HIGHMARK® Delaware HEALTH OPTIONS

Highmark Health Options Manual para miembros de 2018

Diamond State Health Plan Plus LTSS

Para consultas, llame a
Servicios a Miembros al
1-855-401-8251

Visite nuestro sitio web en
www.highmarkhealthoptions.com.

DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Medicaid & Medical Assistance

Highmark Health Options es titular de una licencia independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association.

Bienvenido a **Highmark Health Options**

Highmark Health Options es un plan de atención médica gestionado. Es decir, trabajamos con usted y su médico, o médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), para satisfacer todas sus necesidades de atención médica. El nombre y el número de teléfono de su PCP figuran en su tarjeta de identificación de Highmark Health Options. Lleve esta tarjeta con usted y muéstrela siempre que solicite atención médica. También debe mostrar su tarjeta de Medicaid de Delaware. Llámenos de inmediato si su tarjeta de identificación contiene algún error.

Este Manual para miembros explica los beneficios y servicios a su disposición. También explica qué hacer si tiene una situación médica de urgencia o emergencia. Lea este manual con atención. Lo ayudará a obtener más información sobre los servicios de atención médica pagados por Highmark Health Options. Guárdelo en un lugar seguro para que pueda consultar información más adelante.

Lo invitamos a que use sus beneficios de Highmark Health Options para ayudarlo a recibir la atención que necesita para mantenerse saludable. Llame al Departamento de Servicios a Miembros para recibir ayuda y hacer preguntas sobre la cobertura. Los representantes de Servicios a Miembros se encuentran disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (de lunes a viernes) llamando al 1-855-401-8251.

El representante de Servicios a Miembros puede responder preguntas sobre su atención médica, su tarjeta de identificación, los beneficios y los médicos. Visite también nuestro sitio web, www.highmarkhealthoptions.com, para buscar otra información útil, como médicos, pautas y programas de salud y bienestar.

Si habla otros idiomas distintos del inglés, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460).

Puede solicitar este Manual para miembros y otros materiales y folletos en otros formatos, como otros idiomas, letra grande, CD de audio o Braille sin cargo.

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

注意：如果您讲中文，可以免费为您提供语言协助服务。拨打您的 卡背面的号码（听障人士专用号码：711）。

Para otros idiomas, consulte las páginas 54-55.

HIGHMARK. Delaware
HEALTH OPTIONS

Índice

Inicio ..... **Páginas 1-3**
Palabras importantes que debe conocer, Su tarjeta de identificación

Su médico de atención primaria (PCP) ..... **Páginas 4-6**
¿Cómo puedo cambiar mi médico?, Citas con el PCP

Beneficios cubiertos y límites ..... **Páginas 7-10**
Beneficios cubiertos, Beneficios no cubiertos

Diferentes tipos de atención ..... **Páginas 11-14**
Atención de rutina, Atención de urgencia, Servicios de emergencia, Atención fuera de horario, Atención de especialistas Telemedicina, Cómo obtener diferentes tipos de atención a través de Highmark Health Options
Segundas opiniones, Servicios hospitalarios, Servicios posestabilización, Falta de cobertura médica fuera de los EE. UU., Atención fuera de la red, Qué sucede si necesita atención fuera del área, Planificación familiar
Mujeres embarazadas y recién nacidos, Inscripción de un recién nacido, Cambios en los beneficios o servicios

Servicios adicionales ..... **Páginas 15-21**
Formulario de medicamentos, ¿Puede cambiar el formulario de medicamentos?, Manejo seguro y efectivo de los medicamentos
Dónde puede abastecer sus recetas, Reabastecimiento de las recetas, Suministro de medicamentos de emergencia
Período de bloqueo de farmacia, Los tipos de medicamentos que cubre Highmark Health Options, Límites en su beneficio de medicamentos recetados, Exámenes de la vista, Atención dental, Servicios de salud mental, y por abuso de drogas y alcohol, Beneficios quiroprácticos
Administración de casos, Transporte

Beneficios del programa LTSS del DSHP Plus ..... **Páginas 22-28**
Programa LTSS del DSHP Plus, Administración de casos y función del administrador de casos, Representante de los miembros
Beneficios de atención a largo plazo cubiertos por el programa LTSS del DSHP-Plus, Libertad de elección Cuidados personales autogestionados, Pago del programa de servicios y apoyo a largo plazo del DSHP Plus
Abuso, negligencia y explotación, Incidentes críticos

Programas de manejo del estilo de vida y de bienestar ..... **Páginas 29-33**
Evaluación de riesgos de salud, Programa para el asma, Programa para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), Programa cardíaco, Programa para la diabetes, Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT), Atención durante el embarazo, Programa de mujeres, bebés y niños (WIC)

Políticas y procedimientos ..... **Páginas 34-36**

Incorporación de miembros nuevos o eliminación de miembros, Qué hacer ante una mudanza, Qué sucede si se cancela su membrecía
Cambio de plan de salud, Reclamaciones: ¿qué hago con una factura?, Tiene otro seguro o un seguro de responsabilidad civil (TPL), Nueva tecnología, Confidencialidad, Ley de Estadounidenses con Discapacidades ¿Qué es un representante de los miembros?, Cambio de administradores de casos, Solicitud de registros médicos
Otra información

Portal para miembros ..... **Página 37**

Autoservicio a través del Portal para miembros, El inicio de sesión es simple, Ventajas del uso del Portal para miembros

Para su protección ..... **Páginas 38-46**

Sus derechos y responsabilidades, Directivas anticipadas, Cómo presentar una queja formal o apelación Quejas formales, Apelaciones, Apelaciones aceleradas, Audiencia imparcial del estado, Fraude y abuso

Números de teléfono importantes ..... **Páginas 47-49**

Aviso de prácticas de privacidad ..... **Páginas 50-53**

Otros idiomas ..... **Páginas 54-55**

Palabras importantes que debe conocer

A continuación, encontrará algunos términos que usamos para describir la forma en que se coordina su atención médica y que usted debe conocer.

Centro de vida asistida (Assisted Living Facility, ALF): entidad con licencia que proporciona servicios de vida asistida, que la ley estatal define como una combinación especial de vivienda, servicios de apoyo, supervisión, asistencia personalizada y atención médica diseñada para responder a las necesidades individuales de aquellas personas que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) o las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).

Empleado de cuidados personales: persona contratada por un miembro que participa en servicios de cuidados personales autogestionados o por su representante del empleador para proporcionar servicios de cuidados personales autogestionados al miembro. El empleado de cuidados personales no incluye al empleado de un proveedor que recibe un pago por parte del contratista para brindar servicios de cuidados personales a un miembro.

Beneficios: los servicios de atención médica cubiertos por este plan.

Administrador de casos: persona que coordina, controla y garantiza que se brinde al miembro la atención adecuada de manera oportuna.

Copagos o costo compartido: dinero que debe pagar al momento del servicio.

DHSS: Department of Health and Social Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales).

Cancelar la inscripción: dejar de usar el plan de salud porque ya no es elegible o cambia su plan de salud.

DMMA: Division of Medicaid and Medical Assistance (División de Asistencia Médica y Medicaid) de Delaware.

Afección médica de emergencia: una enfermedad o un dolor intenso de inicio repentino que una persona normal sin capacitación médica considera que podría provocar lo siguiente:

- Pone su salud (o la salud de su bebé en gestación) en grave riesgo.
- Daña el funcionamiento del cuerpo.
- Daña el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo.

Representante del empleador: respecto de los servicios de cuidados personales autogestionados, un representante que designa un miembro para que asuma las responsabilidades del empleador en nombre del miembro.

Proveedor de atención médica: todo médico, hospital, organismo u otra persona que tenga una licencia o aprobación para prestar servicios de atención médica.

Servicios en el hogar o la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS): servicios que se brindan a los miembros del Programa de servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Support, LTSS) del plan de salud estatal Diamond (Diamond State Health Plan, DSHP) Plus como alternativa a los servicios institucionales de atención a largo plazo en un centro de enfermería o para demorar o evitar la colocación en un centro de enfermería.

Hospital: lugar donde médicos y enfermeros brindan atención a pacientes internados y ambulatorios.

Vacunas: inyección que protege contra enfermedades. Niños y adultos reciben diferentes vacunas a distintas edades durante las consultas regulares al médico.

Atención de pacientes internados: ocasión en la que debe pasar la noche en el hospital u otro centro para recibir la atención médica que necesita.

Inicio (continuación)

Médicamente necesario: artículo o servicio que se brindó o se brindará a un paciente que es necesario para tratar o prevenir una afección médica y no es principalmente para la comodidad del paciente, médico u otro proveedor de atención médica.

Por ejemplo:

- para determinar la causa de una enfermedad o el tratamiento de una enfermedad o lesión;
- para contribuir al mejor funcionamiento de una parte del cuerpo que no funciona normalmente;
- para evitar enfermedades; o
- para ayudar a un paciente a alcanzar los niveles correctos de crecimiento y desarrollo.

Miembro: persona aprobada por el estado de Delaware para unirse al plan de salud Highmark Health Options.

Representante de los miembros: un integrante del plan que puede ayudarlos a usted, su proveedor y su administrador de casos a obtener atención, programar citas y atravesar los procesos de apelaciones y quejas formales.

Manual para miembros: este manual le indica cómo funciona Highmark Health Options. Si no comprende algunas partes de este manual, puede llamar a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251. Le enviaremos este manual por correo tras la inscripción y a solicitud.

Salud mental (del comportamiento): término usado para describir problemas nerviosos/psiquiátricos, mentales, de relaciones, emocionales o del comportamiento.

MFP: Money Follows the Person (El dinero sigue a la persona). Programa para ayudar a las personas elegibles que deciden trasladarse de un centro de atención a largo plazo elegible, incluido un centro de enfermería, a una residencia elegible en la comunidad con apoyo y servicios comunitarios disponibles.

Atención de pacientes ambulatorios: atención que recibe cuando no debe quedarse a pasar la noche en un hospital u otro lugar donde se brinda tratamiento.

Médico de atención primaria (PCP): el médico que elige para brindarle la mayor parte de su atención médica. Esta persona lo ayuda a obtener la atención que necesita.

Autorización previa: la aprobación que le damos antes de recibir un servicio.

PROMISE: Programa de promoción de la salud mental óptima para las personas a través de apoyos y empoderamiento para los miembros con necesidades de salud del comportamiento supervisado por la División de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Estado de Delaware (Delaware State Division of Substance Abuse and Mental Health, DSAMH).

Relevo: atención que incluye servicios brindados a miembros que no pueden cuidar de sí mismos que se proporciona a corto plazo debido a la ausencia del cuidador del miembro o a la necesidad de relevar al cuidador.

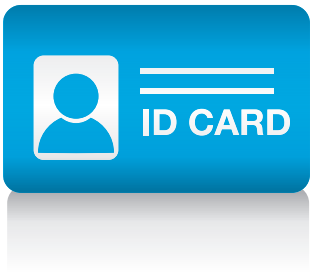
Servicios de cuidados personales autogestionados (Self-Directed Attendant Care Services, SDAC): servicios de cuidados personales que brindan trabajadores de cuidados personales a los miembros que han optado por autogestionar sus servicios de cuidados personales.

Especialista: todo médico que se haya capacitado especialmente para tratar una enfermedad o afección específica.

Afección médica de urgencia: no es una emergencia, sino una afección que debe recibir atención médica dentro de las 48 horas.

Revisión de utilización: proceso que le permite a Highmark Health Options y a sus proveedores de atención médica trabajar en conjunto para decidir si un servicio que solicita esmédicamente necesario.

Su tarjeta de identificación



Su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Highmark Health Options y este manual se le enviaron por separado. Si no la recibió, llame a nuestro Departamento de Servicios a Miembros al 1-855-401-8251. Si tiene problemas de habla o audición, llame a la línea de TTY de Servicios a Miembros al 711 o al 1-800-232-5460. Si necesita asistencia en otro idioma que no sea inglés, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.

En su tarjeta de ID, figura su médico principal o PCP. Verifique que el PCP mencionado sea el que usted desea. Si el PCP que figura en su tarjeta de ID no es el PCP que usted desea, llámenos de inmediato para que podamos corregirlo. Cada miembro de su familia inscrito en Highmark Health Options tendrá su propia tarjeta de ID. Verifique la información de su tarjeta de ID para asegurarse de que sea correcta.

Lleve con usted su tarjeta de ID de Highmark Health Options y su tarjeta de Medicaid de Delaware en todo momento. Muéstrelas siempre que necesite servicios de atención médica. No permita que nadie más use su tarjeta de ID de Highmark Health Options. Su tarjeta de ID de Highmark Health Options no reemplaza su tarjeta de Medicaid de Delaware. ¡Conserve ambas tarjetas!

Su médico de atención primaria (PCP)

Cuando se inscriba, **debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP).** Su tarjeta de ID muestra el nombre del médico (PCP) que eligió cuando se inscribió. Si no seleccionó un PCP, es posible que se le haya asignado uno. Su PCP ayuda a coordinar sus necesidades de atención médica y trabaja con Highmark Health Options para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Puede tener el mismo PCP para toda la familia u otro médico para cada persona de su familia.

Algunos consultorios de PCP contratan residentes médicos, enfermeros especialistas y asistentes médicos para ayudar al médico (PCP). Su PCP estará disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana; debe llamarlo si necesita ayuda incluso después del horario de atención normal.

¿Cómo puedo cambiar mi médico?

Si quiere cambiar su PCP por algún motivo, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251. Un representante de Servicios a Miembros lo ayudará a hacer el cambio y le informará cuándo puede comenzar a consultar al médico nuevo. Según cuándo llame, es posible que no pueda consultar al médico nuevo hasta el 1.er día del mes siguiente. Recibirá una tarjeta de ID nueva, que tendrá el nombre y el número de teléfono del médico nuevo.

Puede encontrar una lista completa de nuestros médicos si visita nuestro sitio web en www.highmarkhealthoptions.com. La lista incluirá el nombre, la dirección, los números de teléfono, la especialidad y el estado del certificado de especialidad. Si desea obtener más información sobre la formación, la práctica de residencia y las calificaciones de un médico, comuníquese con Servicios a Miembros. Puede recibir un directorio de proveedores por correo postal si llama al Departamento de Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460), de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m.

Citas con el PCP

Si necesita una cita, llame a su médico. El número de teléfono del médico figura en su tarjeta de ID y no hay costos por las consultas al PCP. Es fundamental que respete las citas con su médico. Si no puede asistir por algún motivo, llame al consultorio del médico de inmediato para informarle al respecto.

Highmark Health Options tiene reglas para las citas que los médicos de atención primaria (PCP) y los especialistas deben seguir. Estas reglas para las citas son diferentes según el motivo por el que necesita hacer una consulta:

MIEMBROS NUEVOS	
Primera visita	**Para su primera visita, la consulta debe ser de la siguiente forma:**
Miembros con VIH/SIDA	PCP o especialista en un plazo que no supere los siete días calendario después de convertirse en miembro, a menos que lo trate un PCP o especialista.
Miembros que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	PCP o especialista en un plazo que no supere los 45 días calendario después de convertirse en miembro, a menos que lo trate un PCP o especialista.

Primera visita	Para su primera visita, la consulta debe ser de la siguiente forma:
Miembros menores de 21 años	PCP para una evaluación de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) en un plazo que no supere los 45 días calendario después de convertirse en miembro, a menos que lo trate un PCP o especialista y tenga las vacunas y evaluaciones al día.
Todos los demás miembros	Visita al PCP en un plazo que no supere las tres semanas después de convertirse en miembro.
PCP Y GINECÓLOGOS/OBSTETRAS	
Emergencia	Se encuentran citas disponibles con el PCP que cumplan con la definición de una "afección de emergencia" el mismo día. Entre los ejemplos de afecciones de emergencia, se incluyen: temperatura elevada, vómitos persistentes o diarrea, o síntomas que sean de inicio repentino o intenso, pero que no requieran de los servicios de la sala de emergencias.
Problema médico de urgencia	Se encuentran disponibles citas con el PCP para atención de urgencia dentro de los dos días calendario. Entre los ejemplos de atención de urgencia, se incluyen: erupción persistente, temperatura elevada recurrente, dolor o fiebre inespecíficos.
Atención de rutina	Las citas de atención de rutina (p. ej., controles del niño sano, exámenes físicos de rutina) se encuentran disponibles dentro de las tres semanas de la solicitud del miembro.
Bienestar (chequeo general, examen de bienestar, control del niño sano)	Las citas deben programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud.
Controles de la mujer sana	Las citas deben programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud.
Atención de maternidad	**Deben** programarse las primeras citas de atención prenatal: Primer trimestre: dentro de los 21 días calendario de la solicitud. Segundo trimestre: dentro de los 7 días calendario de la solicitud. Tercer trimestre: dentro de los 3 días calendario de la solicitud. Embarazos de alto riesgo: dentro de los 3 días calendario de que un contratista o proveedor identifique un miembro de alto riesgo o de inmediato si existe una emergencia.

Su médico de atención primaria (PCP) (continuación)

ESPECIALISTAS	
Casos de emergencia	Los servicios de emergencia se encuentran disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Problema médico de urgencia	Las citas de atención de urgencia se encuentran disponibles dentro de las 48 horas de la solicitud.
Atención de rutina	Las citas deben programarse dentro de las tres semanas de la solicitud para cualquier médico de especialidad mencionada a continuación:
Todas las demás especialidades	Las citas deben programarse dentro de los 10 días hábiles de la solicitud para todas las demás especialidades: Otorrinolaringología Cirugía ortopédica Dermatología Alergia e inmunología pediátricas Endocrinología pediátrica Gastroenterología pediátrica Cirugía pediátrica frecuente Hematología pediátrica Enfermedades infecciosas pediátricas Nefrología pediátrica Neurología pediátrica Oncología pediátrica Neumonología pediátrica Medicina de rehabilitación pediátrica Reumatología pediátrica Urología pediátrica Odontología

Beneficios cubiertos

Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 si tiene alguna pregunta.

Ropa de cama	Cubierta para miembros de 4 años y más.
Salud del comportamiento: servicios de salud mental y por abuso de sustancias de pacientes ambulatorios	Menores de 18 años: cobertura de 30 visitas por año. Después de las 30 visitas por año, los servicios están cubiertos por el Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Familias (Department of Services for Children, Youth and Families, DSCYF). Mayores de 18 años: Con cobertura
Hemoderivados y plasma	Con cobertura
Medición de la masa ósea (densidad ósea)	Con cobertura
Administración de casos	Con cobertura
Quimioterapia	Con cobertura
Exámenes de detección de cáncer colorrectal y de próstata	Con cobertura
Lentes de contacto	Con cobertura si están autorizados previamente como médicamente necesarios para las afecciones cubiertas.
Tomografías computarizadas	Con cobertura
Educación sobre la diabetes	Con cobertura
Equipos para pacientes diabéticos	Con cobertura, su médico debe obtener una autorización previa si el costo supera los $500.
Suministros para pacientes diabéticos	Con cobertura
Tiras/medidores de glucosa	Con cobertura
Medicamentos recetados por un médico	Con cobertura
Equipo médico duradero	Con cobertura, su médico debe obtener una autorización previa si el costo supera los $500.
Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) (para miembros menores de 21 años)	Con cobertura
Atención en sala de emergencias	Con cobertura
Visitas al consultorio por problemas oftalmológicos (como infecciones oculares, glaucoma, retinopatía diabética. Las visitas al consultorio por problemas oftalmológicos no incluyen exámenes de rutina).	Con cobertura para todos los miembros.
Examen oftalmológico de rutina	Con cobertura para miembros menores de 21 años.
Anteojos	Con cobertura si son médicamente necesarios y se limitan a un (1) par estándar de anteojos cada doce (12) meses para miembros menores de 21 años.

Beneficios cubiertos y límites (continuación)

Servicios de planificación familiar	Con cobertura
Análisis genéticos	Con cobertura
Examen de detección de glaucoma	Con cobertura
Visitas ginecológicas	Con cobertura
Audífonos y baterías	Con cobertura para los miembros menores de 21 años con autorización previa como médicamente necesarios.
Exámenes de audición	Con cobertura
Análisis de VIH/SIDA	Con cobertura
Atención médica domiciliaria y terapia de infusión	Con cobertura
Atención de hospicio	Con cobertura
Hospitalización	Con cobertura
Vacunas	Con cobertura
Análisis de laboratorio y radiografías	Con cobertura
Mamografías	Con cobertura
Suministros médicos	Con cobertura, su médico debe obtener una autorización previa si el costo supera los $500.
Exploración por MRI, MRA, PET	Con cobertura
Hogar de ancianos	Con cobertura hasta un máximo de 30 días calendario por año, más días se consideran atención a largo plazo; debe presentarse una solicitud ante el Programa de Asistencia Médica de Delaware y este debe aprobarla para la atención a largo plazo.
Atención obstétrica/de maternidad	Con cobertura
Cirugía para pacientes ambulatorios, cirugía el mismo día, cirugía ambulatoria	Con cobertura
Servicios de manejo del dolor	Con cobertura
Preparación para padres/el parto	Con cobertura
Servicios de asistencia/atención personal (domiciliaria)	Con cobertura si tienen autorización previa.
Atención de podiatría (atención de rutina para pacientes diabéticos o con enfermedad vascular periférica)	Con cobertura
Visitas a un proveedor de atención primaria	Con cobertura
Servicio privado de enfermería	Con cobertura
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Con cobertura
Radioterapia	Con cobertura

Rehabilitación (cobertura hospitalaria para pacientes internados)	Con cobertura
Atención en centros de enfermería especializada	Con cobertura durante un máximo de 30 días calendario por año.
Estudios de apnea del sueño	Con cobertura
Asesoramiento para dejar de fumar: línea de ayuda	Con cobertura
Servicios de médicos especialistas	Con cobertura
Centro quirúrgico	Con cobertura
Terapia ambulatoria ocupacional, física o del habla	Con cobertura

Servicios no cubiertos

Entre los servicios no cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Tratamientos por infertilidad
- Esterilización de los 0 a 20 años
- Aborto que NO sea médicamente necesario
- Vacunas de un solo antígeno
- Servicios estéticos
- Sanatorios y enfermeros de la ciencia cristiana
- Medicamentos del programa de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI)

Si no está seguro de si algo está cubierto, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios a Miembros al 1-855-401-8251, TTY 711 o al 1-800-232-5460. Si necesita asistencia en otro idioma que no sea inglés, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.

Diferentes tipos de atención

Hay diferentes tipos de atención que puede recibir. Incluyen los siguientes:

Atención de rutina

La atención de rutina es la atención normal que recibe de su PCP, como los controles para ayudarlo a mantenerse saludable y las visitas al consultorio cuando está enfermo. Puede llamar al consultorio de su PCP para hacer una cita a fin de recibir atención de rutina. Su PCP debe planificar su cita dentro de las tres semanas desde el momento en el que llama al consultorio para solicitar una cita.

Atención de urgencia

En ocasiones, deberá recibir atención por problemas que no pueden considerarse una emergencia médica, como un resfrío o gripe. La atención de urgencia está a su disposición cuando necesita consultar a un médico y no es una afección posiblemente mortal, o no puede comunicarse con su PCP o si es fuera de horario. Algunos ejemplos de atención de urgencia incluyen los siguientes:

- Dolor de garganta
- Fiebre
- Torcedura
- Gripe
- Infección de oídos
- Corte o quemadura leves

Servicios de emergencia

Se ofrecen los servicios de su PCP o un médico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando necesite atención médica. Si tiene una emergencia y debe recibir atención médica de urgencia, vaya a la sala de emergencias más cercana. Si no necesita atención de emergencia o urgencia, llame primero a su PCP.

Su médico le dirá qué hacer. Si su médico no está disponible, un servicio de respuesta le dará el mensaje a su médico para que le devuelva la llamada.

Solo debe ir a la sala de emergencias del hospital si necesita atención de emergencia. Una emergencia es una enfermedad o un dolor intenso de inicio repentino que una persona normal sin capacitación médica considera que podría provocar lo siguiente:

1. Pone la salud de la persona (o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o su bebé en gestación) en peligro.
2. Provocaría un daño grave a las funciones del cuerpo.
3. Provocaría un daño grave a un órgano o una parte del cuerpo.

Cada situación es distinta. Si usted o su familia tienen una emergencia, vayan a la sala de emergencias más cercana o al centro de atención disponible las 24 horas. Marquen 911 o el número de teléfono de su servicio de ambulancia local.

El hospital debe realizar las pruebas médicas correctas para determinar si existe una enfermedad de emergencia, independientemente de si usted puede pagar el tratamiento o no, su ciudadanía o la legalidad de su permanencia en los Estados Unidos.

Hay situaciones en las que es difícil saber qué es una emergencia real. Si llama a su PCP antes de ir a la sala de emergencias, el médico puede decirle qué hacer.

Estos son algunos ejemplos de cuándo probablemente **no** deba ir a la sala de emergencias. En estas ocasiones, si llama a su PCP, el médico puede decirle qué debe hacer.

- Moretones o hinchazón
- Resfrío o tos
- Calambres
- Cortes o quemaduras leves
- Dolor de oído
- Erupción
- Dolor de garganta
- Vómitos

Diferentes tipos de atención (continuación)

Su PCP debe coordinar toda la atención de seguimiento tras una visita a la sala de emergencias. No regrese a la sala de emergencias para cambiar vendas, sacar puntos, controlar yesos o hacer más pruebas. No regrese a la sala de emergencias a menos que tenga una nueva emergencia.

Atención fuera de horario

Puede comunicarse con su PCP las 24 horas del día al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID de Highmark Health Options. Después del horario de atención normal, deje su nombre y número de teléfono a través del servicio de respuesta del PCP. Su PCP o un médico de guardia le devolverán la llamada.

También puede llamar a la línea de ayuda de enfermería las 24 horas del día. Lo mejor es trabajar con su PCP para satisfacer sus necesidades de atención médica. Sin embargo, si tiene una pregunta médica y no sabe qué hacer, llame a nuestra línea de ayuda de enfermería las 24 horas del día. Pueden ayudarlo a determinar qué hacer cuando necesita atención médica. Pueden decirle si debe llamar a su PCP, hacer una cita o ir directamente a la sala de emergencias. El número gratuito de la línea de enfermería es 1-844-325-6251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460). Este número figura en la parte posterior de su tarjeta de ID de Highmark Health Options. Si necesita asistencia en otro idioma que no sea inglés, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

注意：如果您讲中文，可以免费为您提供语言协助服务。拨打您的 卡背面的号码（听障人士专用号码：711）。

Atención de especialistas

Los médicos que trabajan en un área determinada de atención médica se denominan especialistas. Algunos de estos son los cardiólogos, dermatólogos o cirujanos. Si necesita atención especial que su PCP no puede brindarle, es posible que su médico lo derive a un especialista.

Su PCP y el especialista trabajarán en conjunto para satisfacer todas sus necesidades de atención médica. Si ha estado consultando a un especialista por un problema permanente, puede pedirle a su PCP que le dé una derivación permanente al especialista o este último puede elegir ser su PCP. Llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 para recibir ayuda para que su especialista sea su PCP o para hablar con su PCP respecto de la solicitud de una derivación permanente.

Telemedicina

La telemedicina es una opción para ayudarlo a diagnosticar y tratar pacientes por videoconferencia. Está destinada a mejorar el acceso a la atención de especialidades médicas y los planes de tratamiento, y a mejorar los resultados médicos generales.

Cómo obtener diferentes tipos de atención a través de Highmark Health Options

Hay algunos servicios que Highmark Health Options debe aprobar antes de que pueda recibirlos. Esto se denomina autorización previa. **Quizás deba pagar cuando se le preste un servicio sin autorización previa.** Hay médicos y enfermeros que trabajan para Highmark Health Options para ayudar a su médico a elegir la mejor forma de atenderlo. Toman decisiones sobre la atención que probablemente lo ayudarán mediante la aplicación de reglas especiales para tomar decisiones médicas.

Las reglas se basan en si el servicio es médicamente necesario. Médicamente necesario significa que el servicio se necesita razonablemente para detener el inicio de una lesión, enfermedad o discapacidad; se necesita razonablemente para reducir los efectos físicos o mentales de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad; o lo ayudará a poder hacer o continuar haciendo las tareas cotidianas.

Si necesita un servicio que debe ser aprobado por Highmark Health Options antes de prestarse, su

médico llamará para obtener una aprobación. Los médicos y enfermeros que trabajan para Highmark Health Options analizarán todos los datos médicos suministrados por su médico en determinados períodos para decidir si este servicio es la mejor forma de atenderlo. Los médicos y enfermeros de Highmark Health Options toman una decisión en función de su plan y si la atención es médicamente necesaria para usted. Estos médicos y enfermeros no reciben dinero extra, independientemente de lo que decidan sobre su atención. No se les paga a los médicos y enfermeros por cambiar la cantidad de atención aprobada.

Comuníquese con Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 si no está seguro de si algo quizás deba ser aprobado. La línea de TTY es 711 o 1-800-232-5460.

Segundas opiniones

Es posible que quiera consultar a otro médico, que no sea el que ha estado consultando, para recibir una segunda opinión. Su PCP puede remitirlo a otro médico de nuestra red para recibir una segunda opinión o usted puede llamar a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 para buscar a otro médico de la red. Si no hay disponible un médico de la red, coordinaremos que reciba una segunda opinión sin costo alguno para usted de un médico fuera de la red. El médico que dé la segunda opinión no debe ser del mismo consultorio que el primer médico. Si tiene preguntas, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 (TTY 711 o al 1-800-232-5460).

Servicios hospitalarios

Su médico de atención primaria (PCP) o especialista coordinarán todas sus hospitalizaciones. No debe ser admitido en un hospital sin las órdenes de su médico, a menos que sea una emergencia según lo descrito en la página 11. Si un médico que no es su médico de Highmark Health Options lo admite en el hospital, usted o su representante autorizado deben llamar a su médico de atención primaria (PCP) dentro de las 24 horas de la admisión. Llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 si tiene alguna pregunta sobre los servicios hospitalarios (TTY: 711 o 1-800-232-5460).

Servicios posestabilización

Los servicios posestabilización están cubiertos y se prestan sin autorización previa. Son servicios que son médicamente necesarios después de la estabilización de una afección médica de emergencia.

Falta de cobertura médica fuera de los EE. UU.

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, todo servicio de atención médica que reciba no estará cubierto por Highmark Health Options. Medicaid no puede pagar los servicios médicos que reciba fuera de los Estados Unidos.

Atención fuera de la red

Muchos médicos y hospitales trabajan con nosotros. Forman parte de lo que se denomina la "red". Es posible que haya ocasiones en las que deba usar los servicios de un médico u hospital que no forma parte de nuestra red. Si este fuera el caso, su PCP puede llamarnos para hacer esta solicitud. Verificaremos para ver si hay un médico u hospital de nuestra red que pueda brindarle la misma atención. Si hay un médico u hospital en la red, se lo informaremos a su médico. Si no pueden ofrecer atención de la red, Highmark Health Options cubrirá la atención con un médico fuera de la red siempre que Highmark Health Options no pueda brindar los servicios necesarios dentro de la red. El costo para usted no será mayor que el costo de la atención brindada por un médico de la red.

Los miembros nuevos tienen derecho a consultar a un médico fuera de la red para terminar una serie de tratamiento. El médico debe aceptar nuestras reglas. Si ha estado recibiendo atención permanente de un médico que no forma parte de la red y debe permanecer con el mismo médico para terminar una serie de tratamiento, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 para recibir ayuda. Tenga en cuenta que todo servicio que reciba de los médicos que no forman parte de nuestra red debe estar aprobado por nosotros.

Si solicita usar los servicios de un médico u hospital fuera de nuestra red y se le niegan, puede presentar

una apelación llamando a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460). **Si recibe servicios de un médico que no forma parte de nuestra red sin aprobación, es posible que a ese médico se le autorice facturarle los costos de los servicios.**

Qué sucede si necesita atención fuera del área

Si usted o sus familiares se encuentran fuera del área de servicio y tienen una emergencia médica, como un ataque cardíaco o accidente automovilístico, diríjanse a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de llamar o de que su representante autorizado llame a su PCP lo antes posible.

Planificación familiar

Con la planificación familiar, puede enseñársele lo siguiente:

- Estar lo más saludable posible antes de quedar embarazada.
- Evitar que usted o su pareja quede embarazada.
- Evitar el contagio de enfermedades.

Cualquier miembro (incluidos los menores) puede consultar a un proveedor de planificación familiar matriculado sin obtener nuestra aprobación primero. Esto incluye proveedores que no forman parte de nuestra red, como los siguientes:

- Clínicas
- Obstetras/ginecólogos
- PCP
- Enfermeras parteras certificadas

No es necesario que obtenga la aprobación de su PCP para recibir atención de planificación familiar. Los miembros pueden usar cualquier clínica o proveedor de planificación familiar matriculados en Delaware. No es necesario que el proveedor forme parte de nuestra red. Si decide consultar a un proveedor de planificación familiar, informe a su PCP para que pueda obtener la mejor atención médica.

Su proveedor de planificación familiar y su PCP trabajarán en conjunto para asegurarse de que usted reciba la atención correcta.

Se mantiene la privacidad de los registros de planificación familiar. Los médicos deben mantener la privacidad de todos los registros de planificación familiar, a menos que la ley autorice su divulgación. Su médico puede compartir su información médica con otros médicos que lo atienden, funcionarios de salud pública u organismos gubernamentales.

Mujeres embarazadas y recién nacidos

Llámenos de inmediato si está embarazada. Si se encuentra en el último trimestre de embarazo y se acaba de unir a nuestro plan de salud, es posible que le permitan permanecer con su médico actual incluso si dicho médico no forma parte de nuestra red.

Inscripción de un recién nacido

Ni bien pueda después del nacimiento de su bebé, dentro de los 30 días calendario, llame al Centro de Informe de Cambios de la División de Servicios Sociales (Division of Social Services, DSS) al 1-302-571-4900 para asegurarse de agregar a su bebé para que reciba los beneficios médicos.

Llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 para informarnos qué PCP elige para su bebé. Si no elige uno, elegiremos uno por usted.

Recibirá una tarjeta de ID para su bebé donde figurarán el nombre y el número de teléfono del PCP.

Cambios en los beneficios o servicios

Highmark Health Options le informará si hay cambios en sus beneficios o la forma en que recibe sus servicios. Un ejemplo de un cambio sería si su

PCP o especialista ya no forman parte de la lista de médicos participantes de Highmark Health Options, denominada la "red". Highmark Health Options enviará una carta para saber si desea elegir un médico nuevo para que no haya demora en la atención que reciba. Si no elige un PCP nuevo, Highmark Health Options elegirá uno por usted.

Formulario de medicamentos

Highmark Health Options emplea una lista de medicamentos aprobados, denominada Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) para decidir si su medicamento tiene cobertura. El DHSS publica la PDL para los miembros de Medicaid de Delaware; dicha lista incluye los medicamentos cubiertos. También hay algunos medicamentos complementarios que no forman parte de la PDL que Highmark Health Options cubrirá. Estos medicamentos están cubiertos por el formulario complementario.

Highmark Health Options cobra copagos por los medicamentos abastecidos en la farmacia. Su copago es el dinero que debe pagar al momento de prestación del servicio.

Su copago se basa en el costo de cada receta.

COSTO DE SU RECETA	SU COPAGO
$10.00 o menos	$0.50
$10.01-$25.00	$1.00
$25.01-$50.00	$2.00
$50.01 y más	$3.00

El máximo que deberá pagar por sus copagos de receta por mes es $15.00 en total. Una vez que alcance el máximo de copagos de $15.00 por mes, no pagará más copagos por los medicamentos abastecidos durante el resto del mes. Todos los meses, se restablecerá este máximo de copagos.

Los copagos serán de $0 para lo siguiente:

- Medicamentos recetados para miembros que tengan menos de 21 años
- Medicamentos recetados abastecidos para dejar de fumar
- Medicamentos anticonceptivos abastecidos
- Medicamentos recetados para miembros en un centro de atención a largo plazo
- Medicamentos recetados para mujeres embarazadas, incluso hasta 90 días calendario después del fin del embarazo

¿Puede cambiar el formulario de medicamentos?

Highmark Health Options puede hacer cambios en la PDL o el formulario complementario durante el año. Estos cambios deben ser aprobados primero por la División de Asistencia Médica y Medicaid de Delaware. Los cambios en la PDL o el formulario complementario pueden afectar la cobertura de los medicamentos.

Si está tomando un medicamento que se elimina del formulario de medicamentos, le informaremos dentro de los 30 días calendario antes del cambio.

Puede ver los medicamentos cubiertos por la PDL y el formulario complementario si visita nuestro sitio web en www.highmarkhealthoptions.com. Ingrese y haga clic en el enlace "Drug Formulary" (Formulario de medicamentos).

Manejo seguro y efectivo de los medicamentos

Highmark Health Options tiene reglas para la cobertura o los límites en los medicamentos. Nuestro formulario en línea le informará qué medicamentos pueden tener reglas o límites anexos. El formulario en línea puede encontrarseen www.highmarkhealthoptions.com. Estas reglas y estos límites nos ayudan a asegurarnos de que nuestros miembros usen estos medicamentos de manera segura y útil, al mismo tiempo que ayudan a controlar los costos del plan de medicamentos. Un equipo de médicos o farmacéuticos trabaja para elaborar estas reglas y estos límites para Highmark Health Options con el fin de brindar cobertura de calidad a nuestros miembros. Las reglas de cobertura o los límites en determinados medicamentos se enumeran a continuación:

- **Autorización previa:** Highmark Health Options necesita autorización previa (aprobación previa) para determinados medicamentos. Para algunos medicamentos del formulario, su médico deberá agregar más información para asegurarse de que el medicamento se está usando de manera segura y surtirá efecto en el tratamiento de su afección. Esto significa que su médico tendrá que obtener la aprobación de Highmark Health Options antes de abastecer su receta. De lo contrario, Highmark Health Options no cubrirá el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para determinados medicamentos, Highmark Health Options tiene límites que la FDA aprobó como seguros y útiles. Un límite de cantidad es la cantidad máxima de medicamento que Highmark Health Options cubrirá por receta durante un período determinado.
- **Terapia escalonada:** algunos medicamentos del formulario de Highmark Health Options requieren que se prueben primero medicamentos específicos antes de que pueda obtener un medicamento de terapia escalonada que trate su afección médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que le pidamos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces cubriremos el medicamento B.
- **Sustitución genérica:** la mayor parte del tiempo cuando se ofrece una versión genérica del medicamento de marca, Highmark Health Options exige el suministro del medicamento genérico. Si su médico solicita un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red siempre le entregarán la versión genérica. Si su médico considera que debe tomar el medicamento de marca, debe comunicarse con los servicios de farmacia de Highmark Health Options para que se revise la solicitud.

Si desea una copia del formulario de medicamentos aprobados o si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251. También puede informar a Highmark Health Options si cree que debe incluirse un medicamento nuevo en el formulario.

Un medicamento que **no** figura en el formulario complementario o en la PDL de Highmark Health Options se denomina medicamento no incluido en el formulario. Si utiliza un medicamento no incluido en el formulario, hable con su médico para determinar si se puede cambiar el medicamento por uno que figure en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) o en el formulario complementario que tenga el mismo efecto o uno similar. Si su médico considera que el medicamento que usted utiliza actualmente es médicamente necesario y no se puede cambiar, usted o su médico pueden llamar a Highmark Health Options para solicitar una excepción. También puede solicitar una excepción en el Portal para miembros. Si se aprueba la solicitud de excepción, Highmark Health Options cubrirá su medicamento actual.

Notificaremos a usted y a su médico por escrito si se aprueba o rechaza su solicitud de excepción del formulario. Si se rechaza la solicitud, el aviso por escrito incluirá información sobre cómo presentar una apelación ante Highmark Health Options. También incluirá información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial del estado ante la División de Asistencia Médica y Medicaid de Delaware.

Dónde puede abastecer sus recetas

Highmark Health Options ha contratado varias farmacias de su área. Se denominan farmacias de la red. Incluyen farmacias especializadas, que elaboran compuestos y que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana para su conveniencia. Siempre debe usar una farmacia de la red para abastecer sus recetas.

Puede encontrar una lista de estas farmacias de la red en nuestro directorio de proveedores si visita el sitio web www.highmarkhealthoptions.com, y hace clic en "FIND A PROVIDER" (Buscar un proveedor), y luego, en "Pharmacies" (Farmacias). O podemos ayudarlo a encontrar una farmacia de la red cerca de su domicilio. Llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 para pedir ayuda. La línea de TTY es 711 o 1-800-232-5460. Si necesita asistencia en otro idioma que no sea inglés, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

注意：如果您讲中文，可以免费为您提供语言协助服务。拨打您的 卡背面的号码（听障人士专用号码：711）。

Solo puede usar una farmacia fuera de la red si tiene una emergencia. Si debe ir a una farmacia fuera de la red en una emergencia, pídales que llamen a Highmark Health Options al 1-855-401-8251. Si está fuera del estado y tiene una emergencia y necesita medicamentos recetados, la farmacia puede llamar al número del proveedor de farmacia que figura en la parte posterior de su tarjeta de ID de miembro para asegurarse de que los medicamentos tengan cobertura. La mayor parte de los medicamentos cubiertos por Highmark Health Options pueden abastecerse para un suministro máximo de 34 días por vez.

Reabastecimiento de las recetas

Su receta puede reabastecerse en estos casos:

- Su médico solicitó un reabastecimiento.
- La ley permite el reabastecimiento.
- Usó el 83 % de su último abastecimiento.

No debe esperar hasta que se le haya acabado el medicamento para obtener un reabastecimiento. Lo mejor es reabastecer el medicamento cuando falten tres días para que se termine. Si tiene un problema con su receta, llame a Servicios a Miembros para informarlo al 1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460).

Suministro de medicamentos de emergencia

Si un medicamento necesita nuestra aprobación y la falta de medicamento provocará la muerte, la pérdida de una extremidad o función orgánica, puede pedirle al farmacéutico que le dé un suministro del medicamento de emergencia para 3 días. El beneficio del suministro de emergencia para 3 días se le otorgará una vez por período de 60 días calendario para cada medicamento. Para obtener dosis adicionales al suministro para 3 días, su médico debe enviar una solicitud de excepción por fax. Le informaremos a su médico si aprobamos su solicitud. Si no la aprobamos, le enviaremos una carta que le indica por qué y cómo apelar la denegación.

Período de bloqueo de farmacia

Algunos miembros pueden tener un problema médico que requiere que sus proveedores y la farmacia coordinen su atención cuidadosamente. Si necesita esta atención coordinada, se le asignará una farmacia para abastecer sus recetas. Esto se denomina programa de período de bloqueo de farmacia. Si se bloquea a un miembro en una farmacia específica, solo debe usarse esa farmacia para obtener los medicamentos cubiertos. Highmark Health Options no cubrirá medicamentos para miembros con período de bloqueo de farmacia si usan una farmacia diferente. Si la farmacia con período de bloqueo no tiene su medicamento, comuníquese con Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 para que le informen cómo obtener ese medicamento en una farmacia distinta. Highmark Health Options debe verificar que su farmacia con período de bloqueo no tenga suficiente medicamento antes de que pueda obtener su medicamento en una farmacia diferente.

Le enviaremos una carta si creemos que se beneficiará con el programa de período de bloqueo. Highmark Health Options elegirá su farmacia con período de bloqueo en función de la farmacia que visite con más frecuencia o que esté más cerca de su domicilio. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de incluirlo en el programa de período de bloqueo, tiene derecho a presentar una apelación.

Los tipos de medicamentos que cubre Highmark Health Options

Cubrimos lo siguiente:

- Medicamentos incluidos en la lista de medicamentos preferidos de Delaware.
- Vitaminas prenatales para mujeres.
- Multivitaminas.
- Medicamentos recetados para enfermedades mentales (del comportamiento).
- Medicamentos para dejar de fumar. Incluyen los siguientes:
  - Parches de nicotina, goma de mascar, pastillas y aerosol nasal.
  - Bupropion.
- Suministros para pacientes diabéticos, entre ellos:
  - Medidores de glucosa en sangre (los medidores permanentes de glucosa en sangre tienen cobertura conforme a su beneficio médico).
  - Tiras reactivas.
  - Lancetas.
  - Dispositivos de punción.
  - Tiras reactivas para medir glucosa en orina.
- Cámaras de inhalación.
- Las inyecciones que se coloca usted mismo, como la insulina, están cubiertas por su beneficio de farmacia. Las inyecciones que debe colocarle su médico en su consultorio están cubiertas por su beneficio médico, no por su beneficio de farmacia.
- Se autorizan las recetas para reemplazar medicamentos perdidos o robados una vez por año para cada medicamento; debe hacer una denuncia policial de todos los medicamentos robados. Si pierde sus medicamentos, llámenos sin cargo al 1-855-401-8251 para solicitar ayuda. Los miembros con problemas de habla o audición pueden llamar a la línea de TTY al 711 o 1-800-232-5460. Le reemplazaremos los medicamentos perdidos. Si necesita asistencia en otro idioma que no sea inglés, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.
- Vacunas colocadas en farmacias para el tratamiento de la gripe, la neumonía, el herpes zóster y la varicela.

Límites en su beneficio de medicamentos recetados

Highmark Health Options no cubre todos los medicamentos. Estos son los artículos que **no tienen cobertura:**

- Los medicamentos para bajar o subir de peso generalmente no tienen cobertura.
- Medicamentos que se usan para fines estéticos, como la reducción de arrugas o el crecimiento del cabello.
- Medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), salvo los mencionados en el formulario complementario.
- Suministros y medicamentos de venta libre (OTC) cuando vive en un centro de atención a largo plazo.
- Medicamentos usados en tratamientos de fertilidad o para la disfunción eréctil.
- Medicamentos homeopáticos o a base de hierbas.
- Complementos nutricionales.

- Reembolso directo para el miembro (Direct Member Reimbursement, DMR): reintegro de un medicamento recetado que pagó de bolsillo.
- Recetas para cualquier medicamento que no sea médicamente necesario.
- Medicamentos experimentales o en investigación.
- Medicamentos del programa de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI)
- Medicamentos solicitados por un médico que ha sido inhabilitado o suspendido del ejercicio en el Programa de Medicaid de Delaware.
- Medicamentos que duplican un tratamiento que está tomando.
- Medicamentos comercializados por una compañía farmacéutica que no participa en el Programa federal de reembolso de medicamentos de Medicaid.

Los suministros y equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) seguirán teniendo la cobertura de su beneficio médico.

Exámenes de la vista

Los exámenes de la vista regulares son muy importantes. Es por esta razón que otorgamos el beneficio a menores de 21 años. No hay período de espera para obtener su beneficio de servicios de la vista. Debe consultar a un oftalmólogo de nuestra red. Asegúrese de mostrar su tarjeta de ID de Highmark Health Options y mencione que es miembro de Highmark Health Options.

Cubrimos un examen de la visita de rutina cada doce meses para menores de 21 años.

Para los adultos de 21 años y más, el beneficio de la vista se limita a lentes de contacto para tratar afecciones oculares, como queratocono, distrofia de la córnea y afaquia, si son médicamente necesarios y reciben autorización previa para su cobertura.

Atención odontológica

Los servicios dentales para miembros de hasta 21 años están cubiertos por el programa de cargo por servicio de Medicaid de Delaware. Los servicios dentales no están cubiertos para adultos de 21 años y más, excepto la extracción de muelas del juicio con compromiso óseo.

Servicios de salud mental, y por abuso de drogas y alcohol

Se le ofrecen servicios de atención de salud mental, como depresión, o abuso por drogas y alcohol. Consulte las páginas 47-49 de este manual para conocer los números de teléfono de su área.

En cumplimiento con las regulaciones gubernamentales, usted tiene tratamiento médicamente necesario ilimitado para la dependencia de las drogas y el alcohol, incluidos los siguientes servicios:

- Tratamiento proporcionado en un centro residencial.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Control de la abstinencia para pacientes internados.

Si tiene preguntas con respecto a la cobertura, la necesidad médica o si necesita ayuda para encontrar estos servicios, puede llamar a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.

Beneficios quiroprácticos

- Una manipulación por día, con un máximo de 20 manipulaciones por año calendario. Es posible que se permitan manipulaciones adicionales por año calendario si se consideran médicamente necesarias.
- Una radiografía o examen P.A.R.T. (Pain/tenderness [dolor/sensibilidad], Asymmetry/

misalignment [asimetría/desalineación], Range of motion abnormality [rango de anomalía del movimiento], Tissue, tone changes [cambios en el tejido y musculares]) (diagnóstico) por año para detectar subluxación espinal.

- Un examen P.A.R.T. por año calendario para determinar el progreso. Es posible que se permita realizar más de un examen por año calendario si se considera médicamente necesario.
- Radiografías para determinar el progreso, solo si son médicamente necesarias.
- Manipulación y terapia complementaria para el dolor de cuello, espalda, pelvis o sacro, o para la disfunción y la atención quiropráctica de apoyo.
- El tratamiento no se incluye para afecciones que no estén relacionadas con un diagnóstico de subluxación o dolor de cuello, espalda, pelvis y sacro.

Administración de casos

Si tiene necesidades de atención médica complejas o especiales, su administrador de casos puede ayudarlo. Tendrá a su disposición enfermeros, trabajadores sociales y otro personal de atención médica para hablar con usted y asegurarse de que reciba la atención médica que necesita. Pueden ayudarlo con cualquier problema que tenga para recibir atención.

Los administradores de casos también pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Información sobre programas de su comunidad, como bancos de alimentos, asistencia con servicios públicos, VIH o programas de alimentación y pérdida de peso.
- Administración de casos para miembros con necesidades especiales y específicas.
- Traslado del hospital al hogar. Si acaba de salir del hospital, el administrador de casos puede hacer lo siguiente:

1. Llamarlo mientras se encuentra en el hospital.

- Responder toda pregunta que pueda tener sobre su alta.
- Recordarle que pregunte por los medicamentos.
- Recordarle hacer una cita con el médico.

2. Llamarlo después de llegar a su casa.

- Recordarle hacer una cita con el médico.
- Pedirle que revise sus indicaciones de alta.
- Hablar sobre sus medicamentos.
- Ayudarle a hacer una lista de preguntas para su médico.
- Ayudarlo a coordinar un traslado a las consultas médicas si es necesario.

3. Llamarlo después de consultar a su médico.

- Hablar sobre las indicaciones del médico.
- Hablar sobre sus medicamentos.

Puede resultar difícil recordar todas las cosas que debe hacer cuando llegue a casa. Para facilitarles esta situación a usted y a su familia o cuidador, debe hacer estas cosas y el administrador de casos puede ayudarlos con lo siguiente:

- Guardar las indicaciones de alta.
- Asegurarse de que comprenda sus medicamentos.
- Tener siempre una lista de sus medicamentos.
- Consultar a su médico.
- Asegurarse de coordinar un traslado a las consultas médicas.

- Pedir ayuda.
- Llamar a su PCP si tiene preguntas.

Para obtener más información, llame al: 1-855-401-8251. Tiene la opción de recibir servicios de un administrador de casos y puede cancelar los servicios en cualquier momento.

Transporte

Si necesita asistencia para programar el transporte para un servicio médico que no sea de emergencia, comuníquese con LogistiCare al 1-866-412-3778 o prográmelo en línea en https://member.logisticare.com.

Beneficios del programa LTSS del DSHP Plus

Programa LTSS del DSHP Plus

Esta sección es para los miembros que reúnen los requisitos para el programa de servicios y apoyo a largo plazo del plan Highmark Health Options Diamond State Health Plan-Plus. El programa LTSS del DSHP Plus cubre la atención en hogares de ancianos y los servicios en el hogar o la comunidad (HCBS). Los servicios HCBS lo ayudan con las actividades diarias, como bañarse, vestirse, preparación de comidas y tareas domésticas, para que pueda permanecer en su hogar.

Los servicios del programa LTSS del DSHP Plus no reemplazan a los servicios que paga Medicare u otro seguro. Los servicios en el hogar o la comunidad del programa LTSS del DSHP Plus son adicionales a la ayuda que recibe de otros para que pueda permanecer en la comodidad de su hogar y comunidad.

Administración de casos y función del administrador de casos

Highmark Health Options se ocupa de todas sus necesidades físicas, mentales y de LTSS. Hacemos esto a través de la administración de casos. Será asignado a un administrador de casos. Su administrador de casos es su contacto principal y la primera persona a la que debe acudir si tiene preguntas sobre sus servicios.

Le enviaremos una carta con el nombre y el número de teléfono de su administrador de casos. Escriba el nombre y el número de teléfono de su administrador de casos en este manual cuando reciba la carta con esta información.

Nombre de su administrador de casos:
Número de teléfono de su administrador de casos para llamar durante el horario de atención regular, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., EST:
Número de teléfono de la línea de enfermería para llamar durante la noche, los fines de semana y los feriados: **1-844-325-6251**

Comuníquese con su administrador de casos cada vez que tenga una pregunta o una inquietud sobre su atención médica; no es necesario que espere hasta que su administrador de casos vaya a su hogar o lo llame.

Su administrador de casos...

- Le brindará información sobre el programa LTSS del DSHP Plus y responderá sus preguntas.
- Trabajará con usted para asegurarse de que tenga toda la información que necesita para tomar buenas decisiones acerca de su atención médica.
- Lo ayudará a recibir el tipo apropiado de servicios y apoyo a largo plazo en el entorno apropiado.
- Coordinará todas sus necesidades físicas, mentales y de apoyo y servicios de atención a largo plazo.
- Ayudará a resolver los problemas que usted tenga respecto de su atención.
- Se asegurará de que su plan de atención médica se lleve a cabo y sea efectivo para usted.
- Estará atento a sus necesidades a medida que cambian y actualizará su plan de atención médica para asegurarse de que los servicios que recibe sean apropiados para sus necesidades nuevas.
- Hablará con sus médicos para asegurarse de que estén al tanto de su atención médica y para coordinar sus servicios.

Si recibe atención en un hogar de ancianos, su administrador de casos...

- Será parte de la planificación de la atención médica con el hogar de ancianos donde vive.
- Realizará cualquier otra evaluación de necesidades que podría ser útil para administrar su salud.
- Contribuirá al plan de atención médica del hogar de ancianos si hay cosas que Highmark Health Options puede hacer para ayudar a manejar los problemas de salud o planificar otros tipos de atención de salud mental y física que necesite.
- Trabajará con el hogar de ancianos cuando usted necesite servicios que el hogar de ancianos no es responsable de proporcionar.

- Realizará visitas presenciales por lo menos cada 180 días calendario.
- Verificará una vez al año, como mínimo, para asegurarse de que usted aún necesita el nivel de atención que se brinda en un hogar de ancianos.
- Determinará si usted desea y puede trasladarse del hogar de ancianos a la comunidad y, de ser así, se asegurará de que esto suceda de forma segura.

Si recibe atención domiciliaria, su administrador de casos...

- Trabajará con usted para realizar una evaluación completa e individual de sus necesidades de salud y de servicios y apoyo a largo plazo, y para descifrar qué servicios son mejores para usted.
- Trabajará con usted para crear su propio plan de atención médica.
- Consultará con los profesionales de atención médica apropiados cuando elaboremos su plan de atención médica.
- Le brindará información para ayudarlo a elegir médicos de nuestra red.
- Se reunirá con usted de manera presencial por lo menos cada 90días calendario. (Los miembros del programa LTSS del DSHP Plus con exención por SIDA recibirán una visita presencial por lo menos una vez al año).
- Se asegurará de que su plan de atención médica se lleve a cabo y sea efectivo para usted.
- Verificará para asegurarse de que usted recibe lo que necesita y que las interrupciones en la atención se aborden de inmediato.
- Le brindará información sobre recursos de la comunidad que podrían serle útiles.

Representantes de los miembros

Los representantes de los miembros del programa LTSS del DSHP Plus de Highmark Health Options y de los miembros que no forman parte de este programa son personas que pueden ayudarlo. Un representante de los miembros de Highmark Health Options está a su disposición para...

- Brindar información sobre el programa LTSS del DSHP Plus.
- Ayudarlo a presentar una queja formal, cambiar su administrador de casos o encontrar la atención que necesita.
- Derivarlo al personal de Highmark Health Options apropiado.
- Ayudar a resolver problemas respecto de su atención.

Comuníquese con los representantes de los miembros al: **1-855-430-9853**

BENEFICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA LTSS DEL DSHP PLUS

Beneficio cubierto del programa LTSS	Qué significa
Servicios diurnos para adultos	Centro en la comunidad que proporciona atención supervisada y servicios personales durante el día. Es posible que también se incluyan comidas y terapias. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Cuidados personales	Ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL), como bañarse, vestirse, higiene personal, trasladarse, ir al baño, cuidado de la piel, comer y asistencia con la movilidad. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Servicios cognitivos	Asesoramiento y terapia para los miembros y sus familias. Límite de 20 visitas por año más una valoración. Se proporcionan a miembros que tienen déficits cognitivos o conflictos sociales, como aquellos que son el resultado de una lesión cerebral. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.

Beneficios de atención a largo plazo cubiertos por el programa LTSS del DSHP PLUS

Continuación en la página siguiente

Beneficios del programa LTSS del DSHP Plus (continuación)

BENEFICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA LTSS DEL DSHP PLUS	
Beneficio cubierto del programa LTSS	**Qué significa**
Alternativas residenciales basadas en la comunidad	Centros residenciales similares al hogar, incluidos los centros de vida asistida, que ofrecen servicios de apoyo así como programas sociales y recreativos.
Habilitación diurna	Ayuda con el desarrollo de habilidades y la autoayuda para mantener su independencia en el hogar. La habilitación diurna se realiza en un centro no residencial, que no sea su hogar. Es posible que también se incluyan comidas y terapias. Se proporcionan a miembros que tienen déficits cognitivos o conflictos sociales, como aquellos que son el resultado de una lesión cerebral. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Comidas a domicilio	Hasta una (1) comida bien balanceada desde el punto de vista de la nutrición por día llevada a su hogar. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Actividades independientes de la vida diaria (Independent Activities of Daily Living, IADL) o servicio de tareas rutinarias	Ayuda con las tareas rutinarias, como compras, preparación de comidas, tareas domésticas livianas y lavado de ropa. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Modificaciones menores del hogar	Cambios en su hogar para ayudar con su independencia (p. ej., barra de seguridad, rampa para sillas de ruedas, etc.). El beneficio cubre hasta $6,000 por proyecto; $10,000 por año calendario; y $20,000 de por vida. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Centro de enfermería	Servicios para los residentes de un centro de enfermería, lo que incluye enfermería especializada, rehabilitación y atención médica.
Suplementos nutricionales para personas con diagnóstico de VIH/SIDA	Suplementos orales para aquellos que sufren pérdida de peso y desnutrición como resultado del VIH/SIDA. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Sistema de respuesta personal ante emergencias	Dispositivo personal, electrónico que tiene a mano. El dispositivo proporciona acceso las 24 horas en caso de emergencia. El dispositivo se conecta a su teléfono y envía una señal a alguien que pueda ayudarlo cuando usted presiona el botón del dispositivo personal. No se ofrecen a personas que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Atención de relevo	Atención personal en su hogar, un centro de vida asistida o un hogar de ancianos cuando su cuidador diario necesita un descanso. Límite de 14 días calendario como máximo por año.
Equipo médico especializado no cubierto por el plan estatal	Artículos o dispositivos que lo ayudan a hacer cosas de forma más fácil o segura en su hogar. Por ejemplo, agarradores para alcanzar cosas. Sin cobertura en virtud del plan estatal de Medicaid.

Apoyo para servicios de cuidados personales autogestionados	Administración financiera y apoyo general para los miembros que elijan autogestionar sus servicios de cuidados personales. Esto significa que el miembro, o un representante del empleador que seleccione el miembro, actúan como el empleador legal del cuidador pago. Este beneficio proporciona al miembro o al representante del empleador del miembro apoyo por parte de un agente fiscal del empleador que se ocupa de los impuestos, la retención de la nómina y los cheques de pago respecto del cuidador. El agente fiscal del empleador también ayuda al miembro a buscar y capacitar a un empleado de cuidados personales.
EL DINERO SIGUE A LA PERSONA (MFP)	
Servicios de transición de MFP	Ayuda con los costos relacionados con su cambio de un centro de enfermería a su hogar o comunidad en virtud del programa MFP. Los ejemplos pueden incluir depósito de garantía, cargo de conexión telefónica, comestibles, muebles, ropa blanca, etc. El beneficio cubre hasta $2,500 por transición.
Talleres de MFP	Talleres para ayudarlos a usted y a su familia a prepararse para la vida en la comunidad en virtud del programa MFP.

Libertad de elección

En el programa LTSS del DSHP Plus, si reúne los requisitos para recibir atención en un hogar de ancianos, tiene derecho a elegir la atención: En su hogar.

- O BIEN, en otro lugar en la comunidad (como un centro de vida asistida).
- O BIEN, en un hogar de ancianos.

Tiene derecho a elegir entre un centro de enfermería y los servicios en el hogar/la comunidad:

- Si reúne los requisitos para recibir atención en un centro de enfermería.
- Si se pueden satisfacer sus necesidades de manera segura y efectiva en el hogar o la comunidad.

Hable con su administrador de casos a fin de analizar sus opciones para trasladarse entre la atención de enfermería y la atención en el hogar/la comunidad. Puede cambiar su elección en cualquier momento siempre que reúna los requisitos y podamos coordinar que reciba atención en el entorno que desea.

En el programa LTSS del DSHP Plus, puede elegir proveedores de nuestra red. Los servicios pueden incluir vida asistida, atención en su hogar o atención de enfermería. También puede estar a cargo y contratar/capacitar a su propio cuidador (lo que se denomina cuidados personales autogestionados). Consulte la siguiente sección para obtener más detalles.

El proveedor que elija debe estar contratado por Health Options para que esté en nuestra red de proveedores, y debe estar dispuesto y capacitado para brindar la atención que usted necesita. Su administrador de casos lo ayudará a buscar a los proveedores apropiados.

Cuidados personales autogestionados

La autogestión le brinda más opciones y control respecto de quién proporciona sus servicios de cuidados personales y de cómo se brinda su atención.

Si elige autogestionar sus servicios de cuidados personales, debe contratar al empleado de cuidados personales que proporcionará sus servicios de cuidados personales: usted es el empleador de los

cuidadores que trabajan para usted. Debe poder hacer las cosas que haría un empleador, como lo siguiente:

Contratación y capacitación de su empleado de cuidados personales:

- Desarrollar una descripción de las funciones de su empleado de cuidados personales.
- Buscar, entrevistar y contratar a un empleado de cuidados personales para que le brinde atención.

Beneficios del programa LTSS del DSHP Plus (continuación)

- Definir las tareas laborales de su empleado de cuidados personales.
- Capacitar a su empleado de cuidados personales para que le brinde atención según sus necesidades y gustos.
- Establecer y administrar sus cuidados personales.

Cronograma del empleado:

- Establecer un cronograma de trabajo por adelantado respecto de cuándo su empleado de cuidados personales debe empezar y finalizar el día laboral.
- Asegurarse de que su empleado de cuidados personales registre cada vez que empieza y finaliza el día laboral.
- Asegurarse de que su empleado de cuidados personales no trabaje más allá de las horas de trabajo aprobadas.

Supervisión de su empleado de cuidados personales:

- Observar a su empleado de cuidados personales.
- Evaluar cómo su empleado de cuidados personales realiza las tareas laborales.
- Abordar los problemas o las inquietudes respecto de cómo su empleado de cuidados personales realiza las tareas laborales.
- Despedir a su empleado de cuidados personales cuando sea necesario.

Administración del pago y las notas de servicio de su empleado de cuidados personales:

- Asegurarse de que su empleado de cuidados personales empiece y finalice el día según el cronograma de trabajo.
- Conservar notas adecuadas en su hogar sobre qué tan bien brinda atención su empleado de cuidados personales.

Creación y uso de un plan de emergencia cuando sea necesario:

- Elaborar un plan de emergencia para abordar los momentos en que un empleado de cuidados personales programado no esté disponible o no se presente. Debe planificar con antelación debido a que no puede estar sin los servicios. Comience el plan de emergencia cuando sea necesario.

Si no puede hacer algunas de estas tareas o ninguna:

Elija a un familiar, un amigo o alguien cercano para que actúe como empleador. Se denomina "representante del empleador". Elija a alguien que lo conozca muy bien y sea confiable. **Su representante del empleador no puede recibir un pago por realizar estas tareas y debe cumplir con lo siguiente:**

- Tener 18 años de edad como mínimo.
- Conocerlo muy bien.
- Conocer los tipos de atención que necesita y cómo desea que le brinden atención.
- Conocer sus horarios y rutina.
- Conocer sus necesidades de atención médica y los medicamentos que toma.
- Estar dispuesto y capacitado para hacer todas las cosas que se requieren para la autogestión.

JEVS o Easter Seals los ayudarán a usted o a su representante del empleador en la autogestión para realizar las tareas del empleador. Recibirá ayuda de 2 tipos:

1. JEVS o Easter Seals los ayudarán a usted y a su trabajador de cuidados personales a completar y presentar los formularios de impuestos sobre la nómina que debe llenar como empleador. Pagarán a su trabajador de cuidados personales por la atención que brinda.
2. JEVS o Easter Seals también actuarán como intermediarios de apoyo. Un intermediario de apoyo es una persona que lo ayudará con otras tareas del empleador, como las siguientes:
    - Buscar y entrevistar a empleados de cuidados personales.
    - Redactar descripciones de las funciones.

- Capacitar a su empleado de cuidados personales.
- Establecer el cronograma de su empleado de cuidados personales.
- Elaborar un plan de emergencia para abordar los momentos en que un empleado de cuidados personales programado no esté disponible o no se presente.

Su intermediario de apoyo no puede ayudarlo a supervisar a su empleado de cuidados personales. Usted o su representante del empleador deben poder hacerlo por sí solos.

Usted puede pagarles a un familiar o un amigo para que proporcionen atención autogestionada, pero **no puede** pagarle a su representante del empleador para que le brinde atención.

Inscripción en la atención autogestionada:

Los servicios y la atención que necesita se detallan en su plan de atención médica. Recibe los mismos servicios, ya sea que elija la atención autogestionada o no. Recibe solo los servicios que necesita que se detallen en su plan de atención médica. Puede elegir dividir la atención entre un empleado de cuidados personales autogestionados o la atención domiciliaria por parte de proveedores de nuestra red que no contrata.

Si está interesado, hable con su administrador de casos sobre los cuidados personales autogestionados. Su administrador de casos trabajará con usted para inscribirlo en la atención autogestionada solo si usted lo desea. Continuará con su plan de atención médica actual hasta que se coordine la atención autogestionada. Debe contar con apoyo para que se le brinde la atención que necesita hasta que se coordine la atención autogestionada.

Puede empezar o suspender la atención autogestionada en cualquier momento. Seguirá recibiendo servicios de cuidados personales si suspende la atención autogestionada. El único cambio es que recibirá los servicios de cuidados personales que necesita por parte de una agencia de atención domiciliaria de la red de Highmark Health Options.

Pago del programa de servicios y apoyo a largo plazo del DSHP Plus

Es posible que deba pagar parte del costo de su atención en el programa LTSS del DSHP Plus. Se denomina "obligación del paciente". El monto de obligación del paciente depende de sus ingresos. Si tiene que pagar una obligación del paciente y vive en un centro de enfermería o un centro de vida asistida, debe pagar el monto de obligación del paciente al centro de enfermería o al centro de vida asistida.

Si se niega a pagar su obligación del paciente, es posible que el centro no le permita vivir allí. Highmark Health Options intentará ayudarlo a encontrar otro centro.

Abuso, negligencia y explotación

Los miembros del programa LTSS del DSHP Plus tienen el derecho de no ser víctimas de abuso, negligencia y explotación. Es importante que comprenda cómo identificar estas situaciones y cómo denunciarlas.

El abuso puede ser...

- Abuso físico.
- Abuso emocional.
- Abuso sexual.

Incluye dolor, lesiones, sufrimiento mental, ser encerrado o retenido en un lugar contra su voluntad, u otro trato cruel.

La negligencia puede ser...

- Cuando no puede cuidar de usted mismo o recibir la atención que necesita, lo que pone su vida en riesgo. Esto se denomina "autonegligencia".
- Cuando su cuidador no se ocupa de sus necesidades básicas, lo que lo pone a usted en riesgo de perjudicar su salud o seguridad. La negligencia puede ser involuntaria debido a que el cuidador no brinda o coordina su atención. La negligencia también puede ser debido a la falta de atención del cuidador para satisfacer sus necesidades.

La explotación (que le hagan hacer algo que no desea hacer o que le soliciten hacer algo sin saber el motivo real de tal acción) puede incluir...

- Fraude o acoso.
- Falsificación.
- Uso no autorizado de cuentas bancarias o tarjetas de crédito.

La explotación financiera ocurre cuando un cuidador usa indebidamente los fondos previstos para su atención. Se trata de los fondos que un organismo gubernamental le paga a usted o al cuidador.

Si cree que usted u otro miembro del programa LTSS del DSHP Plus es víctima de estas situaciones, infórmele a su administrador de casos o llame a uno de los números a continuación.

SI USTED O ALGUIEN A QUIEN CONOCE ES VÍCTIMA, LLAME A:
Servicios de Protección de Adultos (Adult Protective Services, APS) al 1-800-223-9074 **Servicios de Protección de Niños (Child Protective Services, CPS)** al 1-800-292-9582 **http://iseethesigns.org/**

Incidentes críticos

Los incidentes críticos incluyen, entre otros, los siguientes incidentes:

a. Muerte inesperada de un miembro, lo que incluye las muertes que ocurren de alguna manera sospechosa o inusual, o repentinamente cuando la persona fallecida no estaba acompañada de un médico.

b. Sospecha de negligencia, abuso o maltrato físico, mental o sexual respecto de un miembro.

c. Sospecha de robo o explotación financiera a un miembro.

d. Lesión grave sufrida por un miembro.

e. Error de medicación que involucra a un miembro.

f. Conducta inapropiada/poco profesional por parte de un proveedor que involucra a un miembro.

Programas de manejo del estilo de vida y de bienestar

Queremos que tenga una vida saludable y feliz. A continuación, encontrará los programas que se ofrecen para ayudarlo a mantenerse bien y a tratar las afecciones que pueda tener. Son todos voluntarios y puede decidir abandonarlos en cualquier momento.

Programa para el asma

¿Los síntomas del asma interfieren en su vida? Si es así, quizás quiera inscribirse en el Programa para el asma. Se ofrece a miembros de Highmark Health Options de 2 años o más. Un administrador de casos puede ayudarlo a controlar el asma. Puede ayudarlo a tener menos problemas en su vida para que pueda hacer las cosas que quiere hacer.

Estos son algunos consejos que lo ayudarán a mantenerse encaminado:

- Tome su medicamento de mantenimiento todos los días. Ayuda a controlar la hinchazón y a reducir el moco de las vías respiratorias para que pueda sentirse mejor y tener menos problemas para respirar.
- Informe a su médico si debe usar su inhalador de rescate más de 2 días por semana. Esa es una señal de que el asma no está controlada.
- El asma no controlada puede producir cicatrices y un estrechamiento permanente de las vías respiratorias. Es fundamental informarle a su médico, ya que posiblemente necesite un cambio en la medicación.
- Pregunte a su médico sobre un plan de acción para el asma. Este le permitirá saber qué hacer cuando esté enfermo.
- Visite a su médico, al menos, 2 veces por año. Si debe ir al hospital, haga una cita para ver a su médico dentro de las 2 semanas posteriores al alta hospitalaria.
- Deje de fumar y evite el humo de segunda mano. Busque ayuda para dejar de fumar llamando al 1-866-409-1858.

Programa para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)

Puede ser difícil convivir con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD). ¡Highmark Health Options quiere ayudarlo! Si tiene, al menos, 21 años y convive con la COPD, puede beneficiarse con nuestro programa para la COPD. Un administrador de casos puede ayudarlo a aprender cómo tratar sus síntomas para que pueda tener una vida más activa y disfrutar de su vida.

Estos son algunos consejos para tratar la COPD:

- Tome los medicamentos para la respiración según las indicaciones de su médico. Informe a su médico si tiene efectos secundarios o si tiene problemas para usar el inhalador. No deje de tomar los medicamentos por su cuenta. Esto podría hacer que la COPD empeore.
- Deje de fumar. Es el cambio más importante que puede hacer. Puede obtener ayuda llamando al 1-866-409-1858.
- Colóquese la vacuna antigripal anual. Pregunte a su médico sobre la vacuna contra la neumonía si todavía no se la colocó.
- Hable con su médico sobre un programa de ejercicios. El ejercicio diario puede ayudarlo a respirar mejor.
- Asegúrese de usar oxígeno si se lo indicaron. Puede ayudarlo a estar más activo.
- No salga cuando los niveles de calidad del aire sean malos. La contaminación del aire puede empeorar su respiración. Preste atención a las alertas en la radio y televisión.
- Si debe ir al hospital, abastezca todos sus medicamentos cuando llegue a casa. Esto puede ayudar a detener un nuevo empeoramiento de los síntomas. Haga una cita para consultar a su

médico dentro de las 2 semanas posteriores al alta hospitalaria.

Programa cardíaco

Los miembros de Highmark Health Options que tengan 21 años o más, y una enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca pueden beneficiarse con el Programa cardíaco. Un administrador de casos especialmente capacitado se encuentra disponible para ayudarlos a usted y a su médico a tratar mejor su enfermedad cardíaca. Recibirá la ayuda que necesita para asumir un rol activo en el mantenimiento de la salud.

Comprender cómo mantener una vida cardíaca saludable reduce las posibilidades de empeoramientos y hospitalizaciones. Los administradores de casos están a su disposición por teléfono y esperan su llamado.

Estos son algunos consejos fundamentales para tratar los problemas cardíacos:

- Tome su medicamento según las indicaciones de su médico. Si no puede hacerlo, informe a su médico. No deje de tomar sus píldoras sin la indicación de su médico.
- Algunas deben interrumpirse de manera lenta durante varios días, así que no deje de tomarlas repentinamente. Si lo hace, podría sufrir efectos secundarios negativos.
- Visite a su médico, al menos, dos veces por año. Si lo admiten en el hospital, haga una cita para consultar a su médico dentro de las 2 semanas posteriores al alta hospitalaria.
- Si lo admiten en el hospital, asegúrese de preguntar qué medicamentos debe tomar. Es posible que algunos medicamentos puedan tener nombres distintos para la misma píldora. No suponga que tomará los medicamentos que tiene en su casa y asegúrese de saber para qué es cada una de sus píldoras.
- Conozca los signos y síntomas para saber cuándo informarle a su médico cuando no se sienta bien.
- Pregunte a su médico qué análisis de sangre necesita para controlar su enfermedad cardíaca.
- Deje de fumar y manténgase alejado del humo de segunda mano. Busque ayuda para dejar de fumar llamando al 1-866-409-1858.

Programa para la diabetes

Los miembros de Highmark Health Options de cualquier edad que conviven con la diabetes pueden beneficiarse del Programa para la diabetes. Un administrador de casos especialmente capacitado está aquí para ayudarlo a aprender sobre lo siguiente:

- Mantener controlados los niveles de azúcar en sangre para ayudar a detener los problemas generados por la diabetes, como enfermedades cardíacas, ceguera, amputaciones y problemas renales.
- Tomar sus medicamentos, analizarse el azúcar en sangre y hacerse los análisis de laboratorio según las indicaciones de su médico pueden ayudarlo a mantener controlada la diabetes.

Estos son algunos consejos para tratar la diabetes:

- Mida sus niveles de azúcar en sangre de la forma indicada por su médico y conozca sus valores objetivo.
- Asegúrese de hacerse estos análisis, al menos, una vez por año o más seguido si así se lo indica su médico:
  - A1c: análisis de sangre que mide su nivel normal de azúcar en sangre durante los últimos 2 a 3 meses. No sustituye el control del azúcar en sangre que usted hace, que le indica cuál es el nivel solo al momento de controlarlo.

- Análisis de orina **(microalbúmina)**: un simple análisis de orina que controla la presencia de pequeñas cantidades de proteína en la orina, que puede ser un signo incipiente de problemas renales.
- Presión arterial: la diabetes y la presión arterial alta aumentan el riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y enfermedad ocular y renal. Saber su objetivo y controlárselo con frecuencia puede evitar o retrasar los problemas.
- Examen ocular con dilatación de retina: con este examen, se controlan las enfermedades oculares que son más frecuentes en las personas con diabetes. Informe a su oftalmólogo que tiene diabetes. Este examen no es lo mismo que un examen de la vista para anteojos o lentes de contacto. Puede detectar problemas de la vista de manera incipiente e incluso evitar la formación de problemas.
- Deje de fumar y manténgase alejado del humo de segunda mano. Busque ayuda para dejar de fumar llamando al 1-866-409-1858.

Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

EPSDT significa Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento. El EPSDT es un programa obligatorio según el gobierno federal para personas menores de 21 años que reciben asistencia médica. Highmark Health Options ofrece este programa sin cargo.

El propósito del programa EPSDT es detectar los problemas de salud de los niños de manera temprana y seguir haciendo los controles para que se mantengan saludables.

Este programa incluye todos los servicios recomendados por el Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) del estado. Todo miembro de Highmark Health Options desde el nacimiento hasta los 21 años es elegible para acceder a los servicios de EPSDT. El médico que elija como médico de atención primaria (PCP) de su hijo se encargará de las vacunas y evaluaciones del EPSDT.

Lo hará durante una visita de control del niño sano que puede programar para su hijo. Su PCP controlará la audición, la visión y los dientes de su hijo; le hará una evaluación nutricional (de la dieta); hará un estudio de detección del plomo y hará una evaluación de salud mental (del comportamiento).

Para la visita de EPSDT, el médico puede hacer lo siguiente:

- Vacunar a su hijo.
- Preguntar acerca de la alimentación o dieta de su hijo.
- Hacerle análisis de orina o sangre a su hijo para detectar afecciones médicas, como el estudio de detección del plomo, que puede afectar negativamente su desarrollo.
- Hacer preguntas sobre la salud mental y el habla, la conducta y las interacciones sociales de su hijo: de qué forma se relaciona con los niños de su edad y de qué forma los demás se relacionan con su hijo.
- Formular preguntas sobre su conducta y acciones sociales: de qué forma su hijo se relaciona con otros niños de su edad.
- Pedir a familiares y parientes que armen una historia clínica familiar.

Durante el examen de EPSDT de su hijo, el PCP decidirá si su hijo debe acudir a una cita dental próxima según su edad. Este beneficio se ofrece a través de su tarjeta de ID de Medicaid. Debe saber que la salud dental es muy importante, incluso en los niños muy pequeños. Hable con su PCP sobre la salud dental de su hijo en cada visita de EPSDT.

Programas de manejo del estilo de vida y de bienestar (continuación)

Es muy importante que asista a los turnos de EPSDT con el médico. Estos exámenes físicos en ocasiones pueden usarse como el examen que su hijo necesita para comenzar el programa Head Start, la escuela o a fin de obtener el apto físico para la licencia de conducir.

El médico puede determinar que su hijo necesita un servicio o un equipo médicamente necesario para tratar un problema detectado durante una visita de evaluación. De ser así, el médico puede llamar a Highmark Health Options para solicitar el servicio o equipo, que se revisará para su aprobación.

Si necesita más información, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251. Servicios a Miembros puede ayudarlo a encontrar los proveedores/especialistas más cercanos a su domicilio. También puede derivarlo a un coordinador de recursos o a un administrador de casos, quien también lo ayudará a hacer citas, coordinar el transporte para las citas y asegurarse de que su hijo reciba todos los servicios recomendados por el PCP de su hijo.

Atención durante el embarazo

La atención que recibe cuando está embarazada se denomina atención de maternidad. Incluye lo siguiente:

- Las visitas al consultorio y los análisis antes del nacimiento del bebé denominados atención prenatal.
- La hospitalización cuando tiene a su bebé.
- Las visitas al consultorio y los análisis después del nacimiento del bebé denominados atención posparto.

Cuide bien de usted misma y de su bebé. Consulte a su médico ni bien se entere de que está embarazada. Contamos con un programa especial para las mujeres embarazadas. Este programa proporciona educación y apoyo para ayudarla a tener un embarazo saludable. Debe tratar de permanecer en el programa durante todo su embarazo para aprovecharlo al máximo. Los administradores de casos pueden responder sus preguntas o inquietudes sobre su embarazo. También pueden ayudarla con las derivaciones de servicios comunitarios. También obtendrá información sobre el embarazo y la atención del bebé por correo. Su primera visita con su médico debe ser dentro de los 14 días calendario de enterarse que está embarazada. Si desea obtener más información sobre el Programa de maternidad, llame a nuestro Departamento de Administración de Casos al 1-844-325-6251.

Su médico informará a Highmark Health Options sobre su embarazo y le enviaremos información sobre nuestro programa *MOM Options* y de qué forma puede participar.

Le brindamos algunos consejos útiles para su embarazo:

- Asista a todas sus citas prenatales. Si falta a una cita, llame a su médico para reprogramarla. No espere hasta su próxima visita.
- Tome las vitaminas prenatales recetadas por su médico. Son una parte importante de su atención prenatal tanto para su salud como la de su bebé. Hay muchas opciones disponibles con cobertura.
- Evite tomar alcohol, consumir drogas ilegales y fumar. El humo de segunda mano también puede dañarlos a usted y a su bebé en gestación. Busque ayuda para dejar de fumar llamando a la Línea para dejar de fumar de Delaware al 1-866-409-1858.
- Nunca tome medicamentos sin consultar primero con su médico. Esto incluye medicamentos recetados y de venta libre, como aspirina, Tylenol y jarabe para la tos.
- Consuma al menos 3 comidas por día y elija alimentos saludables, como frutas, carne, leche, verduras, panes y cereales.
- Deje de consumir alimentos tales como café, bebidas gasificadas, comidas rápidas, caramelos y rosquillas.

- Beba al menos de 6 a 8 vasos de agua por día. El jugo y la leche también son opciones saludables.
- Mantenga los dientes y las encías saludables cepillándose los dientes y usando hilo dental diariamente. Las infecciones de las encías pueden aumentar el riesgo de que el bebé nazca prematuramente.
- Use cinturón de seguridad cuando viaje en automóvil. Asegúrese de que la parte inferior del cinturón pase por debajo de la panza y toque las piernas; no debe atravesar la panza.

Programa de mujeres, bebés y niños (WIC)

El Programa de mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children, WIC) es un programa gratuito que ofrece cupones para alimentos, asesoramiento y material didáctico sobre alimentación, y derivaciones a servicios médicos y otros servicios sociales para mujeres embarazadas, madres en período posparto, madres lactantes y niños menores de cinco años que tienen un riesgo alimentario.

De la misma manera que con los alimentos ofrecidos normalmente, como leche, huevos, queso, cereales y jugos, el programa de WIC puede suministrarles a las familias cupones que pueden canjearse por muchos otros alimentos nutritivos, más panes integrales, arroz integral, avena, tortillas integrales/de maíz blando, leche de soja, tofu, frutas/verduras frescas, alimentos envasados para bebés, frijoles enlatados, salmón rosado o sardinas.

Muchas tiendas de comestibles aceptan los cupones para alimentos del programa de WIC.

Puede solicitar el Programa de WIC llamando al 1-800-222-2189.

Si desea obtener más información sobre el Programa de WIC, llame a nuestro Departamento de Administración de Casos al 1-844-325-6251 (usuarios de TTY/TDD: 711 o sobre los servicios hospitalarios. Los administradores de casos se encuentran disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., por teléfono. Si necesita asistencia en otro idioma que no sea inglés, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.

Incorporación de miembros nuevos o eliminación de miembros

Cuando tenga un bebé o incorpore un miembro nuevo a su familia, debe llamar al Centro de Informe de Cambios de la DSS al 1-302-571-4900.

Posteriormente, debe llamar a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251. Si no nos informa a nosotros y al Centro de Informe de Cambios de la DSS al respecto, es posible que pueda demorarse el seguro del nuevo miembro de su familia.

Si fallece algún miembro de su familia que tenga cobertura de Highmark Health Options, o se muda de su casa, comuníquese con Servicios a Miembros y desde allí le brindarán ayuda. También debe informar al Centro de Informe de Cambios de la DSS sobre el fallecimiento o la mudanza de su hogar de algún miembro de su familia.

Qué hacer ante una mudanza

Si se muda o cambia su número de teléfono, debe llamar al Centro de Informe de Cambios de la DSS al 1-302-571-4900.

Posteriormente, debe llamar a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251. Servicios a Miembros lo ayudará a elegir un PCP nuevo cerca de su nuevo domicilio.

Si se muda fuera de Delaware o de los Estados Unidos, comuníquese con el Centro de Informe de Cambios de la DSS para obtener la información que necesita.

Qué sucede si se cancela su membrecía

Medicaid puede cancelar su membrecía en Highmark Health Options. Esto se denomina cancelación de inscripción. Su membrecía puede cancelarse por estas razones:

- Le dio su tarjeta de ID de Medicaid a otra persona para que la use.
- Va a prisión.
- Pierde la elegibilidad para Medicaid.
- Se produce un cambio en sus beneficios de Medicaid que impide que tenga la cobertura de Highmark Health Options.
- No se vuelve a inscribir.

Cambio de plan de salud

Puede cambiar su plan de salud durante los primeros 90 días calendario después de su primera inscripción en Medicaid. También puede cambiar su plan de salud durante el período de inscripción abierto anual una vez por año desde el 1.º de octubre hasta el 31 de octubre. Para cambiar su plan de salud, llame al administrador de beneficios de salud al 1-800-996-9969.

Reclamaciones: ¿qué hago con una factura?

Los proveedores de Medicaid de Delaware no pueden cobrarle los servicios que tienen nuestra cobertura. Si recibe una factura de su médico u hospital por error, **no** la pague. Llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 con la información de facturación a mano y algún representante lo ayudará. Usted no debe enviarnos las reclamaciones; su médico u hospital lo harán.

Tiene otro seguro o un seguro de responsabilidad civil (TPL)

Usted o uno de los miembros de su familia pueden tener otros tipos de seguro. Llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 si usted o algún miembro de su familia tienen nuestra cobertura y otro plan de seguro. El asistente social de la oficina local del DHSS también debe conocer esta información. Si tiene seguro médico, dental o de la visión a través de otra compañía de seguro, primero debe usar esa cobertura de seguro como seguro principal. El otro proveedor de seguro debe pagar primero y nosotros siempre seremos el último pagador en relación con otra cobertura de seguro que pueda tener. Es importante mostrarles a los médicos que le brindan atención todas sus tarjetas de seguro.

También debe llamarnos en estos casos:

- Tiene una reclamación de indemnización laboral.
- Está esperando una decisión sobre una demanda por lesión personal o negligencia médica.
- Tiene un accidente automovilístico.

Si recibió atención debido a un accidente o una lesión relacionada con el trabajo, Highmark Health Options trabajará con los demás socios o compañías de seguro para asegurarse de que sus reclamaciones se paguen correctamente. Llame a Servicios a Miembros e infórmenos sobre cualquier ocasión en la que haya recibido atención médica tras un accidente, una lesión relacionada con el trabajo o cualquier otra situación en la que esté involucrado un seguro, una compañía o un abogado diferentes.

Podemos, y debemos, saber sobre todas las personas que le brinden atención. Debemos saberlo para pagar su atención médica. No compartiremos esta información con nadie, excepto su proveedor de atención médica y otras personas según lo permita la ley.

Nueva tecnología

Highmark Health Options evalúa nueva tecnología para decidir si debe incluirse como beneficio cubierto. Nueva tecnología significa toda habilidad nueva, equipo nuevo o forma mejorada de brindar atención médica. Highmark Health Options analiza nuevas tecnologías para asegurarse de que sean seguras y sean tan buenas o mejores que los procedimientos o productos médicos actuales.

Highmark Health Options cuenta con farmacéuticos y médicos que analizan nuevos medicamentos y nuevos usos de medicamentos durante todo el año. Pueden agregarse nuevos medicamentos a la PDL o a la lista del formulario complementario, o eliminarse de estas, de manera permanente.

Los médicos de Highmark Health Options revisarán las investigaciones, como los artículos médicos y los estudios científicos, para ver si se ha demostrado que la nueva tecnología es segura y útil para las personas. Si las investigaciones demuestran que la nueva tecnología es segura y se ha demostrado que ayuda a las personas, los médicos presentarán la nueva tecnología a un comité de profesionales de atención médica de Highmark Health Options a fin de que reciba aprobación para ser un beneficio cubierto para los miembros de Health Options.

Confidencialidad

Highmark Health Options se mantiene alerta respecto de la protección de la información de los pacientes y los proveedores. Esperamos que nuestros empleados protejan toda la información, en todos los formatos, en todo momento; esto incluye proteger la información verbal, impresa o electrónica. Además, debe protegerse la información privada en el mismo nivel que la información médica protegida (Protected Health Information, PHI).

Los empleados de Highmark Health Options están capacitados en todas las leyes estatales y federales aplicables que protegen la privacidad, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Además, contamos con políticas y procedimientos para promover sólidas prácticas de seguridad y privacidad, y respaldar el cumplimiento de los requisitos de la HIPAA. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad, un documento que explica la forma en que protegemos la privacidad de nuestros miembros, puede encontrarse en las páginas 50-53 de este manual. También puede solicitarse el aviso en cualquier momento a través de Servicios a Miembros.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre el manejo de su información, comuníquese con nuestro oficial responsable de la privacidad a esta dirección:

Corporate Compliance & Privacy
Highmark Health Options
PO Box 22188
Pittsburgh, PA 15222

Teléfono: 1-855-401-8251
Línea de TTY/TDD: 711 o 1-800-232-5460

Ley de Estadounidenses con Discapacidades

Cumplimos con los términos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990. Esta ley lo protege contra la discriminación por discapacidad. Si siente que no lo trataron de la misma forma que a los demás por una discapacidad, llame a nuestro número de Servicios a Miembros. Si tiene problemas de habla o audición, puede llamar a la línea de TTY de nuestros Servicios a Miembros al 711 o al 1-800-232-5460.

¿Qué es un representante de los miembros?

Un representante de los miembros es un integrante del plan que puede ayudarlos a usted, su proveedor y su administrador de casos a obtener atención, programar citas y atravesar los procesos de apelaciones y quejas formales.

¿Cómo puedo solicitar un representante de los miembros?

Puede hablar con un representante de los miembros llamando al 1-855-430-9853.

Administración de casos

Puede solicitar un nuevo administrador de casos si no está conforme con la persona que se le asignó actualmente. Highmark Health Options le asignará un nuevo administrador de casos que se adapte de la mejor manera a sus necesidades.

Llame a los representantes de los miembros al 1-855-430-9853 si desea cambiar su administrador de casos e infórmenos por qué desea cambiar su administrador de casos.

Si no podemos asignarle uno nuevo, le informaremos por qué Y abordaremos los problemas o las inquietudes que tenga con su administrador de casos.

Es posible que haya ocasiones en las que Highmark Health Options tenga que cambiar su administrador de casos. Esto puede suceder si su administrador de casos ya no trabaja más con Highmark Health Options, no trabaja actualmente o tiene una carga de trabajo demasiado grande para manejar. Si esto sucede, Highmark Health Options le enviará una carta con el nombre y el número de teléfono de su nuevo administrador de casos.

Solicitud de registros médicos

- Tiene derecho a solicitar su información médica.
- Tiene derecho a solicitar que se modifique su información médica si puede demostrar que es incorrecta o que falta información. Si Highmark Health Options no está de acuerdo, es posible que no podamos cumplir con la solicitud para modificar sus registros.
- Tiene derecho a obtener una lista de las personas que recibieron su información médica dentro de un período de seis años. Debe informarnos las fechas para las que solicita la lista. La lista no abarcará información que se le haya proporcionado a usted o a su representante personal ni información proporcionada para pagos de atención médica, para operaciones de Highmark Health Options ni para necesidades de cumplimiento legal.

Otra información

Si desea obtener información sobre Highmark Health Options, que incluye quiénes son las personas que forman parte de la Junta Directiva, cuál es la formación de su médico o cuál es la forma en que planeamos mejorar la atención y los servicios para nuestros miembros a través del Programa de mejoramiento de la calidad de Highmark Health Options, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.

Portal para miembros

Autoservicio a través del Portal para miembros

El Portal para miembros está personalizado para satisfacer sus necesidades, mantenerlo saludable y ayudarlo a controlar su propia atención médica. Cuando desempeña un rol activo en su atención médica, puede mejorar la calidad de su atención. Es su forma personal de comprender su salud, mejorarla y asociarse con sus médicos.

El inicio de sesión es simple

El registro es gratuito, rápido y simple. Los miembros tienen la conveniencia de un acceso seguro, las 24 horas del día, los 7 días de la semana a las herramientas y la información disponibles en en www.highmarkhealthoptions.com.

El servicio en línea será seguro y se implementarán medidas para proteger su privacidad al pedirles a usted y su cuidador que ingresen su nombre de usuario y contraseña al iniciar sesión.

Ventajas del uso del Portal para miembros:

- Busque médicos, hospitales o especialistas dentro de su red.
- Herramientas de farmacias:
  - Busque una farmacia.
  - Comience el proceso de excepción.
  - Busque posibles interacciones entre medicamentos, efectos secundarios y riesgos, y disponibilidad de sustitutos genéricos.
  - Busque los copagos y los precios de medicamentos.
- Envíe correos electrónicos a Servicios a Miembros.
- Acceda a sus programas de bienestar.
- Solicite una tarjeta de ID de miembro nuevo.
- Realice una evaluación de riesgos de salud.

Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos

- Aprender sobre sus derechos y responsabilidades.
- Obtener la ayuda que necesita para comprender este Manual para miembros.
- Obtener información sobre nosotros, nuestros servicios, los médicos y otros proveedores de atención médica.
- Consultar sus registros médicos según lo permita la ley.
- Mantener la privacidad de sus registros médicos, a menos que nos informe por escrito que nos autoriza a que los compartamos o que la ley permita su divulgación.
- Acceder a todos los datos de su médico de cualquier información sobre su afección médica, plan de tratamiento o capacidad de analizar y ofrecer correcciones a sus registros médicos.
- Formar parte de charlas honestas sobre sus necesidades de atención médica y opciones de tratamiento, independientemente del costo y de si sus beneficios los cubren. Formar parte de decisiones que tomen sus médicos y otros proveedores sobre sus necesidades de atención médica.
- Ser informado sobre otras opciones de tratamiento o planes de atención de manera tal que se adapten a su afección.
- Conocer de qué forma se les paga a los médicos.
- Averiguar de qué forma decidimos si la nueva tecnología o el tratamiento deben formar parte de un beneficio.
- Ser tratado con respeto, dignidad y teniendo en cuenta el derecho a la privacidad en todo momento.
- Saber que nosotros, sus médicos y sus otros proveedores de atención médica no podemos tratarlo de manera diferente por motivos de edad, sexo, raza, nacionalidad, necesidades lingüísticas o grado de enfermedad o afección médica.
- Hablar con su médico respecto de asuntos privados.
- Acceder a una rápida resolución de sus problemas, incluso de cosas que usted considera que están mal, así como problemas con su cobertura, obtención de nuestra aprobación o pago de servicios.
- Recibir el mismo trato que los demás.
- Recibir atención que debe brindarse por razones médicas.
- No recibir ningún tipo de limitación o aislamiento como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Elegir su PCP de entre los PCP que figuran en nuestro Directorio de proveedores que aceptan nuevos pacientes.
- Usar médicos de nuestra red.
- Recibir atención médica de manera oportuna.
- Obtener servicios de médicos que se encuentran fuera de nuestra red en una emergencia.
- Rechazar atención de su PCP u otro cuidador.
- Poder tomar decisiones sobre su atención médica.
- Dar una directiva anticipada (también denominada testamento en vida).
- Plantearnos sus inquietudes sobre Highmark Health Options y los servicios de atención médica que obtiene.

- Cuestionar una decisión que tomemos sobre la cobertura de la atención que recibió de su médico.
- Presentar una reclamación o apelación sobre Highmark Health Options, la atención que reciba o si no se satisfacen sus necesidades lingüísticas.
- Preguntar cuántas quejas formales y apelaciones se han presentado y por qué.
- Informarnos qué piensa sobre sus derechos y responsabilidades, y sugerir cambios.
- Preguntarnos por nuestro Programa de mejoramiento de la calidad e informarnos cómo desea ver implementados los cambios.
- Preguntarnos por nuestro proceso de revisión de utilización y darnos ideas sobre cómo cambiarlo.
- Saber que solo cubrimos servicios de atención médica que forman parte de su plan.
- Saber que podemos hacer cambios en los beneficios de su plan de salud, siempre y cuando le informemos dichos cambios por escrito.
- Solicitar este Manual para miembros y otros folletos y libros para miembros en otros formatos, como otros idiomas, letra grande, CD de audio o Braille sin cargo.
- Solicitar servicios de traducción o interpretación sin cargo.
- Usar los servicios de intérpretes que no sean sus familiares o amigos.
- Saber que usted no es responsable si su plan de salud se declara en quiebra.
- Saber que su proveedor puede objetar la denegación de un servicio si usted está de acuerdo.
- Saber que puede solicitar una copia del Manual para miembros en cualquier momento. Se le informará sobre su derecho a solicitar un Manual para miembros todos los años.
- Puede obtener una lista de proveedores de la red que incluya los siguientes detalles sobre los médicos: nombre, especialidad, hospitales que puede visitar el médico, formación, idioma que habla, sexo y ubicación del consultorio.

Sus responsabilidades

- Informarnos a nosotros, a sus médicos y a otros proveedores de atención médica lo que necesitamos saber para tratarlo.
- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días calendario. Si no podemos modificar sus registros, puede añadir una declaración de disconformidad a su información médica personal. Si desea hacer una solicitud, comuníquese con Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.
- Aprender lo más que pueda sobre su problema de salud y trabajar con su médico para establecer y acordar objetivos de tratamiento.
- Hacer preguntas sobre cualquier problema médico y asegurarse de saber lo que su médico le está diciendo.
- Respetar el plan de atención y las indicaciones que acordó con sus médicos u otros profesionales de atención médica.
- Hacer las cosas que evitan que se enferme.
- Concertar citas médicas y acudir a esta, e informar al médico, al menos, 24 horas antes cuando no pueda ir.
- Mostrar siempre su tarjeta de ID de miembro de Highmark Health Options y su tarjeta de

Medicaid de Delaware cuando reciba servicios de atención médica.

- Usar la sala de emergencias solo en casos de emergencia o según las indicaciones de su médico.
- Si debe un copago a sus farmacias, pagar en el momento en que se reciben los servicios.
- Informarnos de inmediato si recibe una factura que no debería haber recibido o si tiene una queja.
- Tratar a todo el personal y a los médicos de Highmark Health Options con respeto y cortesía.
- Conocer y seguir las reglas de su plan de salud.
- Saber que hay leyes que rigen su plan de salud y los servicios que recibe.
- Saber que no somos un reemplazo del seguro de indemnización laboral.
- Informar al Centro de Informe de Cambios de la DSS e informarnos a nosotros cuando cambie su domicilio, condición familiar u otra cobertura de atención médica.

Si un menor se emancipa, deja de estar legalmente bajo el control de sus padres (después de los dieciséis años) o se casa, será responsable de cumplir con todas las pautas para miembros de Highmark Health Options establecidas arriba.

Directivas anticipadas

Si lo admiten como paciente en un hospital, se le preguntará si tiene directivas anticipadas. Son indicaciones que usted da sobre su atención médica antes de que se presten servicios médicos. Solo se siguen en el futuro cuando no pueda expresar qué atención médica desea.

Hay dos tipos de directivas anticipadas. Uno se denomina "testamento en vida" y el otro se denomina "poder para atención médica".

Un "testamento en vida" estipula qué tipo de atención de soporte vital desea recibir si sufriera una afección terminal o estuviera en coma permanente.

Un "poder para atención médica" le permite designar a alguien para tomar decisiones de atención médica por usted cuando no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica. Este sería el caso si no pudiera tomar sus decisiones y comunicárselas a las personas.

Usted tiene el derecho legal de dejar directivas anticipadas sobre su atención médica. Quizás quiera hablar con su médico al respecto.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHSS) de Delaware tiene un formulario de directivas anticipadas que puede llenar.

El formulario puede descargarse en: www.dhss.delaware.gov/dhss/dsaapd/advance1.html

También puede solicitar el formulario a través de Servicios a Miembros al 1-855-401-8251.

Para que este formulario sea legal, dos personas deben oficiar de testigos cuando usted firme el formulario de directivas anticipadas. Se sugiere, pero no se exige, que un notario público oficie de testigo cuando firme el formulario de directivas anticipadas.

Cómo presentar una queja formal o apelación

Queremos que esté satisfecho con la atención médica y el servicio que reciba. Infórmenos si un médico, un hospital o nosotros hacemos algo con lo que no esté conforme. Intentaremos solucionar todos los problemas por teléfono. Si algo no le gusta o no podemos solucionar su problema, puede presentar una queja formal o apelación.

Esta sección le informa sobre el proceso. Puede llamar a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo presentar una queja formal o apelación. No pueden castigarlo por presentar una queja formal o apelación. Puede pedirle a otra persona que presente una apelación o actúe en su nombre.

Si desea que otra persona presente una apelación o actúe en su nombre, deberá darnos su autorización por escrito.

Usted o su representante pueden comunicarse con un coordinador de apelaciones en cualquier momento para recibir ayuda o hacer preguntas sobre el proceso de queja formal o apelación. También puede solicitar ayuda para presentar una queja formal o apelación solicitando un representante de los miembros. Para tal fin, llame a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460). Un representante de los miembros puede ayudarlo con lo siguiente:

- Presentar su queja formal o apelación.
- Ayudarlo a atravesar el proceso de queja formal o apelación.
- Responder sus preguntas sobre el proceso de queja formal o apelación.
- Ayudarlo a obtener más información de su médico para asistirlo con su queja formal o apelación.

Consulte la página 36 para obtener más información sobre los representantes de los miembros.

Quejas formales

Una queja formal es una declaración de disconformidad, como una reclamación, y puede presentarse por escrito o verbalmente por teléfono. Puede presentarse por cualquier servicio que haya recibido de un médico o de nosotros. No incluye una denegación de beneficios por un servicio de atención médica. Esos asuntos se manejan como apelaciones (consulte "Apelaciones" a continuación).

Estos son algunos ejemplos de quejas formales:

- Si un proveedor o empleado nuestro fue grosero con usted.
- Si cree que un proveedor o nosotros no respetamos sus derechos como miembro de nuestro plan.
- Si tiene un problema con la calidad de la atención o los servicios que recibió.
- Si tiene problemas para solicitar u obtener servicios de un proveedor.

Puede enviar toda la documentación que nos ayudará a analizar el problema o adjuntarla al Formulario de queja formal del miembro. Puede comunicarse con nosotros a esta dirección:

Highmark Health Options
Appeals and Grievances
PO Box 22278
Pittsburgh, PA 15222-0188

Teléfono: 1-855-401-8251

¿Cómo presento una queja formal? Puede presentar una queja formal en cualquier momento, de forma verbal o por escrito.

¿Qué sucede después de presentar una queja formal? Tras presentar una queja formal, recibirá una carta de nuestra parte dentro de cinco (5) días hábiles. En ella se le informará que hemos recibido su queja formal. Incluirá información sobre el proceso de queja formal y sus derechos, entre ellos:

- Su derecho a designar a un representante para que actúe en su nombre.
- Su derecho a presentar información adicional.
- Su derecho a revisar o solicitar una copia de toda la documentación relacionada con la queja formal a solicitud y sin cargo.

Uno de nuestros integrantes del personal revisará su queja formal. Dicha persona no estuvo involucrada en la queja formal, pero conoce íntegramente su problema. Se tomará una decisión dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido su queja formal.

Después de tomar una decisión, se le enviará una carta por correo para informarle sobre la decisión. Esta carta le comunicará los motivos de la decisión.

¿Qué sucede si necesito ayuda durante mi queja formal? Si necesita ayuda para presentar una queja

formal, comprender el proceso de queja formal o para obtener información para que revisemos, comuníquese con un representante de los miembros al 1-855-430-9853.

Apelaciones

Una apelación es una solicitud de revisión de nuestra medida. Una medida es la decisión de denegar o limitar un servicio solicitado, que incluye el tipo o nivel del servicio; la reducción, suspensión o cancelación de un servicio; la denegación, parcial o total, o el pago de un servicio; o la imposibilidad de prestar un servicio de manera oportuna.

¿Qué debo hacer si quiero presentar una apelación? Para presentar una apelación, puede llamar a Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 para que lo ayuden a presentar su apelación. También puede pedirle a un representante o a un médico que presente una apelación por usted si da su aprobación por escrito para esto. Tenga en cuenta que si su representante o médico presenta una apelación por usted, no puede presentar una apelación diferente por su cuenta. Si presenta su apelación por teléfono, también debe hacerlo por escrito dentro de los treinta (30) días calendario de haber llamado a Servicios a Miembros. No se hará una revisión de la apelación sin su firma por escrito.
Usted, su representante o médico también pueden presentar una apelación por correo. También puede llenar un *Formulario de apelación del miembro.* Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web: **en www.highmarkhealthoptions.com.**

Cuando presente su apelación, debe incluir lo siguiente:

- Su nombre e ID de miembro (que encontrará en su tarjeta de ID de Highmark Health Options).
- Su número de teléfono.
- Su dirección.
- ¿Qué apelará?
- ¿Por qué apelará?
- ¿Qué desea como resultado de su apelación?

Puede enviar o adjuntar cualquier documentación que nos ayude a revisar su apelación. Puede comunicarse con nosotros a esta dirección:

Highmark Health Options
Appeals and Grievances
PO Box 22278
Pittsburgh, PA 15222-0188

Teléfono: 1-855-401-8251

¿Cuándo debo presentar una apelación? Usted o su representante deben presentar su apelación dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha de la carta de "Aviso de determinación adversa de beneficios".

¿Qué puedo hacer para continuar recibiendo los servicios durante el proceso de apelación?

- Puede solicitar continuar recibiendo los servicios durante el proceso de apelación en los siguientes casos:
  - Presenta la solicitud de apelación de manera oportuna.
  - Si estamos cancelando, suspendiendo o reduciendo servicios previamente autorizados.
  - Un médico solicitó los servicios.
  - El período original cubierto por la autorización original no expiró.
  - Solicita continuar recibiendo los servicios en un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha en que enviamos el Aviso de determinación adversa de beneficios (Aviso de medida).

- Si continuamos brindándole los servicios durante el proceso de apelación, los cubriremos hasta el siguiente momento:
  - Usted o su representante retiran la apelación.
  - Ni usted ni su representante solicitan una audiencia imparcial del estado y continuar recibiendo los servicios en un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha en que enviamos el Aviso de determinación adversa de beneficios (Aviso de medida).
  - Recibe una decisión desfavorable del funcionario de la audiencia imparcial del estado.

Es importante saber que quizás deba pagar los servicios que recibió mientras la apelación estaba pendiente si la decisión definitiva es desfavorable.

¿Qué sucede después de presentar una apelación? Recibirá una carta de nuestra parte dentro de los cinco (5) días hábiles de su apelación. En ella se le informará que hemos recibido su apelación. También incluirá información sobre el proceso de revisión de la apelación. Puede decidir que alguien actúe en su nombre. Usted o su representante pueden presentar información adicional y pueden pedir revisar todos los documentos para la apelación. También puede solicitar una copia de la información usada para revisar su apelación sin cargo. Además, usted o su representante tienen derecho a dar más información en persona al momento de la audiencia de la apelación, por teléfono o por escrito si la envían a la dirección indicada o por fax al 1-844-325-3435.

Un Comité de Apelación revisará su apelación y tomará una decisión. Los miembros del Comité de Apelación incluyen un representante del estado, un médico y nuestro director de calidad o su representante. Dichas personas no han estado involucradas en la expedición de su apelación.

Usted o su representante pueden extender el período para tomar la decisión de la apelación hasta catorce (14) días calendario, como máximo. También podemos extender el período para tomar la decisión hasta catorce (14) días calendario, si se necesita información adicional y la demora es para su beneficio. Si extendemos el período, nos comunicaremos con usted o le enviaremos un aviso escrito con el motivo de la demora.

Se enviará por correo una carta con la decisión dentro de los treinta (30) días calendario desde la fecha en que presentó su apelación o dentro de los dos (2) días hábiles de la decisión, lo que sea anterior. Esta carta le informará el motivo de nuestra decisión y los derechos de apelación adicionales, incluido su derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado (consulte "¿Qué debo hacer para acceder a una audiencia imparcial del estado?" a continuación).

¿Qué sucede si necesito ayuda durante mi apelación? Si necesita ayuda para presentar una apelación, entender el proceso de apelación u obtener información para que revisemos, comuníquese con Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 y solicite un representante de los miembros. Si necesita un traductor, le brindaremos uno sin cargo. Llame a Servicios a Miembros para solicitar uno.

¿Qué sucede si no me gusta la decisión que Highmark Health Options toma sobre mi apelación? Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial del estado (consulte "¿Qué debo hacer para acceder a una audiencia imparcial del estado?" a continuación).

Apelaciones aceleradas ("rápidas")

¿Qué debo hacer si necesito una decisión más rápida antes de los 30 días calendario? Si cree que el período normal para revisar su apelación podría causarle graves problemas de salud, usted o su representante pueden solicitar una apelación acelerada ("rápida").

Usted, su representante o su médico pueden hacerlo de forma verbal o por escrito. Si acordamos que debe obtener una decisión de la apelación más rápidamente, recibirá una decisión dentro de las 72 horas. Si no estamos de acuerdo, le informaremos por teléfono, dentro de los dos (2) días calendario de

recibir su solicitud, que su apelación cumplirá con el proceso de apelación estándar.

¿Qué sucede después de presentar una apelación rápida? Usted puede decidir que una persona actúe en su nombre. Usted, su representante o su médico pueden presentar más información. Además, usted o su representante pueden revisar toda la documentación sobre la apelación a solicitud y sin cargo. Un Comité de Apelación revisará su apelación y tomará una decisión. Los miembros del Comité de Apelación incluyen un representante del estado, un médico y nuestro director de calidad o su representante. Dichas personas no han estado involucradas en la expedición de su apelación.

Se resolverá su apelación rápida y se le comunicará sobre la decisión dentro de las 72 horas desde la fecha en que presentó su apelación rápida. La carta le informará el motivo de la decisión y los posteriores derechos de apelación, incluido su derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado (consulte la sección "¿Qué debo hacer para acceder a una audiencia imparcial del estado?" en esta página).

Audiencia imparcial del estado

Una audiencia imparcial del estado es un proceso de apelación otorgado por el estado de Delaware. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado en lugar o además de presentarnos una apelación.

¿Qué debo hacer para acceder a una audiencia imparcial del estado? Usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial del estado en estos casos:

- Hemos denegado, suspendido, cancelado o reducido un servicio.
- Hemos aplazado un servicio.
- No le hemos prestado un servicio de manera oportuna.

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado llamando o escribiendo a la oficina de la División de Asistencia Médica y Medicaid de Delaware (DMMA) del estado a la siguiente dirección:

Division of Medicaid & Medical Assistance
DMMA Fair Hearing Officer
1901 North DuPont Highway
PO Box 906, Lewis Building
New Castle, DE 19720

1-302-255-9500 o línea gratuita: 1-800-372-2022

¿Cuándo debo presentar una audiencia imparcial del estado? Si usted o su representante no están conformes con la denegación del "Aviso de determinación adversa de beneficios" o la decisión de una apelación, pueden solicitar una audiencia imparcial del estado dentro de los ciento veinte (120) días calendario de la fecha del "Aviso de determinación adversa de beneficios".

¿Qué sucede después de presentar una audiencia imparcial del estado? Usted o su representante recibirán una carta del funcionario de la audiencia imparcial del estado que le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La audiencia puede realizarse personalmente o por teléfono. La carta también le informará lo que debe saber para prepararse para la audiencia. Usted o su representante pueden revisar toda la documentación sobre la audiencia imparcial del estado. Highmark Health Options también contará con un representante en una audiencia imparcial del estado.

El funcionario de la audiencia imparcial del estado de la DMMA le enviará una carta con su decisión dentro de los noventa (90) días calendario desde la fecha de su solicitud o, para una audiencia imparcial del estado, tres (3) días hábiles desde la fecha de la audiencia.

¿Cómo continúo recibiendo servicios durante el proceso de la audiencia imparcial del estado? Si previamente lo autorizaron y estaba recibiendo servicios que ahora están en estado de cancelación, suspensión o reducción, puede solicitar continuar recibiéndolos en estos casos:

- Solicita continuar recibiendo los servicios.
- Presenta una audiencia imparcial del estado dentro de los diez (10) días calendario de la fecha del "Aviso de determinación adversa de beneficios".
- Presenta una audiencia imparcial del estado el día de la fecha de entrada en vigencia de la medida propuesta o antes de esta.
- Un médico solicitó los servicios.
- El período original cubierto por la autorización original no expiró.

Si continuamos brindándole los servicios durante el proceso de audiencia imparcial del estado, continuaremos cubriendo estos servicios hasta estos momentos:

- Recibe la decisión de la audiencia imparcial del estado.
- Usted o su representante se retiran del proceso de audiencia imparcial del estado.
- Se cumple con el período o los límites de servicio para los que tenía autorización previamente.

Es importante saber que quizás deba pagar los servicios que recibió mientras la audiencia imparcial del estado estaba pendiente si la decisión definitiva es desfavorable. Si la decisión fue favorable, Highmark Health Options coordinará estos servicios de inmediato.

¿Qué sucede si no estoy conforme con la decisión de la audiencia imparcial del estado? Si usted, o alguna persona que usted elija, no están conformes con la decisión de la audiencia imparcial del estado, pueden solicitar una revisión judicial en un tribunal superior. Para tal fin, deben presentarse ante el secretario (protonotario) del tribunal superior dentro de los treinta (30) días calendario de la fecha de la decisión de la audiencia imparcial del estado.

Fraude y abuso

Highmark Health Options considera seriamente el fraude, desperdicio y abuso de los beneficios médicos o de farmacia.

Si cree que alguien está usando su tarjeta de identificación de Highmark Health Options o la de otro miembro para obtener beneficios médicos o de medicamentos recetados, llame a la línea directa de fraude y abuso de Highmark Health Options al 1-844-325-6256 (usuarios de TTY: 711 o 1-800-232-5460). También puede denunciar a cualquier proveedor (por ejemplo, un médico, dentista, terapeuta u hospital) si usted sospecha que está prestando servicios de manera fraudulenta, excesiva o abusiva.

Se mantendrá la privacidad de su nombre. Ni siquiera tiene que dar su nombre, pero si lo hace, no se le informará al proveedor sobre su llamada. Puede usar esta línea directa para denunciar cualquier actividad que crea que es fraudulenta, excesiva o abusiva. Se evaluará e investigará toda llamada recibida.

También puede brindar esta información al número de teléfono para denuncias de fraude de la División de Asistencia Médica y Medicaid de Delaware al 1-800-372-2022 o enviando un correo electrónico a SURreferrals@state.de.us.

Algunos ejemplos frecuentes de fraude y abuso son los siguientes:

- Un médico le factura o le hace pagar en efectivo servicios cubiertos por su plan de salud.
- Una persona que no es miembro de Highmark Health Options usa una tarjeta de identificación de miembro.
- Un médico le está facturando servicios que no recibió.
- Una persona que se muda a otro estado sigue usando una tarjeta de identificación de miembro de Highmark Health Options.

Para su protección (continuación)

- Un médico le da medicamentos que no necesita o le da demasiado.
- Un médico o integrante del personal le ofrecen obsequios o dinero para obtener servicios si le dan su número de Medicaid.
- Un médico le brinda servicios que no necesita.
- Abuso físico, mental o sexual por parte del personal médico.

La línea directa para denuncias de fraude de Highmark Health Options se encuentra disponible los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Si no habla inglés, tendrá un intérprete a su disposición. Si tiene problemas de audición, puede llamar a la línea directa usando su dispositivo de TTY.

Números de teléfono importantes

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	
Servicios a Miembros (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.)	**1-855-401-8251**
Farmacia	
Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas del día	**1-844-325-6251**
Administración de casos (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)	
Salud mental (del comportamiento) (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)	
Línea directa para denuncias de fraude y abuso	1-844-325-6256
Línea de TTY/TDD:	711 o 1-800-232-5460
SERVICIOS POR CRISIS DE SALUD MENTAL (DEL COMPORTAMIENTO)	
Norte de Delaware (área de servicio del condado de New Castle y gran Smyrna al norte del condado de Kent)	1-800-652-2929
Sur de Delaware (área de servicio del condado de Sussex y al sur de gran Smyrna del condado de Kent)	1-800-345-6785
OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	
Administrador de beneficios médicos: inscripción Llame a este número para unirse a un plan de salud nuevo o cancelar su inscripción en su plan actual.	1-800-996-9969
Servicios de transporte LogistiCare Transporte que no es de emergencia	1-866-412-3778
Servicios de transporte LogistiCare Where's My Ride? Línea directa	1-866-896-7211
División de Servicios Sociales del Estado de Delaware: relaciones con los clientes	1-800-372-2022 o 1-302-571-4900
Servicio de retransmisión de Delaware 4900 Este número les permite a las personas que tienen pérdida del habla o la audición comunicarse con una persona capacitada que puede ayudarlas a hablar con alguien que usa un teléfono común.	711 o 1-800-232-5460
Línea para dejar de fumar de Delaware	1-866-409-1858

Ubicación de centros de atención urgente en Delaware

Consulte en **www.highmarkhealthoptions.com** para obtener la lista más reciente de proveedores de atención de urgencia.

BEAR

Eden Hill Express Care LLC
1011 East Songsmith Drive
Bear, DE 19701-1194
1-302-674-1999

CAMDEN

Got a Doc
379 Walmart Drive Suite 100
Camden, DE 19934-1365
1-302-698-4441

CLAYMONT

Got a Doc
3001 Philadelphia Pike Suite 100
Claymont, DE 19703-2580
1-302-793-7506

DOVER

Eden Hill Express Care LLC
200 Banning Street Suite 170
Dover, DE 19904-3491
1-302-674-1999

MedExpress Inc Delaware
15 South Dupont Highway
Dover, DE 19901-7430
1-302-674-1514

GEORGETOWN

BeeBe Physician Network Inc
21635 Biden Avenue
Georgetown, DE 19947-4574
1-302-856-9729

LEWES

Got a Doc
1309 Savannah Road
Lewes, DE 19958-1514
1-302-644-1441

MILFORD

Medical Alternative Care
301 Jefferson Ave
Milford, DE 19963-1800
1-302-430-5705

MILLSBORO

BeeBe Physician Network Inc
28538 Dupont Boulevard
Millsboro, DE 19966-4791
1-302-934-5052

Got a Doc
25935 Plaza Drive
Millsboro, DE 19966-6289
1-302-947-4111

MILLVILLE

BeeBe Physician Network Inc
32550 Docs Place
Millville, DE 19967-6975
1-302-539-4302

NEW CASTLE

MedExpress Inc Delaware
129 N Dupont Highway
New Castle, DE 19720-3135
1-302-328-5150

NEWARK

Newark Emergency Center
324 East Main Street
Newark , DE 19711-7150
1-302-738-4300

Go Care at Abby
1 Centurian Drive Suite 106
Newark, DE 19713-2154
1-302-999-0003

MedExpress Inc Delaware
1 C Chestnut Hill Plaza
Newark, DE 19713-2701
1-302-266-0930

Omega Urgent Care LLC
15 Omega Drive Building K
Newark, DE 19713-2057
1-302-368-5100

SUSSEX

Got a Doc
1309 Savannah Road
Sussex, DE 19958-5927
1-302-644-1441

WILMINGTON
Delaware Medical Care Inc Medical Aid Unit 2700 Silverside Rd Wilmington, DE 19810-3719 1-302-225-6868
MedExpress Inc Delaware 2722 Concord Pike Wilmington, DE 19803-5007 1-302-477-1406
MedExpress Inc Delaware 3926 Kirkwood Highway Wilmington, DE 19808-5110 1-302-998-2417

Servicios por crisis de salud mental, y abuso de drogas y alcohol

Si tiene una crisis de salud mental o por abuso de drogas o alcohol, llame a los Servicios de intervención en crisis para pedir ayuda:

- En el norte de Delaware, llame a este número: 1-800-652-2929.
- En el sur de Delaware, llame a este número: 1-800-345-6785.

También puede ir a estos lugares:

- Servicio de intervención en crisis.
- Salud mental de la comunidad.
- Centros de respuesta para recuperación.
- Salas de emergencias de hospitales.

El personal del Servicio de intervención en crisis se encuentra disponible las 24 horas del día para ayudar a las personas con problemas personales, familiares o conyugales graves. Estos problemas pueden incluir depresión, cambios importantes en la vida, como desempleo o pérdida de una relación importante, ansiedad, sentimientos de desesperanza, pensamientos suicidas, delirios, paranoia y abuso de drogas o alcohol.

Los miembros pueden llamar o ir hasta el centro de intervención en crisis más cercano a su domicilio. Estos son los Servicios de intervención en crisis:

ELLENDALE
Recovery Innovations 700 Main Street Ellendale, DE 19941-2066 1-302-424-5660
WILMINGTON/NEWARK
CAPES Unit Wilmington Hospital Emergency Department 1-302-428-2118
Recovery Innovations Crisis/Restart Program 659 East Chestnut Hill Newark DE 19711 Restart Program: 1-302-300-3100 Crisis Center: 1-302-318-6070

HIGHMARK. Delaware HEALTH OPTIONS

Highmark Health Options
Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ FORMA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA SOBRE USTED, Y DE QUÉ FORMA USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Por ley, Highmark Health Options℠ ("Highmark Health Options") debe proteger la privacidad de su información médica e información (financiera) personal no pública. Esta protección se extiende a todos los tipos de comunicación (oral, escrita y electrónica) de esta información. Además, Health Options debe proporcionarle este aviso sobre la forma en que usa o comparte ("divulga") su información médica y personal ("no pública"). Debemos comunicarle si se ve afectado por un incumplimiento de la protección de la información médica.

Para prestarle servicios, Highmark Health Options compartirá su información médica con estas personas:

- usted o alguna persona que actúe en su nombre;
- los médicos y proveedores de atención médica que le brinden atención;
- nuestros proveedores contratados que nos ayudan a prestarle servicios (como el soporte de servicios a miembros y la administración de beneficios de farmacia);
- otros programas gubernamentales, como Medicare y Medicaid, para administrar sus beneficios y pagos;
- organismos estatales y federales que tienen derecho legal a recibir estos datos; y
- el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarse de que se proteja su privacidad.

Highmark Health Options usará su información médica para lo siguiente:

- coordinar y administrar su atención;
- determinar su elegibilidad para los beneficios de su plan;
- pagar su atención médica;
- comunicarse con usted en relación con beneficios nuevos o modificados;
- comunicarse con usted por recordatorios de citas, administración de medicamentos o programas de tratamientos de enfermedades y tratamientos alternativos que puedan interesarle;
- controlar la calidad de nuestros servicios y hacer mejoras cuando se solicitan;
- realizar evaluaciones médicas;
- coordinar servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso;
- planificar y llevar a cabo nuestras actividades comerciales, la gestión y la administración general; y
- brindarle información sobre servicios y beneficios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Highmark Health Options también puede usar o compartir su información médica:

- para actividades de salud pública (como informes de brotes de enfermedades, negligencia y abuso infantil, denuncia de violencia doméstica, prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades);
- para actividades de supervisión de atención médica del gobierno (como investigaciones de fraude, auditorías y actividades relacionadas con la supervisión del sistema de atención médica);
- para procedimientos judiciales y administrativos (por ejemplo, en respuesta a una orden judicial);
- para fines de cumplimiento legal o cuando lo exija la ley, por ejemplo, para ubicar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo presencial o una persona extraviada; cumplir con una orden o citación judicial, y otros fines de cumplimiento legal;
- para fines de seguridad nacional;
- para cumplir con las leyes de indemnización laboral u otras similares;
- para estudios de investigación que cumplen con todos los requisitos de las leyes de privacidad, como las investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades o discapacidades;
- para evitar una amenaza grave y probable para la salud o seguridad;
- para crear una recopilación de información que no pueda remitirse más a usted;

- para agrupar planes de salud, coordinar planes y permitir que el plan administre beneficios;
- con médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y organizaciones de donación de órganos;
- con su escuela cuando la ley exija constancia de vacunación;
- con otras personas involucradas en su atención médica (si no está presente o no puede aceptar estas divulgaciones de su información médica, podemos usar nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación es lo mejor para usted); y
- para fines de aseguramiento, si fuera necesario; sin embargo, no podemos usar ni compartir su información genética para decidir si puede brindarse cobertura o a qué precio.

Comercialización
Si recibimos una remuneración de otra compañía por brindarle a usted información sobre otros productos o servicios (que no sean recordatorios para el reabastecimiento de medicamentos o disponibilidad de medicamentos genéricos), obtendremos su autorización para compartir información con esta otra compañía.

Intercambio de información para otros fines
Highmark Health Options debe contar con su permiso por escrito (una "autorización") para usar o divulgar su información médica y de reclamaciones para cualquier fin que no sea mencionado en este aviso. Darnos su permiso para usar o divulgar su información médica y de reclamaciones no será una condición para obtener atención médica; tampoco se usará para determinar su elegibilidad para la inscripción o los beneficios ni para el pago de reclamaciones. Puede retirar ("revocar") su permiso por escrito en cualquier momento, excepto si Highmark Health Options ya tomó medidas en función de su permiso.

Estos son algunos ejemplos de las ocasiones en las que necesitamos su permiso para usar o divulgar su información:
- para recaudación de fondos, o
- para la venta de su información médica protegida (PHI).

Tiene derecho a lo siguiente:

Obtener una copia de su información médica y de reclamaciones. Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos o de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos o de reclamaciones dentro de los 30 días de su solicitud.

Pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones. Puede pedirnos que modifiquemos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días. Si Highmark Health Options no puede modificar sus registros, puede añadir una declaración de disconformidad a su información médica personal.

Obtener una lista de las personas o entidades con las que hemos compartido la información. Puede solicitar una lista (denominada "un informe") de las ocasiones en las que hemos compartido su información médica en los últimos seis años. Debe informar a Highmark Health Options las fechas para las que solicita la lista. La lista no abarcará información que se le haya proporcionado a usted o a su representante personal, ni información proporcionada para pagos de atención médica, para operaciones comerciales de Highmark Health Options ni para necesidades de cumplimiento legal.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica, por ejemplo, a un teléfono particular o laboral, o a una dirección diferente. Consideramos todas las solicitudes razonables y debemos aceptar la solicitud si usted nos informa que correría peligro si no lo hiciésemos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos. Puede solicitarnos que no compartamos determinada información médica para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si llegara a afectar su atención.

Elegir a alguna persona para que actúe en su nombre. Si le ha otorgado a alguna persona un poder médico o si alguna persona es su tutor legal, dicha persona puede actuar en su nombre y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad antes de tomar cualquier medida.

Obtener una copia de este aviso de privacidad. Comuníquese con nosotros para obtener una copia impresa por separado o para que le enviemos una copia de este aviso por correo electrónico.

¿Cuál es la *información no pública* que Highmark Health Options recopila y comparte sobre usted?

- Es información personal, pero no es médica, por ejemplo, la información que completó en su solicitud de inscripción que lo identifica a usted y a su medio de contacto.
- Además, es información recopilada para una solicitud de servicios suya o de su médico.
- Asimismo, se trata de información recopilada para responder una pregunta o inquietud suya.

¿Con quién Highmark Health Options comparte su *información no pública*?

- Con proveedores de atención médica, por ejemplo, médicos, hospitales, agencias de atención a largo plazo, proveedores de equipos médicos duraderos y farmacias.
- Con quienes planifican sus beneficios y atención, por ejemplo, para revisiones de utilización, revisiones externas y administración de casos.

¿De qué forma Highmark Health Options protege su *información no pública*?

- Highmark Health Options no facilita su información no pública a otras personas que no sean las necesarias para prestarle servicios médicos o del plan de salud.
- Highmark Health Options no divulga su información no pública, excepto si la ley así lo requiere o permite.
- Highmark Health Options no divulga su información no pública a ninguna persona que no esté relacionada con la prestación de su atención conforme al plan de salud, a menos que usted o su representante den su permiso.
- Tiene derecho a dar o retirar el permiso para otros usos o divulgaciones de esta información, excepto según lo exija la ley.

Preguntas y reclamaciones

Si tiene una pregunta sobre este aviso o cree que Highmark Health Options ha violado sus derechos de privacidad según lo establecido en este aviso, puede presentar una reclamación comunicándose con la siguiente persona:

Privacy Officer
Highmark Health Options
PO Box 22188
Pittsburgh, PA 15222
Teléfono: 1-855-401-8251

Para obtener más información sobre la presentación de una reclamación o sus derechos establecidos en este aviso, puede llamar a nuestros Servicios a Miembros al 1-855-401-8251 (usuarios de TTY/TDD: 711 o 1-800-232-5460). La presentación de una reclamación no afectará sus beneficios. Tiene a su disposición servicios de traducción sin cargo.

También puede presentar una reclamación ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 515F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Centro de respuesta al cliente: 1-800-368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

O visite este sitio web para obtener más información: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.**

Cambio en los términos de este aviso
Highmark Health Options debe respetar los términos de este aviso de privacidad. Highmark Health Options tiene derecho a cambiar la forma en que se usa y divulga su información médica, y a aplicar dichos cambios a toda la información que conservamos sobre usted. Si Highmark Health Options realiza algún cambio sustancial, se publicará en nuestro sitio web y se lo notificará dentro de los sesenta (60) días del cambio.

Las prácticas de privacidad iniciales entraron en vigencia el 14 de abril de 2003.

Estas prácticas de privacidad se revisaron el 6 de febrero de 2017.

HIGHMARK. Delaware HEALTH OPTIONS

Para recibir ayuda en su idioma - la discriminación es ilegal

Highmark Health Options cumple con las leyes y regulaciones federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, estado de salud, sexo, orientación sexual ni identidad de género. Highmark Health Options no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, estado de salud, sexo, orientación sexual ni identidad de género. Highmark Health Options ofrece los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con dificultades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Highmark Health Options no ha cumplido en brindar estos servicios o ha discriminado de alguna otra forma, puede presentar una queja formal en esta dirección: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22278, Pittsburgh, PA 15222, teléfono: 1-844-207-0336, TTY: 711, Fax: 412-255-4503. Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles se encuentra a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica con el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos a través del portal Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

注意：如果您讲中文，可以免费为您提供语言协助服务。拨打您的 卡背面的号码（听障人士专用号码：711）。

Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou do kat idantifikasyon w lan (TTY: 711).

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, તમારા માટે ભાષા સહાયતા સેવાઓ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઇડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર ફોન કરો (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont offerts gratuitement. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 카드 뒷면의 번호로 전화하십시오(TTY: 711).

ATTENZIONE: Se parla italiano, per Lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero presente sul retro della Sua carta di identificazione (TTY: 711).

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, luôn có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlose Unterstützung in Ihrer Sprache zur Verfügung. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TYY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may maaari kang kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong card (TTY: 711).

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निशुल्क उपलब्ध हैं। अपने पहचान कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करें (TTY: 711)।

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں تو، آپ کے لیے زبان کی اعانت کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ اپنے آئی ڈی کارڈ کے پیچھے درج نمبروں پر ہمیں کال کریں (ٹی ٹی وائی: 711)۔

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجّان. اتصل على الرقم المدوّن على ظهر بطاقة هُويتك (الهاتف النصي: 711).

గమనిక: మీరు తెలుగు మాట్లాడే వారైతే, భాషా సహాయక సేవలు, ఖర్చు లేకుండా, మీరు లభిస్తున్నాయి. మీ ఐడి కార్డుకు (TTY: 711) వెనుక వైపు ఉన్న, నెంబర్ కి ఫోన్ చేయండి.

WICHDIG: Wann du Pennsylvania Deitsch schwetzscht, kenne mer dich ebber griege as dich helfe kann mit die Schprooch unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf die Nummer uff as uff die hinnerscht Seit vun dei Card is (TTY: 711).

Highmark Health Options es titular de una licencia independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association.

Notas

HIGHMARK® Delaware
HEALTH OPTIONS

Servicios a Miembros
1-855-401-8251

Visite nuestro sitio web en
www.highmarkhealthoptions.com.