

Manual del Miembro

Revisado el 09/23/2024



Oklahoma Complete Health

Septiembre 2024

CAD_149334S State Approved 03172025

© 2024 Oklahoma Complete Health.

OK4CADMHB74036S_OSSP
Caid_SSP-MHB-OK-Spa-R_250123

You can get this handbook and other plan information in large print for free. To get materials in large print, call Member Services at **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.

Si el inglés no es su lengua materna (o si está leyendo esto en representación de alguien que no lee inglés), podemos ayudarle. Comuníquese con **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Puede solicitar 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.

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

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

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**).

Español (Spanish)	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 1-833-752-1664 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese)	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 1-833-752-1664 (TTY: 711).
中文 (Chinese)	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 1-833-752-1664 (TTY : 711)。
한국어 (Korean)	다른 언어 또는 형식으로 이 자료가 필요한 경우 서면 및 시청각 도구 등의 번역 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-833-752-1664 (TTY: 711)번으로 Oklahoma Complete Health에 전화해 주십시오.
Deutsch (German)	Wenn Sie dieses Material in einer anderen Sprache oder in einem anderen Format benötigen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungsdienstleistungen zur Verfügung, einschließlich schriftlicher, visueller und akustischer Hilfsmittel. Sie erreichen Oklahoma Complete Health unter 1-833-752-1664 (TTY: 711).
العربية (Arabic)	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 1-833-752-1664 (TTY : 711).

<p>မြန်မာ (Burmese)</p>	<p>ဤအကြောင်းအရာကို အခြားဘာသာစကားဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အခြားဖောမတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ လိုအပ်ပါက စာဖြင့်ရေးသားထားသော၊ ရုပ်ပုံဖြင့်ပြထားသော၊ အသံကြားနိုင်စေရန်ပြုလုပ်ထားသော အထောက်အကူများအပါအဝင် ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ Oklahoma Complete Health ဖုန်းနံပါတ် 1-833-752-1664 (TTY- 711) ကို ခေါ်ဆိုပါ။</p>
<p>Hmong (Hmong)</p>	<p>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 1-833-752-1664 (TTY: 711).</p>
<p>Tagalog (Tagalog)</p>	<p>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 1-833-752-1664 (TTY: 711).</p>
<p>Français (French)</p>	<p>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 1-833-752-1664 (TTY : 711).</p>
<p>ພາສາລາວ (Laotian)</p>	<p>ທ່ານກ້າມຕ້ອງການເອກະສານນີ້ໃນພາສາ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນມີບໍລິການແປພາສາໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລວມທັງບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອແປຂຽນ, ແບບຮູບພາບ ແລະ ສຽງ. ໂທຫາ Oklahoma Complete Health ທີ່ເບີ 1-833-752-1664 (TTY: 711).</p>



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 médico de atención primaria (PCP) es el médico de cabecera que me atiende. Para obtener ayuda sobre la elección de mi médico de cabecera, puedo llamar a Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711).
Obtener la información de este manual en otro formato o idioma	Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711).
Llevar un mejor registro de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711).
Obtener ayuda para ir y regresar de mis consultas médicas	Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711). También puedo encontrar más información sobre los Servicios de Transporte en este manual en la página 29.
Obtener ayuda para controlar mi estrés o ansiedad	La Línea de Vida de Salud Mental de Oklahoma a 988, en cualquier momento, 24 horas al día, 7 días a la semana. Si estoy en peligro o necesito atención médica inmediata, llamaré al 911 .
Obtener respuestas a preguntas sencillas o dudas sobre mi salud, síntomas o medicamentos	Línea de Enfermería al 1-833-752-1664 (TTY: 711) en cualquier momento, 24 horas al día, 7 días a la semana, o hable con su PCP.
<ul style="list-style-type: none">· Entender una carta o aviso que recibí por correo de mi plan de salud· Presentar una queja sobre mi plan de salud· Obtener ayuda con un cambio reciente o una denegación de mis servicios de atención médica	Servicios para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711).
Actualizar mi dirección o información personal	Llame a la Línea de Ayuda de SoonerCare al 1-800-987-7767 o visite www.MySoonerCare.org .
Encontrar el directorio de proveedores de mi plan u otra información general sobre de mi plan	Visitar el sitio web de mi plan en el sitio al OklahomaCompleteHealth.com o llamar al Servicio para Miembros al 1-833-752-1664 (TTY: 711).



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 médicamente 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 Habilidad: 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 a Oklahoma Complete Health's Programa de SoonerSelect

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 de SoonerSelect de Oklahoma Complete Health.....	1
Cómo Funciona SoonerSelect	1
El Plan, Nuestros Proveedores y Usted	1
Cómo Utilizar Este Manual	2
Ayuda por parte de Servicios para Miembros.....	2
Otras Maneras en que Podemos Ayudar	2
Servicios y Ayudas Auxiliares	3
Cómo ser Miembro del Programa de SoonerSelect	3
Cómo ser Miembro de Oklahoma Complete Health.....	4
Su Tarjeta de Identificación del Plan de Salud	4
PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER.....	6
Cómo Elegir Su PCP.....	7
Como Cambiar Su PCP	8
Cómo Obtener Atención Médica Regular.....	8
Cómo Obtener Atención Especializada- Remisiones.....	10
Proveedores Fuera de la Red.....	11
Obtenga Estos Servicios de Oklahoma Complete Health Sin una Remisión	11
Emergencias	11
Atención de Urgencia.....	12
Atención Fuera de Oklahoma	13
PARTE II: SUS BENEFICIOS	14
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
Farmacia	24
¿Qué beneficios de farmacia están cubiertos?.....	24
¿Qué medicamentos están cubiertos?.....	24



Medicamentos Especializados..... 25

¿Cómo obtengo medicamentos? 25

¿Puedo obtener una receta con más de un suministro de 30 días? 25

¿Dónde puedo obtener mi receta? 25

Venta sin Receta (OTC)..... 25

Sustitución Genérica 25

Terapia Escalonada 25

Farmacia 26

Servicios de Salud Conductual (Servicios de Salud Mental y Trastornos por Uso de Sustancias) 27

 Servicios de Transporte..... 30

Otros Servicios Cubiertos 32

 Servicios de Valor Agregado 32

Servicios Alternativos..... 39

Cuéntenos Sobre su Salud..... 39

 Complete el formulario de Mi Examen de Salud 39

Aviso de Embarazo..... 39

 Comience 40

Programa de Recompensas 40

 Ayuda Adicional para Controlar su Salud..... 40

 Ayuda para Problemas Más Allá de la Atención Médica 41

 Otros Programas para Ayudarle a Mantenerse Saludable 41

Beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) 42

 Servicios NO Cubiertos 42

 Si Recibe una Factura 43

 Nueva Tecnología..... 43

 Copagos de los Miembros del Plan..... 43

Sus Copagos Según el Plan..... 43

PARTE III: PROCEDIMIENTOS DEL PLAN 46

 Programa de Bloqueo de Farmacia..... 47

 Autorización Previa y Medidas..... 47

 Solicitudes de Autorización Previa para Menores de 21 Años 47

¿Qué Sigue Después de que Recibamos su Solicitud de Autorización Previa? 47

Autorización Previa y Plazos 48



Revisión de Utilización	48
Cómo Puede Ayudar con las Políticas del Plan	49
Apelaciones.....	49
Más Información sobre las Apelaciones	50
Nuestra decisión sobre Su Apelación	51
Su Atención Mientras Espera una Decision sobre Su Apelacion	51
Audiencias Imparciales Estatales	51
Su Atención Mientras Espera una Decisión sobre su Audiencia Imparcial Estatal	52
Solicitando una Audiencia Imparcial Estatal.....	52
Si Tiene Problemas con su Plan de Salud.....	52
Si No Está Contento con su Plan: Cómo Presentar una Queja.....	53
¿Qué Sucede Después?	53
Su Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o de Médicos.....	54
Derechos y Responsabilidades de los Miembros.....	55
Sus Derechos	55
Sus Responsabilidades	55
Opciones de Cancelación de Inscripción.....	56
Si Desea Abandonar el Plan	56
Puede Dejar de Ser Elegible para SoonerSelect	57
Podemos Pedirle que Abandone Oklahoma Complete Health	57
Directivas Anticipadas.....	57
Testamento Vital	58
Poder Notarial de Atención Médica	58
Instrucción Anticipada para el Tratamiento de la Salud Mental	59
Fraude, Despilfarro y Abuso.....	59
Números Telefónicos Importantes.....	60
Manténganos Informados.....	60
Cómo protegemos su Información Personal de Salud (PHI)	60
Informar Responsabilidad de Terceros (TPL).....	61
Oklahoma Complete Health Notificación de Prácticas de Privacidad.....	62
PARTE IV: INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y BIENESTAR	70
Formulario de Mi Examen de Salud.....	72
Formulario de Aviso de Embarazo.....	78



Bienvenido al Programa de SoonerSelect de Oklahoma Complete Health

Este manual será su guía completo de servicios de atención médica de Medicaid disponibles para usted. Si tiene preguntas sobre la información 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 obtienen sus beneficios de salud a través de programas como el programa de Salud de SoonerSelect, que funciona como un hogar central para su salud y le ayuda a coordinar y gestionar todas sus necesidades de atención médica.

Oklahoma Complete Health tiene un contrato con la **Oklahoma Health Care Authority (OHCA)** para satisfacer las necesidades de atención de Salud de las personas con Medicaid de Oklahoma. 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 domiciliaria y otros centros 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. En esta herramienta, encontrará la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores, como la siguiente:

- Los nombres, números de teléfono y las direcciones de los proveedores.
- El género y el 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, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para obtener una copia del directorio de proveedores.

Cuando se inscribe en **Oklahoma Complete Health**, nuestros proveedores están aquí para ayudarlo. La mayoría de las veces, esa persona será su médico de atención primaria (PCP). El PCP es el proveedor de salud que se ocupa y coordina todas sus necesidades de salud, incluidas las referencias y autorizaciones previas. Si necesita ver a un especialista de salud, su PCP puede ayudarlo 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 realiza funciones de PCP.
- Un profesional de enfermería practicante.



Para hacer una cita con su PCP, llame a la oficina de su PCP. Si necesita ayuda para concretar una cita, llame al Servicios para Miembros de Oklahoma Complete Health al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Si necesita ayuda para llegar a su cita llame al **1-877-718-4212** (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 pondrá en contacto con usted lo antes posible. Aunque su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos puede acudir a ciertos médicos para algunos servicios sin consultar con su PCP. Consulte la página 10 para más información.

Cómo Utilizar Este Manual

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

Las primeras páginas le dirán en forma inmediata lo que necesita saber. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Úselo como referencia o revíselo poco a poco.

Cuando tenga una 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. Sólo llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Para obtener ayuda con problemas y preguntas que no sean de emergencia, llame a Servicios para Miembros **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 serán contestadas por la "Línea de Enfermería"

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

Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda en cuando tenga una pregunta. Puede llamarnos para elegir o cambiar de PCP, para preguntar sobre beneficios y servicios, para obtener ayuda con las remisiones, 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 queda embarazada, su bebé pasará a formar parte de Oklahoma Complete Health el día que nazca. Si se queda embarazada, llame al plan para elegir un médico para usted y su bebé antes de que este nazca.

Si el español no es su lengua materna (o si está leyendo esto en nombre de alguien que no lee español), podemos ayudarle. 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 le pueden ayudar.

Otras Maneras en que Podemos Ayudar

- Si tiene preguntas básicas o inquietudes sobre su salud, puede llamar a nuestra Línea 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 síntomas o medicamentos.



- Si está sufriendo angustia emocional o mental, llame a la Línea de Vida 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 ayudarlo con problemas como el estrés, la depresión o la ansiedad. Podemos ponerle 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. Si está leyendo esto a nombre de alguien que es ciego, sordociego o 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, contamos con servicios como:

- Una máquina TTY. Nuestro número de teléfono TTY es **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 Ayudas Auxiliares

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

- Una máquina TTY. Nuestro número de teléfono TTY es **711**.
- Intérpretes calificados de Lengua de Señas.
- Subtítulos.
- Información escrita en otros formatos (como braille, letra grande, audio, formato electrónico accesible 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 debido a un cambio adverso en la inscripción o reinscripción con Oklahoma Complete Health. Si cree que Oklahoma Complete Health falló en prestar estos servicios, puede presentar una queja. Para presentar una queja u obtener más información, llame a Servicios para miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). También puede presentar una queja sobre su plan ante el Departamento de Seguros de Oklahoma.

Cómo ser Miembro del Programa de SoonerSelect

Como Indígena Americano/Nativo de Alaska AI / AN), puede cancelar su inscripción en el programa de SoonerSelect por cualquier motivo. Como persona AI/AN, si elige no inscribirse o decide posteriormente cancelar su inscripción en el programa de SoonerSelect, podrá volver a inscribirse durante el siguiente periodo de inscripción abierta. Los periodos de inscripción abierta ocurren aproximadamente cada 12 meses.



Todas las demás personas que se determinen elegibles para SoonerCare y el programa de SoonerSelect serán inscritas en el programa de SoonerSelect a través de SoonerCare. No puede cancelar su inscripción en el programa de SoonerSelect, pero puede cambiar plan de salud como se explica a continuación.

Cómo ser Miembro de Oklahoma Complete Health





Como una persona AI/AN), si elige inscribirse 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 el programa de SoonerSelect y no elige un plan de salud, SoonerCare le asignará uno. Puede cancelar su inscripción de 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 de plan durante el periodo anual de inscripción abierta.

Todas las demás personas que estén inscritas en el programa de SoonerSelect tendrán la opción de elegir un plan de salud cuando se inscriban por primera vez y durante el período anual de inscripción abierta. Si no elige un plan de salud, SoonerCare le asignará uno. Puede cancelar su inscripción de 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 de plan durante el periodo anual de inscripción abierta.

Su Tarjeta de Identificación del Plan de Salud

Su tarjeta de identificación 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 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 muéstreala cada vez que vaya a recibir atención médica.

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

 	
MEMBER ID: 1234567890123	
SAMPLE A SAMPLER SAMPLE	
  <i>Member portal</i>	Member Date of Birth: 01/01/1980 Card Issued: 02/01/2023
You may have some cost for certain services (please see your Member Handbook). You will never have any cost for Emergency Services, Preventive Services or Family Planning Services and Supplies.	RXBIN: 003858 RXPCN: MA RXGRP: 2HFA

www.oklahomacompletehealth.com	
Member Services / Nurse Advice Line	1-833-752-1664 (TTY: 711)
Mental Health Crisis Life Line	988 (TTY: 711)
Non-Emergency Transportation	1-877-718-4212 (TTY: 711)
Tobacco Quit Line	1-800-784-8669 (TTY: 711)
Provider Services	1-833-752-1664 (TTY: 711)
Pharmacist Only	1-833-750-3660 (TTY: 711)
Submit Medical Claims to:	
Oklahoma Complete Health, PO Box 8060 Farmington, MO 63640-8060	
Payor ID: 68069	
FOR EMERGENCIES: Call 911 or go to the nearest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.	



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 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 su propio PCP. Para elegir su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Si no selecciona 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 puede 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;
- Puede atenderle 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 de 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**) para 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. 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 un problema de salud complejo o una necesidad de atención médica especial, puede elegir a un especialista para que actúe como su PCP. Para elegir a 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 posteriores a la fecha en que nos enteramos. Si el proveedor que deja Oklahoma Complete Health es su PCP, nos comunicaremos con usted para ayudarlo a elegir otro PCP. Si está recibiendo tratamiento para una afección médica grave o crónica, puede seguir recibiendo ese tratamiento hasta que haya terminado o hasta 90 días corridos, lo que suceda primero. 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**.



Si usted es un Indígena Americano/Nativo de Alaska, puede elegir un proveedor de atención médica indígena 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 especialista que realiza funciones de PCP.
- Un internista.
- Un profesional de enfermería practicante.
- Un obstetra (OB) o ginecólogo (GYN).

Como Cambiar Su PCP

Cuando se inscriba en Oklahoma Complete Health, puede seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red dentro de los 30 primeros días después de que sus beneficios con Oklahoma Complete Health comience. Después, 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 elija su propio PCP, puede cambiar su PCP en cualquier momento y el cambio entrará en vigor al siguiente día hábil. 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 mediante su portal seguro para miembros en **Member.OklahomaCompleteHealth.com**.

Cómo Obtener Atención Médica Regular

Atención médica regular significa exámenes, controles regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo sano, consejos cuando los necesite y remisiones al hospital o a especialistas cuando los necesite. Esto significa que usted y su médico 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 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 con Oklahoma Complete Health.

Si necesita atención antes de su primera cita, llame a la oficina de su PCP para explicarle su inquietud. Su PCP puede darle una cita más pronto. Debe acudir a la primera cita para hablar de su historial médico 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.

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



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 Especializada- Remisiones

Si necesita atención especializada que su proveedor de atención primaria (PCP) no puede brindar, su PCP lo remitirá a un especialista que sí pueda ayudarlo. Un especialista está capacitado y practica en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano).

No necesita una remisión para obtener un examen de un especialista de la red; nosotros seguiremos pagando por su atención. Sin embargo, lo animamos a que hable sobre sus necesidades de atención médica con su PCP antes de consultar a un especialista, porque su PCP puede guiarlo al tipo de proveedor adecuado. Además, hay algunos tratamientos y servicios que su PCP debe solicitar que Oklahoma Complete Health los apruebe antes de que usted pueda recibirlos. Su PCP le podrá decir cuáles son. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) si tiene preguntas sobre si necesita una remisión 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. 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 obtener una remisión que 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 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 fuera de la red.

Cuando Oklahoma Complete Health reciba una solicitud de servicios por parte de un proveedor fuera de la red, tendremos en cuenta las necesidades de atención médica únicas del miembro. 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 calendario adicionales para decidir. Las decisiones sobre autorizaciones previas urgentes se tomarán en un plazo de 24 horas o un día natural. Si necesita información sobre su solicitud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Es importante que obtenga una remisión 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.

A veces, es posible que no aprobemos una remisión 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 48 para saber cómo.

A veces, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó una atención que no es muy diferente de la que puede obtener de un proveedor de Oklahoma Complete Health. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte la página 48 para saber cómo.

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 brindar servicios bajo el programa de SoonerSelect. Un proveedor no participante es un médico u otro proveedor que no está contratado o no está empleado por Oklahoma Complete Health para brindar servicios bajo el programa de 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 (PCP) 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 Indígena (IHCP), incluso si el IHCP está fuera de la red.

Obtenga Estos Servicios de Oklahoma Complete Health Sin una Remisión

No necesita una remisión para obtener estos servicios:

- cuidado Primario;
- examen o consulta con un especialista;
- servicios de salud conductual;
- tratamiento de trastornos por consumo de sustancias;
- servicios de visión;
- servicios de emergencia;
- controles del bienestar infantil/EPST;
- servicios y suministros de planificación familiar;
- atención prenatal;
- proveedores del Departamento de Salud, incluidas las clínicas móviles; y
- servicios prestados por el IHCP a los miembros del plan de salud AI/AN.

Emergencias

Si cree que tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia 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. 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 cuando tenga una emergencia:

- Acuda a la sala de emergencia 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 está cubierto para emergencias. Una emergencia es una situación en la que su vida podría verse amenazada o podría resultar herido permanentemente si no recibe atención médica de inmediato. Algunos ejemplos de una emergencia son:

- un ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho;
- sangrado que no para;
- quemaduras graves;
- 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 droga.

Algunos ejemplos de casos que no son de emergencia son resfriados, malestar estomacal o pequeños cortes y moratones. Otras situaciones que no son de emergencia pueden ser problemas familiares o una ruptura sentimental. Estas situaciones pueden parecer una emergencia, pero no son motivo para acudir a la sala de emergencias a menos que corra peligro inminente de sufrir daños.

Atención de Urgencia

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

- un niño/a 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 puede sacarse.

Puede acudir a una clínica de atención de urgencia para 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. Ellos le dirán 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 médicamente 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 según sea necesario.

Su plan médico 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 problemas con su plan de salud, el manual le indica qué hacer. El manual contiene otra información que puede resultarle útil. Téngalo a la 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 las que 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/mysoonerapply-for-sooner-care-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/mysoonerapply-for-sooner-care-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 ayudarle a mantenerse lo más saludable posible si usted:

- 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 urgencias, 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 10.

Usted recibirá todos los beneficios dentales de SoonerSelect de un plan dental separado que usted elija. Sus opciones son DentaQuest and LIBERTY Dental. Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program



proporcionará el transporte a sus citas dentales. Consulte la página 29 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 médicamente 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 alguna pregunta o necesita ayuda con algún servicio de salud.

Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
Ambulancia o transporte de emergencia	Cubierto.		
Alojamiento y comidas para el miembro del plan de salud y/o un acompañante médico autorizado	Cubierto. Servicios que requieren autorización previa.		
Aparatos ortopédicos	Cubierto.	No hay cobertura.	Cubierto sin limitaciones cuando sea médicamente necesario.
Atención preventiva y detección	Consulte la cobertura de EPSDT.	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. No existe un paquete independiente de beneficios de servicios preventivos para adultos que brinde cobertura para todos los servicios.	
Atención de la vista para tratar una afección médica o quirúrgica	Cubierto.		



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
Asesoramiento y pruebas genéticas	Cubierto para miembros embarazadas y miembros que cumplan los criterios de necesidad médica. Puede requerir autorización previa (PA).		
Centro de enfermería y servicios ICF-IID	Cubierto por hasta 60 días dependiendo de la determinación del nivel de atención.		
Centro quirúrgico ambulatorio	Cubierto.		
Centros o instalaciones de atención urgente	Cubierto.	Hasta 4 consultas ambulatorias al mes.	Hasta 4 consultas ambulatorias al mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.
Cirugía bariátrica	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 pérdida de peso. No cubierto solo para el tratamiento de la obesidad. Se requiere autorización previa (PA).	
Cirugía reconstructiva	Cubierto. Puede requerir autorización previa.	Cubierto. La reconstrucción/implantación/extirpación mamaria no cosmética solo está cubierta cuando es resultado directo de una mastectomía médicamente necesaria. Puede requerir autorización previa (PA).	
Consultora de lactancia (ayuda con la lactancia materna)	Cubierto para miembros embarazadas y posparto.		
Costo rutinario del paciente en ensayos clínicos calificados	Cubierto en la medida en que la prestación del servicio estaría cubierta fuera de la participación en el ensayo clínico.		
Cuidado personal	Cubierto.		



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
<p>Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (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)</p>	<p>Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa.</p>	<p>No hay cobertura.</p>	
<p>Dispositivos protésicos</p>	<p>Cubierto con autorización previa.</p>	<p>Cobertura limitada con autorización previa requerida (PA). Solo se cubren las prótesis mamarias y los accesorios y dispositivos protésicos de soporte cuando forman parte de una intervención quirúrgica.</p>	<p>Cubierto sin limitaciones cuando sea médicamente necesario.</p>
<p>Educación diabética</p>	<p>Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente. Los límites pueden excederse según la necesidad médica y conforme a EPSDT.</p>	<p>Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente.</p>	<p>Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente. Los límites pueden excederse según la necesidad médica.</p>



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
Enfermeros anestesistas registrados certificados y asistentes de anesthesiólogo	Cubierto.		
Enfermeras Parteras	Cubierto por EPSDT.	Cubierto.	
Enfermería privada	Cubierto hasta 16 horas al día. Horas adicionales disponibles durante 30 días después de una estancia en el hospital o cuando el cuidador habitual no esté disponible.	No hay cobertura.	Este servicio se sustituye por el de enfermería especializada dentro de los beneficios de los servicios de atención domiciliaria.
Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (APRN)	Cubierto.	Cubierto: Cuatro (4) visitas ambulatorias por mes.	El límite se puede exceder según la necesidad médica.
Entidades de pruebas diagnósticas	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa.		
Hospicio (no hospitalario)	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.
Hospital de atención a largo plazo para niños	Cubierto.	No hay cobertura.	
Inmunizaciones	Cubierto.		
Laboratorio, rayos X, diagnóstico por imagen e imágenes (TAC/ PET y resonancias magnéticas)	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
Leche Humana de Donante	Cubierto durante el primer año de vida. Se requiere autorización previa.	No hay cobertura.	
Mamografías	Cubierto.		
Nutrición parenteral/ nutrición enteral (intravenosa y por sonda)	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
Podología	Cubierto.	Cubierto. Todas las consultas ambulatorias están sujetas al límite de 4 consultas al mes.	
Pruebas de Detección de Alergias	Cubierto.	Cubierto. Limitado a 60 pruebas cada tres años. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. El límite puede excederse según la necesidad médica.	
Quimioterapia	Cubierto.		
Radiación	Cubierto.		
Sala o departamento de emergencias	Cubierto.		
Servicios ambulatorios hospitalarios y quirúrgicos	Cubierto.		
Servicios clínicos	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
Servicios de atención médica domiciliaria	Cubierto.		
Servicios de atención médica centros escolares	Cubierto.	No hay cobertura.	



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
Servicios de atención de posestabilización	Cubierto.		
Servicios auditivos	Cubierto. Puede requerir autorización previa.	No hay cobertura.	
Servicios de centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) y clínicas de salud rurales	Cubierto.		
Servicios de clínicas de salud pública	Cubierto.	Cubierto: Límite de 4 consultas al mes.	Cubierto: Límite de 4 consultas al mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.
Servicios de embarazo y maternidad: prenatal, parto y posparto	Cubierto.		
Servicios de hospitalización	Cubierto.	Cubierto: a. Servicios hospitalarios (hospitalización): sin límite. b. Servicios médicos para pacientes hospitalizados: cubierto. c. Servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados: sin límite. d. Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes hospitalizados: 90 días por persona y año fiscal estatal (SFY).	Cubierto: a. Servicios hospitalarios (hospitalización): sin límite. b. Servicios médicos para pacientes hospitalizados: cubierto. c. Servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados: sin límite. 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.



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
Servicios de médico y asistente médico	Cubierto.	Cubierto. Límite de 4 consultas al mes (límite estricto).	Cubierto. Límite de 4 consultas al mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.
Servicios de nutrición (dietista)	Cubierto (incluye dietista y asesoramiento nutricional).	Cubierto hasta 6 horas al 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.	Cubierto hasta 6 horas al 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.
Servicios de planificación familiar	Cubierto.		
Servicios de trabajador social clínico materno infantil con licencia (LCSW)	Cubierto para miembros embarazadas y posparto.		
Servicios de trasplante de órganos	Cubierto con autorización previa (PA). Los trasplantes de córnea y riñón no requieren PA.		
Servicios de visión	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.	
Servicios en centros de diálisis renal	Cubierto.		



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
Servicios terapéuticos: terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia de lenguaje (ST)	OT y PT: a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. Tratamiento requiere autorización previa (PA). ST: a. Evaluación y tratamiento requieren autorización previa (PA).	Servicios de rehabilitación: a. (15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado 45 consultas).	Servicios de habilitación: a. 15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado 45 consultas). Servicios de rehabilitación: a. 15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado 45 consultas).
Suministros y aparatos de equipos médicos duraderos	Cubierto. Requiere receta médica de un proveedor médico. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
Telesalud	Cubierto.		
Terapia de infusión	Cubierto.	Cubierto cuando sea médicamente necesario y no se considere una parte compensable del procedimiento.	
Transporte médico no urgente (NEMT)	Cubierto.		



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión (mayores de 21 años)	Adultos en Expansión (mayores de 21 años)
Tratamiento Alternativo para el Manejo del Dolor	Cubierto.	Terapia física en un centro fuera del hospital: a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. 12 horas al año requieren autorización previa PA. Servicios quiroprácticos: a. Evaluación inicial cubierta sin PA. b. 12 visitas al año requieren PA. Los límites de PA pueden excederse según la necesidad médica.	

Farmacia

Oklahoma Complete Health cubre la mayoría de los medicamentos recetados. Algunas recetas necesitan autorización previa y pueden tener límites basados en la edad o la cantidad de medicamentos recetados. Oklahoma Complete Health también cubre ciertos medicamentos de venta libre (OTC) con una receta de un proveedor de Oklahoma Complete Health.

¿Qué beneficios de farmacia están cubiertos?

Oklahoma Complete Health cubre ciertos medicamentos recetados y medicamentos OTC cuando son recetados por un proveedor de Oklahoma Complete Health. El programa de farmacia no cubre todos los medicamentos. Algunos medicamentos necesitan autorización previa y pueden tener límites basados en la edad, la dosis o las cantidades máximas.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

La Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) es una lista de medicamentos cubiertos por Oklahoma Complete Health. Oklahoma Complete Health trabaja con el estado de Oklahoma para garantizar que estén cubiertos los medicamentos usados para muchas afecciones y enfermedades. La PDL se aplica a los medicamentos que se obtienen en farmacias minoristas y de venta por correo.

Los Comités de Farmacia y Terapéutica de Oklahoma Complete Health revisan la PDL con frecuencia para asegurarse de que tienen los medicamentos adecuados a los mejores precios. Nosotros les informamos a nuestros miembros y proveedores sobre actualizaciones anuales y cambios importantes por correo directo (por ejemplo, fax, correo electrónico, correo) según sea necesario. Para ver la PDL, visite la página Manuales y Formularios en **OklahomaCompleteHealth.com**.

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



Medicamentos Especializados

Un medicamento especializado es un medicamento de venta con receta que requiere 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, tendrá que darle al farmacéutico su receta de un prescriptor de Oklahoma Complete Health y su tarjeta de identificación de Oklahoma Complete Health. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia cercana, llámenos al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

¿Puedo obtener una receta con 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 todos los días). Puede encontrar una lista de medicamentos de mantenimiento para los cuales puede obtener un suministro de 90 días en nuestro sitio web en **OklahomaCompleteHealth.com**.

¿Dónde puedo obtener mi receta?

Para encontrar una farmacia que esté en la red de Oklahoma Complete Health, puede usar la herramienta Find a Doctor (Encontrar un médico) en **OklahomaCompleteHealth.com**. Escriba su ciudad o código postal y, a continuación, haga clic en Update (Actualizar). Seleccione Other (Otro) y escriba el nombre de su farmacia. También puede seleccionar el tipo de farmacia en el área Select Specialty (Seleccionar especialidad). Solo se enumeran las farmacias de la red de Oklahoma Complete Health.

Venta sin Receta (OTC)

Hasta \$30 por hogar por trimestre para medicamentos que traten el resfriado, la tos y la alergia, vitaminas, suplementos, preparaciones oftálmicas/óticas, analgésicos, productos gastrointestinales, primeros auxilios, productos de higiene, spray para insectos, productos para el cuidado bucal y para el cuidado de la piel.

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. 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 afección.

Terapia Escalonada

Para tomar algunos medicamentos enumerados en la 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 otro medicamento primero, entonces su medicamento de terapia escalonada será aprobado. Si Oklahoma Complete Health no tiene un registro de que probó otro medicamento primero, entonces usted o su proveedor tendrán que decirnos por qué necesita



el medicamento de terapia escalonada en lugar de probar otros medicamentos. 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.

Farmacia

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.

Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión	Adultos en Expansión
Medicamentos con receta	Cubierto.	Cubierto. 6 recetas al mes (incluye medicamentos especializados). 2 de cada 6 recetas pueden ser de marca al mes. 2 de 6 recetas pueden ser de marca preferida o no preferida al mes. Hasta 3 pueden ser medicamentos de marca con autorización previa (PA) (dentro del límite de 6 recetas). Todos los medicamentos pueden ser genéricos. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).	
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos/agentes utilizados para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. • Programas de tratamiento de opioides (OTPs). • Los servicios de OTP requieren autorización previa (PA). 		
Productos para dejar de fumar (para ayudarle a dejar de consumir tabaco)	Los productos de terapia de reemplazo de nicotina (NRT) (incluidos parches, chicles, pastillas, inhaladores y aerosoles nasale) 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 asesoramiento para dejar de fumar con proveedores contratados al año.		



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión	Adultos en Expansión
Suministros para diabéticos (insulina, jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para plumas de insulina)	Cubierto.		
Suministros de planificación familiar	Cubierto.		
Nutrición enteral	Cubierto si se administra por gravedad, jeringa o bomba. Puede requerir autorización previa (PA).		

Servicios de Salud Conductual (Servicios de Salud Mental y Trastornos por Uso 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 (para ayudarlo a dejar el tabaco); y
- servicios de crisis de salud conductual.

Si cree que necesita acceso a 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**).



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión	Adultos en Expansión
Análisis Conductual Aplicado	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	No hay cobertura.	
Servicios Certificados de Salud Conductual Comunitaria (CCBH)	Cubierto.		
Servicios de Tratamiento Diurno	Cubierto con autorización previa por un mínimo de 3 horas al día durante 4 días a la semana.	No hay cobertura.	
Hospitalización -psiquiátrica independiente	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	Entre 21 y 64 años: Cubierto con autorización previa. 60 días como máximo por episodio. Mayores de 65 años: Cubierto con autorización previa.	
Hospitalización-agudos en general	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).		
Proveedor de salud conductual acreditado (puede facturar de forma independiente)	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	No hay cobertura.	
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos	Cubierto. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Suboxone® (buprenorfina/naloxona) • Vivitrol • Metadona 		
Programas de tratamiento de opioides	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).		
Servicios ambulatorios de agencias de salud conductual	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).		



Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin Expansión	Adultos en Expansión
Hospitalización parcial	Cubierto con autorización previa por un mínimo de 3 horas al día durante 5 días a la semana.		
Servicios de apoyo a la recuperación entre pares	Cubierto para edades entre 16 y 21 años con autorización previa.	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	
Servicios del Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT)	Cubierto para edades entre 18 y 21 años.	Cubierto.	
Centro de tratamiento residencial psiquiátrico	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	Cubierto para menores de 21 años. Se requiere autorización previa (PA).	
Psiquiatra	Cubierto.		
Psicólogo (que puede facturar de forma independiente)	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).		
Tratamiento por abuso de sustancias (ambulatorio, hospitalario y residencial)	Tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias: Cubierto con autorización previa. Tratamiento residencial por abuso de sustancias: Cubierto.		
Gestión de casos específicos	Cubierto para poblaciones específicas con autorización previa.		
Servicios terapéuticos conductuales, apoyo familiar y capacitación	Cubierto para niños con SED en un equipo integral de sistemas de atención.	No hay cobertura.	
Acogimiento terapéutico	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	No hay cobertura.	



Servicios de Transporte

Información de Contacto Importante		
Puede comunicarse con	Dónde	Horario
Para reservas y asistencia de transporte	1-877-718-4212	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: mymodivcare.com Información de la empresa: modivcare.com	Disponible las 24 horas.
Servicios para Miembros de Oklahoma Complete Health	1-833-752-1664 (TTY: 711)	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	1-866-726-1457	Disponible las 24 horas.
Para una emergencia	Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana	Disponible las 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 ayudarle 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 acompañe 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 padre/madre, o tutor. El transporte que no es de emergencia incluye vehículos personales, taxis, camionetas, vehículos ambulatorios y transporte público.

Cómo obtener transporte que no es de emergencia. Oklahoma Complete Health tiene un contrato con ModivCare para proporcionar servicios de transporte que no sean de emergencia a los miembros con cobertura. Esto se conoce como el programa de Transporte Médico Sin Carácter de Emergencia (NEMT). Usted está cubierto por el NEMT. Esto significa que le ofreceremos servicios de transporte para llegar a sus citas de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de transporte para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de transporte.

Puede llamar a los servicios de transporte de ModivCare al **1-877-718-4212** para reservar un viaje. 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 médico marcando el mismo número gratuito utilizado durante el horario comercial normal.



Los servicios de transporte para casos que no son de emergencia están cubiertos para servicios cubiertos médicamente necesarios, como citas médicas, diálisis y consultas de asesoramiento. Si necesita cambiar o cancelar sus servicios de 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 arreglarlo de otra manera.

¿Qué necesito para conseguir un traslado?

Tenga disponible la siguiente información cuando llame:

- Su nombre, domicilio y número de teléfono.
- Su número de identificación de SoonerSelect.
- 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 médico que está viendo.
- 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 médico, 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. Recibirá un número de viaje una vez que la solicitud de transporte se haya procesado.

Tipos de Transporte Disponibles

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:

- Transporte público y masivo, como autobuses urbanos o trenes.
- Furgoneta de pasajeros multicarga.
- Vehículos médicos, como furgonetas equipadas con acceso para silla de ruedas o camillas.
- Vehículos privados.
- Taxis.
- Servicios de transporte compartido.

Solicitudes de Viaje Permanentes (Periódicas)

Un viaje recurrente es cuando necesita ir a citas con varias fechas y horas diarias, semanales o quincenales 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):

- Diálisis.
- Tratamiento por radiación.
- Quimioterapia.
- Cuidado de heridas.

Para preguntas acerca de solicitudes de viaje permanentes (periódicas), 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 estadías 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 y 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 sin carácter 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:

- Poder 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 de 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 una queja, llame al **1-877-718-4212**. Si le negamos los servicios de transporte, tiene el derecho de apelar nuestra decisión. Consulte la página 48 para obtener más información sobre las apelaciones.

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 en centros escolares.
- Servicios de clínicas de salud pública.
- Servicios del Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (FQHC).
- Servicios prestados en su departamento de salud local.

Servicios de Valor Agregado

Oklahoma Complete Health ofrece planes de seguro médico con servicios de valor agregado que cubren las necesidades de familias e individuos en nuestras áreas de servicio en Oklahoma. Vea los servicios de valor agregado de Oklahoma Complete Health a continuación.

Visite el sitio web de Oklahoma Complete Health en **OklahomaCompleteHealth.com** para obtener una lista completa de servicios de valor agregado. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para obtener más información.



Beneficio	Descripción	Limitaciones
<p>Membresías para Boys & Girls Clubs</p>	<p>Oklahoma Complete Health proporcionará membresías para Boys & Girls Clubs a los socios de 6–18 años de edad.</p>	
<p>Respire Mejor en Casa</p>	<p>Oklahoma Complete Health proporcionará autocontrol del asma a través de los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a domicilio por parte de un administrador de cuidados o un trabajador de salud comunitario para examinar el hogar en busca de factores desencadenantes ambientales. • Educación para el manejo del asma en el hogar y recursos para dejar de fumar. • Subsidios de hasta \$250 por año por miembro para apoyar la eliminación de los desencadenantes del asma en el hogar (por ejemplo, ropa de cama hipoalérgica, control de plagas, limpieza de alfombras, limpiadores con poca cantidad de compuestos orgánicos volátiles, etc.). • Nebulizador adicional para miembros de 0–18 años de edad. 	<p>Debe tener un diagnóstico de asma</p>
<p>ConnectionsPlus®</p>	<p>A través de nuestro programa ConnectionsPlus®, proporcionaremos teléfonos celulares y planes de datos sin costo a los miembros en administración de cuidados que no tienen acceso seguro y confiable a servicios telefónicos o de Internet y a aquellos que no califican para SafeLink Wireless® federal. ConnectionsPlus® permite a los miembros tener acceso constante a proveedores, administradores de cuidados, servicios de telesalud y 911.</p>	<p>Debe estar en administración de cuidados y no ser elegible para el programa federal SafeLink Wireless®</p>
<p>Aplicación Digital Behavioral Health (BH)</p>	<p>Oklahoma Complete Health les ofrecerá a los miembros de 13 años de edad o más acceso a myStrength® Complete, nuestra aplicación digital de BH para la educación y el asesoramiento en materia de salud. myStrength® tiene herramientas y asesoramiento en línea personalizados para ayudar a los miembros con depresión, ansiedad, estrés, consumo de sustancias, dolor crónico y problemas de sueño. myStrength® también apoya los aspectos físicos y espirituales de la salud de la persona. Los miembros pueden acceder a la aplicación mediante nuestro sitio web en cualquier momento. Los miembros mayores de 18 años también pueden acceder a dos elementos más mediante myStrength® Complete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas virtuales a proveedores de BH. • Asistencia para la prevención de suicidios de Choose Tomorrow. 	<p>De los 13 años de edad en adelante</p>



Beneficio	Descripción	Limitaciones
<p>Apoyo educativo y habilidades laborales</p>	<p>Oklahoma Complete Health ofrece tres beneficios para ayudar a los miembros a mejorar sus calificaciones en la escuela u obtener su diploma o Examen del Desarrollo Educativo General (GED). Estos beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros de 16 años y mayores sin diploma de escuela secundaria, ofrecemos tutoría GED y vales para exámenes. • Para miembros calificados en grados K-12, proporcionamos tutoría en persona o virtual para jóvenes elegibles en la administración de cuidados que están en riesgo de reprobación una o más asignaturas principales. • Ofrecemos becas para Rose State College a fin de obtener una microcertificación de trabajador de salud comunitario (CHW) para miembros adultos en administración de cuidados. 	<p>No hay limitaciones en las pruebas de GED o tutoría Tutoría K-12 limitada a 24 sesiones por año Una beca por miembro.</p>
<p>Servicios de transporte mejorado</p>	<p>Para apoyar de forma completa a nuestros miembros, ofrecemos estos beneficios de transporte (traslado) mejorado mediante nuestros socios de transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionamos un viaje por día a los padres o tutores para visitar a un niño hospitalizado. • Proporcionaremos 15 viajes de ida y vuelta por miembro al año, hasta 50 millas desde el hogar del miembro para apoyar determinantes sociales de las necesidades de salud (SDOH). Estos incluyen; ir a tiendas de comestibles, despensa de alimentos, mercados de agricultores, programas WIC, servicios de cuidado infantil, entrevistas de trabajo, actividades educativas y grupos de apoyo. • Los miembros que utilicen transporte médico que no es de emergencia (NEMT) podrían llevar hasta cuatro niños cuando no se disponga de servicios de cuidado infantil*. <p><i>* El número total de pasajeros no puede exceder las cinco personas.</i></p>	



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Salud, bienestar y alfabetización en salud	<p>Los beneficios de salud, bienestar y alfabetización en salud de Oklahoma Complete Health ayudarán 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">· Acceso gratuito a nuestra biblioteca de salud en línea, que cuenta con más de 4,000 artículos en un lenguaje sencillo. Los miembros pueden aprender sobre bienestar, enfermedades, planes de atención, medicamentos y otros consejos y datos de salud.· Nuestro Healthy Kids Club le enviara a los niños y miembros jóvenes un nuevo libro, un paquete de bienvenida, una tarjeta de membresía del Kid Club, actividades en línea para niños y padres o tutores y boletines trimestrales cuando un padre o tutor los suscribe.	
Peso saludable	<p>Oklahoma Complete Health proporciona este beneficio para mantener un peso saludable.</p> <ul style="list-style-type: none">· Ofrecemos membresías virtuales de WeightWatchers® para miembros mayores de 18 años en la administración de cuidados cuyos proveedores recomiendan aumentar la alimentación saludable y la actividad física con el objetivo de reducir el índice de masa corporal (BMI).	Debe pertenecer a administración de cuidados
Inseguridad y falta de vivienda	<p>Oklahoma Complete Health apoya a los miembros que experimentan inseguridad o falta de vivienda a través de dos beneficios que pueden mejorar la salud y el estado de la vivienda.</p> <ul style="list-style-type: none">· Nos asociaremos con organizaciones que proporcionan albergue de apoyo para los miembros que sufren falta de vivienda después de haber sido dados de alta de un hospital de Oklahoma City.· Le proporcionaremos empleo, vivienda, beneficios de servicios sociales o asuntos legales relacionados con la salud y acceso a servicios legales de Servicios de Asistencia Legal a los miembros de la administración de cuidados que necesiten apoyo.	



Beneficio	Descripción	Limitaciones
<p>Apoyo nutricional y seguridad alimentaria</p>	<p>Oklahoma Complete Health ofrece los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros en administración de cuidados que dan positivo en la inseguridad alimentaria, proporcionaremos hasta \$100 al año en vales de Food Rx para alimentos nutricionales. • Proveemos 14 comidas de especialidad entregadas en el hogar para los miembros que califiquen en la administración de cuidados que recibieron el alta hospitalaria, lo que incluye miembros con embarazos de alto riesgo. • Para los miembros en la administración de cuidados que necesitan más asesoramiento nutricional para una condición crónica, ampliamos el beneficio de asesoramiento nutricional del estado por cuatro horas más al año. 	<p>\$100 dólares al año Debe pertenecer a administración de cuidados</p>
<p>Productos de venta libre (OTC)</p>	<p>Oklahoma Complete Health proporciona un beneficio de OTC a todos los miembros por hasta \$50 por hogar por trimestre. Los productos pueden ser medicamentos que traten el resfriado, la tos y la alergia, vitaminas, suplementos, preparaciones oftálmicas/ópticas, analgésicos, productos gastrointestinales, primeros auxilios, productos de higiene, repelente de insectos, productos para la higiene bucal y para el cuidado de la piel.</p>	<p>Limitado a \$50 por trimestre, por hogar</p>
<p>Pyx Health (Pyx)</p>	<p>Pyx Health es una aplicación móvil que reduce el aislamiento social mediante la proporción de 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 interacción diaria.</p>	<p>Limitado a adultos en la administración de cuidados</p>



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Ready for my Recovery	Nuestro beneficio Ready for my Recovery ayuda a los miembros en su proceso de recuperación proporcionándoles 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 cuidado personal, un diario, un bolígrafo e información y recursos de BH.	Una mochila por miembro
Control de Pacientes a Distancia (RPM)	Nuestro programa de diabetes utiliza tecnología celular, lecturas de azúcar en sangre en tiempo real y recargas automáticas de suministros para garantizar que los miembros con diabetes se mantengan sanos. Los miembros recibirán un kit de suministros que tiene un glucómetro, una guía de instrucciones y tiras reactivas. Nuestro proveedor de kits para diabetes controlará los datos y llamará al miembro si sus niveles de azúcar en la sangre son altos o no aparecen. Nuestro programa de diabetes durante el embarazo de alto riesgo combina telemedicina con tecnología celular y lecturas en tiempo real de la presión arterial, el azúcar en la sangre y la salud fetal. Los administradores de cuidados de Oklahoma Complete también ayudarán a programar las citas si es necesario.	Debe tener un diagnóstico de diabetes
Cuidados de relevo	Oklahoma Complete Health cubrirá el costo de hasta 48 horas por año de apoyo de relevo para los cuidadores de miembros que están en la administración de cuidados. Un mayor número de horas de relevo ayudará a reducir el desgaste del cuidador.	Se 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 de 5-18 años. El examen físico analiza lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Altura, peso y presión arterial.• Visión.• Corazón y pulmones.• Movilidad.	Miembros que tengan entre 5-18 años de edad



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Beneficios Adicionales de Start Smart for Your Baby® (SSFYB)	<p>Además de nuestro programa de SSFYB CM basado en evidencia, ofrecemos a los miembros de SSFYB diversos beneficios, entre los que se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acceso a doulas comunitarias en Tulsa a través de la Iniciativa de Equidad de Nacimiento de Tulsa y en Oklahoma City a través de Agape Midwifery Wellness; • acceso ilimitado a doulas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana; • apoyo para miembros que están amamantando hasta 12 meses después del parto a través de Health in Her HUE y Pacify; Health in Her HUE conecta a las mujeres de color con los proveedores de atención sanitaria culturalmente sensibles, con el contenido de salud basado en la evidencia y los grupos de apoyo comunitario de Centering Pregnancy; • un extractor de leche de uso hospitalario para apoyar la lactancia materna (1 por embarazo); • fiestas de nacimiento de la comunidad en los que los miembros pueden obtener una cuna portátil de regalo y educación para dormir de forma segura (1 cuna por embarazo); • transporte a las citas para miembros con embarazos de alto riesgo proporcionado por nuestros socios locales y • educación prenatal y clases para padres cuando son referidos por el Administrador de Cuidados. 	
Servicios para dejar de fumar	<p>Ayudar a los habitantes de Oklahoma a dejar de fumar reducirá la carga de las condiciones crónicas para los miembros. Oklahoma Complete Health ofrece incentivos de My Health Pays® para apoyar a los miembros que quieren dejar de fumar. Ofrecemos \$25 para el primer llenado de medicamentos para dejar de fumar y \$50 por completar el programa.</p>	Una recompensa al año
Subsidios para sanación tradicional	<p>Oklahoma Complete Health respeta las preferencias culturales de los miembros en cuanto a la atención médica. Proporcionamos un subsidio de \$250 por año para la sanación ceremonial o espiritual que puede ayudar en la mejora de la salud física o conductual y bienestar general. El miembro debe estar inscrito en una Tribu Reconocida Federalmente.</p>	Limitado a \$250
Servicios de la visión para adultos	<p>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.</p>	Mayores de 21 años Debe ser un proveedor de la red



Beneficio	Descripción	Limitaciones
Membresía YMCA	<p>Proporcionamos a los miembros membresías de adultos y jóvenes para la YMCA local para apoyar la actividad física y los estilos de vida saludables. Su membresía de YMCA se puede renovar por hasta un año completo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted es un adulto que asistió, al menos, 10 días en tres meses. • Usted es un joven que asistió, al menos, 20 días en seis meses. 	

Servicios Alternativos

Es posible proporcionar otras opciones en lugar de servicios cuando sus necesidades únicas lo requieran. Su gestor de casos estará encantado de hablar con usted sobre estas opciones.

Cuéntenos Sobre su Salud

El formulario de Mi Examen de Salud le hará preguntas sobre su salud actual. Su proveedor y su plan de salud usarán esta información para conocer cualquier cambio de salud que haya experimentado. Por eso es importante completar este formulario cada año. Al tener esta información, podemos satisfacer sus necesidades de salud específicas con servicios o recursos adicionales.

Complete el formulario de Mi Examen de Salud

Hay varias formas de completar el formulario:

- 1 Encuentre el formulario de Mi Examen de Salud en el reverso de este manual. Luego, envíenoslo por correo utilizando el sobre con franqueo pagado incluido en el reverso de este manual.
- 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. Asegúrese de completar un formulario por cada miembro de Oklahoma Complete Health. 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 que debe completar este formulario todos los años. Como parte de nuestro programa de My Health Pays®, obtendrá una recompensa de \$10 por rellenar el formulario.

Aviso de Embarazo

Cuide de usted y de su bebé — Start Smart for your Baby

Nuestro programa Start Smart for Your Baby® brinda apoyo y cuidado personalizado para las personas embarazadas y los padres y madres primerizos. Este programa la ayuda a enfocarse en su salud durante el embarazo y el primer año de su bebé.



Start Smart for Your Baby® ofrece los siguientes beneficios sin costo adicional:

- 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.

Comience

Si está transitando un embarazo, complete nuestro Formulario de Notificación de Embarazo (NOP) en línea. También puede encontrar el formulario en el reverso de este manual. Complételo y envíenoslo por correo utilizando el sobre con franqueo pagado incluido en el reverso de este manual. Nos comunicaremos con usted para hablar sobre los detalles de nuestro programa Start Smart for Your Baby® .

Gane \$25 por completar esto dentro de su primer trimestre o \$10 por completarlo en su segundo trimestre.*

*Pueden aplicarse restricciones.

Programa de Recompensas

Gane recompensas en su My Health Pays® Visa® Prepaid Card* por tomar decisiones saludables. Entre las formas de ganar recompensas se incluye la de completar actividades como exámenes anuales, análisis y otras maneras de proteger su salud. Gaste sus recompensas en Walmart® o en necesidades como alquiler, servicios públicos o cuidado de niños.** Visite **OklahomaCompleteHealth.com** para obtener más información.

* Esta My Health Pays® Visa® Prepaid Card es emitida por The Bancorp Bank, N.A. Member FDIC, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta no se puede utilizar en cualquier lugar en el que 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, es posible que tenga un gestor de cuidados en su equipo de atención médica. Un gestor de atención médica 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 gestor de atención médica 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 cuando llegue a casa;
- 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
- ayudarlo 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 gestor de atención que se especializa en brindar apoyo:

- usted o su médico, quien puede derivar para servicios de manejo de casos;
- ayudarlo a desarrollar un plan de cuidado único y centrado en la persona para sus necesidades físicas, conductuales y sociales;
- su relación con su proveedor mediante la organización de la atención de seguimiento para las necesidades de cuidado primario y de salud conductual;
- usted atendiendo a sus necesidades sociales y comunitarias, realizando remisiones a los servicios disponibles y conectándolo con los recursos de la comunidad; y
- usted ayudándolo a coordinar las transiciones de atención durante las situaciones que afectan a su plan de atención. Esto puede incluir: el fin de los beneficios; transición de la atención pediátrica (niños) a la de adultos; pasar a un nivel de atención diferente o recibir el alta a su domicilio o el fin de la cobertura.

Para 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**).

Ayuda para Problemas Más Allá de 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.

Otros Programas para Ayudarle a Mantenerse Saludable

Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program quiere ayudarle a usted y a su familia a estar y mantenerse 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 ayudarlo 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 Temprano y Periódico (EPSDT)

Los miembros del plan menores de 21 años pueden recibir cualquier tratamiento o servicio que sea médicamente necesario para tratar, prevenir o mejorar un problema de salud. Este conjunto especial de beneficios se denomina Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y (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 servicios de EPSDT pueden requerir una autorización previa. EPSDT incluye servicios que pueden ayudar a tratar, prevenir o mejorar el problema de salud de un miembro, incluidos, entre otros:

- historial médico y de vacunación;
- exámenes físicos;
- diversas evaluaciones y asesoramiento de salud;
- pruebas de laboratorio y de detección;
- atención de seguimiento necesaria; y/o
- servicios de análisis conductual aplicado (ABA).

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el proveedor de atención primaria de su hijo (PCP). También puede encontrar más información sobre los servicios 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 algunos ejemplos de los servicios que no ofrece Oklahoma Complete Health. Si recibe alguno de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura:

- Acupuntura.
- Quiropráctica.
- Cirugía estética.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Programas para adelgazar.
- Servicios de un proveedor que no forme parte de Oklahoma Complete Health, a menos que sea un proveedor al que se le permite consultar como se describe en otra parte de este manual o Oklahoma Complete Health, o su proveedor de atención primaria (PCP) lo envió a ese proveedor.
- Servicios para los cuales necesita una remisión (aprobación) por adelantado y no la obtuvo.
- Servicios para los cuales necesita autorización previa (PA) por adelantado y no la obtuvo.
- Servicios médicos prestados fuera del país.
- Eliminación de tatuajes.

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



Es posible que tenga que pagar por cualquier servicio que su PCP o Oklahoma Complete Health no apruebe. Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (incluidos los indicados anteriormente).
- Servicios no autorizados.
- Servicios prestados por proveedores que no forman parte de Oklahoma Complete Health.

Oklahoma Complete Health puede optar por no cubrir los servicios de asesoramiento o remisión 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 desea dejar nuestro plan debido a esta objeción, tiene motivos justificados y derecho a hacerlo. Consulte la página 55 para obtener más información.

Si Recibe una Factura

En la mayoría de los casos, no tiene que pagar por los servicios de SoonerSelect y no debe recibir una factura de un proveedor. Es posible que deba pagar si acordó por escrito pagar por los servicios no cubiertos 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 ayudarle 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 le ayudará a solucionar el problema.

Tiene derecho a presentar una apelación si cree que se le pide que pague por algo que Oklahoma Complete Health debería cubrir. Consulte la sección de quejas y apelaciones en la página 48 en 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 médico acerca de los nuevos servicios cubiertos por sus beneficios.

Copagos de los Miembros del Plan

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un copago, es decir, una tarifa que usted paga cuando recibe ciertos servicios de atención médica de un proveedor o cuando recoge una receta en una farmacia:

Sus Copagos Según el Plan

Servicio	Cantidad	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.	



Servicio	Cantidad	Explicación
Servicios médicos	\$4 por consulta.	
Asistente médico/asistente de anesthesiólogo	\$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.
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.	<ul style="list-style-type: none"> · Productos para dejar de fumar \$0 copago. · Vitaminas prenatales \$0 copago. · Anticonceptivos \$0 copago. · Naloxona \$0 copago. · Tratamientos asistidos con medicamentos para el consumo de opioides \$0 copago.
Vacunas recomendadas por el ACIP	\$0 copago.	



Servicio	Cantidad	Explicación
Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC)	\$4 por consulta.	
Servicios de cuidados personales del plan estatal	\$4 por consulta.	
Terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia auditiva (PT/OT/ST)	\$4 por consulta.	
Tratamiento alternativo para la gestión del dolor	\$4 por consulta.	
Prótesis y órtesis	\$4 por consulta.	

No hay copagos para los miembros o servicios a continuación:

- Miembros menores de 21 años.
- Miembros que están embarazadas (y en su período posparto).
- Miembros que reciben cuidados de hospicio.
- Indígenas Americanos/Nativo de Alaska.
- Niños en cuidado de hogares crianza.
- Servicios de emergencia.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios preventivos prestados a adultos en expansión.
- Servicios preventivos prestados por proveedores.

Si tiene alguna pregunta sobre los copagos, 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. Este programa está destinado a los miembros que abusan o hacen un mal uso de los medicamentos recetados. Los miembros son asignados a una farmacia y a un médico. Puede cambiar de médico o farmacia una vez al año, a menos que se produzca una situación especial, como una mudanza. Si se le coloca en el programa, puede estar inscrito durante un mínimo de dos años. Revisaremos su inscripción por lo menos una vez al año. Puede apelar su inscripción en el programa de bloqueo. Para más información, consulte la sección de quejas y apelaciones en la página 48 de este manual.

Autorización Previa y Medidas

Oklahoma Complete Health tendrá que aprobar algunos tratamientos y servicios antes de que usted los reciba. Es posible que Oklahoma Complete Health también tenga que aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted pueda seguir recibéndolos. Esto se llama autorización previa. Para obtener una lista de los servicios que requieren una autorización previa, consulte el cuadro de la sección "Servicios cubiertos por la red de Oklahoma Complete Health's Network" de este manual, en la página 15.

Por lo general, su proveedor de atención primaria (PCP) presentará la autorización previa a Oklahoma Complete Health por usted a través del portal de proveedores. La solicitud de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización previa. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios es necesario:

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

Solicitudes de Autorización Previa para Menores de 21 Años

Se aplican normas especiales a las decisiones de aprobación de servicios médicos para niños menores de 21 años que reciben servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT). Para obtener más información sobre los servicios EPSDT, consulte la página 40 o visite nuestro sitio web en **OklahomaCompleteHealth.com**.

¿Qué Sigue Después de que Recibamos su Solicitud de Autorización Previa?

El plan de salud cuenta un equipo de revisión para asegurarse de que usted recibe los servicios que prometemos. El equipo de revisión está formado por profesionales de atención médica calificados. Su trabajo consiste en asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted ha solicitado está cubierto por su plan y que le ayudará con su enfermedad médica. Para ello, verifican que su plan de tratamiento se ajusta a las normas médicamente aceptables.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos según un proceso estándar o acelerado. Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si un retraso puede causar un daño grave a su salud. Si su solicitud de revisión de emergencia es denegada, se lo comunicaremos y su caso se tramitará según el proceso



de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su estado médico lo requiera, pero no más tarde de lo descrito 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 denegar una solicitud de autorización previa (PA) o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina determinación adversa de beneficios. Estas decisiones serán tomadas por un profesional médico. Puede solicitar las normas médicas específicas, denominadas criterios de revisión clínica, utilizadas para tomar la decisión de acciones relacionadas con la necesidad médica.

Autorización Previa y Plazos

Revisaremos su solicitud de autorización previa dentro de los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 72 horas después de recibirla.
- **Revisión acelerada (más rápida):** Tomaremos una decisión sobre su solicitud y tendrá noticias nuestras en 24 horas.
- **Salud Conductual para Pacientes Hospitalizados:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud y tendrá noticias nuestras en 24 horas.

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

En la mayoría de los casos, si está recibiendo un servicio y se presenta una nueva solicitud para seguir recibéndolo, debemos informarle al menos 10 días antes de cambiar el servicio si decidimos reducirlo, detenerlo o restringirlo. **Si aprobamos un servicio y usted ha empezado a recibirlo, no reduciremos, detendremos o restringiremos el servicio durante el periodo de aprobación, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información que se sabía que era falsa o errónea.**

Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que se deniegue el pago. Estos avisos no son facturas.

Revisión de Utilización

El Programa de Revisión de Utilización de la Salud 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 revisión de utilización y plazos para las decisiones y notificaciones. Los procedimientos de Administración de la Utilización incluyen, pero no se limitan, a lo siguiente:

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



Cómo Puede Ayudar con las Políticas del Plan

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que mejor sirvan a nuestros miembros. Tal vez le gustaría trabajar con uno de los comités de miembros de nuestro plan de salud o con OHCA, como, por ejemplo:

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

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

Apelaciones

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su atención, tiene derecho a presentar un recurso de apelación.

Para presentar una apelación, escriba a:

Oklahoma Complete Health
ATTN: Appeals
P.O. Box 10353
Van Nuys, CA 91410-0353
Por 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
Por fax: **1-866-714-7991**

Para apelaciones de farmacia, escriba a la siguiente dirección:

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

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

Si no está satisfecho con una acción que hemos tomado o con lo que hemos decidido sobre su solicitud de autorización previa (PA) (consulte la página 46 sobre autorizaciones y acciones previas), puede presentar una apelación. Una apelación es una solicitud para que revisemos la decisión. Tiene 60 días después de que le enviemos una notificación de denegación (aviso de determinación adversa de beneficios) para presentar una apelación.

Puede realizarlo usted mismo o, con su consentimiento por escrito, su representante autorizado o su proveedor, llame a Servicios para miembros **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o visite nuestro sitio web **OklahomaCompleteHealth.com** si necesita ayuda para presentar una apelación.



La apelación puede hacerse 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 proporcionará ayuda y servicios auxiliares si lo solicita y de forma gratuita.

Si su apelación debe ser revisada más rápidamente que el plazo estándar porque tiene una necesidad inmediata de servicios médicos, puede presentar una apelación acelerada (más rápida) en lugar de una apelación estándar.

- **Revisión estándar:** Si tenemos toda la información que necesitamos, le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días desde su apelación.
- **Revisión acelerada (más rápida):** Si tenemos toda la información que necesitamos, le llamaremos y le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde su apelación. Le comunicaremos que hemos recibido su apelación acelerada en un plazo de 24 horas.

Puede presentar una queja (vea la página 52 para más información sobre quejas) si se le niega su solicitud de apelación acelerada.

No le trataremos de manera diferente ni actuaremos de mala manera con usted porque presente una apelación.

Antes y durante la apelación, usted o su representante pueden ver el expediente 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 dar cualquier información (incluidos nuevos documentos de sus proveedores) que crea que nos ayudará a aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.

Si necesita ayuda con el proceso de apelación, tiene preguntas o quiere comprobar el estado de su apelación, llame a Servicios para miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

Más Información sobre las Apelaciones

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

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita. En el caso de las apelaciones aceleradas, le llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación por escrito después.
- Explicaremos por qué la demora es lo mejor para sus intereses.
- Tomar una decisión máxima de 14 días a partir del día en que solicitamos más información.

Si necesita más tiempo para reunir sus documentos e información, sólo tiene que pedirlo. Usted, su proveedor o alguien de su confianza pueden pedirnos que retrasemos su caso hasta que esté preparado. Queremos tomar la decisión que mejor favorezca su salud. Puede pedir más tiempo llamando al Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o por escrito a:

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



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 informándole de que hemos aceptado su apelación. Si seguimos sin estar de acuerdo con usted y creemos que tenemos razón al reducir o suspender los servicios que ya estaba recibiendo, le enviaremos una notificación de resolución adversa de la apelación informándole de que la hemos denegado. Si no está de acuerdo con la resolución adversa de la apelación, tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Vea la siguiente sección en la página 51 para conocer detalles importantes sobre el tiempo y la presentación de su solicitud.

Su Atención Mientras Espera una Decisión sobre Su Apelación

Cuando la decisión del plan de salud reduce o interrumpe un servicio que usted ya está recibiendo, puede pedir que continúen los servicios que su proveedor ya había ordenado mientras decidimos sobre su apelación. También puede pedir a un representante autorizado que haga esa petición en su nombre. Los proveedores no pueden pedir que sus servicios continúen por usted.

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

Si continuamos los servicios que ya estaba recibiendo, los pagaremos si su apelación se resuelve a su favor.

Es posible que su apelación no cambie la decisión que tomó el plan de salud sobre sus servicios.

Si no está satisfecho con el resultado de su recurso, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal (vea la siguiente sección en este manual).

Cuando su apelación no cambia la decisión del plan de salud, es posible que éste le ordene que pague los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

Audiencias Imparciales Estatales

Después de recibir una notificación de resolución adversa a su apelación, puede solicitar una audiencia estatal justa si sigue sin estar de acuerdo con la decisión que tomamos de reducir, suspender o restringir sus servicios. Una audiencia imparcial estatal es su oportunidad de dar más información y hacer preguntas sobre la decisión ante un juez de derecho administrativo. El juez en su Audiencia Imparcial Estatal 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 Estatal, debe decirlo en el momento de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Su solicitud para continuar con los beneficios durante una audiencia debe ser presentada dentro de los 10 días posteriores al envío del aviso de decisión de apelación (aviso de resolución adversa en apelación).

Si necesita ayuda para entender el proceso de Audiencia Imparcial estatal, puede llamar al Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). No tiene que utilizar ningún lenguaje legal o formal especial para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal siempre y cuando indique claramente que no está satisfecho con la decisión que hemos tomado.



Su Atención Mientras Espera una Decisión sobre su Audiencia Imparcial Estatal

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

- Retire su apelación o su solicitud de Audiencia Imparcial Estatal;
- Un oficial de Audiencias Imparciales Estatales emite una decisión de audiencia que no está de acuerdo con usted.

También puede pedirle a un representante de confianza que haga esa solicitud por usted.

Si le pide a su plan de salud que continúe con los servicios que ya recibe durante su caso de Audiencia Imparcial Estatal, el plan de salud pagará esos servicios si su caso se decide a su favor. Es posible que su audiencia imparcial estatal no cambie la decisión que tomó el plan de salud sobre sus servicios.

Solicitando una Audiencia Imparcial Estatal

No tiene que utilizar ningún lenguaje legal o formal especial para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal siempre y cuando indique claramente que no está satisfecho con la decisión que hemos tomado.

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

Usted no necesita un abogado para su Audiencia Imparcial Estatal, pero usted puede contratar uno. Puede representarse a sí mismo o permitir que otra persona lo represente. Si permite que otra persona lo represente, tendrá que mostrar prueba por escrito de que solicitó su ayuda. Sin esta prueba escrita, su apelación será rechazada.

Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal en cualquier momento dentro de los 120 días a partir del día en que le enviamos el aviso de resolución adversa. Puede utilizar una de las siguientes formas para solicitar una Audiencia Imparcial:

- 1** Por teléfono: **1-405-522-7217**
- 2** Por correo electrónico: **docketclerk@okhca.org**
- 3** Por correo postal: **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 por escrito:



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 tiene un problema con su plan de salud, atención, proveedor o servicios, puede presentar una queja ante Oklahoma Complete Health. **A esto se le llama una queja.** Los problemas que no se resuelvan de inmediato por teléfono y cualquier reclamo que llegue por correo se manejarán de acuerdo con nuestros procedimientos de reclamo que se describen a continuación.

Puede pedirle 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 los formularios, podemos ayudarlo. No le pondremos las cosas difíciles ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Oklahoma en la página web **oid.ok.gov/consumers/file-an-online-complaint**.

Si No Está Contento Con Su Plan: Cómo Presentar una Queja

Si no está satisfecho con su plan de salud, proveedor, atención o servicios médicos, usted (o un representante autorizado) puede presentar una queja (una queja formal) ante Oklahoma Complete Health. Puede presentar una queja por teléfono o por escrito en cualquier momento.

- Para presentar la solicitud por teléfono, llame 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 por escrito, puede escribirnos con su reclamo a:
Oklahoma Complete Health
Attn: Grievance Department
P.O. Box 10353
Van Nuys, CA 91410-0353.

¿Qué Sucede Después?

- Le informaremos por escrito que recibimos su reclamo dentro de los 10 días 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 informaremos por escrito de cómo la hemos resuelto en un plazo de 3 días desde que resolvamos 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 extendemos su queja, le notificaremos dentro de dos días, además le enviaremos por correo una carta de notificación escrita. Puede además solicitar una extensión de su queja.



Su Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o de Médicos

- Si decide abandonar Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program, compartiremos su información médica 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 en nuestra red para obtener servicios adicionales si los necesita.
- Si está embarazada en el momento de inscribirse en Oklahoma Complete Health SoonerSelect Program puede seguir recibiendo la misma atención médica que antes de inscribirse en 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 padece una enfermedad terminal, cuando cambie de plan podrá continuar con su plan de tratamiento actual.
- Los niños que reciben servicios de enfermería privada seguirán recibiendo estos servicios. Estos servicios sólo cambiarán si realizamos una nueva evaluación y determinamos que su hijo/a necesita servicios diferentes.
- Seguiremos cubriendo sus servicios fuera del estado y/o la asistencia para comidas y alojamiento si ya los está recibiendo de SoonerCare cuando se inscriba en nuestro plan.
- Si está recibiendo servicios para la hemofilia, esos servicios seguirán siendo proporcionados por sus proveedores actuales de hemofilia hasta 90 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Después de 90 días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red.
- Si está en un plan de tratamiento actual y recibe servicios de salud conductual, puede seguir viendo a su(s) proveedor(es) actual(es) de tratamiento de salud conductual durante un máximo de 90 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Después de 90 días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red.
- Si está esperando equipos médicos duraderos (DME) o suministros autorizados y pedidos antes de inscribirse en nuestro plan, le ayudaremos a recibir estos artículos a tiempo.
- Si su PCP deja Oklahoma Complete Health, le informaremos por escrito al menos dentro de los 15 días desde que nosotros recibamos 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 afección médica crónica o aguda, puede continuar el tratamiento durante el período actual o el tratamiento activo, o hasta 90 días corridos, lo que suceda primero. Después de este periodo, 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 periodo, 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 de SoonerSelect y Oklahoma Complete Health.
- Ser tratado con respeto y con la debida consideración por su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, de una manera que usted comprenda independiente de la cobertura de costos o beneficios.
- Participar en las decisiones relacionadas con su 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 sean enmendados o corregidos de acuerdo con las normas 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.
- Recibir una copia de los derechos y las responsabilidades de los miembros y el derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades.
- Cada miembro es libre de ejercer sus derechos sin que Oklahoma Complete Health o sus proveedores participantes traten adversamente al miembro.

Sus Responsabilidades

Como miembro de Oklahoma Complete Health, 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 los planes y las instrucciones de 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.
- Verificar la información de Oklahoma Complete Health; corregir inexactitudes; y permitir que las agencias gubernamentales, empleadores y proveedores divulguen registros a OHCA o Oklahoma Complete Health.
- Notificar a OHCA o Oklahoma Complete Health dentro de los 10 días si hay cambios en los ingresos, la cantidad de personas que viven en el hogar, cambios de dirección o cambios de buzón de correo de seguro médico.
- Transferir, ceder y autorizar a OHCA todos los reclamos que pueda tener contra seguros médicos, 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.
- Permitir que SoonerCare cobre los pagos de cualquier persona que deba pagar la atención médica.
- Compartir la información médica necesaria con cualquier compañía de seguros, persona o entidad responsable de pagar la factura.
- Inspeccionar los registros médicos para ver si se pueden pagar los reclamos por servicios.
- Obtener permiso para que el Servicios Humanos de Oklahoma o Oklahoma Health Care Authority tomen decisiones sobre pagos o pagos en exceso.
- Guardar su tarjeta de identificación y conozca su número de Seguro Social para recibir servicios de atención médica o recetas.
- Confirmar que la atención recibida esté cubierta.
- Comprender cómo y cuándo solicitar servicios de transporte médico no urgente (NEMT).
- Costos compartidos.
- Asegurarse de que toda la información proporcionada a OHCA o Oklahoma Complete Health esté completa y sea verdadera bajo pena de fraude o perjurio.

Opciones de Cancelación de Inscripción

Si Desea Abandonar el Plan

Puede hacer una prueba de 90 días. Puede abandonar Oklahoma Complete Health e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante los primeros 90 días sin motivo alguno.

También puede cambiar de plan de salud una vez cada 12 meses. Este cambio ocurre mediante inscripción abierta.

Si desea abandonar Oklahoma Complete Health en cualquier otro momento, solo puede hacerlo por una buena razón (buena causa). Algunos ejemplos de buena razón incluyen:

- 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 enfermedad compleja y otro plan de salud puede satisfacer mejor sus necesidades.
- Ha presentado y ganado una queja por mala calidad de la atención, falta de acceso a los servicios que debemos prestarle, falta de acceso a proveedores con experiencia en atender sus necesidades o cualquier otra cuestión que justifique la cancelación.
- Fue inscrito por error.
- Necesita servicios que no están no cubiertos por Oklahoma Complete Health por razones morales o religiosas. Para obtener más información sobre los servicios no cubiertos por razones morales o religiosas, consulte la siguiente sección.

Si tiene una buena razón para cancelar su inscripción con Oklahoma Complete Health, puede enviar su solicitud mediante el proceso de quejas en la página 52. Revisaremos la solicitud dentro de los 10 días posteriores a la presentación de la queja. Si no está satisfecho con la decisión de cancelación de la inscripción, remitiremos la solicitud a Oklahoma Health Care Authority para que tome 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.

Puede Dejar de Ser Elegible para SoonerSelect

Puede que tengas que abandonar Oklahoma Complete Health si usted:

- Ya no es elegible para Medicaid. Si deja de ser elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse inmediatamente.
- Comienza a recibir Medicare.
- Está en transición a un grupo de elegibilidad que no participa en SoonerSelect.
- Pasar a ser un menor en acogimiento bajo custodia estatal.
- Ingresa como menor en el sistema judicial bajo custodia del estatal.
- Ingresa como recluso de una institución pública.
- Comete fraude o facilita 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:

- Abusa o daña a los miembros, proveedores o personal del plan.
- Fue inscrito por error.
- Tiene una enfermedad compleja y otro plan de salud puede satisfacer mejor sus necesidades.
- No llena los formularios con honestidad o no dé información verdadera. Esto se considera fraude.

Directivas Anticipadas

Puede llegar un momento en que usted se encuentre incapacitado para gestionar su propia atención médica y un familiar u otra persona cercana tome decisiones en su nombre. Al planificar ahora, puede hacer que se cumplan sus preferencias. Un documento de directivas anticipadas es un conjunto de instrucciones que usted da sobre la atención médica que desearía recibir si alguna vez perdiera la capacidad de tomar decisiones por sí mismo. Por ejemplo, algunas personas no quieren que les conecten a máquinas de soporte vital si entran en coma.

Realizar una directiva anticipada 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 gestor de atención a Oklahoma Complete Health.



Oklahoma dispone de tres formas de realizar una directiva anticipada formal. Entre ellas se encuentran el testamento vital, el poder notarial para la atención médica y las instrucciones anticipadas para tratamiento mental.

La revocación de una Directiva Anticipada puede ocurrir en cualquier momento por el Miembro, independientemente de su salud médica o mental, y de lo siguiente:

- Si la persona que es miembro está transitando un embarazo y el médico lo sabe, dicha persona debe recibir tratamiento de mantenimiento de la vida, a menos que haya autorizado específicamente a suspender el tratamiento durante el transcurso del embarazo.
- Si un médico no puede o no desea proporcionar cuidado según la Directiva 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, en un juicio médico razonable, puede dar como resultado la muerte del paciente, entonces el médico **debe cumplir** con la decisión de tratamiento médico pendiente de transferencia del paciente a un médico u otro proveedor de atención médica que esté dispuesto a cumplir con la decisión.
- Una Directiva 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 indica a los demás que usted desea morir de muerte natural si:

- Sufre de una enfermedad incurable e irreversible que le causará la muerte en poco tiempo;
- Queda inconsciente y su médico determina que es muy poco probable que recupere el conocimiento; o
- Padece demencia avanzada o una condición similar que provoque una pérdida cognitiva sustancial, y es muy poco probable que la condición revierta.

En un testamento vital, puede indicarle a su médico que no aplique ciertos tratamientos para prolongar la vida, como un respirador o un “ventilador”, o que deje de administrarle alimentos y agua a través de una sonda de alimentación.

Un testamento vital sólo entra en vigor cuando su médico y otro médico determinan que usted cumple una de las condiciones especificadas en el testamento vital. Le recomendamos que consulte sus deseos con familiares, amigos y su médico para que le ayuden a asegurarse de que recibirá la atención que desea al final de su vida.

Poder Notarial de Atención Médica

Un poder notarial de atención médica es un documento legal en el que puede nombrar a una o más personas como sus agentes de atención médica para que tomen decisiones médicas y de salud conductual por usted a medida que no pueda decidir por sí mismo, durante el tiempo que elija. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o de salud conductual desearía y no desearía. Debe elegir a un adulto en quien confíe para que sea 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.



Nuevamente, siempre es recomendable hablar de sus deseos con su familia, sus amigos y su médico. Un poder notarial para la atención médica entrará en vigor cuando un médico declare por escrito que usted no puede tomar o comunicar sus opciones de atención médica. Si, debido a creencias morales o religiosas, no desea que un médico tome esta decisión, la ley establece un procedimiento para que lo haga una persona que no sea médico.

El Poder Notarial de 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 Notarial de Atención Médica.

Instrucción Anticipada para el Tratamiento de la Salud Mental

Una instrucción anticipada para tratamiento de salud mental es un documento legal que indica a los médicos y proveedores de salud mental qué tratamientos de salud mental desearía y qué tratamientos no desearía si más adelante no pudiera decidir por sí mismo. También puede utilizarse para designar a una persona que actúe como tutor en caso de que se inicie un procedimiento de tutela. Las instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental pueden ser un documento independiente o combinarse con un poder para la atención médica o un poder general. Un médico o proveedor de salud conductual puede seguir una instrucción anticipada para la salud conductual cuando su médico o un psicólogo elegible determine por escrito que usted ya no es capaz de tomar o comunicar decisiones de salud conductual.

Puede cambiar de opinión y de estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a entender u obtener estos documentos. No cambian su derecho a beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es que los demás sepan lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo. Hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) si tiene alguna pregunta sobre las directivas anticipadas.

Fraude, Despilfarro y Abuso

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

- Una persona no informa todos los ingresos u otro seguro médico cuando solicita Medicaid.
- Una persona que no recibe Medicaid usa una tarjeta de miembro de Medicaid con o sin el permiso del miembro.
- Un médico o una clínica facturan por servicios que no fueron brindados o que no fueron médicamente necesarios.

Usted puede denunciar sospechas de fraude y abuso de cualquiera de las siguientes:

- Llame a la Línea directa de Fraude de Ética y Cumplimiento 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 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 Telefónicos 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, **siete** días a la semana.
- Línea de Enfermería: **1-833-752-1664** (TTY: **711**), 24 horas al día, siete días a la semana. **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 Prescriptores: 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 8 a.m. a 4 p.m. al **1-888-534-5243**.
- Registro de Directivas Avanzadas de Atención de la Salud: **1-405-426-8030**.
- Línea de Consejos sobre Fraude, Despilfarro y Abuso 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:

- Tiene un cambio en la elegibilidad de Medicaid.
- Queda embarazada o da a luz.
- Hay 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.
- Usted se muda de hogar.

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;
- 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 segura; y
- utilizamos tecnología para evitar que personas indebidas accedan a su PHI.



Informar 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 Autoridad de Cuidado de Salud de Oklahoma (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.

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 divulguemos 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 divulguemos 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 divulguemos 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 divulguemos 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 Requieren 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



Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnia e idioma (REL), orientación sexual e identidad de género (SOGI). Usamos los siguientes métodos para resguardar su información:

- Guardar los documentos impresos en archivadores cerrados con llave.
- Exigir que toda la información electrónica se mantenga en medios físicamente seguros.
- Guardar la información electrónica en archivos protegidos con contraseña.

Podemos usar o divulgar su información de REL y SOGI para realizar nuestras operaciones.

Estas actividades pueden incluir:

- Diseñar programas para mantenerlo saludable.
- Informar a los profesionales y los proveedores de atención de salud sobre sus necesidades de idioma.
- Evaluar desigualdades en la atención de salud.

Nunca usaremos su información sobre REL y SOGI con propósitos de contratación, fijación de tarifas o determinaciones de beneficios, tampoco la divulgaremos a personas no autorizadas.



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 de salud para usted y su familia.

Biblioteca Krames Health

- Fácil acceso a más de 4,000 hojas educativas sobre salud y medicamentos. ¿No sabe 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.

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 ayuda para concentrarse en su salud emocional es importante.
- myStrength® Complete tiene programas personalizados de educación en línea 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.

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.



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

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

Blanco

Asiático

Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 6)

Negro o afroamericano

Prefiere no responder.

Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico

No sé

6 Indique otro origen racial: _____

7 Origen étnico:

Hispano o latino

Prefiere no responder.

Ni hispano ni latino

No sé

Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 8)

8 Indique otro origen étnico: _____

9 ¿Qué idioma prefiere hablar?

Inglés

Vietnamita

Español

Coreano

Chino

Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 10)

Chino mandarín

Sin respuesta

10 Indique otro idioma: _____

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?

- Excelente Regular
 Muy buena Mala (Si responde "Mala", pase a la pregunta 13)
 Buena 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?

- Visita de atención preventiva/
bienestar Visita poshospitalaria
 Visita por enfermedad Visita posterior a la consulta a la sala de emergencias
 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",
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
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: _____

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

***Campo Obligatorio**

***¿Está embarazada?** Sí No *Si está embarazada, por favor continúe y conteste todas las preguntas.

Envíenos el formulario en el sobre adjunto.

Podríamos llamarla si determinamos que usted está en riesgo de tener problemas con su embarazo.

***Núm. de identificación de Miembro**

Su nombre:

Su apellido:

***Su fecha de nacimiento MMDDAAAA:**

Fecha de hoy MMDDAAAA:

Dirección Postal:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono del hogar:

Teléfono celular:

¿Desea recibir mensajes de texto sobre el embarazo y el cuidado del recién nacido? Sí No

Si no tiene un plan de texto ilimitado, podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para dejar de recibir mensajes envíe un mensaje de texto con la palabra STOP. Se hace notar que enviar mensajes de texto no es seguro y otros pueden verlos.

Dirección de correo electrónico:

***Nombre de su proveedor de obstetricia:**

***Fecha programada de su parto:**

¿Tiene seguro primario (para mamá y bebé) aparte de SoonerSelect? Sí No

Raza/Etnicidad (seleccione todas las que correspondan): Caucásica, no hispana/latina Negra/Afroamericana

Hispana/Latina

Indígena americana /Nativa americana

Asiática

Hawaiana/de las Islas del Pacífico

Otra etnicidad

Si su etnicidad es otra, por favor especifique:

Idioma preferido (si no es el inglés):

¿Planea amamantar? Sí No

Si contesta no, ¿por qué razón?

¿Ya escogió al pediatra? Sí No

Nombre del pediatra:

Cantidad de partos a término:

Cantidad de abortos espontáneos/abortos:

Cantidad de partos prematuros:

Cantidad de bebés nacidos muertos:

Altura:

Peso anterior al embarazo (redondéelo al número entero más cercano):

***¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes?** Sí No

Si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique.

Su Historial Medico

¿Parto prematuro previo (<37 semanas o un parto más de tres semanas antes de la fecha programada)? Sí No

¿Ha dado a luz en los últimos 12 meses? Sí No

¿Dio a luz en los últimos 6 meses? Sí No

¿Cesárea anteriormente? Sí No

¿Diabetes (antes del embarazo)? Sí No



***Núm. de identificación de Miembro:**

Nombre:

Anemia de células falciformes

Sí

No

¿Asma?

Sí

No

Si contesta sí, ¿sus síntomas de asma son peores durante el embarazo?

Sí

No

¿Alta presión sanguínea (antes del embarazo)?

Sí

No

¿Muerte neonatal o bebé nacido muerto anteriormente?

Sí

No

¿VIH Positivo?

Sí

No

¿VIH Negativo?

Sí

No

¿Se rehusó a hacerse el análisis del VIH?

Sí

No

¿SIDA?

Sí

No

¿Problemas de la tiroides?

Sí

No

Si contesta sí, ¿es éste un problema nuevo de la tiroides?

Sí

No

Trastorno por convulsiones

Sí

No

¿Convulsión en los últimos 6 meses?

Sí

No

¿Abuso de alcohol o drogas previo?

Sí

No

Historial de su embarazo actual

¿Parto prematuro en este embarazo?

Sí

No

¿Diabetes gestacional actualmente?

Sí

No

¿Gemelos actualmente?

Sí

No

¿Trillizos actualmente?

Sí

No

¿Está teniendo náuseas matutinas severas?

Sí

No

¿Preocupaciones de salud mental actualmente?

Sí

No

Enumere:

¿Enfermedad de transmisión sexual actualmente?

Sí

No

Enumere:

¿Consume tabaco actualmente?

Sí

No

Cantidad:

Si contesta sí, ¿le interesa crear un plan de acción para dejar de fumar?

Sí

No

¿Consume alcohol actualmente?

Sí

No

Cantidad:

¿Consume drogas ilegales actualmente?

Sí

No

¿Toma algún medicamento con receta (aparte de las vitaminas prenatales)?

Sí

No

Enumere:

¿Hospitalizaciones durante este embarazo?

Sí

No

Si contesta sí, por favor enumere las hospitalizaciones durante este embarazo.

Asuntos sociales

¿Tiene suficiente Comida?

Sí

No

¿Está inscrita en WIC?

Sí

No

¿Tiene problemas para llegar a sus citas médicas?

Sí

No

¿Tiene acceso telefónico confiable?

Sí

No

¿Está sin hogar o vive en un refugio?

Sí

No

¿Actualmente está experimentando violencia doméstica o se siente insegura en su hogar?

Sí

No

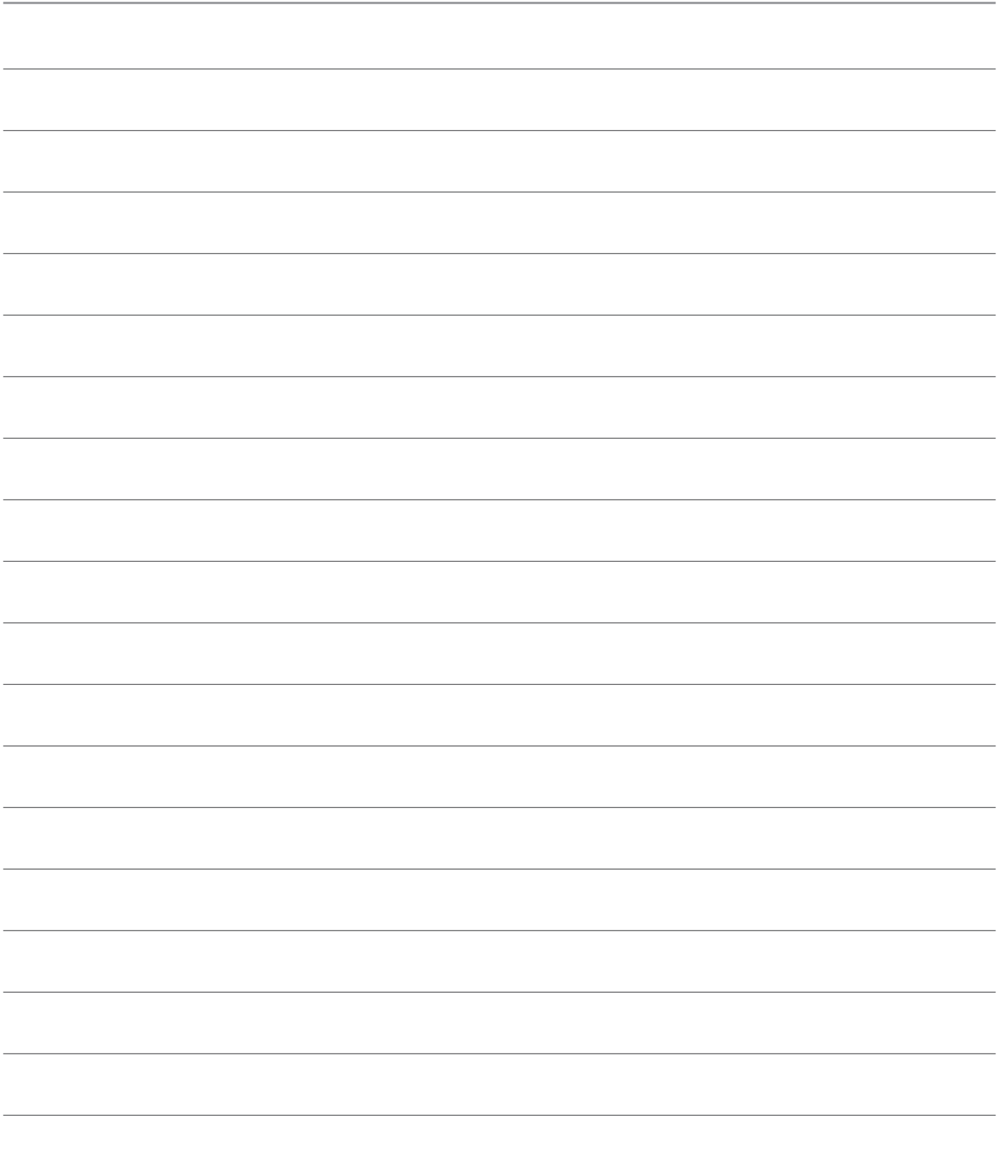
Por favor enumere todas las demás necesidades sociales que pueda tener.

Por favor enumere todo lo demás que desee decirnos sobre su salud:

Si sus respuestas indican que usted corre un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante este embarazo, ¿nos daría su consentimiento para participar en nuestro programa de Administración de Casos Start Smart para ayudarla a usted y a su bebé?

Sí

No







Sooner**Select** 

OklahomaCompleteHealth.com

1-833-752-1664 (TTY: 711)

OklahomaCompleteHealth.com