticos: terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST)</b>	<b>OT y PT:</b> a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. Tratamiento requiere autorización previa (PA).  <b>ST:</b> a. Evaluación y tratamiento requieren autorización previa (PA).	<b>Servicios de rehabilitación:</b> a. 15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado 45 consultas).	<b>Servicios de habilitación:</b> a. 15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado 45 consultas).  <b>Servicios de rehabilitación:</b> a. 15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado 45 consultas).



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos de Expansión (mayores de 21 años)
<b>Servicios de trasplante de órganos</b>	Cubierto con autorización previa (PA). (Los trasplantes de córnea y riñón no requieren PA).		
<b>Centros o instalaciones de atención urgente</b>	Cubierto.	Hasta 4 consultas ambulatorias al mes.	Hasta 4 consultas ambulatorias al mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.
<b>Servicios de la visión</b>	Cubierto, con un límite de 2 marcos de lentes por año.	Cobertura solamente para tratar una enfermedad médica o quirúrgica. No se cubren los exámenes de la vista de rutina.	



## Farmacia

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión	Adultos en Expansión
<b>Medicamentos con receta</b>	Cubierto.  Algunos medicamentos están excluidos, y algunos pueden requerir autorización previa (PA).  No hay límite mensual de recetas para niños.	Cubierto.  6 recetas al mes (incluye medicamentos especializados, se aplican algunas exclusiones).  2 de 6 recetas pueden ser de marca comercial por mes (se puede solicitar una autorización previa para un tercer medicamento de marca comercial en la lista de marcas requeridas del estado). Si la PA se aprueba, el tercer fármaco está exento del límite de 2 nombres de marca).  La lista de medicamentos está publicada en nuestro sitio web.  Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).	
<b>Servicios de tratamiento asistido por medicamentos</b>	Incluye: <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos/agentes utilizados para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.</li><li>• Programas de tratamiento de opioides (OTP).</li><li>• Los servicios de OTP requieren autorización previa (PA).</li></ul>		
<b>Productos para dejar de fumar (para ayudarle a dejar de consumir tabaco)</b>	Los productos de terapia de reemplazo de nicotina (NRT) (incluidos parches, chicles, pastillas y aerosoles nasales) y Zyban®/Bupropion para incluir la terapia combinada de estos productos.  Chantix®/Varenicline está cubierto hasta 180 días cada 12 meses. Los productos para dejar de fumar están cubiertos sin límites de duración, PA o copago y no cuentan contra los límites de recetas mensuales.  8 sesiones de consejería para dejar de fumar con proveedores contratados por año.		
<b>Suministros para diabéticos (insulina, jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para plumas de insulina)</b>	Cubierto.		
<b>Suministros de planificación familiar</b>	Cubierto.		



## ¿Qué beneficios de farmacia están cubiertos?

Oklahoma Complete Health cubre la mayoría de los medicamentos recetados cuando los receta un proveedor de Oklahoma Complete Health. El programa de farmacia no cubre todos los medicamentos. Algunos medicamentos pueden requerir una autorización previa (PA). Algunos pueden tener límites basados en la edad, la dosis o la cantidad de medicamento recetado.

Oklahoma Complete Health también cubre ciertos medicamentos de venta libre (OTC) con una receta de un proveedor de Oklahoma Complete Health.

## ¿Qué medicamentos están cubiertos?

El *formulario*, o la lista de medicamentos preferidos (PDL), de Oklahoma Complete Health es una lista de medicamentos genéricos y de marca disponibles que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados. La PDL se puede encontrar en el sitio web de Oklahoma Complete Health en **OklahomaCompleteHealth.com**. Para ver la PDL en línea, elija “SoonerSelect”, luego haga clic en “Member Resources” (Recursos para miembros) y en “Member Handbook and Forms” (Manual y formularios para miembros) para ver su Lista de medicamentos preferidos y otros materiales importantes.

La PDL tiene todos los medicamentos que usted puede obtener con y sin autorización previa (PA), así como cualquier límite basado en la edad, la dosis, o la cantidad de medicamento recetado. La PDL se aplica a los medicamentos que usted obtiene en farmacias minoristas.

El desarrollo y la revisión continua de la PDL está a cargo del estado de Oklahoma y el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de Oklahoma Complete Health. El comité está compuesto por el director médico, el director farmacéutico y varios médicos de atención primaria, farmacéuticos y especialistas de Oklahoma Complete Health.

Puede que no todas las presentaciones o concentraciones de un medicamento estén cubiertas. La PDL se revisa y actualiza periódicamente cada semana. Las actualizaciones anuales y los cambios importantes se comunican a los proveedores y miembros por correo directo (p. ej., fax, correo electrónico, correo), según sea necesario.

Si quiere obtener una copia impresa gratuita de la PDL, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

## ¿Y los medicamentos especializados?

Un medicamento especializado es un medicamento de venta con receta que necesita manejo, administración o supervisión especiales. Por lo general, se solicita a través de una farmacia especializada.

## ¿Cómo obtengo medicamentos?

Puede completar sus recetas en una farmacia de la red de Oklahoma Complete Health. En la farmacia, usted tendrá que darle al farmacéutico su tarjeta de identificación de Oklahoma Complete Health y su receta de un profesional que expide recetas de Oklahoma Complete Health. Si necesita ayuda para encontrar un farmacia cercana, llámenos al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

También puede utilizar la herramienta “Find a Provider” (Encontrar un Proveedor) en **findaprovider.oklahomacompletehealth.com**. Escriba su dirección, ciudad, condado o código postal y, a continuación, haga clic en “Select your plan” (Seleccione su plan). Seleccione “SoonerSelect” en el



menú desplegable y pulse “Continue” (Continuar). Haga clic en el mosaico “Pharmacy & Medical Supplies” (Farmacia y suministros médicos) y, a continuación, haga clic en “Pharmacy” (Farmacia). Si lo desea, puede elegir una especialidad del menú desplegable o simplemente pulsar “Search” (Buscar). Solo se enumeran las farmacias de la red de Oklahoma Complete Health.

## ¿Puedo obtener más de un suministro de 30 días?

Como regla general, los miembros de Oklahoma Complete Health reciben un suministro de 30 días de sus medicamentos. Sin embargo, los miembros pueden obtener un suministro de 90 días de muchos *medicamentos de mantenimiento* (o medicamentos que toma cada día).

Puede encontrar una lista de medicamentos de mantenimiento para los cuales puede obtener un suministro de 90 días. OHCA mantiene la lista de suministros para 90 días y se puede encontrar en [oklahoma.gov/ohca/providers/types/pharmacy/pharmacy.html](http://oklahoma.gov/ohca/providers/types/pharmacy/pharmacy.html). Desplácese hacia abajo y seleccione “Maintenance Drug List” (Lista de Medicamentos de Mantenimiento). La lista se actualiza con frecuencia.

## Medicamentos de Venta Libre (OTC)

**Los miembros pueden obtener hasta \$30 por trimestre para:**

- Medicamentos para el resfriado y la tos.
- Medicamentos para alergias.
- Vitaminas y suplementos.
- Gotas para los ojos y los oídos.
- Analgésicos.
- Productos gastrointestinales.
- Primeros auxilios.
- Productos de higiene.
- Aerosol para insectos.
- Productos para el cuidado bucal.
- Productos para el cuidado de la piel.

Los miembros pueden ver el catálogo OTC completo en nuestro sitio web en

**OkahomaCompleteHealth.com**. Para ver el catálogo, seleccione “SoonerSelect” en el menú desplegable y pulse “Benefits and Services” (Beneficios y servicios) y, a continuación, haga clic en “Pharmacy” (Farmacia). Desplácese hacia abajo para ver el catálogo de Productos de Venta Libre. Puede hacer su pedido en línea en [cvs.com/benefits](http://cvs.com/benefits), por teléfono al **1-888-628-2770** (TTY: **711**) o en cualquier CVS Pharmacy.

## Sustitución Genérica

Los *medicamentos genéricos* son medicamentos que no se venden bajo la marca comercial de una empresa. Sin embargo, estos medicamentos tienen los mismos componentes activos que los medicamentos de marca. Los *componentes activos* son las partes del medicamento que le afectan directamente. La FDA exige que los medicamentos genéricos sean seguros y funcionen de la misma manera que los medicamentos de marca.

Su proveedor debe considerar un medicamento genérico antes de darle un medicamento de marca. Esto se debe a que la versión genérica suele ser menos costosa, aunque el medicamento funcione de la misma manera.

En algunos casos, se puede preferir un medicamento de marca en lugar de un medicamento genérico. Si no hay un medicamento genérico disponible, puede haber más de un medicamento de marca para tratar una condición.



## Terapia Escalonada

Para tomar algunos medicamentos enumerados en la lista de medicamentos preferidos (PDL) de Oklahoma Complete Health, puede ser necesario que pruebe primero otro medicamento. Esto se denomina *terapia escalonada*. Si Oklahoma Complete Health tiene un registro de que probó otros medicamentos primero, entonces su medicamento de terapia escalonada será aprobado. Si Oklahoma Complete Health no tiene un registro de que probó otros medicamentos primero, entonces usted o su proveedor tendrán que decirnos por qué necesita el medicamento de terapia escalonada en lugar de probar otros medicamentos. Usted o su proveedor pueden encontrar el Formulario de Solicitud de Excepción de Terapia Escalonada en nuestro sitio web en [oklahomacompletehealth.com/providers/pharmacy.html](http://oklahomacompletehealth.com/providers/pharmacy.html). El formulario se encuentra en el menú desplegable “Prior Authorization – Pharmacy Benefit/Retail Pharmacy” (Autorización previa: Beneficio farmacéutico/Farmacia minorista). Si no aprobamos el medicamento de terapia escalonada, se lo diremos a usted y a su proveedor. También le indicaremos cómo hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

## Límites de Dispensación, Límites de Cantidad y Límites de Edad

Un suministro de 34 días es la cantidad máxima dada por cada sustancia nueva o rellenada no controlada. Se hacen excepciones para algunos medicamentos de mantenimiento que permiten un suministro de hasta 90 días. Un total del 90 por ciento de los días suministrados deben haber pasado antes de que la receta pueda ser repuesta. La dispensación fuera del límite de cantidad o edad requiere autorización previa (PA).

Oklahoma Complete Health puede limitar la cantidad de medicamento que puede recibir a la vez. Si el médico/especialista clínico considera que usted tiene una razón médica para obtener una cantidad mayor, este puede pedir una autorización previa (PA). Si Oklahoma Complete Health no concede la PA, se lo notificaremos a usted y a su médico/especialista clínico. También le indicaremos cómo hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Algunos medicamentos de la lista de medicamentos preferidos (PDL) de Oklahoma Complete Health tienen límites de edad. Estos se establecen para ciertos medicamentos según el etiquetado aprobado por la FDA, por cuestiones de seguridad y normas de calidad de la atención. El límite de edad se ajusta a las alertas actuales de la FDA sobre el uso adecuado de productos farmacéuticos. Se puede presentar una autorización previa (PA) si el profesional que expide recetas siente que usted tiene una razón médica para recibir el medicamento fuera de los límites de edad, tal como se indica en la PDL.

## Solicitudes de Excepción y de Necesidad Médica

Si necesita un medicamento que no aparece en la PDL, el proveedor puede solicitar el medicamento por necesidad médica. Tales excepciones son poco frecuentes, ya que la PDL tiene medicamentos para tratar muchas condiciones médicas.

**Hable con su farmacéutico o llame a Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con sus servicios de farmacia.

## Servicios de Salud Conductual (Servicios de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias)

La atención de salud conductual incluye servicios de salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social) y de tratamiento y rehabilitación de trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas). Todos los miembros tienen acceso a servicios que les ayuden con problemas



de salud mental, como depresión o ansiedad, o con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios pueden incluir:

- Terapia asistida con medicamentos (MAT);
- Ayuda para dejar de fumar (brindarle ayuda para dejar el tabaco), y
- Servicios de crisis de salud conductual.

Si cree que necesita acceso servicios de salud conductual más intensivos que su plan no ofrece, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

<b>Servicio</b>	<b>Niños (menores de 21 años)</b>	<b>Adultos sin Expansión</b>	<b>Adultos en Expansión</b>
<b>Análisis conductual aplicado</b>	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	No hay cobertura.	
<b>Servicios Certificados de Salud Conductual Comunitaria (CCBHC)</b>	Cubierto.		
<b>Servicios de tratamiento diurno</b>	Cubierto cuando se autoriza previamente por un mínimo de 3 horas al día durante 4 días a la semana.	No hay cobertura.	
<b>Hospitalización -psiquiátrica independiente</b>	Cubierto.	De 21 a 64 años: Cubierto con autorización previa. 60 días como máximo por episodio. Mayores de 65 años: Cubierto con autorización previa.	
<b>Hospitalización - agudos en general</b>	Cubierto.		
<b>Proveedor de salud conductual acreditado (puede facturar de forma independiente)</b>	Cubierto. Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).	No hay cobertura.	



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión	Adultos en Expansión
<b>Servicios de tratamiento asistido por medicamentos</b>	Cubierto. <b>Incluye:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suboxone® (tiras sublinguales de buprenorphine/ naloxone)</li> <li>• Vivitrol</li> <li>• Methadone</li> </ul>		
<b>Programas de tratamiento de opioides</b>	Cubierto. Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
<b>Servicios ambulatorios de agencias de salud conductual</b>	Cubierto. Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
<b>Hospitalización parcial</b>	Cubierto con autorización previa por un mínimo de 3 horas al día durante 5 días a la semana. Se requiere autorización previa (PA).		
<b>Servicios de apoyo a la recuperación entre pares</b>	Cubierto para edades entre 16 y 21 años con autorización previa.	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	
<b>Servicios del Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT)</b>	Cubierto para edades entre 18 y 21 años.	Cubierto.	
<b>Centro de tratamiento residencial psiquiátrico</b>	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	Cubierto para menores de 21 años. Se requiere autorización previa (PA).	
<b>Psiquiatra</b>	Cubierto.		
<b>Psicólogo (que puede facturar de forma independiente)</b>	Cubierto. Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		



Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin Expansión	Adultos en Expansión
<b>Tratamiento por abuso de sustancias (ambulatorio, hospitalario y residencial)</b>	<p>Tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias: Cubierto. Algunos de los servicios pueden requerir una autorización previa (PA).</p> <p>Tratamiento residencial por abuso de sustancias: Cubierto.</p>		
<b>Gestión de casos específicos</b>	Cubierto para poblaciones específicas con autorización previa.		
<b>Servicios terapéuticos conductuales, apoyo familiar y capacitación</b>	Cubierto para niños con SED en un equipo integral de sistemas de atención.	No hay cobertura.	
<b>Acogimiento terapéutico</b>	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	No hay cobertura.	



## Servicios de Transporte

Información de Contacto Importante		
Puede comunicarse con	Dónde	Horario
Servicios de transporte para reservas o ayuda para conseguir un viaje	<b>1-877-718-4212</b>	Reservas: de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora central. Asistencia de transporte: 24 horas.
Sitio web	Información de los miembros: <b>mymodivcare.com</b> Información de la empresa: <b>modivcare.com</b>	24 horas.
Servicios para miembros de Oklahoma Complete Health	<b>1-833-752-1664 (TTY: 711)</b>	De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora central.
Para encontrar información sobre el transporte de atención urgente fuera del horario de atención	<b>1-877-718-4212</b>	24 horas.
Para una emergencia	<b>Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana</b>	24 horas.

**Emergencia:** Si necesita transporte de emergencia (una ambulancia), llame al **911**.

**No emergencia:** Oklahoma Complete Health puede organizar y pagar su transporte para ayudarlo a ir y regresar de sus citas para recibir atención cubierta por Medicaid. Este servicio es gratuito para usted. Si necesita que un asistente le陪伴e a la cita con el médico, o si su hijo (menor de 18 años) es miembro del plan, el transporte también está cubierto para el asistente o el parent/madre, o tutor. El transporte que no es de emergencia incluye vehículos personales, taxis, camionetas, vehículos ambulatorios y transporte público.

**Cómo obtener un transporte que no es de emergencia:** Oklahoma Complete Health tiene un contrato con ModivCare para proporcionar servicios de transporte que no es de emergencia a los miembros con cobertura. Esto se conoce como el Programa de Transporte Médico que No es de Emergencia. Usted está cubierto para transporte médico que no es de Emergencia. Esto significa que le ofreceremos servicios de transporte, incluido un reembolso de viaje o millas, para llegar a sus citas cubiertas por Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de transporte para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de transporte.

Llame a ModivCare al **1-877-718-4212** para reservar un viaje o solicitar el reembolso del millaje. Las reservas deben realizarse hasta 72 horas antes de su cita, excepto fines de semana y días festivos, para organizar el transporte de ida y vuelta a su cita. Fuera del horario de atención, puede acceder a un transporte marcando el mismo número gratuito utilizado durante el horario comercial normal.



El transporte médico que no es de emergencia está cubierto por los servicios cubiertos que sean médicaamente necesarios. Esto puede incluir visitas al médico, *diálisis* (una forma de eliminar los desechos del cuerpo cuando su cuerpo no puede hacerlo por sí solo) y visitas de asesoramiento.

Si necesita cambiar o cancelar su transporte, llame al **1-877-718-4212** apenas sepa que necesita cambiar o cancelar su hora de recogida. Si el transporte no aparece a la hora de la cita, llame a los servicios de transporte al **1-877-718-4212** para averiguar la ubicación del conductor o solucionarlo de otra manera.

Los miembros que utilicen transporte médico que no es de emergencia pueden llevar hasta cuatro niños cuando no se disponga de servicios de cuidado infantil\*.

\* *El número total de pasajeros no puede ser más de cinco.*

## ¿Qué necesito para conseguir un traslado?

**Tenga disponible la siguiente información cuando llame:**

- Su nombre, domicilio y número de teléfono.
- Su número de identificación (ID) de Medicaid.
- La dirección y el número de teléfono del lugar en donde desea que le recojan.
- El nombre, el número de teléfono, la dirección y el código postal del proveedor que visitará.
- La fecha y hora de su cita médica.
- La hora de finalización de su cita, si la conoce.
- Cualquier necesidad especial, como la necesidad de que un acompañante se traslade con usted.
- Razón general de la cita (por ejemplo, una cita con el PCP, un chequeo, una cita con el oftalmólogo, una cita con el dentista).

Si no tiene estos detalles a su disposición cuando llame, es posible que no podamos organizar su traslado. Le daremos un número de viaje una vez que hayamos procesado su solicitud de transporte.

## ¿Qué tipo de transporte puedo obtener?

**Una vez que confirmemos que necesita un transporte, le proporcionaremos el tipo de transporte que mejor se adapte a sus necesidades. Los tipos de transporte disponibles incluyen los siguientes:**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Transporte público y masivo, como autobuses urbanos o trenes.</li><li>• Furgonetas de pasajeros multicarga.</li><li>• Vehículos médicos, como sillas de ruedas o camionetas.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vehículos privados.</li><li>• Taxis.</li><li>• Servicios de transporte compartido.</li></ul> |
|--|--|

## ¿Qué ocurre con las solicitudes de viaje pendientes (recurrentes)?

**Un viaje recurrente** es cuando necesita ir a citas de forma diaria, semanal o quincenal durante un período prolongado. En la mayoría de los casos, puede programar viajes recurrentes hasta por 30 días a la vez. Los miembros pueden programar con más de 30 días de antelación las siguientes condiciones o servicios, incluidos, entre otros:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Diálisis.</li><li>• Quimioterapia.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento por radiación.</li><li>• Cuidado de heridas.</li></ul> |
|--|--|

Para preguntas acerca de viajes recurrentes, llame a los servicios de transporte al **1-877-718-4212**.



Los miembros que usan Servicios de Transporte deben seguir las políticas de conducta de los proveedores de transporte. Cualquier conducta que pueda dañar al conductor o a otros pasajeros puede dar como resultado la suspensión de los servicios de transporte. Según las circunstancias, no cancelar un viaje o cancelarlo con menos de 24 horas de antelación puede dar como resultado una inasistencia. Las inasistencias repetidas pueden dar como resultado una suspensión de los servicios de transporte.

En determinadas condiciones, como estadias de una noche, viajes muy anticipados o devoluciones tardías, es posible que tenga derecho al *reembolso* de comidas o alojamiento. Esto significa que le devolveremos el dinero que gaste. Para obtener más información o solicitar la autorización previa del reembolso, llame a los servicios de transporte al **1-877-718-4212**.

**Los servicios de transporte le pueden informar sobre lo siguiente:**

- Cómo solicitar, programar o cancelar un viaje.
- Cualquier límite de los servicios de transporte médico que no es de emergencia.
- Conducta esperada de los miembros y procedimientos en caso de inasistencia.
- Cómo obtener un reembolso por millaje si utiliza su propio automóvil.

**Cuando acceda a transporte para llegar a su cita, puede esperar lo siguiente:**

- Llegar a su cita a tiempo y no más de una hora antes de lo programado.
- No tener que esperar más de una hora después la cita para transportarse a su domicilio.
- No tener que abandonar la cita con anticipación.

Queremos que se sienta satisfecho con la atención que recibe de nuestros proveedores de transporte. Infórmenos de inmediato si no se siente satisfecho con los servicios de nuestro proveedor de transporte. Si desea presentar un reclamo, llame al **1-877-718-4212**.

Si le negamos los servicios de transporte, tiene el derecho de apelar nuestra decisión. Consulte la página 55 para obtener más información sobre las apelaciones. Si tiene preguntas sobre el transporte, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664 (TTY: 711)**.

**También ofrecemos servicios mejorados de traslado (transporte) para miembros que incluyen lo siguiente:**

- Quince (15) viajes de ida y vuelta por miembro al año para apoyar los determinantes sociales de las necesidades de salud. Estos pueden ser los siguientes:
  - Recursos alimentarios, como tiendas de comestibles, despensa de alimentos o mercados de agricultores.
  - WIC.
  - Cuidar a niños.
  - Entrevistas de trabajo.
  - Actividades educativas.
  - Grupos de apoyo.
- Un viaje de ida y vuelta por día a los padres o tutor para visitar a un niño hospitalizado.
- Los miembros que utilicen transporte médico que no es de emergencia podrían llevar hasta cuatro (4) niños cuando no se disponga de servicios de cuidado infantil\*.



## \* El número total de pasajeros no puede ser más de cinco.

Para programar viajes mejorados de transporte, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o hable con su administrador de cuidados. Si necesita viajar fuera del horario de atención, póngase en contacto con su especialista en transporte.

## Otros Servicios Cubiertos

- Servicios de atención de posestabilización (brindados después de haber padecido una condición médica de emergencia para mantenerlo seguro);
- Servicios de atención médica escolares;
- Servicios de clínicas de salud pública;
- Servicios del Centro de Salud Habilitado Federalmente (FQHC), y
- Servicios prestados en su departamento de salud local.

## Servicios de Valor Agregado

Oklahoma Complete Health ofrece servicios de valor agregado que cubren las necesidades de familias e individuos en nuestras áreas de servicio. Visite el sitio web de Oklahoma Complete Health en **OklahomaCompleteHealth.com** para obtener una lista completa de servicios de valor agregado.

Seleccione “SoonerSelect” en el menú de la izquierda y, a continuación, haga clic en “Benefits and Services” (Beneficios y servicios) en el lado izquierdo de la pantalla y en “Value Added Services” (Servicios de valor agregado). También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para obtener más detalles.

Beneficio	Descripción	Limitaciones
Membresías para Boys & Girls Club	<b>Oklahoma Complete Health proporcionará membresías para Boys &amp; Girls Club a los miembros de 6-18 años de edad.</b>	De 6 a 18 años de edad. Hasta \$125 por año.
Respire Mejor en Casa	<b>Oklahoma Complete Health proporciona ayuda para el autocontrol del asma a través de los siguientes beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Visitas a domicilio por parte de un administrador de cuidados o un trabajador de salud comunitaria para detectar factores desencadenantes ambientales en el hogar, como polvo, plagas, moho, etc.</li><li>• Educación en el hogar sobre el asma.</li><li>• Ayuda para dejar de fumar.</li><li>• Subsidios para ayudar con cosas como conseguir ropa de cama especial, control de plagas, limpieza de alfombras, limpiadores especiales y purificadores de aire.</li><li>• Otro nebulizador para miembros de 0 a 18 años de edad</li></ul>	Debe tener un diagnóstico de asma. Hasta \$250 por miembro por año.



Beneficio	Descripción	Limitaciones
ConnectionsPlus®	A través de ConnectionsPlus®, Oklahoma Complete Health ofrece teléfonos celulares y planes de datos sin costo a los miembros que no tienen acceso seguro y confiable a servicios telefónicos o web. ConnectionsPlus® les permite a los miembros tener acceso a proveedores, administradores de atención médica, servicios de telesalud y al 911.	Debe estar en administración de cuidados y no ser elegible para programas de teléfono federales.
Aplicación Digital Behavioral Health (BH)	Oklahoma Complete Health ofrece a los miembros acceso a myStrength® Complete, nuestra aplicación digital de BH para la educación y el asesoramiento en salud. myStrength® cuenta con herramientas en línea personalizadas para ayudar a los miembros con la depresión, la ansiedad, el estrés, el consumo de sustancias, el dolor crónico y problemas de sueño. Los miembros pueden utilizar la aplicación mediante nuestro sitio web en cualquier momento.  myStrength® también respalda los aspectos físicos y espirituales de la salud de toda la persona. Los miembros mayores de 18 años también pueden acceder a dos áreas más mediante myStrength® Complete: <ul style="list-style-type: none"><li>• Visitas virtuales a proveedores de BH.</li><li>• Asistencia para la prevención de suicidios de Choose Tomorrow.</li></ul>	De los 13 años de edad en adelante.  Debe tener 18 años o más para acceder a más beneficios.



Beneficio	Descripción	Limitaciones
<b>Apoyo educativo y habilidades laborales</b>	<p>Oklahoma Complete Health ofrece tres beneficios para ayudar a los miembros a mejorar sus calificaciones en la escuela u obtener su diploma o GED. Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutoría GED y vales de prueba para miembros de 16 años o más sin su diploma de escuela secundaria.</li> <li>• Tutoría en persona o virtual para miembros calificados en grados K-12. Los miembros deben correr el riesgo de fallar en una o más materias principales.</li> <li>• Becas en Rose State College para miembros adultos en administración de cuidados que deseen obtener la microcertificación de trabajador de salud comunitario (CHW).</li> </ul>	<p>No hay limitaciones de tutoría ni pruebas de GED.</p> <p><b>Tutoría K-12 limitada a 24 sesiones por año para miembros de la administración de cuidados que viven en los siguientes códigos postales: 73084, 73111, 73117, 73129, 73141, 74106, 74110, 74115, 74126, 74127, 74330 y 74944.</b></p> <p><b>Una beca por miembro.</b></p>
<b>Servicios de transporte mejorado</b>	<p>Oklahoma Complete Health ofrece los siguientes beneficios de transporte mejorados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quince viajes de ida y vuelta por miembro al año para apoyar los determinantes sociales de las necesidades de salud. Estos pueden ser los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Recursos alimentarios, como tiendas de comestibles, despensa de alimentos o mercados de agricultores.</li> <li>– Servicios Women, Infants, and Children (WIC).</li> <li>– Servicios de cuidado de niños.</li> <li>– Entrevistas de trabajo.</li> <li>– Actividades educativas.</li> <li>– Grupos de apoyo.</li> </ul> </li> <li>• Un viaje de ida y vuelta por día a los padres o tutores para visitar a un niño hospitalizado.</li> <li>• Los miembros que utilicen transporte médico que no es de emergencia pueden llevar hasta cuatro niños cuando no se disponga de servicios de cuidado infantil.*</li> </ul> <p><b>* El número total de pasajeros no puede ser más de cinco.</b></p>	



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Salud, bienestar y alfabetización en salud	<p>Oklahoma Complete Health ayuda a los miembros a hacerse cargo de su salud, aprender sobre sus condiciones y participar en comportamientos saludables. Los beneficios incluyen los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceso gratuito a nuestra biblioteca de salud en línea de Krames Staywell, que cuenta con más de 4,000 artículos fáciles de leer. Los miembros pueden aprender sobre bienestar, enfermedades, planes de atención, medicamentos y otros consejos y datos de salud.</li><li>• Nuestro Healthy Kids Club le envía a los miembros jóvenes una tarjeta de regalo de \$10 para un libro nuevo, un paquete de bienvenida y una tarjeta de membresía de Kids Club, además de un boletín trimestral cuando un parent o tutor los suscribe.</li><li>• Reach Out and Read, con un subsidio para servicios en Zonas de Potenciación de la Salud. Este programa asesora a las familias sobre la importancia de leer con sus hijos y comparte libros que ayudan al desarrollo saludable de la infancia.</li></ul>	
Peso saludable	<p>Oklahoma Complete Health ofrece membresías de WeightWatchers® a miembros cuyo índice de masa corporal (BMI) es igual o mayor que 30. Los miembros también pueden unirse si un proveedor remite al miembro al programa como una manera de reducir el BMI a través de una alimentación saludable y un aumento de la actividad física.</p>	De los 18 años de edad en adelante. Debe estar en administración de cuidados y cumplir con los requisitos de BMI o debe tener la remisión del médico de un proveedor.



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Inseguridad y falta de vivienda	<p><b>Oklahoma Complete Health apoya a los miembros que experimentan inseguridad o falta de vivienda haciendo lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asociarse con organizaciones que proporcionan albergue para los miembros que sufren falta de vivienda después de haber sido dados de alta de un hospital de Oklahoma City.</li> <li>Asociarse con servicios de asistencia legal para ofrecer apoyo a los miembros en la administración de cuidados que necesitan ayuda para conseguir educación, empleo, vivienda, beneficios de servicios sociales, seguridad personal y para la familia, o asuntos legales relacionados con la salud.</li> </ul>	
My Health Pays®	<p><b>Los miembros de Oklahoma Complete Health pueden ganar recompensas completando actividades saludables como exámenes anuales, pruebas y más. Gaste sus recompensas en Walmart® o en artículos de primera necesidad, como alquiler, servicios públicos y cuidado de niños*. Después de completar una actividad saludable, añadiremos los dólares de recompensa que haya ganado directamente a su tarjeta prepaga My Health Pays Visa®.</b></p> <p><b>* Las recompensas no se pueden utilizar para comprar alcohol, tabaco o productos de armas de fuego.</b></p>	
Apoyo nutricional y seguridad alimentaria	<p><b>Oklahoma Complete Health ofrece los siguientes beneficios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta \$100 al año en vales de alimentos saludables Food Rx para miembros que han dado positivo en la inseguridad alimentaria.</li> <li>Catorce comidas especiales entregadas en el hogar para miembros calificados tras el alta hospitalaria, lo que incluye a mujeres con embarazos de alto riesgo.</li> <li>Para los miembros que necesitan más asesoramiento nutricional debido a una condición crónica, ampliamos el beneficio de asesoramiento nutricional del estado, por lo que serán cuatro horas más al año.</li> </ul>	<p><b>Debe pertenecer a administración de cuidados.</b></p> <p><b>\$100 dólares al año (365 días a partir de la fecha de emisión).</b></p>



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Productos de venta libre (OTC)	<p>Oklahoma Complete Health ofrece a todos los miembros un beneficio OTC. Los fondos se pueden usar para artículos como medicamentos que traten el resfriado, la tos y la alergia, vitaminas, suplementos, preparaciones oftálmicas/óticas, analgésicos, productos gastrointestinales, primeros auxilios, productos de higiene, repelente de insectos, productos para la higiene bucal y el cuidado de la piel. Los miembros pueden ver el catálogo OTC completo en nuestro sitio web. Haga su pedido en línea (<a href="http://cvs.com/benefits">cvs.com/benefits</a>), por teléfono (1-888-628-2770, TTY: 711) o en cualquier CVS Pharmacy.</p>	Limitado a \$30 por trimestre.
Ampliación del límite de prescripción	<p>Los medicamentos importantes no contarán para el límite mensual de seis recetas de los miembros. Estos incluyen la mayoría de los medicamentos que tratan infecciones, convulsiones, salud mental, salud cardíaca y diabetes.</p>	
Pyx Health (Pyx)	<p>Pyx es una aplicación móvil que reduce el aislamiento social. Proporciona compañía y recursos a los miembros adultos que están aislados socialmente o que tienen una afección y que se beneficiarían del contacto diario mediante Pyx. Los miembros reciben llamadas telefónicas del Pyx Compassionate Call Center e interactúan diariamente mediante Pyx, un chatbot amistoso disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que proporciona una experiencia interactiva y de apoyo.</p>	Limitado a adultos en la administración de cuidados.
Ready for My Recovery	<p>Nuestro beneficio Ready for my Recovery ayuda a los miembros en su camino de recuperación. Proporciona una recompensa de \$30 de My Health Pays® por cada seis meses de participación activa en el tratamiento de recuperación, así como una mochila de recuperación que incluye una botella de agua, un kit de autocuidado, un diario, un bolígrafo e información y recursos de BH.</p>	Una mochila por miembro.



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Control de pacientes a distancia para embarazos de alto riesgo	Nuestro programa Control de pacientes a distancia combina telemedicina con tecnología celular y lecturas en tiempo real de la presión arterial, el azúcar en la sangre y la salud fetal. También proporciona acceso virtual a profesionales médicos durante el embarazo y después de este. Llame a su administrador de cuidados de Oklahoma Complete Health para aprender más sobre este servicio.	Debe estar embarazada, tener un diagnóstico de presión arterial alta y tener o estar en riesgo de tener preeclampsia. Necesita la aprobación de su proveedor.
Cuidados de relevo	Oklahoma Complete Health da hasta 48 horas más por año de servicios de relevo para miembros con servicios de relevo o enfermería de servicio privado que han utilizado todos los servicios de relevo cubiertos y basados en la comunidad. Esto ayuda a reducir el agotamiento del cuidador y permite tener tiempo para asistir a la capacitación en cuidados de crianza temporal o a las citas personales.	Requiere la aprobación del administrador de cuidados.
Exámenes físicos para hacer deportes e ir de campamento	Oklahoma Complete Health cubre los exámenes físicos de deportes o campamentos para los miembros jóvenes. El examen físico analiza lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Altura, peso y presión arterial.</li><li>• Servicios de la visión.</li><li>• El corazón y los pulmones.</li><li>• Articulaciones y movimiento.</li></ul>	Miembros que tengan entre 5-18 años de edad.



Beneficio	Descripción	Limitaciones
<b>Beneficios adicionales de Start Smart for Your Baby®</b>	<p>Además de nuestro programa Start Smart for Your Baby® basado en evidencias, los miembros obtienen varios beneficios más, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 por mes, club de pañales para miembros de 0 a 1 año.</li> <li>• Un extractor de leche de uso hospitalario para apoyar la lactancia materna (uno por embarazo).</li> <li>• Una cuna portátil y educación para que el bebé duerma de forma segura (una cuna por embarazo).</li> <li>• Acceso ilimitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a la atención virtual durante el embarazo y hasta 12 meses después del parto en condados identificados de alto riesgo. Los beneficios incluyen doulas, apoyo a la lactancia, apoyo social, transiciones de la NICU, etc.</li> <li>• Apoyo a los miembros durante el embarazo y hasta 12 meses después del parto a través de Health in Her HUE. Health in Her HUE conecta a las mujeres Afro-Americanas y las mujeres de color con proveedores de atención médica culturalmente sensibles, contenido de salud basado en evidencias, eventos de la comunidad y más.</li> <li>• Transporte a citas para las mujeres afiliadas en la administración de cuidados y que están transitando embarazos de alto riesgo.</li> <li>• Educación prenatal y clases para padres cuando son referidos por un administrador de cuidados.</li> </ul>	<p>Debe estar en la gestión de cuidados y el programa Start Smart for Your Baby®.</p> <p><b>Extractor de leche para miembros que deban dar a luz en un plazo de 6 semanas o miembros que hayan dado a luz a un bebé en los últimos 30 días (90 días en el caso de la NICU).</b></p> <p><b>Cuna para miembros que deban dar a luz en un plazo de 12 semanas o miembros que hayan dado a luz a un bebé en los últimos 30 días (90 días en el caso de la NICU) sin alternativas seguras para dormir.</b></p>
<b>Servicios para dejar de fumar</b>	<p>Oklahoma Complete Health puede brindarle ayuda si desea dejar de consumir tabaco. Dejar de fumar puede ayudar con ciertas condiciones crónicas de salud. Oklahoma Complete Health también ofrece recompensas My Health Pays® a los miembros que desean dejar de fumar. Obtenga \$25 para el primer llenado de medicamentos para dejar de fumar y \$50 por completar el programa.</p>	<p>Una recompensa al año.</p>



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Subsidios para sanación tradicional	Oklahoma Complete Health respeta sus preferencias culturales en cuanto a la atención médica. Proporcionamos un subsidio anual para la sanación ceremonial o espiritual que puede ayudar en la mejora de la salud física o conductual y bienestar general.	Se limita a \$250 por año. El miembro debe estar inscrito en una tribu reconocida federalmente.
Servicios de la visión para adultos	Oklahoma Complete Health amplía los servicios de visión cubiertos por el estado para miembros mayores de 21 años ofreciendo un examen ocular de rutina anual y \$150 para el costo de anteojos o lentes de contacto cada dos años.	De los 21 años de edad en adelante. Debe ser un proveedor de la red.
Membresías YMCA	Proporcionamos membresías de adultos y jóvenes para las YMCA locales a fin de apoyar la actividad física y un estilo de vida saludable para los miembros. La membresía de YMCA se puede renovar por hasta un año completo.	

## Servicios Alternativos

Es posible obtener otras opciones de servicio *en lugar* de servicios si tiene necesidades únicas. Su gestor de casos estará encantado de hablar con usted sobre estas opciones.

## Cuéntenos sobre su Salud

El formulario My Health Screening le hará preguntas sobre su salud actual. Su proveedor y su plan de salud utilizarán esta información para conocer cualquier cambio de salud que haya tenido o para satisfacer mejor sus necesidades de salud. Por eso es importante completar este formulario todos los años. Al tener esta información, podemos satisfacer sus necesidades de salud específicas con servicios adicionales.



### Complete el formulario My Health Screening

Hay varias formas de completar el formulario:

- 1 Vea el formulario My Health Screening en el reverso de este manual. Complételo y envíelo por correo en el sobre con franqueo prepagado.
- 2 Escanee el código QR para completar el formulario en línea.
- 3 Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** para completar el formulario en el portal para miembros.

Escanee con su teléfono para completar este formulario en el portal para miembros.

Este formulario es confidencial (privado). Asegúrese de completar un formulario por cada miembro de Oklahoma Complete Health en su hogar. Si está en nuestro programa de administración de cuidados,



un miembro de nuestro equipo de coordinación de cuidados lo llamará para completar el formulario por teléfono.

Recuerde hacerlo todos los años. Como parte de nuestro programa My Health Pays®, obtendrá una recompensa de \$10 por llenar el formulario.

## Notificación de Embarazo

### Cuide de Usted y de su Bebé

Nuestro programa Start Smart for Your Baby® ofrece asistencia y atención personalizadas para embarazadas y madres primerizas. Este programa la ayuda a enfocarse en su salud durante el embarazo y el primer año de su bebé.

#### Start Smart for Your Baby® le ofrece estos beneficios sin costo alguno:

- Información sobre el cuidado durante el embarazo y el cuidado del recién nacido.
- Ayuda comunitaria con la vivienda, comida, ropa y cunas.
- Apoyo y recursos para la lactancia materna.
- Personal médico para trabajar con usted y su proveedor si experimenta algún problema durante su embarazo.
- Consejos de salud por mensaje de texto y correo electrónico para usted y su recién nacido.

### Cómo Empezar

Si está embarazada, complete nuestro Formulario de Notificación de Embarazo en línea. También puede encontrar el formulario en el reverso de este manual. Complételo y envíelo por correo en el sobre con franqueo prepagado. Haremos un seguimiento para informarle los detalles de nuestro programa Start Smart for Your Baby®.

Gane \$25 en premios de My Health Pays® por completar la Notificación de Embarazo dentro de su primer trimestre (13 semanas) o \$10 por completarla en su segundo trimestre (semanas 14 a 27)\*.

\*Pueden aplicarse restricciones.

## Empiece a Ganar Recompensas de My Health Pays®

Ganar recompensas es fácil. Después de completar una actividad saludable, agregaremos los dólares de recompensa que haya ganado directamente a su tarjeta prepaga My Health Pays Visa®\*.

Si aún no tiene una tarjeta, le enviaremos una después de completar su primera actividad saludable. Puede seguir acumulando recompensas de My Health Pays® completando más actividades saludables. Agregaremos nuevos premios a su tarjeta una vez que se nos notifique.

Puede ganar recompensas por completar actividades como realizarse exámenes anuales, análisis y más. Canjee sus premios en tiendas, como Walmart, o en artículos de primera necesidad, como alquiler, servicios públicos y cuidado de niños\*\*.

\* Esta tarjeta prepagada My Health Pays® Visa® es emitida por The Bancorp Bank, N.A. de acuerdo con una licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta no se puede utilizar en todos los lugares donde se acepten tarjetas de débito Visa.

\*\* Las recompensas no se pueden utilizar para comprar alcohol, tabaco o productos de armas de fuego.



## Ayuda Adicional para Controlar su Salud

Gestionar la atención médica por sí solo puede ser difícil, sobre todo si se enfrenta a muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si necesita ayuda adicional para estar y mantenerse sano, podemos ayudarle. Como miembro de Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program, puede tener un administrador de cuidados en su equipo de atención médica. Un administrador de cuidados es un profesional médico especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que recibe la atención adecuada cuando y donde la necesita.

### **Su administrador de cuidados puede:**

- Coordinar sus citas y ayudarle a organizar el transporte de ida y vuelta al médico;
- Ayudarlo cuando salga del hospital o de otro entorno médico a corto plazo para que reciba los servicios que necesita en el hogar;
- Ayudarle a alcanzar sus objetivos para controlar mejor su estado de salud;
- Responder a preguntas sobre la función de sus medicamentos y cómo tomarlos;
- Realizar un seguimiento de su atención médica con sus médicos o especialistas;
- Ponerle en contacto con recursos útiles en su comunidad; y
- Ayudarle a continuar recibiendo la atención que necesita si cambia de plan de salud o de médico.

### **Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program también puede ponerle en contacto con un administrador de cuidados que se especializa en brindar apoyo para lo siguiente:**

- Obtener una remisión del médico para servicios de administración de casos.
- Ayudarlo a desarrollar un plan de cuidado único y centrado en la persona para sus necesidades físicas, conductuales y sociales.
- Organizar la atención de seguimiento para las necesidades de atención primaria y de salud conductual.
- Abordar sus necesidades sociales y comunitarias, realizando remisiones del médico a los servicios disponibles y conectándolo con los recursos de la comunidad.
- Coordinar las transiciones de atención, como en los siguientes casos:
  - Cuándo terminan los beneficios o la cobertura.
  - Cuando se pasa del cuidado pediátrico (juvenil) al cuidado de adultos.
  - Cuando se muda de un nivel diferente de atención o se le da de alta para regresar a su casa.

A fin de obtener más información sobre cómo obtener ayuda adicional para controlar su salud, consulte a su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

## Asistencia con Problemas no Relacionados con la Atención Médica

Puede ser difícil centrarse en la salud si se tienen problemas con el hogar o se está preocupado por tener alimentos suficientes para alimentar a la familia. Oklahoma Complete Health puede conectarle con recursos de su comunidad que le ayuden a gestionar problemas que van más allá de la atención médica.



Llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: 711) si desea hablar sobre recursos en áreas tales como empleo, estabilidad de vivienda, alimentos y/o transporte.

Los miembros pueden usar nuestro portal FindHelp personalizado para explorar recursos de la comunidad en su área en: **ochpublic.findhelp.com**.

## Otros Programas para Ayudarle a Mantenerse Saludable

El Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program quiere brindarle ayuda a usted y a su familia para que estén y se mantengan saludables. Si quiere dejar de fumar o es una madre primeriza que desea saber más sobre la mejor manera de alimentar a su bebé, podemos ayudarle a conectarse con el programa de apoyo adecuado.

**Llame a Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711) para obtener más información sobre:**

- Servicios de deshabituación tabáquica (apoyo para dejar de fumar o dejar el tabaco).
- SoonerStart, el programa de intervención temprana de Oklahoma está diseñado para satisfacer las necesidades de las familias con bebés o niños pequeños (desde el nacimiento hasta los 3 años) con retrasos en el desarrollo y/o discapacidades de acuerdo con la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA). El programa ofrece apoyo y recursos para ayudar a los miembros de la familia a mejorar el aprendizaje y el desarrollo de los bebés o niños pequeños a través de oportunidades de aprendizaje cotidiano.

## Beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)

Los miembros del plan menores de 21 años pueden recibir cualquier tratamiento o servicio que sea médica mente necesario para tratar, prevenir o mejorar un problema de salud. Este conjunto especial de beneficios se denomina Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). Miembros que necesitan beneficios de EPSDT:

- Pueden obtener servicios de EPSDT a través de su plan de salud.
- No tienen que pagar ningún copago por los servicios de EPSDT.
- Puede obtener ayuda para programar citas y coordinar el transporte gratuito de ida y vuelta a ellas.

Algunos de los servicios de EPSDT pueden requerir una autorización previa (PA). EPSDT incluye servicios que pueden ayudar a tratar, prevenir o mejorar el problema de salud de un miembro, que incluye, entre otros:

- |   |  |
|---|--|
| • Historial médico y de vacunación;               | • Pruebas de laboratorio y de detección;           |
| • Exámenes físicos;                               | • Atención de seguimiento necesaria; y             |
| • Diversas evaluaciones y asesoramiento de salud; | • Servicios de análisis conductual aplicado (ABA). |

Hable con el Proveedor de Atención Primaria (PCP) de su hijo si tiene dudas sobre los servicios de EPSDT. También puede encontrar más información sobre los servicios de EPSDT en línea visitando nuestro sitio web en **OklahomaCompleteHealth.com** o visitando la página web de EPSDT de SoonerCare en **oklahoma.gov/ohca/providers/types/child-health-epsdt.html**.



## Servicios No Cubiertos

**Estos son ejemplos de algunos de los servicios que no están disponibles en Oklahoma Complete Health. Si recibe cualquiera de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura:**

- Acupuntura;
- Atención quiropráctica para miembros menores de 21 años;
- Cirugía cosmética;
- Tratamiento de la infertilidad;
- Programas para adelgazar;
- Servicios de un proveedor que no sea parte de Oklahoma Complete Health, a menos que sea un proveedor que usted tiene permitido ver, tal como se describe en otra sección de este manual, o si Oklahoma Complete Health o su proveedor de atención primaria (PCP) lo envían a este proveedor;
- Servicios para los que necesita una remisión del médico (aprobación) con anticipación y no la obtuvo;
- Servicios para los que necesita una autorización previa (PA) con anticipación y no la obtuvo;
- Servicios médicos proporcionados fuera de Estados Unidos, o
- Eliminación de tatuajes.

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio está cubierto o no, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

**Es posible que deba pagar los servicios que su PCP o Oklahoma Complete Health no aprueben. Se incluyen los siguientes:**

- Servicios no cubiertos (incluidos los mencionados anteriormente);
- Servicios no autorizados; y
- Servicios proporcionados por proveedores que no son parte de Oklahoma Complete Health.

Oklahoma Complete Health puede optar por no cubrir servicios de consejería o remisión del médico debido a una objeción por motivos morales o religiosos. Actualmente, Oklahoma Complete Health no se opone a ningún servicio basado en razones morales o religiosas. Si esto cambia en el futuro, y desea abandonar nuestro plan debido a esta objeción, tiene una buena causa y el derecho a hacerlo. Consulte la página 61 para obtener más información.

### Si Recibe una Factura

En la mayoría de los casos, usted no tiene que pagar por los servicios de SoonerSelect y no debe recibir una factura de un proveedor. Es posible que tenga que pagar si acordó por escrito pagar por servicios no pagados por Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program. Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que cree que no debería pagar, no la ignore. Llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) de inmediato. Podemos ayudarlo a comprender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable del pago, Oklahoma Complete Health se comunicará con el proveedor y lo ayudará a resolver el problema.

Usted tiene el derecho a presentar una apelación si piensa que le solicitan que pague por algo que debería cubrir Oklahoma Complete Health. Consulte la sección sobre apelaciones y quejas en la página 55 de este manual para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).



## Nueva Tecnología

Oklahoma Complete Health quiere asegurarse de que usted tenga acceso a la atención médica más actualizada. Tenemos un equipo que se encarga de los avances en medicina. Esto puede incluir nuevos medicamentos, pruebas, cirugías u otras opciones de tratamiento. El equipo comprueba que los nuevos tratamientos sean seguros. Le informaremos a usted y a su proveedor acerca de los nuevos servicios cubiertos por sus beneficios.

## Copagos de los Miembros del Plan

Un “copago” es una tarifa que paga cuando recibe ciertos servicios de atención médica de un proveedor o retira medicamentos con receta de una farmacia.

### Sus Copagos en el Plan

Servicio	Importe	Explicación
Hospitalización	\$10 por día.	Hasta un máximo de \$75.
Servicios hospitalarios ambulatorios	\$4 por consulta	
Servicios de clínica ambulatoria	\$4 por consulta	
Servicios de cirugía ambulatoria	\$4 por consulta	
Servicios médicos	\$4 por consulta	
Asistente médico/asistente de anestesiólogo	\$4 por consulta	
Servicios de enfermería de práctica avanzada	\$4 por consulta	
Servicios de optometrista	\$4 por consulta	
Equipo médico duradero	\$4 por artículo.	Los suministros para las pruebas de glucosa en sangre y las jeringas de insulina tienen \$0 copago.



Servicio	Importe	Explicación
Servicios de agencia de atención médica domiciliaria	\$4 por consulta	
Servicios de clínicas de salud rurales	\$4 por consulta	
Servicios de salud conductual y abuso de sustancias - Hospitalización	\$10 por día.	Hasta un máximo de \$75.
Servicios de salud conductual y abuso de sustancias - ambulatorios	\$3 por consulta	
Laboratorio y rayos X	\$4 por consulta	
Medicamentos con receta	\$4 por receta(se aplican algunas excepciones).	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Productos para dejar de fumar \$0 copago.</li> <li>· Vitaminas prenatales \$0 copago.</li> <li>· Anticonceptivos \$0 copago.</li> <li>· Naloxona \$0 copago.</li> <li>· Tratamientos asistidos con medicamentos para el consumo de opioides \$0 copago.</li> </ul>
Vacunas recomendadas por el ACIP	Copago de \$0.	
Centros de Salud Habilitados Federalmente (FQHC)	\$4 por consulta	
Servicios de cuidados personales del plan estatal	\$4 por consulta	
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia auditiva (PT/OT/ST)	\$4 por consulta	



Servicio	Importe	Explicación
Tratamiento alternativo para la gestión del dolor	\$4 por consulta	
Prótesis y aparatos ortopédicos	\$4 por consulta	

**No hay copagos para los siguientes miembros o servicios:**

- Miembros menores de 21 años;
- Miembros que están cursando un embarazo (y en su período de posparto);
- Miembros que reciben cuidados para pacientes terminales;
- Indios americanos/nativos de Alaska;
- Niños en hogar de acogida;
- Servicios de emergencia;
- Servicios de planificación familiar;
- Servicios preventivos prestados a adultos que son parte de la expansión; o
- Servicios de eventos prevenibles por parte del proveedor;
- Miembros a quienes el estado ha asignado una exención de ; o
- Miembros que han cumplido con su cuota de costo mensual.

Si tiene preguntas sobre el transporte, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY **711**).



# **PARTE III:**

# **PROCEDIMIENTOS DEL**

# **PLAN**



## Programa de Bloqueo de Farmacia

Para proteger la salud de nuestros miembros, Oklahoma Complete Health cuenta con un programa de bloqueo de farmacia. Esto es para los miembros que abusan o hacen un mal uso de los medicamentos recetados. Los miembros están asignados a una farmacia y a un médico. Usted puede cambiar de médico o farmacia una vez al año a menos que tenga una situación especial como mudarse. Si usted es colocado en el programa, usted puede estar inscrito por un mínimo de dos años. Revisaremos su inscripción al menos una vez al año. Usted puede apelar ser colocado en el programa de bloqueo. Consulte la sección sobre apelaciones y quejas en la página 55 de este manual para obtener más información.

## Autorización Previa y Acciones de Servicio

Oklahoma Complete Health deberá aprobar algunos tratamientos y servicios antes de que los reciba. Es posible que Oklahoma Complete Health también deba aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted continúe recibiéndolos. Esto se denomina autorización previa. Para obtener una lista de los servicios que requieren una autorización previa, consulte la tabla en la sección “Servicios cubiertos por la Red de Salud Completa de Oklahoma Complete Health” de este manual, página 16.

**Típicamente, su proveedor de atención primaria (PCP) le presentará la autorización previa a Oklahoma Complete Health a través del portal del proveedor. Solicitar la aprobación para un tratamiento o servicio se denomina una solicitud de autorización previa. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios es necesario:**

- Usted o su médico pueden llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para preguntar más acerca de la autorización previa. Sin embargo, todos los envíos de autorización previa oficial deben realizarse a través de nuestro portal para proveedores.

## Solicitud de Autorización Previa para Niños Menores de 21 Años

Se aplican reglas especiales a las decisiones de aprobación de servicios médicos para niños menores de 21 años que reciben servicios de Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). Para obtener más información sobre los servicios de EPSDT, consulte la página 47 o visite **OklahomaCompleteHealth.com**.

### ¿Qué Sigue una Vez que Recibimos su Solicitud de Autorización Previa?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que le prometemos. Los profesionales de la salud calificados (como médicos y enfermeras) están en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó está cubierto por nuestro plan y que lo ayudará con su condición médica. Para ello, revisan su plan de tratamiento según los estándares médicamente aceptables.



Después de que recibamos su solicitud, la revisaremos según un proceso estándar o acelerado (acelerado). Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. Si se rechaza su solicitud de revisión acelerada, se lo informaremos y su caso será manejado según el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como lo requiera su condición médica, sin exceder los límites de tiempo detallados en la siguiente sección de este manual.

Les comunicaremos a usted y a su proveedor por escrito si su solicitud ha sido aprobada o denegada. También le comunicaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tendrá para apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Cualquier decisión de rechazar o aprobar una solicitud de autorización previa de servicios por una cantidad que sea menor que la solicitada se denomina determinación adversa de beneficios. Estas decisiones serán tomadas por un profesional médico. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados criterios de revisión clínica, que se utilizan para tomar decisiones sobre acciones relacionadas con la necesidad médica.

## Plazos de Autorización Previa

Revisaremos su solicitud de autorización previa en los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la misma. Las decisiones de autorización pueden ampliarse hasta 14 días naturales si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada (rápida):** Tomaremos una decisión sobre su solicitud y recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Salud del Comportamiento del Paciente Interno:** Tomaremos una decisión acerca de su solicitud dentro de 24 horas.

Si se necesita información adicional para tomar la decisión, la revisión podría tardar hasta 14 días en total. Si esto sucede, Oklahoma Complete Health le enviará un aviso por escrito junto con información sobre cómo presentar una apelación en la extensión.

En la mayoría de los casos, si recibe un servicio y se realiza una nueva solicitud para seguir recibiendo un servicio, debemos informarle al menos 10 días antes de cambiar el servicio si decidimos reducir, detener o restringir el servicio. **Si aprobamos un servicio y usted comenzó a recibarlo, no lo reduciremos, cancelaremos ni restringimos durante el período de aprobación, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información falsa o errónea.**

En caso de negarle el pago por un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor en la fecha de negación del pago. Estos avisos no son facturas.

## Revisión de Utilización

El Programa de Revisión de Utilización (UR) de Oklahoma Complete Health revisa los servicios para garantizar que la atención que reciba sea la mejor manera de ayudar a su condición médica. Esto incluye revisar sus notas médicas y hablar con su médico, hospital u otros proveedores de atención



médica. Existen diferentes tipos de métodos de UR y plazos para las decisiones y notificaciones. Los procedimientos de UR incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Revisiones de servicio previo (antes de recibir el servicio).
- Revisión concurrente urgente (mientras usted está recibiendo el servicio).
- Revisión retrospectiva (después de haber recibido los servicios).

## **Usted Puede Ayudar con las Políticas del Plan**

Nosotros valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar políticas que presten mejores servicios a nuestros miembros . Tal vez le gustaría trabajar con uno de los comités miembros de nuestro plan de salud o con OHCA, como:

- Junta Consultiva de Oklahoma Complete Health; y/o
- Junta Consultiva de Salud Conductual (Bhab) de Oklahoma Complete Health.

Llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

## **Apelaciones**

Si usted no está satisfecho con nuestra decisión sobre su cuidado o recibió una determinación adversa de beneficios, usted tiene el derecho de presentar una apelación.

### **Para presentar una apelación, escriba a:**

Oklahoma Complete Health  
ATTN: Appeals  
P.O. Box 10353  
Van Nuys, CA 91410-0353  
Fax: **1-833-522-2803**

### **Para apelaciones de salud conductual, escriba a la siguiente dirección:**

Oklahoma Complete Health  
ATTN: Appeals Department  
P.O. Box 10378  
Van Nuys, CA 91410-0378  
Dirección de Correo Electrónico: **APPEALS@cenpatico.com**  
Fax: **1-866-714-7991**

### **Para apelaciones de farmacia, escriba a:**

Oklahoma Complete Health  
ATTN: Pharmacy Appeals  
P.O. Box 31398  
Tampa, FL 33631-3398  
Fax: **1-888-865-6531**

Las apelaciones verbales o de igual a igual pueden iniciarse llamando al **1-833-331-1515**.

**Para presentar una apelación por teléfono,** llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).



Si no está satisfecho con una acción que tomamos o lo que decidimos sobre su solicitud de autorización previa (PA), consulte la página 53 sobre autorizaciones y acciones previas, puede presentar una apelación en cualquier momento. Usted puede presentar una apelación o una solicitud para que revisemos la decisión. Tiene 60 días después de que le envíemos una notificación de denegación (aviso de determinación adversa de beneficios) para presentar una apelación.

Puede hacerlo usted mismo o, con su consentimiento por escrito, su representante autorizado o su proveedor pueden llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o visitar nuestro sitio web en **OklahomaCompleteHealth.com** si necesita ayuda para presentar una apelación.

La apelación puede realizarse por teléfono o por escrito. No tiene que utilizar ningún término específico o legal, si indica claramente que no está satisfecho con la decisión que hemos tomado. Podemos ayudarle a llenar el formulario de apelación. Si lo necesita, se le proporcionara ayuda y servicios auxiliares si lo solicita y de forma gratuita.

**Si su revisión de apelación necesita ser revisada más rápidamente que el plazo estándar debido a que usted tiene una necesidad inmediata de servicios de salud, usted puede solicitar una apelación acelerada en lugar de una apelación estándar.**

- **Apelaciones estándar:** Si contamos con toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en 30 días hábiles a partir de su apelación.
- **Apelaciones agilizadas (por vía rápida):** Si tenemos toda la información que necesitamos, le llamaremos y le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación. Le informaremos de que hemos recibido su apelación acelerada en un plazo de 24 horas.

Usted puede presentar una queja (vea la página 59 para obtener más información sobre quejas) si su solicitud de una apelación acelerada es negada.

Usted no será maltratado ni discriminado por presentar una apelación.

Antes y durante la apelación, usted o su representante pueden ver el archivo de su caso, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se utilice para tomar una decisión sobre su caso.

Puede hacer preguntas y brindar cualquier información (incluidos nuevos documentos médicos de sus proveedores) que considere que nos ayudarán a aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.

Si necesita ayuda con el proceso de apelaciones, tiene preguntas o desea comprobar el estado de su apelación, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

## Más Información para Apelaciones

**Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada (más rápida) sobre su apelación, haremos lo siguiente:**

- Le escribiremos para comunicarle qué información se necesita. Lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación por escrito más tarde.
- Le explicaremos por qué la demora es para su propio beneficio.
- Tome una decisión no más tarde de 14 días a partir de la fecha de decisión original.



Si necesita más tiempo para recopilar sus documentos e información, simplemente solicítelo. Usted, su proveedor o alguien en quien usted confía, puede pedirnos que retrasemos su caso hasta que esté listo. Queremos tomar la decisión que mejor cuide su salud. Puede solicitar más tiempo llamando a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o escribiendo a la dirección correspondiente que figura en la página anterior.

## Nuestra Decisión sobre Su Apelación

Si estamos de acuerdo con usted en que no deberíamos haber reducido o interrumpido los servicios que ya estaba recibiendo, le enviaremos una notificación de resolución de la apelación diciéndole que le otorgamos su apelación. Si todavía no estamos de acuerdo con usted y creemos que teníamos razón al haber reducido o interrumpido los servicios que ya estaba recibiendo, le enviaremos una notificación de resolución adversa de la apelación informándole que hemos denegado su apelación. Si no está de acuerdo con la resolución adversa de la apelación, tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Vea la siguiente sección en la página 57 para detalles importantes sobre el tiempo y la presentación de su solicitud.

## Su Atención Mientras Espera una Decisión

Mientras espera una decisión y la decisión del plan de salud reduce o interrumpe un servicio que ya está recibiendo, puede solicitar que continúen los servicios que su proveedor ya había indicado mientras tomamos una decisión sobre su apelación. También puede solicitarle a un representante autorizado que realice esta solicitud en su nombre. No se permite a los proveedores pedir que sus servicios continúen para usted.

Mientras espera que tomemos una decisión sobre su apelación, si desea continuar con los servicios que ya estaba recibiendo, asegúrese de pedirnos que continuemos con esos servicios en el momento en que presente su apelación.

Si continuamos con los servicios que usted ya estaba recibiendo, pagaremos por esos servicios si su apelación se decide a su favor. **Es posible que su apelación no cambie la decisión que el plan de salud tomó sobre sus servicios.**

Si su apelación no cambia la decisión del plan de salud, es posible que deba pagar por los servicios que recibió mientras esperaba la decisión. Si no está conforme con el resultado de su apelación, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado (consulte la siguiente sección de este manual).

## Audiencias Imparciales del Estado

Si después de recibir una notificación de resolución adversa a su apelación aún no está de acuerdo con la decisión que tomamos que redujo, detuvo o restringió sus servicios, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Una Audiencia Imparcial del Estado es su oportunidad de brindar más información y presentar hechos, y de hacer preguntas sobre nuestra decisión ante un juez de la ley administrativa. El juez de la Audiencia Imparcial del Estado no forma parte de su plan de salud de ninguna manera.

Si desea continuar con los beneficios mientras espera la decisión del juez de derecho administrativo sobre su Audiencia Imparcial del Estado, debe decirlo en el momento en que solicite una Audiencia Imparcial del Estado.



**Si necesita ayuda para comprender el proceso de la Audiencia Imparcial del Estado,** puede llamar al Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Usted no tiene que usar ningún lenguaje legal o formal especial para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado siempre y cuando declare claramente que no está satisfecho con la decisión que tomamos.

## **Su Cuidado Mientras espera una Decisión sobre su Audiencia Imparcial del Estado**

**Si solicitó y recibió servicios continuados durante su apelación, debemos continuar proporcionando esos servicios hasta que realice una de las siguientes acciones:**

- Usted retira su apelación o su solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado, o
- Un oficial de Audiencia Justa Estatal emita una decisión de audiencia que no está de acuerdo con usted.

También puede solicitarle a un representante de confianza que realice esta solicitud en su nombre.

Si solicita al plan de salud que continúe con los servicios que ya recibe durante la apelación, el plan de salud pagará esos servicios si la apelación se resuelve a su favor. Es posible que su Audiencia Imparcial del Estado no cambie la decisión que el plan de salud tomó sobre sus servicios.

## **Solicitar una Audiencia Imparcial Estatal**

Usted no tiene que usar ningún lenguaje legal o formal especial para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado, siempre y cuando declare claramente que no está satisfecho con la decisión que tomamos.

Primero debe presentar una apelación ante Oklahoma Complete Health y recibir nuestra decisión antes de solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Si no decidimos su apelación dentro de los 30 días siguientes a su solicitud de apelación, también puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.

Usted no necesita un abogado para su Audiencia Imparcial del Estado, pero puede usar uno. Usted puede representarse a sí mismo o permitir que otra persona lo represente. Si usted permite que alguien más le represente, tendrá que demostrar por escrito que usted pidió su ayuda. Sin esta prueba escrita, su apelación será rechazada.

**Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado en cualquier momento dentro de los 120 días siguientes al día en que le enviamos la notificación de resolución adversa. Puede usar una de las siguientes formas para solicitar una Audiencia Imparcial:**

Teléfono: **1-405-522-7217**

Correo electrónico: **docketclerk@okhca.org**

Por correo: **Oklahoma Health Care Authority**  
**ATTN: Appeals Unit**  
**4345 N Lincoln Blvd**  
**Oklahoma City, OK 73105**



## Si Tiene Problemas con su Plan de Salud

Esperamos que nuestro plan de salud le sea satisfactorio. Si tiene algún problema, hable con su proveedor de atención primaria (PCP), llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o escriba a:

**Oklahoma Complete Health**  
Attn: Grievance Department  
P.O. Box 10353  
Van Nuys, CA 91410-0353

La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si usted tiene un problema con su plan de salud, cuidado, proveedor o servicios, puede presentar su reclamo a Oklahoma Complete Health. **Este tipo de reclamo se denomina queja.** Los problemas que no son resueltos de inmediato por teléfono, y cualquier queja que llegue por correo, serán manejados de acuerdo con los procedimientos de quejas que se describen a continuación.

Puede pedir a alguien de su confianza (su representante autorizado) que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción o ayuda para completar formularios, podemos ayudarlo. No haremos las cosas más difíciles para usted ni tampoco tomaremos represalias en contra de usted por presentar una queja.

Si necesita este material en otro idioma o formato, puede obtener servicios de traducción sin costo alguno. Esto incluye ayudas escritas, visuales y audibles. Llame a Oklahoma Complete Health al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para solicitar estos servicios.

También puede presentar un reclamo con el Departamento de Seguros de Oklahoma visitando [oid.ok.gov/consumers/file-an-online-complaint](http://oid.ok.gov/consumers/file-an-online-complaint).

## Si No Está Conforme con su Plan de Salud: Cómo Presentar una Queja (Reclamo)

**Si no está satisfecho con su plan de salud, proveedor, atención o sus servicios de salud, puede presentar una queja (un reclamo formal) con Oklahoma Complete Health. Puede presentar una queja por teléfono o por escrito.**

- También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

- Para presentar su queja por escrito, puede escribirnos con su queja a:

**Oklahoma Complete Health**  
Attn: Grievance Department  
P.O. Box 10353  
Van Nuys, CA 91410-0353

## ¿Qué Sigue Después?

- Le informaremos por escrito que recibimos su queja dentro de los 10 días naturales posteriores a su recepción.
- Revisaremos su queja y le diremos cómo lo resolvimos por escrito dentro de los 30 días desde la fecha de recepción su queja.
- Le diremos cómo lo resolvimos por escrito dentro de los 3 días después de resolver la queja.



- Podemos extender el plazo de resolución de su queja por 14 días si necesitamos tiempo adicional para resolverla. Esto debe ser en pos de su beneficio.
- Si ampliamos su queja, le informaremos en un plazo de dos días y le enviaremos por correo una carta de notificación por escrito. También puede solicitar una extensión de su queja.

## Su Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o de Médicos

- Si deja Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program, compartiremos su información de salud con su nuevo plan. Usted puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su seguro de salud anterior o SoonerCare, incluso si el proveedor que está consultando es un proveedor fuera de la red. Las autorizaciones previas se respetarán hasta que se utilicen los servicios o hasta 90 días después de que comiencen los beneficios de su nuevo plan, lo que ocurra primero. Después de eso, le ayudaremos a encontrar un proveedor de nuestra red para obtener servicios adicionales si los necesita.
- Si está embarazada cuando se une a Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program, puede continuar con la atención que estaba recibiendo antes de unirse a nuestro plan. Puede seguir acudiendo a su médico, aunque sea un proveedor fuera de la red. Si está recibiendo quimioterapia o radioterapia, diálisis, servicios de trasplante de órganos o tejidos principales, cirugía bariátrica, tratamiento con Synagis, medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C o si tiene una enfermedad terminal, cuando cambie de plan puede continuar.
- Los niños que reciben servicios privados de enfermería seguirán recibiendo dichos servicios. Estos servicios solo cambiarán si realizamos una nueva evaluación y determinamos que su hijo necesita diferentes servicios.
- Continuaremos cubriendo sus servicios fuera del estado y/o asistencia para comidas y alojamiento si ya se está recibiendo de SoonerCare cuando usted se une a nuestro plan.
- Si usted está recibiendo servicios para la hemofilia, esos servicios continuarán siendo proporcionados por sus proveedores actuales de hemofilia por hasta 90 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Luego de 90 días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red.
- Si usted está en un plan de tratamiento actual y está recibiendo servicios de salud conductual, puede seguir viendo a su(s) proveedor(es) de tratamiento de salud del comportamiento actual hasta por 90 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Luego de 90 días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red.
- Si está esperando equipo médico duradero o suministros autorizados y solicitados antes de unirse a nuestro plan, le brindaremos ayuda para recibir estos artículos a tiempo.
- Si su PCP deja Oklahoma Complete Health, le informaremos por escrito dentro de los 15 días naturales desde que nosotros recibimos tal información. Le indicaremos cómo elegir un nuevo PCP o elegiremos uno por usted si no lo hace.
- Si está en un plan de tratamiento actual para una condición médica crónica o aguda, puede continuar el tratamiento durante el período actual o el tratamiento activo, o hasta 90 días naturales, lo que suceda primero. Después de este período, podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.



- Si está transitando un embarazo y se encuentra en el segundo o tercer trimestre, puede continuar con su cuidado durante el período de posparto que comienza inmediatamente después del parto y se extiende por unas seis semanas. Después de este período, podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

## Derechos y Responsabilidades de los Miembros

### Sus Derechos

#### Como miembro de Oklahoma Complete Health, tiene derecho a:

- Recibir información sobre el programa SoonerSelect y Oklahoma Complete Health.
- Ser tratado con respeto y con consideración por su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, de una manera que usted entienda, independientemente del costo o beneficio de cobertura.
- Participar en la toma de decisiones con respecto a su propia atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que se enmienden o corrijan de acuerdo con las Reglas HIPAA y otras leyes y normativas federales y estatales aplicables.
- Obtener servicios de atención médica disponibles y accesibles cubiertos por Oklahoma Complete Health.
- Expresar sus reclamos o apelaciones sobre Oklahoma Complete Health o sobre la atención que proporciona.
- Obtener una copia de los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Ejercer sus derechos sin que Oklahoma Complete Health o sus proveedores participantes lo traten de manera diferente.

### Sus Responsabilidades

#### Como miembro de Oklahoma Complete Health, usted acepta las siguientes responsabilidades:

- Dar a Oklahoma Complete Health y a los proveedores la información médica precisa y completa que necesitan para brindarle atención médica.
- Seguir las instrucciones del plan para la atención que haya acordado con sus profesionales.
- Comprender sus problemas de salud.
- Trabajar con su proveedor para elaborar un plan de tratamiento con el que ambos estén de acuerdo.



- Revisar la información de Oklahoma Complete Health, corregir las inexactitudes y permitir que las agencias gubernamentales, empleadores y proveedores divulguen registros al OHCA o a Oklahoma Complete Health.
- Notificar a OHCA u Oklahoma Complete Health dentro de 10 días si hay cambios en los ingresos, el número de personas que viven en el hogar, cambios en la dirección o el buzón de correo, o cambios en el seguro de salud.
- Transferir, asignar y autorizar al OHCA todas las reclamaciones que pueda tener contra el seguro médico, las compañías de seguros de responsabilidad u otros terceros. Esto incluye pagos por servicios médicos realizados por OHCA para cualquier dependiente.
- Trabajar en las solicitudes de asistencia de la Oficina de Servicios de Manutención de Menores de OHS.
- Permitir que SoonerCare cobre pagos de cualquier persona que tenga que pagar por la atención médica.
- Comparta la información médica necesaria con cualquier compañía de seguros, persona o entidad que sea responsable de pagar la factura.
- Inspeccione cualquier expediente médico para ver si las reclamaciones por servicios pueden ser pagadas.
- Obtener permiso para que los Servicios Humanos de Oklahoma o la Autoridad de Cuidado de Salud de Oklahoma tomen decisiones de pago o sobre pago.
- Guardar su tarjeta de identificación y conocer su número de Seguro Social para recibir servicios de atención médica o recetas.
- Confirme que cualquier atención recibida está cubierta.
- Entender cómo y cuándo solicitar servicios de transporte médico que no es de emergencia.
- Distribución de costos:
- Asegúrese de que toda la información proporcionada al OHCA a Oklahoma Complete Health sea completa y verdadera bajo pena de fraude o perjurio.

## Opciones de Cancelación de Inscripción

### **Si Usted Quiere Irse del Plan**

Puede probar nuestros servicios durante 90 días. Usted puede dejar Oklahoma Complete Health y unirse a otro plan de salud en cualquier momento durante los primeros 90 días desde que recibe beneficios del plan de salud. No es necesario tener una razón para cambiar de plan.

También puede cambiar de plan de salud una vez cada 12 meses. Este cambio se produce a través de la inscripción abierta.

**Si desea dejar Oklahoma Complete Health en cualquier otro momento, puede hacerlo solamente con un buen motivo (con causa). Algunos ejemplos de buena causa incluyen:**

- Usted necesita que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo, no todos los servicios están disponibles dentro de la red de Oklahoma Complete Health, y obtener los servicios por separado pondría en riesgo su salud,



- Tiene una condición médica compleja y otro plan de salud puede satisfacer mejor sus necesidades,
- Ha presentado y ganado una queja sobre la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios que debemos proporcionar, la falta de acceso a proveedores experimentados en atender sus necesidades, o cualquier otro problema que respalde la cancelación de la inscripción,
- Se ha inscrito por error, y
- Usted necesita servicios que Oklahoma Complete Health no proporciona por razones morales o religiosas. Para más información sobre servicios no cubiertos por razones morales o religiosas, por favor vea la siguiente sección.

Si usted tiene una buena razón para cancelar la inscripción en Oklahoma Complete Health, debe presentar su solicitud usando el proceso de quejas en la página 59. Revisaremos la solicitud dentro de los 10 días siguientes a la presentación de la queja. Si usted no está satisfecho con la decisión de cancelación de la inscripción, le referiremos la solicitud a la Oklahoma Health Care Authority para la decisión final.

Oklahoma Complete Health puede optar por no cubrir ciertos servicios debido a una objeción por motivos morales o religiosos. Actualmente, Oklahoma Complete Health no se opone a ningún servicio basado en razones morales o religiosas. Si esto cambia en el futuro, y desea abandonar nuestro plan debido a esta objeción, tiene derecho a hacerlo. Se considera una buena causa.

## **Podría no ser Elegible para SoonerSelect**

**Es posible que tenga que abandonar Oklahoma Complete Health si:**

- Ya no es elegible para los beneficios de Medicaid Si usted no es elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden cesar de inmediato.
- Comienza a recibir servicios de Medicare.
- Transición a un grupo de elegibilidad que no participa en SoonerSelect.
- Convertirse en un niño de acogida bajo custodia estatal.
- Convertirse en un menor en el sistema de justicia bajo custodia estatal.
- Convertirse en un recluso de una institución pública.
- Cometer fraude o proporcionar información fraudulenta.
- Es ordenado por un oficial de audiencias o un tribunal.

## **Podemos Pedirle que Abandone Oklahoma Complete Health**

**También puede perder su membresía de Oklahoma Complete Health si:**

- causa abuso o daño a los miembros del plan, proveedores o el personal; o
- Se inscribieron por error.
- Tener una condición médica compleja y otro plan de salud puede satisfacer mejor sus necesidades.
- No completa los formularios de manera honesta o no da información verdadera (comete fraude) Esto se considera fraude.



## Instrucciones Anticipadas

Puede llegar un momento en el que usted no pueda administrar su propia atención médica y un miembro de su familia u otra persona cercana esté tomando decisiones en su nombre. Al planificar con anticipación, puede coordinar hoy que sus deseos se lleven a cabo. Una directiva anticipada es un conjunto de instrucciones que usted proporciona en relación con la atención médica y de salud mental que desea, que podría ser útil si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo. Por ejemplo, algunas personas no quieren que se las pongan en máquinas de soporte vital si entran en coma.

Realizar instrucciones anticipadas es su decisión. Si no puede tomar sus propias decisiones y no tiene un documento de directivas anticipadas, su proveedor consultará con alguien cercano a usted sobre su atención médica. Se recomienda enfáticamente hablar ahora sobre sus deseos de tratamiento con su familia y amigos, ya que esto ayudará a asegurar que usted reciba el nivel de tratamiento que desea si ya no puede decirles a sus proveedores de atención médica lo que desea. Sus directivas anticipadas, sin importar el tipo, deben entregarse a su proveedor de atención primaria (PCP) y a su administrador de cuidados a Oklahoma Complete Health.

Oklahoma cuenta con tres maneras de realizar una directiva anticipada formal. Estas incluyen un testamento vital, un poder notarial para atención médica, e instrucciones anticipadas para el tratamiento de la salud mental.

**Puede cancelar su instrucción anticipada en cualquier momento, sin tener en cuenta su salud médica o mental, y si cualquiera de las siguientes afirmaciones es cierta:**

- Si la miembro está embarazada y el médico lo sabe, la paciente embarazada debe recibir tratamiento de mantenimiento de la vida a menos que la paciente haya autorizado específicamente a suspender el tratamiento durante el transcurso del embarazo.
- Si un médico no puede o no desea proporcionar cuidado según la instrucción anticipada, Oklahoma Complete Health procesará la información. El médico transferirá la atención del paciente a otro médico para cumplir con las decisiones médicas del paciente. Si la denegación del tratamiento, según un criterio médico razonable, puede resultar en la muerte del paciente, el médico **debe cumplir** con la decisión de tratamiento médico pendiente de la transferencia del paciente a un médico u otro proveedor de atención médica que esté dispuesto a cumplir con la decisión.
- Una instrucción anticipada de otro estado es válida en la medida en que no exceda las autorizaciones permitidas bajo la ley de Oklahoma. Debe haber sido ejecutado por la persona a la que se aplica la directiva, y debe autorizar específicamente la retención/retirada de la nutrición artificial/hidratación y ser firmado.

## Testamento Vital

**En Oklahoma, un testamento vital es un documento legal que les informa a otros que usted desea tener una muerte natural en los siguientes casos:**

- Si tiene una enfermedad incurable con una condición irreversible que provocará su muerte dentro de un breve período;
- Si está inconsciente y su médico determina que es altamente improbable que recupere la conciencia, o
- Si presenta demencia avanzada o una afección similar que produzca una pérdida cognitiva importante y es muy improbable que la afección se revierta.



En un testamento vital, puede indicarle a su médico que no utilice ciertos tratamientos que prolongan la vida, como un respirador mecánico (denominado “respirador” o “ventilador”), o que deje de suministrarle alimentos y agua por una sonda de alimentación.

Un testamento vital solo entrará en vigor cuando su médico junto con otro médico determinen que usted cumple con una de las condiciones especificadas en el testamento vital. Se recomienda encarecidamente que hable ahora de sus deseos con sus amigos, su familia y su médico para que puedan ayudarlo a asegurarse de que recibe el nivel de atención que desea al final de su vida.

## Poder Legal de Atención Médica

Un poder legal para la atención médica es un documento legal en el que usted puede nombrar a una o más personas como sus agentes de atención médica para que tomen decisiones médicas y de salud conductual por usted cuando ya no pueda decidir por sí mismo. Siempre puede indicar qué tratamientos médicos o de salud conductual le gustaría recibir o no. Debe elegir a un adulto en quien confíe como su agente de atención médica. Discuta sus deseos con las personas que quiere como sus agentes antes de ponerlos por escrito. Su apoderado designado podrá tener acceso a su información y registros médicos, durante el tiempo que esa persona sea así designada, hasta su muerte.

Una vez más, siempre es útil conversar sobre sus deseos con su familia, amigos y médico. Un poder notarial de atención médica entrará en vigor cuando un médico declare por escrito que usted ya no puede realizar ni comunicar sus elecciones de atención médica. Si, debido a creencias morales o religiosas, no desea que un médico realice esta determinación, la ley proporciona un proceso para que lo haga una persona diferente de un médico.

El poder legal para la atención médica se hace efectivo cuando el médico que atiende determina que el miembro ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica, a menos que el miembro haya elegido que la autoridad del agente surta efecto tras la ejecución del poder legal para la atención médica.

## Instrucción Anticipada para el Tratamiento de la Salud Mental

Una instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental es un documento legal que les indica a los médicos y a los proveedores de salud mental qué tratamientos para la salud mental le gustaría recibir y cuáles no si en un futuro no puede tomar sus propias decisiones. También se puede utilizar para nombrar a una persona a fin de que actúe como tutor si se inician los procedimientos de tutoría. Su instrucción anticipada para el tratamiento de la salud conductual puede ser un documento separado o combinado con un poder notarial de atención médica o un poder notarial general. Un médico o un proveedor de salud conductual pueden seguir una instrucción anticipada relacionada con la salud conductual cuando su médico o un psicólogo elegible determine por escrito que usted ya no puede tomar ni comunicar sus decisiones de salud conductual.

**Usted puede cambiar de opinión y también dichos documentos en cualquier momento.**

**Podemos ayudarlo a comprender o a conseguir dichos documentos.** Estos no modificarán su derecho a los beneficios de atención médica de calidad. El único objetivo es permitir que otras personas sepan lo que quiere si no puede hablar por usted mismo. Hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros, al **1-833-752-1664** (TTY: **711**), si tiene preguntas sobre las instrucciones anticipadas.



## Fraude, Dispendio y Abusos

**Si sospecha que alguien está cometiendo un fraude de Medicaid, infórmelo. Algunos ejemplos de fraude de Medicaid incluyen (no limitado a):**

- Una persona no informa todos los ingresos ni otro seguro de salud al solicitar Medicaid;
- Una persona que no obtiene Medicaid usa una tarjeta de miembro de Medicaid con o sin el permiso del miembro, o
- Un médico o una clínica facturan por servicios que no fueron brindados o que no fueron médicaamente necesarios.

**Denuncie sospechas de fraude y abuso de alguna de las siguientes maneras:**

- Llame a la Línea Directa de Ética y Cumplimiento contra el Fraude de Oklahoma Complete Health al **1-866-685-8664**.
- Llame a la Línea de Información sobre Fraude, Despilfarro y Abuso de los programas de Medicaid a través de la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos de OK al **1-800-784-5887**.
- Llame a la Línea de Fraude de la Oficina del Inspector General de EE. UU. al **1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)** (TTY: **1-800-377-4950**).

## Números de Teléfono Importantes

- Servicios para Miembros: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).
- Línea de crisis de salud conductual: **988**, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Línea de Asesoramiento de Enfermería: 24 horas al día, 7 días a la semana al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).
- Línea de Ayuda de SoonerCare: **1-800-987-7767**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
- Línea de Servicio para Proveedores: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).
- Línea de Servicio para Profesionales que Expiden Recetas: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).
- Servicios de Asistencia Legal Gratuita de Oklahoma: de lunes a jueves, de 9 a.m. a 4 p.m. al **1-888-534-5243**.
- Número de teléfono del Registro de Directivas Avanzadas de Atención de la Salud: **1-405-426-8030**.
- Línea de Consejos sobre Fraude, Dispendio y Abusos de Medicaid de OK a través del Departamento de Servicios Humanos de OK, Oficina del Inspector General: **1-800-784-5887**.
- Línea de Dispendio del Auditor del Estado: **1-405-521-3495**.
- Línea de Fraude de la Oficina del Inspector General de EE. UU.: **1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)** (TTY: **1-800-377-4950**).



## Manténganos Informados

**Llame a Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711) siempre que ocurran estos cambios en su vida:**

- Cambio en su elegibilidad en Medicaid;
- Queda embarazada o da a luz;
- Se produce un cambio en la cobertura de Medicaid para usted o sus hijos;
- Alguien en su hogar pasa a estar bajo la custodia del estado;
- Empieza a recibir Medicare, o
- Usted se muda de hogar.

## Notificación de la Responsabilidad de Terceros (TPL)

**Notifique a Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711) o a la Línea de Ayuda de SoonerCare de la Oklahoma Health Care Authority (OHCA) al 1-800-987-7767 si:**

- El número de integrantes de su familia cambia.
- Usted se muda del estado o tiene otros cambios de dirección.
- Usted obtiene o tiene cobertura de salud en virtud de otra póliza, otro tercero, o si hay cambios en la cobertura que usted tiene registrada.
- Usted tiene un reclamo de compensación de trabajadores, una demanda pendiente de lesiones personales o negligencia médica, o está involucrado en un accidente de auto.



# **PARTE IV: INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y BIENESTAR**

Oklahoma Complete Health quiere que usted y su familia lleven una vida saludable. Es por eso que tenemos recursos de educación sobre la salud para usted. Estos recursos pueden darle información para ayudarlo a tomar decisiones saludables para usted y su familia.

### **Biblioteca de Salud de Krames**

- Fácil acceso a más de 4,000 hojas educativas sobre salud y medicamentos. ¿No está seguro de qué hacer cuando tiene un resfriado o gripe? ¿O cuánto protector solar aplicar? ¿O qué hacer si usted está esperando un niño? Busque estos temas y más en esta Biblioteca de Salud de Krames.

### **Healthy Kids Club**

- Ofrece un nuevo libro, paquete de bienvenida, boletín trimestral y actividades en línea para los niños y sus padres o tutores.

### **MyStrength® Complete**

- Todos tenemos nuestras luchas. Encontrar apoyo para centrarse en su salud emocional es importante. myStrength® Complete cuenta con programas de aprendizaje electrónico personalizados para ayudar a los miembros con depresión, ansiedad o consumo de sustancias (drogas o alcohol).
- Cada programa personalizado cuenta con herramientas, ejercicios semanales e inspiración diaria en un ambiente seguro y privado.
- myStrength® Complete también tiene información sobre cómo encontrar recursos para apoyar su salud emocional.



## Cómo protegemos su Información Personal de Salud (PHI)

### Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Formamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Comunicamos su PHI solo por razones comerciales a personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o la almacenamos.
- Utilizamos tecnología para evitar que personas indebidas accedan a su PHI.

### Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnia e idioma (REL), orientación sexual e identidad de género (SOGI). Estas son algunas de las formas en que protegemos su información:

- Guardamos los documentos impresos en archivadores cerrados con llave.
- Nos aseguramos de que los datos electrónicos estén en un medio seguro.
- Mantenemos sus datos electrónicos en archivos que utilizan contraseñas.

### Podemos usar o divulgar su información REL y SOGI para realizar nuestras operaciones. Esto puede incluir:

- Hacer programas para mantenerse saludable.
- Informar a los proveedores sobre sus necesidades lingüísticas.
- Evaluar las disparidades en la atención médica.

Nunca utilizaremos su información de REL y SOGI con propósitos de suscripción, fijación de tarifas ni determinaciones de beneficios. Nunca daremos su información REL o SOGI a personas que no deberían tenerla.

# **Notificación de Prácticas de Privacidad de Oklahoma Complete Health**

**EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU  
INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN.  
LÉALA ATENTAMENTE.**

## **Entrada en vigor a partir del 5/2/2024**

For help to translate or understand this, please call **1-833-752-1664**.  
Hearing impaired (TTY: **711**).

Para obtener ayuda para traducir o entender esta notificación, llame al **1-833-752-1664**.  
Personas con Discapacidad Auditiva (TTY: **711**).

## **Obligaciones de la Entidad Cubierta:**

Oklahoma Complete Health es una Entidad Cubierta según se define y regula en virtud de la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Oklahoma Complete Health tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI), proporcionarle esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respetar los términos de la Notificación que se encuentra actualmente en vigor e informarle en caso de que se produzca una vulneración de la seguridad de su PHI no protegida.

Esta Notificación describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Oklahoma Complete Health se reserva el derecho de modificar esta Notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la Notificación revisada o modificada para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Oklahoma Complete Health revisará y distribuirá esta Notificación de manera oportuna cada vez que se realice un cambio importante en alguno de los siguientes aspectos:

- Los Usos o Divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en la notificación

Publicaremos las Notificaciones revisadas en nuestro sitio web o se enviarán por correo de manera separada.

## **Protecciones Internas de la PHI Oral, Escrita y Electrónica:**

Oklahoma Complete Health protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad tanto de la información sobre su raza, etnia e idioma (REL), como de su orientación sexual e identidad de género (SOGI). Tenemos procesos de privacidad y seguridad que nos pueden ayudar para ese fin.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Formamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su PHI solo por razones comerciales con personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o la almacenamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para evitar que personas indebidas accedan a su PHI.

## **Usos y Divulgaciones Permitidas de su PHI:**

A continuación, se presenta una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para ayudarnos a tomar decisiones de autorizaciones previas relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Normas de Privacidad federales para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, la determinación de la elegibilidad o la cobertura para los reclamos y la revisión de la necesidad médica de los servicios.
- **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir la prestación de servicio al cliente, la respuesta a reclamos y apelaciones, y la administración y la coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar la PHI a los asociados comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas de Privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Evaluación de la calidad y actividades de mejora
- Revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud
- Administración del cuidado y coordinación de la atención médica
- Detección o prevención de fraudes y abusos en la atención médica

Su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y las leyes del plan de salud. Esto significa que la información que proporciona es privada y está segura. Solo podemos compartir esta información con los proveedores de atención médica. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y los servicios.

Esta información nos ayuda en los siguientes aspectos:

- A comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- A conocer su idioma de preferencia cuando acuda a proveedores de atención médica.
- A proporcionar información médica para satisfacer sus necesidades de atención médica.
- A ofrecer programas para ayudarlo a estar más sano.

Esta información no se utiliza para fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgaciones del Patrocinador del Plan/Plan de Salud Grupal:** Podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha acordado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información médica protegida (como el acuerdo de no usar la información médica protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

## Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas de su PHI:

- **Actividades de Recaudación de Fondos:** Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de rechazar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de Suscripción:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una decisión sobre una solicitud o reclamación de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita de tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como, por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.
- **Según lo Requiera la Ley:** Si la ley federal, estatal y/o local requieren el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o reglamentos rigen el mismo conflicto de uso o divulgación, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Food and Drug Administration (FDA) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de Abuso y Negligencia:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal del Gobierno, incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir tales informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a un procedimiento judicial o administrativo. Es posible que también se nos solicite divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Aplicación de la Ley:** Es posible que divulgemos la PHI pertinente a un funcionario de la ley cuando se nos solicite para responder a un delito.

- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores funerarios, según sea necesario, para llevar a cabo sus deberes.
- **Donación de Órganos, Ojos y Tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de adquisición de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la adquisición, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.
- **Amenazas a la Salud y la Seguridad:** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones Gubernamentales Especializadas:** Si usted es miembro de las U.S. Armed Forces, es posible que divulgues su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional; para actividades de inteligencia; al Department of State para determinaciones de adecuación médica; para la protección del Presidente; y a otras personas autorizadas, según lo requiera la ley.
- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- **Situaciones de Emergencia:** Es posible que divulgues su PHI en una situación de emergencia, o bien si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de su familia, un amigo personal cercano, una agencia de ayuda autorizada en caso de desastre o a cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia a fin de determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si la divulgación es lo más conveniente, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos:** Si usted es recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, es posible que divulgues su PHI a la institución correccional o al funcionario de la ley, si tal información es necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica se haya aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

## **Usos y Divulgaciones de su PHI que Requieran su Autorización por Escrito:**

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- **Venta de la PHI:** Le pediremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibiremos una compensación por divulgar la PHI de esta manera.
- **Comercialización:** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

- **Notas de Psicoterapia:** Le pediremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener en el archivo con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica. Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

## Derechos Individuales:

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta Notificación.

- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, así como las divulgaciones a personas que participen en su cuidado o el pago de su cuidado, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y a quién se le aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que usted desea. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el lugar o el medio de comunicación. Debemos satisfacer su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativos en los que se debe entregar su PHI.
- **Derecho a Acceder a su PHI y Recibir una Copia de Esta:** Tiene el derecho, con excepciones limitadas, de ver su PHI contenida en un conjunto de registros designado u obtener copias de esta. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito y le indicaremos si es posible revisar las razones del rechazo. También le informaremos cómo se solicita la revisión o si el rechazo no es apto para su revisión.
- **Derecho a Modificar su PHI:** Usted tiene el derecho de solicitar que realicemos modificaciones o cambios a su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe modificarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmienda de la información, haremos todo lo posible por informar de la enmienda a otras personas, incluidas las personas a las que usted nombre, y por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de dicha información.

- **Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de los casos, dentro de los últimos 6 años, en los que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que autorizó y otras actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a Presentar un Reclamo:** Si usted considera que se violaron sus derechos de privacidad o que infringimos nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de esta Notificación.

Además, puede presentar un reclamo ante la Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington D. C. 20201, llame al **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**), o visite <https://www.hhs.gov/guidance/document/filing-complaint-0>.

### **NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.**

- **Derecho a Recibir una Copia de esta Notificación:** Puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento usando la información de contacto que se proporciona al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa de la Notificación.

## **Información de Contacto**

**Preguntas sobre esta Notificación:** Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por correo electrónico mediante la información de contacto que se indica a continuación.

### **Oklahoma Complete Health**

**Attn: Privacy Official**

14000 Quail Springs Pkwy, Suite 650  
Oklahoma City, OK 73134

**OCH-Compliance@OklahomaCompleteHealth.com**



## Mi examen de salud de Oklahoma Complete Health

Este formulario de Mis exámenes de salud incluye información demográfica (del miembro) únicamente con fines de verificación. Debe completarse siguiendo todos los procedimientos de administración de la atención. Esta información se solicita en cumplimiento de las leyes federales aplicables, de la HIPAA, de los requisitos específicos de los contratos y de las leyes del estado de Oklahoma.

### Información del miembro (datos demográficos)

**1** Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

**2** Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_

**3** Dirección postal preferida: \_\_\_\_\_

**4** Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**5** Origen racial:

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico

- Blanco
- Otro (Si responde “Otro”, pase a la pregunta 6)
- Prefiere no responder.
- No sé

**6** Indique otro origen racial: \_\_\_\_\_

**7** Origen étnico:

- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino
- Otro (Si responde “Otro”, pase a la pregunta 8)

- Prefiere no responder.
- No sé

**8** Indique otro origen étnico: \_\_\_\_\_

**9** ¿Qué idioma prefiere hablar?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés         | <input type="checkbox"/> Vietnamita                                       |
| <input type="checkbox"/> Español        | <input type="checkbox"/> Coreano  |
| <input type="checkbox"/> Chino          | <input type="checkbox"/> Otro (Si responde “Otro”, pase a la pregunta 10) |
| <input type="checkbox"/> Chino mandarín | <input type="checkbox"/> Sin respuesta                                    |

**10** Indique otro idioma: \_\_\_\_\_



**Escanee el código con su teléfono para llenar este formulario en el portal para miembros**

**OklahomaCompleteHealth.com**

## Salud física

**11** ¿Tiene algún antecedente de condiciones de salud física o cirugías? Si tiene alguno, explíquelo.

---

**12** En general, ¿cómo calificaría su salud?

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Regular  |
| <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Mala (Si responde "Mala", pase a la pregunta 13) |
| <input type="checkbox"/> Buena     | <input type="checkbox"/> No sé  |

**13** Explique el motivo por el que califica su salud como mala. \_\_\_\_\_

**14** ¿Tiene un médico o un proveedor de atención de salud?

- Sí (Si responde "Sí", pase a la pregunta 15)     No     No sé

**15** ¿Cómo se llama su médico o proveedor de atención de salud? \_\_\_\_\_

**\*Es importante identificar a un médico o proveedor de atención de salud para ayudarle a cuidar su salud y en caso de que enferme.**

**16** ¿Ha consultado a su médico o a su proveedor de atención de salud en los últimos 12 meses?

- Sí (Si responde "Sí", pase a la pregunta 17)     No     No sé

**17** ¿Para qué consultó a su médico en los últimos 12 meses?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visita de atención preventiva/<br>bienestar | <input type="checkbox"/> Visita poshospitalaria   |
| <input type="checkbox"/> Visita por enfermedad                       | <input type="checkbox"/> Visita posterior a la consulta a la sala de emergencias        |
|  | <input type="checkbox"/> Otra visita (Si responde "Otra visita", pase a la pregunta 18) |

**18** ¿Para qué fue la otra visita? \_\_\_\_\_

**\*Los exámenes periódicos de bienestar pueden ayudarle a mantenerse lo más sano posible.**

**19** ¿Cuántas veces estuvo en el hospital en los últimos 3 meses?

- Ninguna     Tres veces o más  
 Una vez     No sé  
 Dos veces

**20** ¿Cuántas veces estuvo en el departamento de emergencia en los últimos 3 meses?

- Ninguna     Tres veces o más  
 Una vez     No sé  
 Dos veces

**21** ¿Le ha dicho alguna vez un médico o proveedor de atención de salud que padece alguna de estas condiciones? (Marque todas las que correspondan)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis (Si responde "Sí",<br>pase a la pregunta 22) | <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 2    | <input type="checkbox"/> HIV  |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Prediabetes           | <input type="checkbox"/> Dificultad en el aprendizaje                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> Anemia de células<br>falciformes (sin rasgo) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                             |
| <input type="checkbox"/> COPD/Enfisema   | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 1                                    | <input type="checkbox"/> Colesterol alto       |   |

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Identificación (ID) del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

**22** ¿Qué tipo de artritis?

- Artrosis       Artritis reumatoide       No sé

**23** ¿Alguna vez recibió un trasplante?

- Sí       No

En caso afirmativo, ¿cuánto hace?

- Hace más de 1 año       Estoy en lista de espera para un trasplante  
 En los últimos 12 meses       No sé

**24** ¿Tiene alguna otra condición que no figure en la lista anterior? \_\_\_\_\_

**25** ¿Utiliza algún dispositivo de asistencia como bastón, andador, silla de ruedas, vehículo de transporte especial/silla de ruedas eléctrica, cama de hospital, grúa Hoyer u oxígeno?

- Sí (Proporcione detalles): \_\_\_\_\_

- No       No sé       Sin respuesta

**26** ¿Recibe actualmente algún servicio en su domicilio, como atención de salud a domicilio, ayuda con las tareas del hogar, comidas entregadas a domicilio, atención para pacientes terminales o cuidado personal dentro o fuera del estado?

- Sí (Proporcione detalles): \_\_\_\_\_

- No       No sé       Sin respuesta

**27** ¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de salud física, incluidos los servicios de un proveedor fuera del estado?

- Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 28)       No (Si responde “No”, pase a la pregunta 29)  
 No sé

**28** Proporcione detalles de los tratamientos actuales para sus trastornos de salud física, incluidos el nombre y la ubicación del proveedor.

---

**29** ¿Desea ayuda para recibir tratamiento para un trastorno de salud física?

- Sí       No       No sé

**30** ¿Sabe si existe alguna autorización para servicios o procedimientos de salud física o del comportamiento, incluidos aquellos prestados por un proveedor fuera del estado?

- Sí (Proporcione detalles): \_\_\_\_\_

- No       No sé       Sin respuesta

**31** ¿Está embarazada?

- Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 32)       No sé  
 No       No se aplica

- 32** En la actualidad ¿recibe atención de un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) dentro o fuera del estado? Si responde “Sí”, proporcione detalles de los tratamientos actuales para su embarazo, y el nombre y la ubicación del proveedor.
- 

- 33** ¿Cuál es su fecha de parto (mes/día/año)? \_\_\_\_\_

## Medicamentos

- 34** ¿Cuántos medicamentos que le haya recetado su médico o proveedor de atención de salud toma actualmente?

- 0 medicamentos recetados  
 Entre 1 y 3 medicamentos recetados (Si marca entre 1 y 3, responda las preguntas 35-37)  
 Entre 4 y 7 medicamentos recetados (Si marca entre 4 y 7, responda las preguntas 35-37)  
 8 o más medicamentos recetados (Si marca 8 o más, responda las preguntas 35-37)  
 No sé

- 35** ¿Hay algo que le impida tomar los medicamentos como quiere su médico o proveedor de atención de salud?

- Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 36)     No     No sé

- 36** ¿Qué le impide tomar sus medicamentos? \_\_\_\_\_

- 37** ¿Alguna vez se olvida de tomar sus medicamentos?

- Sí     No     A veces     No sé

## Salud del comportamiento

- 38** ¿Tiene algún antecedente de condiciones de salud del comportamiento? Si tiene alguno, explíquelo.
- 

- 39** Durante el último mes, ¿ha sentido decaimiento, depresión o desesperanza con frecuencia?

- Sí     No     No sé

- 40** ¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de salud del comportamiento, incluidos los servicios de un proveedor fuera del estado?

- Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 41)     No (Si responde “No”, pase a la pregunta 42)     No sé

- 41** Proporcione detalles de los tratamientos actuales para sus trastornos de salud del comportamiento, incluidos el nombre y la ubicación del proveedor.
- 

- 42** ¿Desea ayuda para recibir tratamiento para un trastorno de la salud del comportamiento?

- Sí     No     No sé

## Determinantes sociales de salud

- 1** En los últimos 2 meses, ¿ha vivido en una vivienda estable de su propiedad, en alquiler o como parte de un hogar?

- Sí     No     No sé

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Identificación (ID) del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

**2** ¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda?

- Tiene vivienda.
- No tengo vivienda (vivo en la casa de otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en un auto, en el parque, etc.).
- Prefiero no responder.

**3** En los últimos 12 meses, ¿la compañía proveedora de electricidad, gas o agua le ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

- Sí       No       Ya se cortó el servicio

**4** En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

- Nunca       A veces       A menudo       Muy a menudo

**5** En los últimos 12 meses o desde la última vez que le preguntamos, ¿ha tenido problemas para llegar a sus citas médicas, a reuniones o al trabajo, o no ha podido obtener las cosas que necesita para su vida diaria debido a la falta de un transporte confiable?

- Sí       No       No sé

**6** ¿Se siente siempre a salvo en su casa y con todas las personas que forman parte de su vida?

- Sí       No (Si responde "No", pase a la pregunta 7)       No sé

**7** Explique cualquier problema de seguridad que tenga: \_\_\_\_\_

**8** ¿Con cuál de los siguientes asuntos recibe ayuda actualmente? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Comida, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Vivienda, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Transporte, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Servicios públicos (calefacción, electricidad, agua, etc.), proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Atención médica, medicamentos, suministros médicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Servicios dentales y de la vista, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Solicitud de beneficios públicos (Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), etc.), proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Comprensión de información de salud o llenado de formularios médicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
  
- Ayuda adicional para realizar actividades de la vida diaria, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Cuidado de niños u otros asuntos relacionados con niños, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Pago de deudas o préstamos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Problemas jurídicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Empleo, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Acceso a un teléfono que funcione, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Acceso a internet, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Otro, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- No recibo ayuda con ninguno de estos asuntos.

**9** ¿Con cuál de los siguientes aspectos le gustaría recibir ayuda en este momento? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Comida, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Vivienda, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Transporte, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Servicios públicos (calefacción, electricidad, agua, etc.), proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Atención médica, medicamentos, suministros médicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Servicios dentales y de la vista, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Solicitud de beneficios públicos (Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), etc.), proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Comprensión de información de salud o llenado de formularios médicos, proporcione detalles:  
\_\_\_\_\_
- Ayuda adicional para realizar actividades de la vida diaria, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Cuidado de niños u otros asuntos relacionados con niños, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Pago de deudas o préstamos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Problemas jurídicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Empleo, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Acceso a un teléfono que funcione, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Acceso a internet, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Otro, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- No quiero ayuda con ninguno de estos asuntos.

## Información general

Fecha en que se completó la evaluación: \_\_\_\_\_

Persona que completó la evaluación: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro

- Paciente
- Representante del miembro con permiso
- Padre/madre o tutor
- Envolve
- Plan de salud
- Proveedor (Si responde “Proveedor”, pase a la pregunta 2)
- Otro (Si responde “Otro”, pase a la pregunta 1)

**1** Si tiene otra relación con el miembro, explique cuál: \_\_\_\_\_

**2** Nombre de la agencia que realiza la evaluación: \_\_\_\_\_

# Notificación de Embarazo de la Miembro

Este formulario es confidencial. Si tiene problemas o preguntas, llame a Oklahoma Complete Health al 1-833-752-1664 (TTY: 711) y al Programa SoonerSelect Children's Specialty al 1-833-752-1665 (TTY: 711). Este formulario también está disponible en línea en OklahomaCompleteHealth.com.

\* Número de ID de Medicaid:

Su Nombre:

Su Apellido:

\* Su Fecha de Nacimiento MMDDAAAA:

Identificación de Género:  Número de Teléfono:

Dirección postal:

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Dirección de Correo Electrónico:

Raza/Origen Étnico (seleccione todas las opciones que correspondan):  Blanco  Negro/Afroamericano  No desea informar

Indio Americano/Nativo Americano  Asiático  Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico

Hispano o Latino  Otro Si pertenece a otro origen étnico, especifique:

## ¿Qué Proveedor/Clínica me está ayudando durante mi embarazo?:

Nombre:

Apellido:

Número de Teléfono:

Nombre de la Clínica (si corresponde):

## Mi Situación Actual

Marque esta casilla si responde no a cualquiera de las siguientes preguntas:

Tengo un teléfono.

Me siento bien en el lugar que vivo.

Me siento segura en casa y con la gente que me relaciono.

Tengo transporte para mis necesidades diarias.

Tengo suficiente comida para mí y mi familia cada día.

Puedo pagar mis cuentas de servicios públicos (combustible, agua, electricidad, etc.).

## Información sobre mi Embarazo Actual

¿Fui a mi primera visita prenatal?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de embarazo tenía en su primera visita?

\* Número de ID de Medicaid:

Apellido y Nombre:

Mi fecha prevista de parto es el (si no conoce su fecha prevista de parto, indique cuándo fue el primer día de su último período):

Este es mi primer embarazo  Sí  No

¿Dónde voy a dar a luz a mi bebé? (Hospital o centro de partos):

Marque las casillas que corresponden:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Múltiple (gemelos, trillizos)   | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o problemas cardíacos  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre; tipo I, tipo II, solo durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos muy intensos   |
| <input type="checkbox"/> Asma u otros problemas respiratorios  | <input type="checkbox"/> Células falciformes  |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, masticar tabaco o vapear)                         | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia   |
| <input type="checkbox"/> Depresión (sensación de tristeza)   | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad (sensación de preocupación o estrés)   | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal   |
| <input type="checkbox"/> No tengo ninguno de ellos   | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetaminas) |
| <input type="checkbox"/> Otras necesidades de salud  |   |

Explique

### Mi Historial de Embarazo Anterior

Marque las casillas que corresponden:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Parto anterior antes de las 37 semanas                                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional (nivel alto de azúcar en sangre durante el embarazo)    |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta durante el embarazo/preeclampsia o problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Parto hace menos de 18 meses   |
| <input type="checkbox"/> Toma progesterona en cualquier forma   |
| <input type="checkbox"/> Cesárea anterior   |
| <input type="checkbox"/> No tuve ninguno de estos o este es mi primer embarazo                        |
| <input type="checkbox"/> Otro   |



Explique





SoonerSelect ➤

OklahomaCompleteHealth.com  
1-833-752-1664 (TTY: 711)