Manual para miembros 2022

Conozca todo sobre su cobertura de Highmark Health Options

Médico • Salud conductual • Dental • Audición • Visión • Medicamentos recetados • Y más

Diamond State Health Plan
Delaware Healthy Children Program

HighmarkHealthOptions.com

DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Medicaid & Medical Assistance

Highmark Health Options es un licenciatario independiente de la Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross Blue Shield.

HIGHMARK HEALTH OPTIONS

Highmark Health Options es una organización de atención administrada que atiende a personas que califican para Medicaid. Ayudamos a cada uno de nuestros más de 154,000 miembros a obtener la atención y los servicios que necesitan para vivir vidas más saludables e independientes, y colaboramos con proveedores y reguladores para mejorar los resultados de salud, simplificar la experiencia de atención médica y garantizar la asequibilidad. Medicaid cubre a 1 de cada 5 estadounidenses como un programa de seguro médico administrado por el estado. Los miembros de Highmark Health Options incluyen personas y familias con bajos ingresos o necesidades complejas, futuras madres, niños y personas con discapacidades.

Para obtener ayuda en su idioma

Highmark Health Options proporciona material de apoyo y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

ATENCIÓN: Si habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación (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).

ATANSYON: 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).

Encuentre más información al final de esta guía.

Contenido

A su disposición 8
- Llámenos 8
- Haga más en línea 9
- Obtenga todas las noticias 9

Acerca de Highmark Health Options 10
- Algunos servicios deben ser aprobados 10
- Cambios en los beneficios o servicios 10
- Nuevas formas de ayudarlo 10
- Ley de Estadounidenses con Discapacidades 11
- Su privacidad 11

Números de teléfono importantes 12
- Highmark Health Options 12
- Servicios para crisis de salud conductual 12
- Números de teléfono de Delaware 13

Preguntas frecuentes 14
- ¿Qué sucede si cambia el tamaño de mi familia? 14
- ¿Cómo actualizo mi información? 14
- ¿Cuál es mi cobertura dental? 14
- ¿Cómo obtengo autorización previa para un servicio? 14
- ¿Qué debo hacer si recibo una factura? 14
- ¿Tengo cobertura si consulto a proveedores fuera del estado? 15
- ¿Tengo cobertura fuera de los EE. UU.? 15

Comenzar 16

Elija un médico de atención primaria (PCP) 16

Verifique su tarjeta de identificación 16

Aproveche al máximo sus beneficios 17
- Descubra sus necesidades de salud 17
- Encuentre ayuda en el lugar donde vive 17
- Obtenga un traslado a su visita de atención médica 17
- Obtenga recompensas por acciones saludables 17
- Realice la prueba de GED gratis 18

Díganos si tiene otro seguro 18

Tengo una directiva anticipada de atención médica 19

Su PCP y otros profesionales 20

Su PCP gestiona su atención 20
- Atención de rutina 20
- Atención fuera del horario habitual 20
- Atención de especialistas y derivaciones 20
- Hospitalizaciones 21
- Segundas opiniones 21
- Autorización previa 21

Programar una visita al PCP **21**
Cambiar su PCP **21**
Conozca a otros profesionales útiles **22**
Representante de Servicios para miembros 22
Defensor de miembros 22
Coordinador de recursos 22
Coordinador de atención 22

Dónde obtener atención 23
Elija atención en persona o en línea **23**
Diferentes tipos de atención **23**
Después de una emergencia **24**
Conozca el mejor lugar para ir **24**
PCP 24
Atención de urgencia 24
Departamento de emergencias 24

Atención fuera de la red 25
Atención fuera de su área 25
Sin cobertura fuera de los EE. UU. 25

Beneficios médicos y de salud conductual 26
Servicios cubiertos **26**
Servicios de salud mental y de desintoxicación por drogas y alcohol **30**
Beneficios para niños **30**

Beneficios de maternidad y recién nacidos 31
Atención de maternidad **31**
Programa MOM Options **31**
Cajas de alimentos para mamás primerizas **32**
WIC de Delaware **32**
Beneficios para recién nacidos **32**

Beneficios de planificación familiar 33

Beneficios dentales, de audición y de visión 34
Beneficios dentales **34**
Adultos 34
Niños 34
Beneficios de audición **35**
Adultos 35
Niños 35
Beneficios de visión **36**
Adultos 36
Niños 36

Beneficios quiroprácticos 37

Momento de su visita de atención médica 38
Primera visita de atención médica para niños 38
Visitas de atención médica con PCP y obstetras y ginecólogos 38
Visitas de atención médica con especialistas 39
Visitas de atención médica para la salud conductual 39

Beneficios de medicamentos de venta con receta 40
Medicamentos de venta con receta cubiertos 40
Tipos de medicamentos cubiertos 40
Tipos de medicamentos que no están cubiertos 41
Los beneficios de medicamentos de venta con receta pueden cambiar 42
Copagos de medicamentos de venta con receta 42
Uso seguro y eficaz de medicamentos de venta con receta 43
Guía para obtener medicamentos de venta con receta 44
Surtir su receta 44
Resurtir su receta 44
¡Nuevo! Solicitar un suministro para 90 días 44
Reemplazar medicamentos robados, perdidos o dañados 46
En caso de emergencia 46
Solicitudes de excepción 47
Programa de bloqueo de farmacia y PCP 47

Programas de bienestar 48
Prevención de la diabetes 48
Control de peso saludable 48

Programas para afecciones a largo plazo 49
Asma 49
EPOC 49
Diabetes 49
Enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca 49

¿Qué debe hacer? Siga estos pasos. 50
Agregar o suspender cobertura para un miembro 50
Informar la muerte de un miembro 50
Mudarse fuera de Delaware o los EE. UU. 50
Cambiar su dirección 50
Cambiar su PCP por cualquier motivo 50
Cambiar su plan de salud 50
Cambiar su coordinador de atención 51
Obtener un traslado 51
Informar un problema con un cuidador 51
Transferir sus registros médicos a su nuevo PCP 51
Solicitar registros médicos para su propio uso 52
Informar una inquietud sobre su atención 52
Solicitar otra información 52
Infórmenos si recibe una factura 52
Preguntar por qué su membresía se interrumpió 52

Sus derechos y responsabilidades 53

Quejas formales y apelaciones 56
Cómo presentar una queja formal o una apelación 56
Quejas formales 56
Apelaciones 57
Lea esto si desea presentar una apelación 58
Apelaciones aceleradas (rápidas) 60
Audiencia estatal imparcial 61

Fraude, desperdicio y abuso 63

Ubicaciones de atención de urgencia 64

Servicios de salud mental y de desintoxicación por drogas y alcohol 66
Servicios de intervención ante crisis 66
Líneas de ayuda: Local y nacional 67
Servicios de salud mental y desintoxicación por drogas y alcohol 67

Aviso de prácticas de privacidad 68
Comercialización 69
Compartir información para otros fines 69
Preguntas y quejas 71
Cambios en los términos de este aviso 72

Palabras importantes que debe conocer 73

La discriminación va contra las leyes 81

Ayuda en su idioma 82

Cuando vea este icono, haga clic en él para volver a esta lista de contenidos.

Hola. Nos alegra que esté aquí.

Gracias por elegir Highmark Health Options. Acuda a nosotros para obtener cobertura de Medicaid y atención administrada, y mucho más, incluso cuando no esté enfermo. Nuestra cobertura va más allá de los servicios básicos, para que pueda disfrutar de la vida.

Los aspectos básicos incluyen cobertura para los médicos, hospitales y farmacias que necesita. Los beneficios para adultos cubren la atención médica y dental, además de nuevos beneficios de audición y visión. Los beneficios para niños cubren atención médica, de visión y de la audición. El estado ofrece atención dental.

Y sus beneficios cubren mucho más, lo que incluye:

- Atención después del horario habitual de trabajo y atención de urgencia
- Planificación familiar
- Ayuda con el consumo de sustancias
- Ayuda para encontrar recursos comunitarios
- Traslados a visitas de atención médica (para adultos)
- Cupones para la prueba de Desarrollo educativo general (General Educational Development, GED)
- Visitas virtuales (Regístrese para recibir atención médica en línea en HHOontheGo.com o en la aplicación).

Además de los beneficios estándar de Medicaid, Highmark Health Options ofrece estos beneficios adicionales:

- Programa de prevención de la diabetes
- Programa de control de peso saludable
- Recompensas por las acciones saludables
- Cajas de alimentos para mamás primerizas (alimentos, pañales y toallitas gratis)
- Programa de bienestar Mom Options (posibilidad de ganar un asiento de automóvil para infante, un coche para bebés, un Pack ‘n Play o un Baby Shower en caja)

Y estos beneficios adicionales se agregaron para 2022:

¡Nuevo! Beneficio de visión para adultos: Obtenga lentes de contacto o anteojos y un examen anual de visión sin copago. Este beneficio se puede utilizar una vez al año e incluye lentes de contacto desechables
o de uso prolongado o lentes y marcos de venta con receta de plástico transparente.
Elija entre una selección limitada de marcos elegantes. Llame a Servicios para Miembros o busque en el Directorio de proveedores para encontrar un oftalmólogo.

¡Nuevo! Beneficio de audición para adultos: Los audífonos pueden ser costosos, pero su beneficio hace que el tratamiento de la pérdida auditiva sea más asequible. Este beneficio incluye un examen de audición de rutina y un audífono para cada oído cada dos años calendario, según sea necesario, sin copago. Seleccione entre seis marcas diferentes de audífonos. También incluye: moldes y accesorios para los oídos, período de prueba de 60 días, suministro de baterías por 1 año, y garantía del fabricante por 3 años para reparaciones y mantenimiento. Llame al 1-877-759-3272 para hablar con un asesor de audición y programar una visita.

A su disposición

Llámenos

- Si no está seguro de adónde acudir para recibir atención médica o tiene preguntas sobre una inquietud de salud, llame a la **Línea de enfermería las 24 horas** al 1-844-325-6251.
- Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a **Servicios para Miembros** al 1-844-325-6251, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Las personas que llaman por TTY deben marcar 711 o 1-800-232-5460.
- Para asistencia en español, llame al 1-844-325-6251.
- Para obtener servicios de traducción gratuitos, llame al 1-844-325-6251.

Haga más en línea

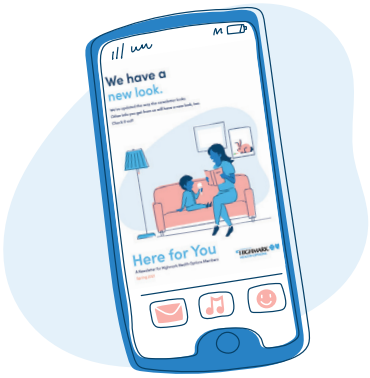
Visite el nuevo sitio web para miembros de myHHO. Seleccione Comenzar (Get Started) para crear una cuenta myHHO. Esto es lo que puede hacer:

- Consultar su tarjeta de identificación de miembro.
- Actualizar su dirección y otra información de contacto.
- Utilizar el Centro de mensajes para hablar con Servicios para Miembros.
- Encontrar información sobre sus medicamentos.
- Buscar sus reclamaciones.
- Y más.

Y esto es lo que puede encontrar:

- Anuncios
- Recursos de atención
- Información sobre medicamentos de venta con receta
- Directorio de proveedores
- Manual para miembros (o llame a Servicios para Miembros para obtener una copia impresa).

Obtenga todas las noticias



Obtenga la información más reciente para aprovechar al máximo sus beneficios. Síganos en Facebook y lea el boletín informativo **Here for You**. En nuestro sitio web se publican ediciones nuevas cada invierno, primavera, verano y otoño.

¡Léame!

Lea este manual para conocer todos sus beneficios. Puede haber cambios en su cobertura y en este manual. La información más actualizada sobre los beneficios se encuentra en nuestro sitio web en Miembros.

Acerca de Highmark Health Options

Highmark Health Options es un plan de atención administrada de Medicaid que se ofrece a través de Delaware Diamond State Health Plan (DSHP) y Delaware Healthy Children Program (DHCP). Atención administrada significa:

- Trabajamos con su médico de atención primaria (PCP) para administrar todas sus necesidades de atención médica.
- Usted acude a proveedores de atención médica de nuestra red.

Su PCP es muy importante para administrar su atención. En ocasiones, es posible que su PCP u otro proveedor deban solicitarnos su aprobación antes de que pueda obtener un servicio.

Algunos servicios deben ser aprobados

Highmark Health Options debe aprobar algunos servicios antes de que puedan proporcionarse. Este requisito se denomina autorización previa. **Nota:** Es posible que deba pagar cuando se brinda un servicio sin autorización previa.

Su PCP u otro médico pueden solicitar autorización previa para servicios. Highmark Health Options aprueba los servicios que son médicamente necesarios. Un servicio médicamente necesario:

- Es razonablemente necesario para detener el comienzo de una lesión, una enfermedad o una discapacidad.
- Es razonablemente necesario para reducir los efectos físicos o mentales de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad.
- Le ayudará a ser capaz de hacer o continuar haciendo las tareas diarias.

Los médicos y enfermeros de Highmark Health Options revisan la solicitud de autorización. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los servicios que requieren autorización previa.

Cambios en los beneficios o servicios

Highmark Health Options le informará si hay cambios en sus beneficios o en la forma en que usted recibe los servicios. Por ejemplo, si su PCP ya no pertenece a nuestra red, le enviaremos una carta. Le pediremos que elija un nuevo médico para que no haya demoras en su atención.

Nuevas formas de ayudarlo

Highmark Health Options analiza nuevas formas de brindar atención antes de agregar nuevos beneficios a su cobertura. Utilizamos tecnologías médicas (productos, servicios y soluciones) que:

- Son seguros.
- Ayudan a las personas.
- Son tan buenas o mejores que las que ya se usan.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades

Highmark Health Options cumple con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990. Esta ley prohíbe la discriminación debido a una discapacidad. Llame a Servicios para Miembros si considera que no ha recibido el mismo tratamiento que otras personas debido a una discapacidad.

Su privacidad

Highmark Health Options protege cuidadosamente su información personal y su información médica protegida (protected health information, PHI). Esperamos que nuestros empleados protejan toda la información, en todos los formatos, todo el tiempo. Esto incluye información oral, escrita y electrónica. A nuestros empleados se les enseñan leyes federales y estatales que protegen la privacidad, incluida la HIPAA. Contamos con políticas y procedimientos para promover prácticas sólidas de privacidad y seguridad, y para respaldar el cumplimiento de los requisitos de la HIPAA. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad al final de este manual. El aviso explica cómo protegemos su privacidad. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia impresa de este aviso.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre cómo se maneja su información, llame a Servicios para Miembros o escriba a:

Privacy Office (Oficina de privacidad)
Highmark Health Options
P.O. Box 1991
Wilmington, DE 19889-8835

Números de teléfono importantes

Highmark Health Options	
Línea de enfermería las 24 horas **Servicios para Miembros** Lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. **Coordinador de la atención** Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. **Salud conductual** (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. **Farmacia**	**1-844-325-6251**
Defensor de miembros	1-855-430-9852
Línea directa de fraude y abuso	1-844-325-6256
Línea TTY Las personas que tienen pérdida de la audición o del habla pueden comunicarse con una persona capacitada que puede ayudarles a hablar con alguien que utiliza un teléfono normal.	711 o 1-800-232-5460

Servicios de crisis de salud conductual para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.	
Norte de Delaware Brinda servicios en el condado de New Castle y el área de Smyrna en el norte del condado de Kent.	1-800-652-2929
Sur de Delaware Brinda servicios a los condados de Sussex y Kent al sur del área de Smyrna.	1-800-345-6785

Números de teléfono de Delaware	
Línea para dejar de fumar de Delaware Deje de fumar y consumir tabaco.	1-866-409-1858
Gerente de beneficios de salud de Medicaid	1-800-996-9969
Servicios de transporte de ModivCare No deben utilizarse para una emergencia. Disponibles para adultos mayores de 21 años.	1-866-412-3778
División de Servicios Sociales del Estado de Delaware: Relaciones con los clientes	1-800-372-2022
División de Servicios Sociales del Estado de Delaware Centro de informes de cambios	1-302-571-4900

Importante: Encuentre más información de contacto en la parte posterior de este manual:	
Centros de atención de urgencia en su área.	páginas 64-65
Servicios para crisis de salud mental, drogas y alcohol	páginas 66-67
Servicios de desintoxicación de salud mental, drogas y alcohol.	página 67
Líneas de ayuda: Local y nacional.	página 67

Preguntas frecuentes

A menudo nos hacen estas preguntas, así que estamos dando respuestas por adelantado. Llame a Servicios para Miembros si tiene más preguntas. O encuentre respuestas en nuestro sitio web.

¿Qué sucede si cambia el tamaño de mi familia?

Llame al Centro de Informes de Cambios de la División de Servicios Sociales (DSS) de Delaware al 1-302-571-4900.

¿Cómo actualizo mi información?

Para proporcionar otra información nueva sobre usted y su familia, llame al Centro de Informes de Cambios de DSS al 1-302-571-4900. Cuéntenos sobre los cambios en:

- Nombre
- Número de teléfono
- Dirección
- Empleo
- Tamaño del hogar (incluido el nacimiento de un hijo) o estado civil
- Ingresos
- Cobertura de seguro

¿Cuál es mi cobertura dental?

- A partir de los 21 años: cobertura de $1,000 por año con posible cobertura adicional de $1,500 para emergencias.
- La cobertura dental para niños la proporciona el estado. Llame a Relaciones con el cliente, División de Servicios Sociales del Estado de Delaware, al 1-800-372-2022.

¿Cómo obtengo autorización previa para un servicio?

Pregunte a su médico. Su médico de atención primaria (PCP) u otro proveedor de atención médica debe solicitarnos la aprobación antes de que se proporcione un servicio.

¿Qué debo hacer si recibo una factura?

Llame a Servicios para Miembros con la información de facturación. Los proveedores de Medicaid de Delaware no pueden cobrarle por los servicios que cubre Highmark Health Options.

¿Tengo cobertura si consulto a proveedores fuera del estado?

Sí. Usted tiene cobertura para servicios de emergencia en los EE. UU. Todos los proveedores de atención médica en los EE. UU. deben prestar servicios a personas con Medicaid. La atención de rutina de proveedores fuera del estado puede requerir autorización previa.

¿Tengo cobertura fuera de los EE. UU.?

No. Sus beneficios no lo cubren por ningún servicio prestado fuera de los EE. UU. Medicaid no puede pagar por ningún servicio de atención médica que reciba fuera de los EE. UU.

Respuestas a más preguntas

¿Qué debe hacer? Descubra cómo:

- Cambiar su PCP.
- Agregar o eliminar miembros.
- Informar un problema con un cuidador.
- Informar una inquietud sobre su atención.
- Solicitar sus registros médicos para un nuevo PCP. O para usted.
- Y más.

Comenzar

Su tarjeta de identificación de Highmark Health Options y su médico de atención primaria (PCP) son muy importantes. Lea sobre ellos aquí, junto con consejos sobre cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Elija un médico de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP cuando se inscriba. Si no lo hace, elegiremos uno por usted. Puede tener el mismo PCP para toda su familia. O puede tener un PCP diferente para cada persona de su familia. La elección es suya.

Encuentre una lista completa de los PCP de la red en nuestro sitio web en el Directorio de proveedores. Vaya al enlace **Buscar atención en su área** en la esquina superior derecha de su pantalla para encontrar el Directorio de proveedores. Cada lista incluye el nombre, la dirección, los números de teléfono y el estado de certificación de los PCP. Pregunte a Servicios para Miembros si desea conocer la educación, el idioma, la residencia y las calificaciones de un PCP.

Verifique su tarjeta de identificación

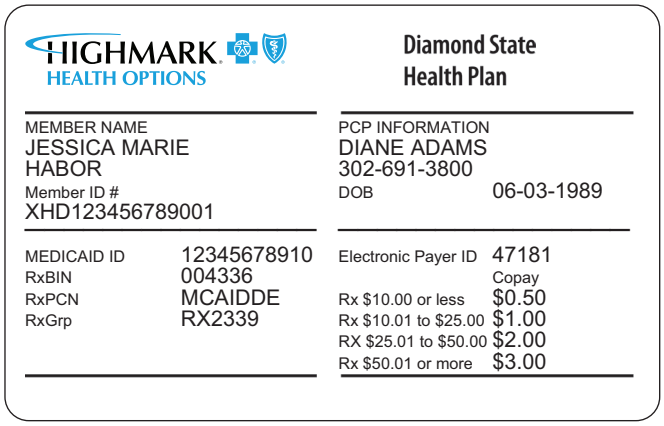
Se le envió por correo su tarjeta de identificación de Highmark Health Options. Llame a Servicios para Miembros si no la recibió. Cada miembro de su familia inscrito en Highmark Health Options tendrá una tarjeta de identificación.

Asegúrese de que el PCP que figura en su tarjeta de identificación sea el que desea. Llame a Servicios para Miembros de inmediato si el PCP que aparece en su tarjeta de identificación no es el PCP que usted desea. Verifique la demás información en la tarjeta de identificación para asegurarse de que también sea correcta.

Llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación cuando necesite ayuda o información. El número es 1-844-325-6251 y lo conecta con Servicios para Miembros, la Línea de enfermería las 24 horas y Salud Conductual.

Importante:

- Lleve su tarjeta de identificación de Highmark Health Options y la tarjeta de Medicaid de Delaware siempre con usted.
- Muestre ambas tarjetas cada vez que necesite servicios de atención médica.
- No permita que nadie más use su tarjeta de identificación de Highmark Health Options.


HIGHMARK HEALTH OPTIONS
Diamond State Health Plan

MEMBER NAME
JESSICA MARIE HABOR
Member ID #
XHD123456789001

PCP INFORMATION
DIANE ADAMS
302-691-3800
DOB 06-03-1989

MEDICAID ID	12345678910
RxBIN	004336
RxPCN	MCAIDDE
RxGrp	RX2339

Electronic Payer ID	47181
	Copay
Rx $10.00 or less	$0.50
Rx $10.01 to $25.00	$1.00
RX $25.01 to $50.00	$2.00
Rx $50.01 or more	$3.00

24 Hour Nurse Line: 24 hour access to nurses who provide health education and support.

Call the Behavioral Health number to get help obtaining services. If your medical condition is very serious or life or death, go to the nearest emergency room (ER). In an emergency, call 911.

Always carry your ID card. Be sure to give your Highmark Health Options card, your state Medicaid ID card and any other insurance ID cards to your provider.

CVS caremark

www.highmarkhealthoptions.com

Member Services	1-844-325-6251
TTY Hearing Svc	Dial 711 or 1-800-232-5460
24 Hr. Nurse Line	1-844-325-6251
Behavioral Health	1-844-325-6251

For Providers:

Eligibility IVR	1-844-325-6251
Pre-Certification	1-844-325-6251
Pharmacy Helpdesk	1-800-364-6331

File claims to:
Highmark Health Options Claims Dept
P.O. Box 890402
Camp Hill, PA 17089-0402

*For Hospitals or Physicians: File claim with local Blue Cross Blue Shield Plan.

Highmark Health Options is an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross Blue Shield Plans.

*Pharmacy Benefits Administrator

Aproveche al máximo sus beneficios

Es importante saber cuáles son sus beneficios. También es importante saber cómo aprovechar al máximo los beneficios que tiene.

Descubra sus necesidades de salud

Una de las cosas más importantes que puede hacer es completar su evaluación de riesgos de salud (HRA) cuando se le solicite. Esta encuesta le brinda a usted y nos brinda a nosotros un panorama completo de sus necesidades de atención médica y otras necesidades. Por ejemplo, si necesita algo de lo siguiente:

- Pruebas de detección de salud.
- Un médico con una especialidad, como un cardiólogo.
- Asistencia financiera.
- Vivienda, alimentos o transporte.

Encuentre ayuda en el lugar donde vive

Llame a Servicios para Miembros o visite el sitio web de Apoyo a la Comunidad para encontrar servicios gratuitos o de costo reducido en su comunidad. Obtenga alimentos, vivienda, ayuda legal, transporte y más. Incluso obtenga ayuda con las facturas de servicios públicos.

Obtenga un traslado a su visita de atención médica

Llame a ModivCare al 1-866-412-3778 cuando necesite transporte para su visita de atención médica. Planifique lo siguiente:

- Llame con tres días de anticipación para programar.
- Proporcione su número de identificación de Highmark Health Options cuando llame.
- Proporcione su destino cuando llame.

O programe su viaje en línea.

Nota: Debido a que debe planificar su traslado con anticipación, no puede usar ModivCare durante una emergencia. Llame al 911 durante una emergencia.

Obtenga recompensas por acciones saludables

Usted y los miembros de su familia cubiertos pueden ganar recompensas cuando participan en determinadas actividades saludables. Sume recompensas en su tarjeta Healthy Rewards que puede gastar como desee. Llame al 1-866-469-7973 para ver si califica. **Nota:** El programa no ofrece una recompensa por todas las actividades saludables.

Realice la prueba de GED gratis

Highmark Health Options cubre el costo si desea realizarse la prueba de GED. Aprobar la prueba de GED es como tener un diploma de la escuela secundaria. Obtener su título de GED puede generar más opciones laborales y la posibilidad de ingresar a una universidad. Usted califica para este beneficio si:

- Tiene 18 años o más.
- No está inscrito en la escuela secundaria ni en un programa escolar.
- No tiene un diploma de la escuela secundaria.

Llame a un defensor de miembros al 1-855-430-9852 para obtener más información sobre el programa de vales que cubre los costos de las pruebas.

Más formas de aprovechar al máximo sus beneficios

- Conozca todo sobre su cobertura en este Manual para miembros.
- Para recibir atención médica en línea, regístrese en HHO on the Go.
- Regístrese en myHHO en nuestro sitio web.
- Lea el boletín informativo Here for You.
- Siga a Highmark Health Options en Facebook

Díganos si tiene otro seguro

Llame a Servicios para Miembros si usted o cualquier miembro de su familia están cubiertos por Highmark Health Options y otro plan de seguro. Su asistente social y de salud de Delaware también necesita conocer esta información.

Si tiene un seguro de salud, dental o de la vista a través de otra compañía de seguros, debe usar esa cobertura de seguro primero como seguro primario. Esto significa que la compañía de seguros debe pagar primero. Highmark Health Options siempre es el último pagador si tiene otra cobertura de seguro. **Nota:** Es importante que les muestre a los profesionales que le brindan atención médica todas sus tarjetas de seguro.

También debe llamarnos si:

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

Llame a Servicios para Miembros e infórmenos si ha recibido atención médica después de un accidente, una lesión relacionada con el trabajo o cualquier otra situación en la que haya una aseguradora o un abogado diferentes involucrados. Si ha recibido atención debido a un accidente o una lesión relacionados con el trabajo, trabajaremos con la otra aseguradora para asegurarnos de que sus reclamaciones se paguen correctamente.

No compartiremos esta información con nadie, con excepción de su proveedor de atención médica y otras personas, según lo permita la ley.

Tengo una directiva anticipada de atención médica

Es su derecho legal elaborar un documento de instrucciones anticipadas sobre su atención médica. Asegúrese de que se respeten sus deseos si no puede hablar por sí mismo.

Cuando lo hospitalicen, se le preguntará si tiene instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas le dan la oportunidad de indicar qué tipo de atención médica desea antes de que se necesite atención médica. Las instrucciones anticipadas solo se siguen cuando usted no puede indicar qué atención médica desea.

Existen dos tipos de instrucciones anticipadas:

- Un **testamento en vida** es una declaración sobre el tipo de atención que desea para ayudarle a mantenerse vivo si presenta una afección terminal o un estado permanente de coma.
- Un **poder notarial para atención médica** le permite designar a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted cuando no pueda tomar sus propias decisiones.

Llame a Servicios para Miembros para obtener un formulario o utilice el formulario en línea en el sitio web de Servicios Sociales y de Salud de Delaware (Delaware Health and Social Services, DHSS). Hable con su médico sobre sus instrucciones anticipadas. Solicite que las suyas se archiven en su registro médico. Si no se han seguido sus deseos y desea presentar una queja, comuníquese con la División de Servicios para Adultos Mayores y con Discapacidades Físicas llamando al 1-800-223-9074.

Nota: Debe haber dos personas que sean testigos de su firma del formulario. Se sugiere, pero no es obligatorio, que tenga un notario público como testigo al firmar el formulario.

Su PCP y otros profesionales

Continúe leyendo para saber cómo su PCP administra su atención y los diferentes tipos de atención. Y conozca a otros profesionales de Highmark Health Options que pueden ayudarlo.

Su PCP gestiona su atención

Su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) proporciona atención de rutina y administra otros tipos de atención y estadías en el hospital. No se aplican cargos por visitas al PCP. Su PCP suele ser la primera persona a la que llama cuando necesita atención médica. Su PCP puede pedirle que asista al consultorio por algunas afecciones de emergencia, como fiebre alta o vómitos que no se detienen.

Atención de rutina

Su PCP proporciona atención de rutina o atención primaria. Esto incluye chequeos para ayudarle a mantenerse saludable y visitas al consultorio cuando está enfermo. También puede incluir resurtidos o cambios de medicamentos de venta con receta.

Atención fuera del horario habitual

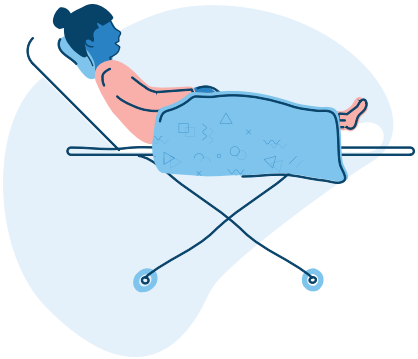
Puede llamar a su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Utilice el número de teléfono del PCP que figura en la parte delantera de su tarjeta de identificación. Después del horario de atención, su llamada se derivará a un servicio de contestador. Puede dejar su nombre y número de teléfono. Su PCP o un médico de guardia le devolverán la llamada.

Llame a la Línea de enfermería las 24 horas al 1-844-325-6251 si tiene una inquietud médica y no sabe qué hacer. El enfermero puede ayudarle a decidir si debe programar una visita con su PCP, buscar atención de urgencia o ir directamente al departamento de emergencias. (Obtenga más información sobre la atención de rutina, la atención de urgencia y la atención de emergencia).

Atención de especialistas y derivaciones

Si necesita atención que su PCP no le proporciona, su PCP puede programar una visita con un especialista. Esto se denomina derivación. Un especialista se centra en un problema de salud específico. Por ejemplo, un cardiólogo, un dermatólogo o un cirujano.

Su PCP y el especialista trabajarán juntos para cuidar de usted. Si ha estado consultando a un especialista por un problema continuo, puede pedirle a su PCP que permita una derivación permanente al especialista. Una derivación permanente significa que puede programar una visita con el especialista usted mismo, sin la ayuda de su PCP. Otra opción es que su especialista sea su PCP.



Hospitalizaciones

Su PCP o especialista coordinará todas sus estadías en el hospital. No será admitido en un hospital sin las órdenes de su PCP, excepto en caso de emergencia. Si un médico que no es su PCP lo admite en un hospital, usted o su representante autorizado deben llamar a su PCP en un plazo de 24 horas.

Segundas opiniones

Cuando recibe atención para una afección médica, puede ser una buena idea obtener una segunda opinión. Esto significa una opinión de otro médico. Su PCP puede derivarlo a otro médico de la red para obtener una segunda opinión. O llame a Servicios para Miembros para encontrar un médico que pueda proporcionar una segunda opinión. Si un médico de la red no está disponible, haremos los arreglos necesarios para que usted obtenga una segunda opinión por parte de un médico de fuera de la red sin ningún costo. El médico que da la segunda opinión no debe trabajar en el mismo consultorio o grupo que el médico que proporcionó la primera opinión.

Autorización previa

Su PCP u otro médico debe llamarnos para solicitar servicios que requieren autorización previa. Analizaremos todos los datos médicos que su médico nos brinde para decidir si un servicio solicitado es la mejor manera de cuidarlo.

Programar una visita al PCP

Utilice el número de teléfono del PCP que figura en la parte delantera de su tarjeta de identificación. Su PCP debe programar la visita dentro de las tres semanas posteriores a su solicitud. Llame al consultorio del PCP para informarle si no puede asistir a su cita.

Cambiar su PCP

Llame a Servicios para Miembros si desea cambiar su PCP por cualquier motivo. Un representante hará el cambio por usted. Al comienzo del mes siguiente, recibirá una tarjeta de identificación actualizada por correo. Incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Conozca a otros profesionales útiles

Su PCP puede indicarle que se comunique con Highmark Health Options cuando tenga preguntas o necesite ayuda. Estos son algunos de los profesionales con los que puede hablar.

Representante de Servicios para miembros

Un representante de Servicios para Miembros es la primera persona con la que habla cuando llama a Highmark Health Options. Los representantes están ahí para responder sus preguntas y escuchar sus inquietudes. Si no pueden proporcionarle la ayuda que necesita, lo conectarán con alguien que pueda hacerlo.

Defensor de miembros

Un defensor de miembros puede ayudarles a usted, su proveedor y su coordinador de atención a obtener atención, programar citas y presentar una queja formal o una apelación. Llame al 1-855-430-9852 para hablar con un defensor de miembros.

Coordinador de recursos

Un coordinador de recursos puede ayudarle a programar citas, obtener derivaciones y encontrar servicios útiles, como un programa de bienestar.

Coordinador de atención

Un coordinador de atención es alguien a quien puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los coordinadores tienen antecedentes clínicos y pueden ser enfermeros o trabajadores sociales. Hablarán con usted por teléfono para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Ellos ayudarán con cualquier problema que tenga al recibir su atención. Le llamarán después de que llegue a casa del hospital para hablar sobre temas importantes que debe saber y hacer, como cómo tomar su medicamento.

Nota: Usted tiene la opción de recibir servicios de un coordinador de atención, y puede interrumpir los servicios en cualquier momento.

Dónde obtener atención

Sus beneficios cubren la atención en persona y en línea, y la atención de rutina, de urgencia y de emergencia. Estas son descripciones de los diferentes tipos de atención. Una parte importante de recibir atención es saber a dónde ir.

Elija atención en persona o en línea

Para ver a un médico en persona, busque un proveedor cerca de usted en el Directorio de proveedores. También puede elegir visitas virtuales (atención en línea) para atención de salud conductual y de urgencia. Regístrese en la aplicación HHO on the Go o en línea en HHOontheGo.com. Puede usar HHO on the Go dondequiera que esté, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Obtenga la aplicación HHO on the Go en Apple App Store o Google Play.

Nota: El médico de HHO on the Go no es el mismo que su PCP. Algunos PCP también ofrecen atención en línea. Llame a su PCP para preguntar.

Diferentes tipos de atención

Si tiene un problema médico pero no está seguro de si se trata de una emergencia, llame primero a su PCP o especialista en salud conductual. (Un especialista en salud conductual es alguien que se centra en la salud mental y ayuda para el consumo de sustancias). Su PCP o médico de guardia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Utilice el número de teléfono del PCP que figura en la parte delantera de su tarjeta de identificación.

La atención de rutina se proporciona en el consultorio de su PCP. Cuando llame, su PCP puede pedirle que acuda al consultorio. O su PCP puede decir que necesita atención de urgencia o atención de emergencia. Vaya al departamento de emergencias solo en caso de emergencia, o si se lo indica su médico. Consulte ejemplos de atención de rutina.

Los centros de atención de urgencia son para afecciones que no ponen en riesgo la vida. Si no puede comunicarse con su PCP y necesita ayuda fuera del horario de atención, es posible que desee ir a un proveedor de atención de urgencia. No vaya al departamento de emergencias para recibir atención de urgencia. Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de urgencia.

Se necesita atención de emergencia cuando debe recibir tratamiento de inmediato por un problema médico o de salud conductual grave. Esto es para que su afección no empeore ni le cause daños graves. Si tiene una emergencia, llame al 911 para solicitar una ambulancia o diríjase al departamento de emergencias de su hospital más cercano lo antes posible. Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de emergencia.

Nota: Los listados de centros de atención de urgencia y salud conductual de Delaware aparecen en la parte posterior de este manual.

Es importante saber que en el departamento de emergencias:

- Tiene derecho a recibir la atención médica o de salud conductual que necesita. El hospital debe realizar las pruebas médicas adecuadas para averiguar si usted tiene una enfermedad médica de emergencia.
- Puede pedir ir a un hospital diferente si lo desea.
- Puede decir que no a la atención.

Después de una emergencia

Después de una visita al departamento de emergencias, es posible que deba ir a su PCP o especialista en salud conductual para recibir atención de seguimiento. Todos los servicios médicamente necesarios se denominan servicios posteriores a la estabilización. Están cubiertos y se proporcionan sin autorización previa.

No regrese al departamento de emergencias para que le cambien un vendaje, le quiten los puntos o le revisen el yeso. Su PCP puede coordinar este tipo de atención de seguimiento o pruebas adicionales. Si tiene una nueva emergencia, vaya al departamento de emergencias.

Conozca el mejor lugar para ir

Estos son algunos motivos por los que podría ir a un PCP, a atención de urgencia o al departamento de emergencias. Si necesita asesoramiento rápidamente, llame a la Línea de enfermería las 24 horas al 1-844-325-6251. El enfermero le hará preguntas para ayudarle a decidir si necesita atención de rutina, de urgencia o de emergencia.

Atención primaria

Visita durante las horas de atención habituales para atención de rutina:

- Controles, atención continua
- Vacunas contra la gripe y otras vacunas
- Fiebre alta
- Resurtidos o cambios de medicamentos
- Derivaciones a un especialista
- Picadura de un insecto o mordedura de un animal
- Dolor de espalda
- Síntomas de resfrío o gripe
- Dolores de cabeza, migrañas
- Quemaduras menores
- Náuseas, vómitos, diarrea
- Erupción
- Dolor de garganta
- Torceduras, esguinces
- ETS, infecciones de las vías urinarias
- Dolor de dientes

Atención de urgencia

Visite fuera del horario de atención del consultorio médico en los siguientes casos:

- Reacciones alérgicas
- Fractura de huesos no expuesta
- Cortes que necesiten puntos de sutura
- La mayoría de las afecciones que figuran en atención primaria

Atención de emergencia

Visite las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o llame al 911 de inmediato en los siguientes casos:

- Fractura de hueso fuera de lugar
- Dolor en el pecho.
- Dificultad para hablar
- Lesión ocular
- Lesión en la cabeza o pérdida de conciencia
- Sobredosis o envenenamiento
- Dificultad para respirar
- Debilidad de un lado (rostro o extremidades)

Atención fuera de la red

En alguna ocasión tal vez necesite recurrir a un profesional u hospital que no forme parte de la red de Highmark Health Options. Esto es lo que necesita saber.

Si necesita atención de un proveedor fuera de la red, su PCP puede llamarnos para solicitar cobertura fuera de la red. Si encontramos un proveedor u hospital en la red, se lo informaremos a su PCP.

Si la atención dentro de la red no está disponible, Highmark Health Options cubrirá la atención fuera de la red mientras no pueda obtener servicios dentro de la red.

Si es nuevo en Highmark Health Options, tiene derecho a seguir viendo a un proveedor fuera de la red para finalizar una serie de tratamientos. El proveedor debe aceptar nuestras reglas.

Tenga en cuenta que Highmark Health Options debe aprobar cualquier servicio que reciba de proveedores que no pertenezcan a nuestra red. Si no obtiene la aprobación, es posible que el proveedor pueda facturarle los costos de los servicios. Si solicita utilizar un proveedor u hospital fuera de nuestra red y su solicitud es rechazada, puede presentar una apelación. (Obtenga más información sobre las apelaciones).

Atención fuera de su área

Si usted está fuera del área de servicio y tiene una emergencia médica, como un ataque cardíaco o un accidente automovilístico, diríjase al departamento de emergencias más cercano. Todos los proveedores de atención médica en los EE. UU. deben proporcionar servicios a los miembros de Medicaid. Usted o su representante autorizado deben llamar a su PCP lo antes posible.

Sin cobertura fuera de los EE. UU.

Si se encuentra fuera de los EE. UU. y necesita atención médica, Highmark Health Options no cubrirá ningún servicio que reciba. Medicaid no puede pagar ningún servicio de atención médica que usted reciba fuera de los EE. UU.

Beneficios médicos y de salud conductual

Esta es la lista completa de servicios médicos y de salud conductual cubiertos para adultos y niños. Se indican los límites de edad para los servicios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Llame a Servicios para Miembros si no está seguro de si un servicio está cubierto.

Diamond State Health Plan (DSHP)
Delaware Healthy Children Program (DHCP)

Beneficios adicionales de Highmark Health Options	Detalles
Beneficios para futuras mamás y madres primerizas	• Programa de bienestar Mom Options para futuras mamás que asisten a exámenes prenatales para calificar para una recompensa. Las recompensas incluyen la opción de asiento para bebé, cochecito, Pack 'n Play o Baby Shower in a Box. • En asociación con DMMA: entrega semanal (hasta 8 semanas) de alimentos, pañales y toallitas gratis para las madres primerizas.
Programa de prevención de la diabetes	18 años o más: Cubre el programa de bienestar gratuito de un año para personas que califican y tienen un riesgo elevado de diabetes tipo 2. Patrocinado por Highmark Health Options y la YMCA de Delaware.
Báscula digital para baño	20 años o más: Cubierto para adultos con afecciones cardíacas específicas inscritos en el programa de gestión del estilo de vida para rehabilitación cardíaca.
Anteojos y lentes de contacto	21 años o más: Cubre la elección de marcos o lentes de contacto seleccionados. (Consulte Beneficios estándar, a continuación, para aquellos con 20 años o menos).
Programa de GED	18 años o más: Cubre el costo de las pruebas de GED y las nuevas pruebas a través de un programa de vales.
Programa de control de peso saludable	Cubre el programa de bienestar gratuito patrocinado por Highmark Health Options para aquellos que califican: • De 3 a 18 años, con un índice de masa corporal (IMC) en el percentil 85 al 95. • 19 años o más, con un IMC mayor de 25 y uno o más factores de riesgo de enfermedad cardíaca. • 19 años o más, con un IMC mayor de 30.
Audífonos	21 años o más: Cubre un audífono por oído cada dos años y baterías durante un año. (Consulte Beneficios estándar, a continuación, para aquellos con 20 años o menos).
Recompensas por actividades saludables	Sume recompensas en su tarjeta Healthy Rewards que puede gastar como desee.

Beneficios estándar de Medicaid	Detalles
Pruebas de alergia	Cubierto
Servicios de ambulancia	Cubierto
Salud conductual (salud mental) y tratamiento por consumo de sustancias, atención ambulatoria	• 18 años o más: Cubierto • 17 años o menos: Cubierto por 30 horas ambulatorias por año. Las horas ambulatorias adicionales están cubiertas a través del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Sus Familias (Department of Services for Children, Youth, and Their Families, DSCYF). • Nota: Para aquellos que participan en PROMISE, los servicios están cubiertos a través del estado.
Salud conductual (salud mental) y tratamiento por consumo de sustancias, atención para pacientes hospitalizados	• 18 años o más: Cubierto • 17 años o menos: Cubierto a través del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Sus Familias (DSCYF).
Productos de sangre y plasma	Cubierto
Examen de densidad ósea	Cubierto
Examen de detección de cáncer	Cubre exámenes de detección para: • Cáncer de mama (mamografía) • Cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) • Cáncer colorrectal (colonoscopia) • Cáncer de próstata
Servicios de coordinación de la atención y administración de la atención	Cubierto
Quimioterapia y radiación	Cubierto
Atención quiropráctica	Cubre imágenes de diagnóstico y manipulación de la columna vertebral para reducir el dolor de cuello, espalda, pelvis y sacro.
Atención dental	• 21 años o más: Cubre la atención dental preventiva y correctiva con un límite de $1,000, sin incluir la extracción de muelas del juicio con retención ósea. Se pueden aprobar $1,500 adicionales para atención de emergencia. • 20 años o menos: Cubierto por el estado, excluida la extracción de muelas del juicio con retención ósea. • La extracción de muelas del juicio con retención ósea está cubierta por el beneficio médico de Highmark Health Options.
Atención de la diabetes	Cubre la educación, el equipo y los suministros, incluidos los monitores de azúcar en sangre y las tiras reactivas.
Diálisis	Cubierto
Equipo médico duradero y suministros	Cubre equipos y suministros solicitados por un médico, incluidos protectores de cama y pañales para personas mayores de 4 años.
Atención en el departamento de emergencias	Cubierto
Examen ocular, visita de rutina	Cubre un examen de rutina por año.

Examen ocular, visita por enfermedad	Cubre visitas por enfermedad para afecciones como retinopatía diabética, glaucoma e infecciones.
Anteojos y lentes de contacto	20 años o menos: Un par de anteojos o lentes de contacto por año, se aplican limitaciones. (Consulte Beneficios adicionales, anteriormente, para mayores de 21 años).
Servicios de planificación familiar	• Cubre servicios dentro o fuerade la red para miembros de DSHP. • Cubre servicios de proveedores de la red para miembros de DHCP. No cubre los servicios de proveedores fuera de la red para miembros de DHCP.
Pruebas genéticas	Cubierto
Prueba de detección de glaucoma	Cubierto
Visita ginecológica	Cubre el examen pélvico y la prueba de Papanicolaou.
Audífonos y baterías	20 años o menos: Cubierto (Consulte Beneficios adicionales, anteriormente, para mayores de 21 años).
Exámenes de audición	Cubierto
Pruebas de VIH/SIDA	Cubierto
Atención médica domiciliaria	Cubierto
Cuidados paliativos	Cubre los cuidados paliativos en un centro o en el hogar.
Atención hospitalaria	Cubre la atención para pacientes hospitalizados, incluida la rehabilitación para pacientes hospitalizados y la atención para pacientes ambulatorios. Nota: Como se describe en la entrada anterior para pacientes hospitalizados de atención conductual, los servicios para personas de 17 años o menos están cubiertos a través del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Sus Familias (DSCYF).
Servicios de diagnóstico por imágenes	Cubre servicios de diagnóstico por imágenes: Radiografías; TC, TEP, RM y SPECT; y estudios nucleares.
Terapia de infusión	Cubre servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Servicios de laboratorio	Cubre pruebas de diagnóstico, como análisis de sangre.
Servicios y apoyo a largo plazo	Cubierto solo para miembros de DSHP Plus LTSS.
Atención de maternidad	Cubre la atención antes, durante y después del nacimiento. También cubre la educación sobre el parto y la crianza de los hijos.
Transporte que no es de emergencia	• DSHP: Cubierto por el estado para transporte a visitas de atención médica a través de ModivCare. • No cubierto para DHCP.
Atención en una residencia de ancianos	Cubierto hasta 30 días por año; los días adicionales se consideran atención a largo plazo. Solicite atención a largo plazo al Programa de Asistencia Médica de Delaware.
Observación	Cubierto
Visitas médicas en línea	Cubre visitas virtuales en el sitio web o la aplicación HHO on the Go. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Todas las edades: Atención de urgencia. • 18 años o más: Terapia y psiquiatría.

Tratamiento para la adicción a los opioides	Cubre la terapia asistida por medicamentos.
Trasplante de órganos	Cubre el trasplante y la evaluación antes del trasplante.
Zapatos ortopédicos	Cubierto*
Cirugía ambulatoria	Cubre cirugía ambulatoria y en el mismo día.
Manejo del dolor	Cubierto
Cuidado personal	Cubre los servicios prestados por asistentes en el hogar.
Terapia física, del habla y ocupacional	Cubre servicios ambulatorios.
Atención de podología	Cubre la atención de podología de rutina para personas con diabetes o problemas de flujo sanguíneo en las piernas.
Medicamentos de venta con receta	Cubre medicamentos recetados por un médico. Nuevo: Hay un suministro para 90 días disponible para algunos medicamentos.
Visitas a un médico de atención primaria	Cubre visitas al consultorio médico, chequeos y visitas por enfermedad.
Enfermería privada	Cubierta con autorización previa.
Prótesis y ortopedia	Cubierto*
Segunda opinión	Cubre el consejo de un segundo médico para compararlo con el consejo de otro médico.
Centro de enfermería especializada	Cubre la atención en una residencia de ancianos hasta 30 días por año.
Estudio de apnea del sueño	Cubierto
Visitas al especialista	Cubre la atención de cualquier médico que tenga capacitación especial en una afección o enfermedad específica.
Ayuda para dejar de fumar	Cubierto por Quitline.
Cirugía	Cubre cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Atención de urgencia/atención sin cita previa	Cubre la atención o el tratamiento médico necesarios dentro de las 48 horas. En caso de no ser una emergencia.
Visitas y vacunas para bebés y niños sanos	Cubre la atención de niños con cobertura de Medicaid a través del programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT).
Alquiler de silla de ruedas	Requiere autorización previa.

* Requiere autorización previa si el costo es superior a $500.

Beneficios que no están cubiertos
Acupuntura
Atención de sanatorios y proveedores de ciencias cristianas
Servicios cosméticos
Fármacos para implementación en estudios de eficacia de fármacos (DESI)
Tratamientos de infertilidad
Esterilización para personas de 20 años o menos

Servicios de salud mental y de desintoxicación por drogas y alcohol

La salud conductual significa su bienestar mental y emocional, así como cualquier problema con el consumo de sustancias. Según las reglas gubernamentales, usted tiene un tratamiento ilimitado cuando es médicamente necesario para las dependencias de drogas y alcohol. Esto incluye:

- Tratamiento en un entorno residencial
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Manejo del síndrome de abstinencia para pacientes hospitalizados

Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre esta cobertura.

Beneficios para niños (de 20 años o menos)

El gobierno federal exige que Highmark Health Options ofrezca un programa de salud preventiva a personas de 20 años o menos que reciban Medicaid. Se llama el programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT). Su propósito es detectar problemas de salud de manera temprana, para que los niños puedan mantenerse sanos. Highmark Health Options ofrece el programa EPSDT sin ningún cargo.

Las visitas de bienestar de EPSDT también se denominan visitas de control para bebés y niños sanos. Es importante que asista a todas las visitas. Proporcionan una variedad de cuidados de bienestar. También les dan a los padres o tutores la oportunidad de aprender más sobre la dieta, la seguridad, las formas de satisfacer las necesidades del niño y su bienestar mental. Y las visitas de bienestar a veces se pueden usar como el examen que un niño necesita para ingresar a Head Start o la escuela o para obtener una licencia de conducir.

En las visitas de bienestar, el PCP del niño proporciona exámenes de detección e inmunizaciones. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan este programa de vacunación para niños y adolescentes. El PCP también hace preguntas, realiza pruebas y controla cuánto ha crecido el niño. Según la edad y las necesidades del niño, el PCP puede proporcionar estos servicios:

- Examen físico completo
- Vacunas (inmunizaciones)
- Examen de detección de autismo
- Prueba de detección del nivel de plomo en la sangre
- Examen del desarrollo
- Examen de detección de depresión (a partir de los 12 años)
- Prueba de audición
- Prueba de visión
- Evaluación nutricional
- Examen de salud bucal (boca)

Durante el examen de salud bucal, el PCP decidirá si el niño debe asistir a una cita dental. El PCP derivará al niño para que se realice un examen dental cuando aparezca el primer diente, o a más tardar a los 12 meses de edad.

Si el PCP descubre que el niño tiene una afección médica que requiere tratamiento o equipo, el PCP llamará a Highmark Health Options para solicitar el servicio o equipo.

Beneficios de maternidad y recién nacidos

La atención de maternidad está cubierta por sus beneficios médicos. Además, Highmark Health Options proporciona programas que no son beneficios estándar de Medicaid. Estos son el programa Mom Options y el programa Food Box.

Atención de maternidad

La atención de maternidad incluye lo siguiente:

- Visitas al consultorio y pruebas antes de que nazca su bebé (atención prenatal).
- La estancia en el hospital cuando tenga a su bebé.
- Visitas al consultorio y pruebas después de que nazca su bebé (atención posparto).

Tan pronto como se entere de que está embarazada:

- Consulte a su PCP dentro de los 14 días siguientes.
- Llame a Highmark Health Options. Le enviaremos información sobre el programa Mom Options (consulte a continuación).
- Hable con un coordinador de atención si tiene preguntas sobre sus beneficios y su embarazo. También pregunte sobre formas de obtener ayuda en su comunidad.

Nota: Si se une a Highmark Health Options durante los últimos tres meses de su embarazo, es posible que se le permita permanecer con su médico actual, incluso si ese médico no está en nuestra red.

Programa MOM Options

Para ser elegible para este programa, visite a su médico antes de la semana 14 de su embarazo y acuda a una serie de visitas antes de que nazca el bebé. Estas se denominan visitas prenatales. Las visitas se realizan todos los meses y, luego, con más frecuencia más cerca de su fecha de parto.

Cuando sepamos que está embarazada, le enviaremos un folleto de Mom Options. Lleve el folleto a cada visita prenatal para obtener la firma de su médico. Cuando tenga la firma de su médico de todas sus visitas, devuélvanos el folleto. Le enviaremos el artículo que elija:

- asiento para automóvil para bebés/niños pequeños
- coche para bebé
- kit Pack 'n Play (corral)
- baby shower en caja

También le preguntaremos si desea un coordinador de atención. Este es un enfermero o trabajador social con quien hablar cuando tenga preguntas y que le ayude a organizar visitas prenatales. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Cajas de alimentos para mamás primerizas

Si recientemente dio a luz, puede ser elegible para el programa Food Box para nuevas madres. Se entregarán cajas de alimentos gratis en su puerta semanalmente durante un máximo de ocho semanas. Cada caja contiene alimentos como arroz y frutas y verduras enlatadas, pañales y toallitas húmedas. Para participar, debe inscribirse antes de que su hijo cumpla 2 meses. Inscríbase lo antes posible para obtener el mayor beneficio. **Nota:** Alguien debe estar en el hogar para recibir la entrega y confirmar la fecha de nacimiento de la mamá primeriza.

Highmark Health Options se asoció con la División de Medicaid y asistencia médica del estado de Delaware, el servicio de transporte de ModivCare y el Banco de Alimentos de Delaware para crear este servicio. Llame a Servicios para Miembros o hable con su coordinador de atención para obtener más información.

WIC de Delaware

El programa de nutrición complementaria especial para mujeres, bebés y niños, conocido como WIC, es un programa gratuito para:

- Mujeres embarazadas
- Nuevas madres
- Madres en período de lactancia
- Niños de hasta 5 años que no reciben la nutrición que necesitan

El programa proporciona:

- Cupones para alimentos
- Información y asesoramiento sobre nutrición
- Derivaciones a servicios sociales y de salud

Los cupones de alimentos se pueden usar para comprar alimentos nutritivos, como frutas y verduras frescas, pan o panecillos de trigo integral, arroz integral, avena, tortillas de trigo integral o maíz blando, leche de soya, tofu, alimentos para bebés en frasco, frijoles enlatados, salmón rosado y sardinas. Muchas tiendas de alimentos aceptan cupones para alimentos del programa WIC. Inscríbase en línea o llame al 1-800-222-2189.

Beneficios para recién nacidos

Asegúrese de que su bebé tenga cobertura de atención médica y el PCP que desea. Tan pronto como pueda después de que nazca su bebé (y dentro de los 30 días calendario):

- Llame al Centro de Informes de Cambios de la División de Servicios Sociales de Delaware al 1-302-571-4900 para asegurarse de que su bebé sea agregado para recibir beneficios de salud.
- Llame a Servicios para Miembros para informarnos qué PCP desea para su bebé. Si no elige un PCP para su bebé, elegiremos uno por usted. Recibirá una tarjeta de identificación para su bebé, que contiene el nombre y el número de teléfono del PCP.

Beneficios de planificación familiar

La planificación familiar es un beneficio cubierto. Las personas mayores de 21 años que están cubiertas por el DSHP pueden consultar a cualquier proveedor de planificación familiar autorizado. Las personas de 20 años o menos que estén cubiertas por DHCP deben usar un proveedor de la red.

La planificación familiar puede enseñarle cómo:

- estar lo más saludable posible antes de quedar embarazada.
- evitar que usted o su pareja quede embarazada.
- evitar que contraiga enfermedades.

Los proveedores de planificación familiar autorizados pueden ser:

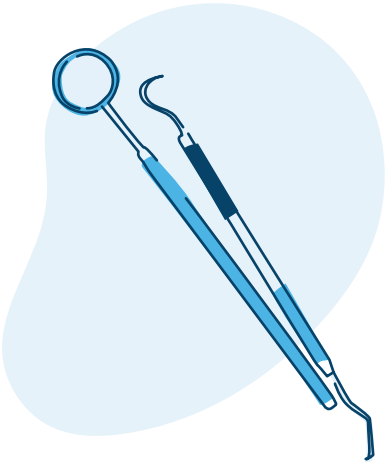
- PCP
- Clínicas
- Personal de enfermería partero certificado
- Obstetras/ginecólogos (especialistas en obstetricia y ginecología)

Si consulta a un proveedor de planificación familiar que no es su PCP, informe a su PCP para que los proveedores puedan trabajar juntos. No necesita obtener autorización previa de Highmark Health Options ni una derivación de su PCP para recibir atención de planificación familiar.

Nota: Los registros de planificación familiar se mantienen privados. Los médicos mantienen la privacidad de todos los registros de planificación familiar, a menos que las leyes digan lo contrario. Su médico tiene permitido compartir su información médica con otros médicos que lo atienden, funcionarios de salud pública y organismos gubernamentales.

Beneficios dentales, de audición y de visión

Además de los beneficios médicos, usted tiene beneficios dentales, de audición y de la vista. Algunos son beneficios estándar y otros son extras ofrecidos por Highmark Health Options.



Beneficios dentales

Adultos (de 21 años o más)

Highmark Health Options cubre la atención dental para adultos mayores de 21 años. Aproveche la cobertura que le permite corregir problemas dentales ahora y evite nuevos problemas en el futuro.

Los beneficios dentales incluyen una cobertura de $1,000 por año. Es posible aprobar más cobertura (hasta $1,500) para atención dental de emergencia. Al usar sus beneficios dentales, usted:

- No necesita una derivación.
- Puede tener un copago de $3.*
- Es posible que deba pagar por servicios dentales que no estén cubiertos o que sumen más de $1,000.

Los beneficios dentales cubren:

- Exámenes
- Limpiezas de rutina
- Servicios preventivos
- Cirugía oral y maxilofacial (rostro y mandíbula)
- Periodoncia
- Reparación de dentadura postiza

Los beneficios dentales no incluyen:

- Dentaduras postizas
- Extracción de muelas del juicio con retención ósea

*Los copagos no se cobrarán durante la emergencia de salud pública por la COVID-19.

Niños (de 20 años o menos)

El estado cubre servicios dentales para niños de 20 años o menos. Llame a Relaciones con el cliente, División de Servicios Sociales del Estado de Delaware, al 1-800-372-2022.

Beneficios de audición

Adultos (de 21 años o más)

Highmark Health Options ahora ofrece este beneficio adicional, que no es un beneficio estándar de Medicaid:

- Examen de audición anual de rutina sin copago.
- Selección de seis marcas de audífonos.
- Un audífono para cada oído cada 2 años calendario.
- Moldes y accesorios para los oídos.
- Período de prueba de 60 días.
- Un año de suministro de baterías.
- Garantía del fabricante de tres años para reparaciones y mantenimiento.

Llame al 1-877-759-3272 para hablar con un asesor de audición y programar una visita.

Niños (de 20 años o menos)

Los audífonos son un beneficio cubierto estándar para niños.

Beneficios de visión

Adultos (de 21 años o más)

Los adultos están cubiertos para un examen de la vista de rutina por año sin copago. La cobertura también incluye visitas por enfermedad para afecciones como retinopatía diabética, glaucoma e infecciones.

Highmark Health Options ahora ofrece a los adultos estos beneficios adicionales, que no son beneficios estándar de Medicaid:

- Lentes de contacto o lentes y marcos de venta con receta de plástico transparente.
- Los lentes de contacto incluyen lentes desechables y de uso prolongado.
- Selección limitada de marcos elegantes para elegir.

Llame a Servicios para Miembros o busque en el Directorio de proveedores para encontrar un oftalmólogo.

Nota: Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación a su proveedor de atención oftalmológica.

Niños (de 20 años o menos)

Los niños están cubiertos para un examen de la vista de rutina por año sin copago. La cobertura también incluye visitas por enfermedad para afecciones como retinopatía diabética, glaucoma e infecciones. Los anteojos o lentes de contacto son un beneficio estándar, cubierto hasta un límite de $120.

Nota: Asegúrese de mostrar la tarjeta de identificación de su hijo al proveedor de atención oftalmológica.

Beneficios quiroprácticos

Los beneficios quiroprácticos cubren el diagnóstico por imágenes y la manipulación de la columna vertebral para reducir algunos tipos de dolor. Esto incluye dolor de cuello, espalda, pelvis y sacro.

Servicios cubiertos

Los servicios se proporcionan a los miembros que tienen una afección nerviosa o muscular significativa que requiere tratamiento. Los servicios están cubiertos solo cuando los proporciona un quiropráctico con licencia del estado y legalmente autorizado por el estado para realizar una manipulación manual de la columna. La atención quiropráctica puede requerir autorización previa y revisión médica.

La cobertura incluye:

- Manipulación para dolor o disfunción de cuello, espalda, pelvis o sacro.
- Una manipulación por día. El máximo es de 20 manipulaciones por año calendario. Se podrían permitir manipulaciones adicionales, si fuesen médicamente necesarias.
- Un examen de diagnóstico por año para determinar el progreso. Se podría permitir más de uno, si fuese médicamente necesario.
- Las radiografías pueden usarse para diagnosticar subluxación espinal o luxación parcial. La cobertura de las radiografías de columna se limita a un conjunto por miembro en un período de 12 meses consecutivos.
- Se pueden tomar radiografías adicionales dentro del mismo año calendario para documentar una nueva afección o un problema con una afección existente.
- Las radiografías utilizadas para determinar el progreso se limitan a un estudio por año calendario.
- Las radiografías progresivas, más allá de la primera en un año calendario, pueden ser autorizadas previamente.

Momento de su visita de atención médica

Programar una visita de atención médica

Highmark Health Options les pide a los PCP y especialistas que sigan las reglas sobre la programación de visitas. Las reglas indican cuánto tiempo debe transcurrir entre la fecha de su solicitud de visita y la fecha de la visita programada. Las reglas difieren según el motivo de su visita y el proveedor de atención médica que necesita ver.

Primera visita de atención médica para niños	
Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) para miembros de 20 años o menos: Exámenes y evaluaciones programados regularmente de la salud física y mental general, el crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional de lactantes, niños y jóvenes.	Los miembros nuevos deben ser atendidos por un PCP no más de 45 días calendario después de convertirse en miembros, a menos que sean tratados por un PCP o especialista y estén al día con los exámenes de detección y las vacunas. Si recibe tratamiento de un PCP o especialista: • Debe ser visto dentro de las 2 semanas de la solicitud. • Los exámenes que no son periódicos deben hacerse de inmediato cuando sea necesario. El tratamiento para una afección que se encuentre como resultado de una detección de EPSDT debe proporcionarse dentro de los 90 días siguientes a la detección.

Visitas de atención médica con PCP y obstetras y ginecólogos (obstetricia y ginecología)	
Atención de emergencia	Las citas por afecciones que cumplan con la definición de una "afección de emergencia" están disponibles el mismo día. Consulte ejemplos de afecciones que requieren atención de emergencia.
Atención de urgencia	Las citas para atención de urgencia están disponibles en un plazo de 2 días calendario. Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de urgencia.
Atención de rutina (exámenes físicos)	Debe programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud. Vea ejemplos de atención de rutina.
Bienestar (todo el cuerpo, examen de bienestar, examen de niño sano, examen de mujer sana)	Debe programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud.
Atención de maternidad	Las citas de atención prenatal deben programarse para cada trimestre (período de tres meses): • Primer trimestre, dentro de los 21 días de la solicitud. • Segundo trimestre, dentro de los 7 días calendario posteriores a la solicitud. • Tercer trimestre, dentro de los 3 días calendario posteriores a la solicitud. Para mujerescon embarazos de alto riesgo, se deben programar citas: • Inmediatamente si existe una emergencia. • Dentro de los 3 días calendario posteriores a la determinación del riesgo alto.

Visitas de atención médica con especialistas	
Atención de emergencia	La atención de emergencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Atención de urgencia	Las citas de atención de urgencia deben programarse dentro de las 48 horas posteriores a la solicitud.
Atención de rutina (exámenes físicos)	Las citas de atención de rutina deben programarse dentro de las 3 semanas de haber solicitado hablar con cualquier especialista.

Visitas de atención médica para la salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)	
Atención para una emergencia que no pone en riesgo la vida	Debe programarse dentro de las 6 horas de la solicitud. Algunos ejemplos pueden incluir: • Espasmos musculares involuntarios causados por el fármaco • Estado de ánimo maníaco causado por el fármaco, sin deterioro funcional • Pensamientos significativos, graves y angustiantes
Atención para una emergencia con riesgo para la vida inmediato	Debe programarse dentro de 1 hora. Algunos ejemplos pueden incluir: • Posible suicidio • Emergencia que requiere un equipo de respuesta móvil
Atención de urgencia	Debe programarse dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos incluyen: • Depresión grave aguda • Trastorno de pánico agudo
Atención de rutina de una visita inicial	Debe programarse dentro de los 7 días de la solicitud. Algunos ejemplos incluyen: • Evaluaciones iniciales • Alta hospitalaria de un entorno para pacientes hospitalizados en la ubicación en la comunidad • Atención después de una visita al departamento de emergencias o a un proveedor de crisis de salud conductual por una afección de salud conductual
Atención de rutina que es un seguimiento o no una emergencia	Debe programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud. Algunos ejemplos incluyen: • Trastorno de ansiedad general • Problemas matrimoniales • Tensión en el trabajo

Beneficios de medicamentos de venta con receta

Sus beneficios cubren muchos medicamentos de venta con receta. Esto es lo que necesita saber sobre su beneficio de medicamentos de venta con receta.

Medicamentos de venta con receta cubiertos

Highmark Health Options utiliza una lista de medicamentos de venta con receta aprobados por Delaware Health and Social Services para personas con Medicaid. Esto se denomina lista de medicamentos preferidos. Highmark Health Options cubre medicamentos adicionales en la lista de medicamentos complementarios. Los medicamentos de estas dos listas conforman el formulario de medicamentos.

Encuentre los nombres genéricos y de marca de todos los medicamentos de venta con receta cubiertos en nuestro sitio web:

1. Vaya a HighmarkHealthOptions.com.
2. Haga clic en Members (Miembros).
3. Haga clic en Pharmacy Information (Información de farmacia).
4. Haga clic en Drug Formulary (Formulario de medicamentos).

Tipos de medicamentos cubiertos

Su beneficio de medicamentos de venta con receta cubre estos tipos de artículos:

- Aerocámaras para inhaladores
- Multivitaminas y vitaminas prenatales
- Medicamentos de venta con receta para afecciones de salud conductual
- Medicamentos para dejar de fumar, incluidos parches de nicotina, goma de mascar, pastillas, aerosol nasal y bupropión (Zyban®)
- Vacunas administradas en farmacias contra la gripe, la neumonía, el herpes zóster y la varicela
- Inyecciones que usted mismo se administra, como insulina (las inyecciones que su médico debe administrar están cubiertas por su beneficio médico).
- Suministros para la diabetes, que incluyen:
    - Monitores de glucosa (azúcar) en sangre
    - Tiras reactivas de glucosa (azúcar) en sangre
    - Lancetas y dispositivos de punción
    - Tiras reactivas de glucosa (azúcar) en orina
    - Monitores continuos de glucosa en sangre (cubiertos con autorización previa)

Tipos de medicamentos que no están cubiertos

Su beneficio de medicamentos de venta con receta de Highmark Health Options no cubre todos los tipos de medicamentos, incluidos los medicamentos de venta con receta para ciertos usos y los medicamentos de venta libre.

Su beneficio de medicamentos de venta con receta no cubre medicamentos que:

- No son médicamente necesarios.
- Duplican una terapia que ya está recibiendo.
- Están indicados por un médico a quien se le ha prohibido o suspendido su participación en el Programa Medicaid de Delaware.
- Están comercializados por una compañía farmacéutica que no participa en el Programa Federal de Descuentos en Medicamentos de Medicaid.
- Son experimentales o en investigación.
- Son medicamentos DESI (La implementación del estudio de eficacia del fármaco es un programa de la Administración de Alimentos y Medicamentos que requiere que todos los fármacos sean eficaces y seguros. Los medicamentos DESI no están cubiertos por el programa Medicaid).

Su beneficio de medicamentos de venta con receta no cubre los medicamentos utilizados para:

- Fines cosméticos (por ejemplo, para arrugas o crecimiento del cabello)
- Disfunción eréctil
- Tratamientos de fertilidad
- Pérdida o aumento de peso

Su beneficio de medicamentos de venta con receta no cubre los medicamentos de venta libre (OTC), excepto los que figuran en la lista de medicamentos complementarios:

- Medicamentos a base de hierbas u homeopáticos
- Suplementos nutricionales
- Medicamentos y suministros de venta libre (OTC) cuando usted vive en un centro de atención a largo plazo.

Los beneficios de medicamentos de venta con receta pueden cambiar

Highmark Health Options puede realizar cambios en el formulario de medicamentos. Estos cambios deben ser aprobados por la División de Medicaid y Asistencia Médica de Delaware y pueden afectar qué medicamentos están cubiertos.

Si está tomando un medicamento que ya no estará cubierto, Highmark Health Options le notificará 30 días calendario antes del cambio.

¿Tiene preguntas o solicitudes? Llámenos

Llame a Servicios para Miembros si desea obtener una lista de los medicamentos de venta con receta cubiertos o si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos. También puede informarnos si considera que un medicamento nuevo debe estar cubierto.

Copagos de medicamentos de venta con receta

Highmark Health Options cobra copagos por los medicamentos de venta con receta que usted surta en la farmacia. Su copago es el dinero que debe pagar en el momento de recibir el servicio.

Su copago se basa en el costo de cada receta.

Costo de la receta	Su copago*
$10 o menos	50 centavos
$10.01–$25	$1
$25.01–$50	$2
$50.01 y más	$3

*Los copagos no se cobrarán durante la emergencia de salud pública por la COVID-19.

El máximo que pagará por los copagos de sus medicamentos de venta con receta cada 30 días es de $15. Una vez que alcance el máximo de copagos de $15 para los 30 días, no pagará ningún copago por los medicamentos surtidos durante el resto del mes. Este máximo de copagos se reiniciará cada 30 días.

No hay copagos para las recetas para:

- Anticoncepción
- Buprenorfina, buprenorfina/naloxona y vivitrol para el trastorno por consumo de opioides
- Naloxona (Narcan®) para la sobredosisde opioides
- Medicamentos para dejar de fumar

No hay copagos para:

- Niños menores de 21 años
- Personas en el programa de enfermedad renal crónica
- Personas en cuidados paliativos
- Algunas personas en un centro de atención a largo plazo
- Mujeres embarazadas (lo que incluye hasta 90 días de calendario después del fin del embarazo)

Uso seguro y eficaz de medicamentos de venta con receta

Highmark Health Options tiene reglas sobre algunos medicamentos de venta con receta. Las reglas incluyen límites de cobertura. Estas reglas y límites garantizan que use los medicamentos de venta con receta de manera segura y eficaz. Y ayudan a promover la atención de calidad y a controlar los costos de los medicamentos.

Estas reglas se aplican a algunos medicamentos de venta con receta:

- **Los medicamentos de venta con receta genéricos** a menudo están disponibles en lugar de los medicamentos de marca. Si su PCP solicita un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red siempre le proporcionarán la versión genérica. Si su PCP desea que usted tenga el medicamento de marca, su PCP debe solicitar cobertura a través de los Servicios de farmacia. Si la solicitud se aprueba, Highmark Health Options cubrirá el medicamento.
- **Se necesita autorización previa** (aprobación previa) para algunos medicamentos. Su PCP debe proporcionar información para demostrar que el medicamento funcionará bien para su afección médica y que será seguro. Si no se otorga autorización previa, Highmark Health Options no cubrirá el medicamento.
- **Un límite de cantidad** es la cantidad máxima de un medicamento de venta con receta que Highmark Health Options cubrirá en un período determinado. La Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado que estas cantidades sean seguras y útiles.
- **Terapia escalonada** significa que debe probar un medicamento antes de poder usar un medicamento de terapia escalonada. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, es posible que necesitemos que su médico ordene el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, su médico puede ordenar el medicamento B, el medicamento de terapia escalonada. Luego, Highmark Health Options cubrirá el Medicamento B, el medicamento de terapia escalonada.

Consulte el formulario de medicamentos en nuestro sitio web para ver si se aplican reglas o límites a sus medicamentos de venta con receta. O llame a Servicios para Miembros.

Guía para obtener medicamentos de venta con receta

Surtir su receta

Highmark Health Options tiene muchas farmacias de la red. Utilice siempre una farmacia de la red para obtener sus medicamentos de venta con receta.

Puede encontrar una lista de farmacias de la red en línea:

1. Vaya a HighmarkHealthOptions.com.
2. Haga clic en **Buscar atención en su área**, en la esquina superior derecha.
3. Elija farmacias.

O llame a Servicios para Miembros para que lo ayuden a encontrar una farmacia de la red cerca de usted.

Resurtir su receta

Puede llamar o visitar cualquier farmacia de la red para solicitar un resurtido. Su receta se puede resurtir si:

- Su PCP solicitó un resurtido.
- El resurtido está permitido legalmente.
- Usted ha usado el 83 % de su último surtido.

No espere hasta que se le termine su medicamento para resurtirlo. Obtenga un resurtido cuando le quede suficiente para tres días.

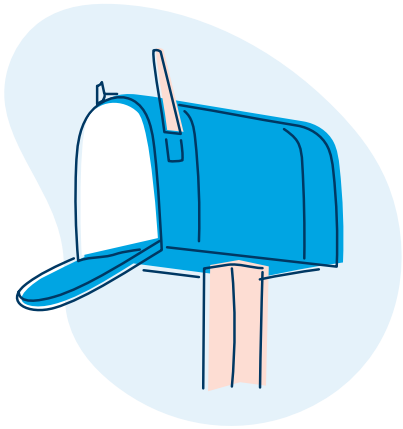
¡Nuevo! Solicitar un suministro para 90 días

¿Toma un medicamento de venta con receta para una afección a largo plazo?
Puede obtener un suministro para 90 días en lugar de un suministro para 30 días. Esto significa que solo necesita resurtir su receta cuatro veces al año.

Los medicamentos cubiertos por este beneficio tratan afecciones continuas como asma, depresión, colesterol alto y presión arterial alta, entre otras. Los medicamentos cubiertos se enumeran a continuación. La lista incluye nombres de marca y genéricos. Busque en el frasco de su receta el nombre genérico o de marca.

Nombre genérico	Nombre de marca
Alendronato sódico	Fosamax
Besilato de amlodipino	Norvasc
Atenolol	Tenormin
Bisoprolol-HCTZ	Ziac
Inhalador de budesonida/formoterol	Inhalador Symbicort
Carvedilol	Coreg
Hidrobromuro de citalopram	Celexa
Clonidina HCl	Catapres
Inhalador de propionato de fluticasona	Inhalador Flovent
Furosemida	Lasix
Glipizida	Glucotrol
Hidroclorotiazida	Microzide, varios
Lisinopril	Prinivil, Zestril
Lisinopril-HCTZ	Prinzide, Zestoretic
Losartán potásico	Cozaar
Metformina	Glucophage
Metformina de liberación prolongada	Glucophage Xr
Tartrato de metoprolol	Lopressor
Montelukast	Singulair
Paroxetina HCl	Paxil
Ramipril	Altace
Sertralina HCl	Zoloft
Simvastatina	Zocor
Trazodona HCl	Desyrel

Si toma alguno de estos medicamentos, pregúntele a su médico si una receta para 90 días es adecuada para usted. Si es así, su médico puede hacer la receta para 90 días. Y usted puede recoger sus medicamentos en su farmacia local.



Reemplazar medicamentos robados, perdidos o dañados

Cuando se roban, pierden o dañan medicamentos de venta con receta, se permite el reemplazo una vez al año. Esto es lo que debe hacer:

- Cuando le roben medicamentos de venta con receta, debe presentar una denuncia policial por todos los medicamentos robados. Luego llame a Servicios para Miembros.
- Cuando los medicamentos de venta con receta se pierdan o dañen, llame a Servicios para Miembros.

En caso de emergencia

Esto es lo que debe hacer en situaciones de emergencia, como usar una farmacia fuera de la red o fuera del estado. U obtener un suministro de emergencia de un medicamento cuando lo necesite.

- Puede usar una farmacia que no forme parte de nuestra red solamente si tiene una emergencia. Si esto sucede, pídale al farmacéutico que llame a Highmark Health Options al 1-844-325-6251 para que su medicamento esté cubierto.
- Si se encuentra fuera del estado y tiene una emergencia y necesita una receta, llame a Servicios para Miembros para asegurarse de que su medicamento esté cubierto.
- Puede solicitar un suministro de emergencia para tres días de un medicamento si no recibir el medicamento causará la pérdida de la vida, las extremidades o la función de los órganos. Highmark Health Options debe aprobar esta solicitud. Para solicitar dosis adicionales más allá del suministro de emergencia para tres días, su médico debe enviar por fax una solicitud de excepción a Highmark Health Options. Le informaremos a su médico si aprobamos la solicitud. Si no aprobamos la solicitud, le enviaremos una carta en la que le informaremos el motivo y explicaremos cómo apelar. (Obtenga más información sobre las apelaciones.)
  Nota: Puede solicitar un suministro de emergencia para tres días una vez cada 60 días para un medicamento específico.

Solicitudes de excepción

Para usar un medicamento de venta con receta que no está en el formulario de medicamentos, usted o su médico pueden solicitar una excepción. Esto significa pedirle a Highmark Health Options que cubra el medicamento que no está en el formulario. Si se aprueba su solicitud, su medicamento estará cubierto. Les notificaremos a usted y a su PCP por escrito si su solicitud de excepción es aprobada o denegada. Si se rechaza la solicitud, la notificación por escrito le indicará cómo presentar una apelación. (Obtenga más información sobre las apelaciones).

Programa de bloqueo de farmacia y PCP

Es posible que tenga un problema médico que requiera que su PCP y su farmacia trabajen juntos. Si necesita esta atención coordinada, será asignado a un PCP o una farmacia para surtir sus recetas. Esto se denomina programa de bloqueo.

Si tiene la limitación de usar un PCP o una farmacia específicos, debe usar solo ese PCP o esa farmacia. Highmark Health Options no cubrirá los costos de sus medicamentos recetados si utiliza otro PCP o farmacia. Si la farmacia en el programa de bloqueo no tiene su medicamento, llame a Servicios para Miembros para averiguar cómo obtener el medicamento en una farmacia diferente. Highmark Health Options debe verificar que su farmacia en el programa de bloqueo no tenga una cantidad suficiente del medicamento antes de que usted pueda obtenerlo en una farmacia diferente.

Highmark Health Options le enviará una carta si creemos que usted se beneficiará con el programa de bloqueo. Elegiremos el PCP o la farmacia que más visite o que esté más cerca de su hogar. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de incluirlo en el programa de bloqueo, tiene el derecho de presentar una apelación. (Obtenga más información sobre las apelaciones).

Programas de bienestar

Highmark Health Options ofrece programas que se proporcionan además de sus beneficios estándar de Medicaid. Si se inscribe en un programa de bienestar, siempre tiene la opción de dejar de hacerlo en cualquier momento. Si tiene preguntas, llame a Administración de la atención al 1-844-325-6251.

Prevención de la diabetes

El Programa de prevención de la diabetes lo ofrece Highmark Health Options en asociación con la YMCA de Delaware. Este programa gratuito es para personas que reúnen los requisitos y tienen un alto riesgo de padecer diabetes tipo 2.

El programa dura un año e incluye 25 sesiones grupales de una hora. Si es elegible y tiene 18 años o más, quizás pueda inscribirse en este programa. Un asesor sobre estilo de vida capacitado dirigirá sesiones en grupos pequeños para ayudarle a:

- Aprender a comer de manera más saludable.
- Aumentar la actividad física.
- Bajar de peso.
- Superar el estrés.
- Mantenerse motivado.

Para saber si es elegible y cómo inscribirse, llame a Administración de la atención al 1-844-325-6251. O bien, llame al Departamento de Vida Saludable de la YMCA de Delaware al 1-302-572-9622.

Control de peso saludable

El programa gratuito Healthy Weight Management es para:

- Niños de 3 a 18 años, con un índice de masa corporal (IMC) en el percentil 85 al 95.
- Adultos de 19 años o más, con un IMC mayor de 25 y uno o más factores de riesgo de enfermedad cardíaca.
- Adultos de 19 años o más, con un IMC mayor de 30.

El programa le ayudará a comprender y controlar su peso:

- Aprenda maneras fáciles de cuidar su salud, que le ayudarán a vivir más tiempo.
- Tome mejores decisiones sobre dieta y actividad.
- Identifique las herramientas que necesita para contar con las mejores opciones de salud y nutrición.
- Aprenda cómo tomar decisiones inteligentes puede evitar que tenga otros problemas de salud, como presión arterial alta o diabetes.

Programas para afecciones a largo plazo

Si está manejando una afección a largo plazo, uno de estos programas puede ayudar. Estos programas son voluntarios y usted siempre tiene la opción de dejar de participar en cualquier momento. Llame a Administración de la atención al 1-844-325-6251 para obtener más información.

Asma

(2 años o más)

Si los síntomas del asma interfieren con su vida, un coordinador de atención puede ayudarle a controlar su asma. Esto puede ayudarle a hacer las cosas que desea hacer.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

(21 años o más)

Vivir con EPOC puede ser difícil. Un coordinador de atención puede enseñarle cómo manejar sus síntomas, para que pueda ser más activo y disfrutar la vida.

Diabetes

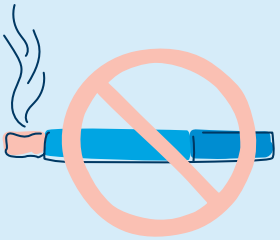
(cualquier edad)

Un coordinador de atención puede ayudarle a aprender cómo controlar su diabetes. El enfoque está en controlar los niveles de azúcar en sangre y detener los problemas relacionados con la diabetes, como enfermedades cardíacas, ceguera, amputaciones y problemas renales.

Enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca

(21 años o más)

Un coordinador de atención está disponible para ayudarles a usted y a su PCP a manejar su afección. Vivir una vida saludable para el corazón puede reducir las posibilidades de exacerbaciones y hospitalizaciones.



Dejar de fumar

Fumar puede empeorar las afecciones crónicas. Deje de fumar y evite el humo de segunda mano. Llame a la línea para dejar de fumar de Delaware al 1-866-409-1858.

¿Qué debe hacer? Siga estos pasos.

Este es un resumen de a quién llamar cuando tiene preguntas específicas. Si no encuentra la respuesta que necesita aquí, llame a Servicios para Miembros.

Agregar o suspender cobertura para un miembro

Llame a Servicios para Miembros y al Centro de Informes de Cambios de Servicios Sociales de Delaware (DSS) (1-302-571-4900) si tiene un nuevo bebé o necesita agregar un nuevo miembro a su familia. (Si no llama a ambos, es posible que el seguro de su nuevo familiar se retrase). Llame a ambos si necesita interrumpir la cobertura para un miembro de Highmark Health Options que se ha mudado de su hogar.

Informar la muerte de un miembro

Llame tanto a Servicios para Miembros como al Centro de Informes de Cambios de DSS (1-302-571-4900).

Mudarse fuera de Delaware o los EE. UU.

Llame al Centro de informes de cambios del DSS al 1-302-571-4900.

Cambiar su dirección

Llame al Centro de informes de cambios del DSS al 1-302-571-4900.

Cambiar su PCP por cualquier motivo

Llame a Servicios para Miembros si desea cambiar su PCP por cualquier motivo. Un representante hará el cambio por usted. Al comienzo del mes siguiente, recibirá una tarjeta de identificación actualizada por correo. Incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Encuentre una lista completa de los PCP de la red en el Directorio de proveedores en nuestro sitio web. O pídale a Servicios para Miembros que le envíe un directorio por correo. Cada lista incluye el nombre, la dirección, los números de teléfono, la especialidad y el estado de certificación de cada médico. La educación, la residencia y las calificaciones de un PCP se pueden proporcionar a solicitud cuando llame a Servicios para Miembros.

Cambiar su plan de salud

Llame al Administrador de beneficios de salud al 1-800-996-9969. Puede cambiar su plan de salud durante:

- Los 90 días calendario siguientes a que se inscriba por primera vez en Medicaid.
- El período de inscripción abierta anual, del 1 al 31 de octubre.

Cambiar su coordinador de atención

Llame al defensor de miembros al 1-855-430-9852. Puede solicitar un nuevo coordinador de atención si no está satisfecho con la persona que trabaja con usted. Asignaremos un nuevo coordinador de atención que se adapte mejor a sus necesidades. Si no podemos asignarle un nuevo coordinador de atención, le informaremos el motivo y abordaremos cualquier problema o inquietud que tenga. Es posible que debamos cambiar su coordinador de atención si su coordinador de atención ya no trabaja con nosotros. Si esto sucede, su nuevo coordinador de atención se comunicará con usted.

Obtener un traslado

Llame a ModivCare al 1-866-412-3778 para obtener un transporte para sus visitas de atención médica. Reserve con tres días de anticipación. Proporcione su número de identificación de Highmark Health Options y diga a dónde se dirige cuando llame. Debido a que debe planificar su traslado con anticipación, no puede usar ModivCare durante una emergencia. Llame al 911 durante una emergencia.

Informar un problema con un cuidador

Cuando esté bajo el cuidado de un cuidador, háganos saber si algo está mal. Tiene derecho a informar ciertas acciones. Las acciones enumeradas a continuación se denominan incidentes graves. Llame a Servicios para Miembros para informar de un cuidador que:

- No pudo satisfacer sus necesidades básicas, como alimentos, medicamentos y supervisión.
- Lo lastimó o le causó angustia emocional.
- Lo forzó o engañó para que realizase algún acto sexual.
- Se apropió de dinero o medicamentos.
- Utilizó una tarjeta de crédito sin consentimiento.
- Le provocó una lesión grave, como un hueso roto, un corte profundo o una quemadura grave.
- Ha sido poco profesional. Esto incluye gritarle o negarse a hacer su trabajo.

Transferir sus registros médicos a su nuevo PCP

Cuando cambia a un nuevo PCP, es muy importante que llame a Servicios para Miembros para solicitar que se envíen sus registros médicos a su nuevo PCP. Los registros se transfieren en un plazo máximo de 10 días calendario a partir de su solicitud. También puede solicitar una copia de sus registros médicos para su propio uso.

Solicitar registros médicos para su propio uso

Llame a Servicios para Miembros para solicitar su información médica. Usted tiene derecho a:

- Solicitar su información médica.
- Modificar su información médica si puede demostrar que es incorrecta o que falta información. Si no estamos de acuerdo, es posible que no podamos cumplir con la solicitud de cambiar sus registros, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días de calendario. Si no podemos cambiar sus registros, usted puede solicitar que se añada una declaración de disconformidad a su información médica personal.
- Obtener una lista de las personas que recibieron su información médica en un período de seis años. Debe informarnos las fechas de los registros que solicita.

Es posible que los registros no contengan información que se le haya proporcionado a usted o a su representante personal, ni información que se haya entregado para efectuar pagos de atención médica, para nuestras operaciones o para necesidades de procuración de justicia.

Informar una inquietud sobre su atención

Llame a un Defensor de miembros al 1-855-430-9852 o a Servicios para miembros si tiene alguna inquietud sobre su atención. Puede ser una inquietud sobre la calidad de la atención. Algunos ejemplos incluyen inquietudes sobre su seguridad o acceso a los servicios.

Solicitar otra información

Llame a Servicios para Miembros si desea obtener información sobre Highmark Health Options o su proveedor, como:

- La educación que su médico ha completado.
- Quién forma parte de la Junta Directiva.
- Planes para mejorar la atención y los servicios a través de nuestro programa de mejora de la calidad.

Infórmenos si recibe una factura

Llame a Servicios para Miembros con la información de facturación. Los proveedores de Medicaid de Delaware no pueden cobrarle por los servicios que cubre Highmark Health Options. Si recibe una factura de su PCP o del hospital por error, no la pague. Usted no es responsable de enviar las reclamaciones. Su PCP o el hospital lo harán.

Preguntar por qué su membresía se interrumpió

Llame a Relaciones con los clientes de DSS al 1-800-372-2022. Medicaid puede suspender su membresía en Highmark Health Options. Esto se denomina desafiliación. Su membresía puede finalizar porque usted:

- No se volvió a inscribir.
- Entregó su tarjeta de identificación de Medicaid a otra persona para que la use.
- Ha perdido su elegibilidad para Medicaid.
- Ha tenido un cambio en sus beneficios de Medicaid que le impide estar cubierto por Highmark Health Options.

Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos

- Conocer sus derechos y responsabilidades.
- Obtener la ayuda que necesita para comprender este Manual para miembros.
- Obtener información sobre nosotros, nuestros servicios, médicos y otros proveedores de atención médica.
- Ver sus registros médicos, según lo permitan las leyes.
- Que se mantenga la privacidad de sus registros médicos, a menos que nos confirme por escrito que autoriza que los compartamos, o que esté permitido por la ley.
- Todos los datos de su médico sobre cualquier información sobre su afección médica, plan de tratamiento o capacidad para ver y ofrecer correcciones a sus propios registros médicos.
- Ser parte de conversaciones honestas sobre sus necesidades de atención médica y opciones de tratamiento, independientemente del costo y de si sus beneficios las cubren. Ser parte de las elecciones que realizan sus médicos y otros proveedores sobre sus necesidades de atención médica.
- Recibir información sobre otras opciones de tratamiento o planes de atención de una manera que se adapte a su afección.
- Recibir noticias sobre cómo se les paga a los médicos.
- Recibir información sobre cómo decidimos si una nueva tecnología o tratamiento debe formar parte de un beneficio.
- Ser tratado con respeto, dignidad y con derecho a la privacidad en todo momento.
- Saber que nosotros, sus médicos y sus otros proveedores de atención médica no podemos tratarlo de una manera diferente debido a su edad, sexo, raza, nacionalidad, necesidades de idioma o grado de enfermedad o afección médica.
- Hablar con su médico sobre cosas privadas.
- Que sus problemas se resuelvan rápidamente, incluidas las cosas que cree que están mal, así como problemas sobre su cobertura, la obtención de una aprobación de nosotros o el pago de un servicio.
- Recibir el mismo trato que otras personas.
- Obtener atención que debe brindarse por motivos médicos.
- Estar libre de cualquier tipo de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Elegir a su PCP de entre los PCP de nuestro Directorio de proveedores que están aceptando nuevos pacientes.
- Utilizar médicos que estén en nuestra red.
- Obtener atención médica de manera oportuna.
- Obtener servicios de médicos fuera de nuestra red en caso de emergencia.
- Rechazar la atención de su PCP u otros cuidadores.
- Poder tomar decisiones sobre su atención médica.

- Elaborar un documento sobre instrucciones anticipadas (también denominado testamento en vida).
- Informarnos sus preocupaciones sobre Highmark Health Options y acerca de los servicios de atención médica que recibe.
- Cuestionar las elecciones que hagamos sobre la cobertura de la atención que recibió de su médico.
- Presentar una queja o apelación sobre Highmark Health Options, cualquier atención que reciba o si sus necesidades de idioma no se satisfacen.
- Preguntar cuántas quejas y apelaciones se han presentado, y por qué.
- Decirnos lo que piensa sobre sus derechos y responsabilidades, y sugerir cambios.
- Preguntarnos sobre nuestro Programa de mejoramiento de la calidad, y decirnos cómo le gustaría que se realizaran los cambios. Preguntarnos sobre nuestro proceso de revisión de la utilización y darnos ideas sobre cómo cambiarlo.
- Saber que solo cubrimos los servicios de atención médica que forman parte de su plan.
- Saber que podemos hacer cambios a los beneficios de su plan de salud, siempre y cuando le informemos sobre esos cambios por escrito.
- Solicitar este Manual para miembros y otros libros y folletos para miembros en otros formatos, como en otros idiomas, con letra grande, CD de audio o Braille, sin ningún cargo para usted.
- Solicitar un intérprete oral y servicios de traducción sin ningún costo para usted.
- Utilizar 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 del servicio, si usted está de acuerdo.
- Saber que puede solicitar una copia del Manual para miembros en cualquier momento. Todos los años se le informará sobre su derecho de solicitar un Manual para miembros.
- Puede obtener una lista de proveedores dentro de la red, que incluye los siguientes detalles sobre los médicos: nombre, especialidad, hospitales que el médico puede visitar, formación educativa, idioma hablado, sexo y ubicación del consultorio.

Sus responsabilidades

- Decirnos a nosotros, a sus médicos y a otros proveedores de atención médica lo que necesitan saber para tratarlo.
- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si considera que son incorrectos o están incompletos. Existe la posibilidad de que digamos “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días. Si no podemos cambiar sus registros, usted puede solicitar que se añada una declaración de disconformidad a su información médica personal. Si desea realizar una solicitud, llame a Servicios para Miembros al 1-844-325-6251.
- Aprender todo lo posible sobre su problema de salud, y trabajar con su médico para establecer los objetivos de tratamiento que usted acuerde con su médico.
- Hacer preguntas sobre cualquier problema médico y asegurarse de saber lo que le dice su médico.
- Seguir el plan de atención y las órdenes que haya acordado con sus médicos u otros profesionales de atención médica.

- Hacer las cosas necesarias para evitar enfermarse. Hacer y asistir a las citas médicas, e informar a su médico con por lo menos 24 horas de anticipación cuando no pueda asistir.
- Mostrar siempre su tarjeta de identificación de miembro de Highmark Health Options y su tarjeta de Medicaid de Delaware cuando reciba servicios de atención médica.
- Utilizar la sala de emergencias solo en caso de emergencia, o según se lo indique su médico.
- Si debe pagar 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 los médicos de Highmark Health Options con respeto y cortesía.
- Conocer y seguir las reglas de su plan de salud.
- Saber que existen leyes que rigen su plan de salud y los servicios que recibe.
- Saber que no reemplazamos el seguro de indemnización laboral.
- Informar al Centro de Informes de Cambios del DHSS y a nosotros cuando cambie su dirección, estado familiar u otra cobertura de atención médica.
- Si un menor de edad se emancipa o queda legalmente liberado del control de sus padres (mayores de 16 años) o se casa, él o ella será responsable de seguir todas las pautas para miembros de Highmark Health Options establecidas anteriormente.

Quejas formales y apelaciones

Deseamos que esté satisfecho con la atención médica y el servicio que recibe. Háganos saber si un médico, un hospital o nosotros hacemos algo con lo que no esté conforme. Intentaremos solucionar cualquier problema que tenga por teléfono. Si no le gusta algo o no podemos solucionar su problema, puede presentar una queja formal o una apelación.

Cómo presentar una queja formal o una apelación

Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo presentar una queja formal o una apelación. No puede ser sancionado por presentar una queja formal o una apelación. Puede pedirle a alguien que presente una apelación por usted o que hable por usted. Si desea que alguien presente una apelación o hable en su nombre, necesitaremos su aprobación por escrito.

Usted o su representante pueden obtener ayuda con una queja formal o apelación pidiendo un defensor de miembros. Un defensor de miembros puede ayudarle de las siguientes maneras:

- Presentar su queja formal o apelación.
- Ayudarle a lo largo del proceso de presentación de una queja formal o apelación.
- Responder sus preguntas sobre el proceso de presentación de una queja formal o apelación.
- Ayudarle a obtener información adicional de su médico para ayudarle con su queja formal o apelación.

Quejas formales

Una queja formal es una declaración de que no está satisfecho, como una queja, y se puede presentar por escrito o verbalmente por teléfono. Una queja formal puede ser sobre cualquier servicio que haya recibido de un médico o de nosotros.

Nota: No presente una queja formal si ha recibido una denegación de beneficios para servicios de atención médica. Esos asuntos se manejan como apelaciones. Encuentre información sobre cómo presentar una apelación a continuación.

Los siguientes son algunos ejemplos de quejas formales:

- Si un proveedor o un empleado nuestro fue grosero con usted.
- Si considera 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 ha recibido.
- Si tiene problemas para encontrar u obtener servicios de un proveedor.

Puede enviar o adjuntar cualquier documento que nos ayudará a analizar el problema al formulario de queja formal. Puede encontrar el formulario de queja formal en nuestro sitio web.

Puede comunicarse con nosotros en:

Highmark Health Options Appeals and Grievances
P.O. Box 106004
Pittsburgh, PA 15230
Teléfono: 1-844-325-6251

¿Cómo presenta una queja formal?

Una queja formal puede presentarse en cualquier momento. Puede hablar con nosotros o escribirnos.

¿Qué sucede después de presentar una queja formal?

Después de que presente una queja formal, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles. Esta carta le informará que hemos recibido su queja formal. Incluirá información sobre el proceso de presentación de quejas formales y sus derechos, lo que incluye su derecho a:

- Designar a un representante para que actúe en su nombre.
- Enviar información adicional.
- Revisar o solicitar una copia de toda la documentación relacionada con la queja formal, previa solicitud y sin ningún cargo.

Uno de los miembros de nuestro personal que no haya estado involucrado en su queja formal, pero que sea quien conozca más sobre su problema, revisará su queja formal. Se tomará una decisión en un plazo de 30 días de calendario después de que recibamos su queja formal. Después de que se tome una decisión, se le enviará por correo una carta con la decisión. Esta carta le informará los motivos de la decisión.

¿Qué sucede si necesita ayuda durante el proceso de queja formal?

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, comprender el proceso de queja formal u obtener información para que revisemos, llame a un defensor de miembros al 1-855-430-9852 o a Servicios para Miembros.

Apelaciones

Si se le informa de una denegación de beneficios, puede presentar una apelación. **Una apelación le da la oportunidad de decir por qué no está de acuerdo con una denegación de beneficios.**

Una denegación de beneficios significa:

- Se le ha denegado un servicio que solicitó.
- El servicio que solicitó ha sido limitado.

Cuando recibe una carta que le informa que su solicitud de servicios es rechazada, tiene derecho a solicitar una apelación. El proceso de apelación es una revisión de la decisión de denegar o limitar el servicio que solicitó. Esto incluye:

- Tipo o nivel de servicio.
- Reducción, suspensión o terminación de un servicio.
- Denegación total o parcial del pago de un servicio.
- No proporcionar un servicio de manera oportuna.

Puede ganar o perder la apelación. Si pierde la apelación, puede apelar por segunda vez solicitando una audiencia imparcial del estado.

Si se le niegan beneficios, usted o su representante pueden solicitar una copia de las reglas utilizadas para tomar la decisión llamando al 1-844-325-6251 o TTY 711 o al 1-800-232-5460, o escribiendo a:

Highmark Health Options
Attn: Appeals and Grievance
P.O. Box 106004
Pittsburgh, PA 15230

Nota: Highmark Health Options no recompensa a los proveedores de atención médica por retrasar, limitar o denegar servicios o beneficios de atención médica. Highmark Health Options o cualquier otro proveedor no le paga a nuestro personal por tomar decisiones sobre beneficios o servicios médicamente necesarios que resulten en una cobertura y servicios de atención médica menores o mayores.

Lea esto si desea presentar una apelación

Usted o su representante, incluido un abogado, pueden solicitar una apelación a Highmark Health Options si no están de acuerdo con una denegación. Si un representante o médico presenta una apelación por usted, debe darle su aprobación por escrito. Si un representante o médico presenta una apelación por usted, usted no podrá presentar una apelación por separado por su cuenta. Tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información por escrito sobre la apelación.

¿Cómo puede presentar una apelación?

- Al llenar el formulario de apelación que vino con su carta y enviarlo por correo.
- Al llenar el formulario de apelación en línea.
- Llamando a Servicios para Miembros.

Cuando presente su apelación, incluya:

- Su nombre y el nombre que figura en su identificación del miembro (que se encuentra en su tarjeta de identificación).
- Su número de teléfono y dirección.
- Lo que usted está apelando.
- Por qué está apelando.
- Lo que desea como resultado de su apelación.

Utilice esta dirección. Incluya cualquier información que nos ayude a revisar su apelación:

Highmark Health Options
Appeals and Grievances
P.O. Box 106004
Pittsburgh, PA 15230
Teléfono: 1-844-325-6251

¿Cuándo debe presentar una apelación?

Usted o su representante deben presentar su apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de Notificación de determinación adversa sobre beneficios. Esta es la carta que le informa que un servicio fue denegado o limitado.

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

Puede solicitar continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación si:

- Presenta la solicitud de apelación oportunamente.
- Estamos finalizando, suspendiendo o reduciendo los servicios que se aprobaron antes.
- Los servicios fueron ordenados por un médico.
- El período de tiempo original cubierto por la autorización original no se ha agotado.
- Usted solicita continuar recibiendo los servicios en un plazo de 10 días calendario a partir de que le enviemos el Aviso de determinación adversa sobre beneficios.

Si continuamos brindándole sus servicios durante el proceso de apelación, cubriremos estos servicios hasta que:

- Usted o su representante retiren la apelación.
- Usted o su representante no soliciten una audiencia imparcial estatal y para continuar recibiendo los servicios en un plazo de 10 días calendario a partir de que enviemos el Aviso de determinación adversa sobre beneficios.
- Usted recibe una decisión del funcionario de la audiencia imparcial estatal que no fue a su favor.

¿Qué sucede después de que presente una apelación?

Recibirá una carta de nosotros en un plazo de 5 días hábiles. Esta carta le informará que hemos recibido su apelación. También incluirá información sobre el proceso de revisión de la apelación. Es posible que alguien lo represente. Usted o su representante pueden presentar información adicional, y solicitar revisar todos los documentos para la apelación.

También puede solicitar una copia de la información utilizada para revisar su apelación, sin ningún cargo. Además, usted o su representante tienen el derecho de proporcionar información adicional en persona en el momento de la audiencia de apelación, por escrito, por teléfono o por fax al 1-833-841-8074.

Un Comité de apelaciones revisará su apelación y tomará una decisión. Los miembros del comité incluyen un representante estatal, un médico y un representante de nuestro Departamento de Calidad, o su persona designada. Los miembros del comité no han estado involucrados previamente en el asunto de su apelación.

Usted o su representante pueden ampliar el plazo para tomar la decisión de la apelación hasta en 14 días calendario. También podríamos ampliar el plazo para tomar la decisión hasta en 14 días calendario, si se requiere información adicional y la demora es lo mejor para usted. Si ampliamos el plazo, le llamaremos y le enviaremos una notificación por escrito con el motivo de la demora.

Se le enviará por correo una carta con la decisión en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que presentó su apelación, o en un plazo de 2 días hábiles a partir de que se tome la decisión, lo que ocurra primero. Esta carta le informará el motivo de nuestra decisión y sus derechos de apelación adicionales. Esto incluye su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal.

¿Qué sucede si necesita ayuda durante su apelación?

Si necesita ayuda para presentar una apelación, comprender el proceso de apelación u obtener información para que revisemos, llame a un defensor de miembros o a Servicios para Miembros. Si necesita un traductor, coordinaremos uno para usted sin ningún costo.

¿Qué sucede si no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal.

¿Cómo puede obtener ayuda para comprender nuestra decisión de apelación?

Tiene derecho a recibir ayuda para comprender esta decisión. Puede:

- Hable con un defensor de miembros o representante de Servicios para Miembros de Highmark Health Options llamando al 1-844-325-6251 (TTY 711 o 1-800-232-5460).
- Llamar a una de las siguientes organizaciones comunitarias para obtener asistencia legal gratuita:

  Community Legal Aid Society Inc.
  Condado de New Castle: 1-302-575-0660
  Condado de Kent: 1-302-674-8500
  Condado de Sussex: 1-302-856-0038

  Delaware Volunteer Legal Services
  Condado de New Castle: 1-302-478-8850 (línea gratuita)
  Condado de Kent y Sussex: 1-888-225-0582

Apelaciones aceleradas (rápidas)

¿Qué debe hacer si necesita una decisión en menos de 30 días?

Si cree que esperar hasta 30 días calendario para una decisión de apelación podría causarle graves inquietudes de salud, usted o su representante pueden solicitar una apelación acelerada (rápida).

Usted, su representante o el médico pueden solicitar una apelación rápida hablando con nosotros o escribiéndonos. Si estamos de acuerdo en que debe obtener una decisión de apelación más rápidamente, recibirá una decisión en un plazo de 72 horas. Si no estamos de acuerdo, le informaremos por teléfono, en un plazo de 2 días calendario después de haber recibido su solicitud, que su apelación seguirá el proceso de apelación estándar. También recibirá una carta que le indicará que su apelación se procesará como una apelación estándar. También incluirá información sobre el proceso de revisión de la apelación.

Usted o su representante pueden presentar información adicional, y pueden solicitar revisar todos los documentos para la apelación. También puede solicitar una copia de la información utilizada para revisar su apelación, sin ningún cargo. Usted o su representante tienen el derecho de proporcionar información adicional en persona en el momento de la audiencia de apelación, por teléfono o por escrito, enviándola a la dirección correspondiente o por fax:

Highmark Health Options
Appeals and Grievances
PO. Box 106004
Pittsburgh, PA 15230
Teléfono: 1-855-325-6251
Fax: 1-833-841-8074

¿Qué sucede después de que presente una apelación rápida?

Usted, su representante o su médico pueden:

- Enviar información adicional.
- Revisar todos los documentos relacionados con la apelación, previa solicitud y sin ningún cargo.

Un Comité de apelaciones revisará su apelación y tomará una decisión. Los miembros del Comité de apelaciones incluyen un representante estatal, un médico y un representante de nuestro Departamento de Calidad, o su persona designada. Los miembros del comité no han estado involucrados en el asunto de su apelación.

Se le notificará verbalmente una decisión en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que presentó su apelación rápida. La carta le informará el motivo de la decisión y sus derechos de apelación adicionales. Esto incluye el derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal.

Audiencia estatal imparcial

Una audiencia imparcial estatal es un proceso de apelación proporcionado por el estado de Delaware. Usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal después de recibir el aviso de la decisión de la apelación.

¿Por qué obtiene una audiencia imparcial estatal?

Usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal si:

- Hemos denegado, suspendido, finalizado o reducido un servicio.
- Hemos demorado un servicio.
- No le hemos brindado un servicio oportunamente.

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal comunicándose con:

DMMA Fair Hearing Officer
1901 North DuPont Highway
P.O. Box 906
New Castle, DE 19720
Teléfono: 1-302-255-9500 o el número gratuito 1-800-372-2022

¿Cuándo debe solicitar una audiencia imparcial estatal?

Si usted o su representante no están satisfechos con la decisión de una apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha del aviso de resolución de la apelación.

¿Qué sucede después de que solicite una audiencia imparcial estatal?

Usted o su representante recibirán una carta del funcionario de la audiencia imparcial estatal, en la que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La audiencia se puede realizar en persona o por teléfono. La carta también le informará lo que necesita saber para prepararse para la audiencia.

Usted o su representante pueden revisar todos los documentos relacionados con la audiencia imparcial estatal. Nosotros también tendremos un representante en una audiencia imparcial estatal.

El funcionario de la audiencia imparcial estatal de la DMMA le enviará una carta con su decisión en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha de su solicitud. Si solicita una audiencia imparcial estatal rápida, le enviarán una carta dentro de los 3 días hábiles de la fecha de la audiencia.

¿Cómo continúa recibiendo servicios durante el proceso de una audiencia imparcial estatal?

Si usted fue autorizado previamente y está recibiendo servicios que estamos terminando, suspendiendo o reduciendo, puede solicitar continuar recibiendo servicios si:

- Usted presenta una audiencia imparcial estatal dentro de los 10 días calendario de la fecha del aviso de resolución de la apelación.
- Usted solicita una audiencia imparcial estatal en la fecha de entrada en vigencia de la acción propuesta, o antes de esa fecha.
- Los servicios fueron ordenados por un médico.
- El período de tiempo original cubierto por la autorización original no se ha agotado.

Si continuamos brindándole sus servicios durante el proceso de la audiencia imparcial estatal, continuaremos cubriendo estos servicios hasta que:

- Usted reciba la decisión de la audiencia imparcial estatal.
- Usted o su representante retiren la solicitud de una audiencia imparcial estatal.
- Se haya cumplido el período de tiempo o los límites de servicio para los que se le autorizó previamente.

Es importante que sepa que es posible que deba pagar por los servicios que recibió mientras se estaba tomando la decisión sobre su audiencia imparcial estatal si la decisión final no fue a su favor. Si la decisión fue a su favor, Highmark Health Options coordinará estos servicios de inmediato.

¿Qué sucede si no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial estatal?

Si usted o su representante no están satisfechos con la decisión de la audiencia imparcial estatal, pueden solicitar una revisión judicial en el Tribunal Superior. Para hacer esto, debe presentar una solicitud ante el secretario del tribunal (protonotario) del Tribunal Superior en un plazo de 30 días de calendario a partir de la fecha de la decisión de la audiencia imparcial estatal.

Fraude, desperdicio y abuso

Highmark Health Options se toma en serio el fraude, el desperdicio y el abuso de beneficios médicos o de farmacia.

Llame a la línea directa de fraude y abuso de Highmark al 1-844-325-6256 si cree que alguien está usando su tarjeta de identificación de Highmark Health Options o la de otro miembro para:

- Obtener servicios, equipos o medicamentos.
- Falsificar o cambiar sus recetas.
- Obtener servicios que no necesitan.

Puede reportar a cualquier proveedor (por ejemplo, un médico, dentista, terapeuta u hospital) que sospeche que proporciona servicios fraudulentos, derrochadores o abusivos. Se mantendrá la privacidad de su nombre. No tiene que dar su nombre. Si lo hace, no se le informará al proveedor que llamó.

Puede utilizar esta línea directa para reportar cualquier actividad que considere fraudulenta, derrochadora o abusiva. Cada llamada que recibamos se revisará e investigará.

También puede reportar esta información a la DMMA Fraud Reporting al 1-800-372-2022 o en SURreferrals@delaware.gov.

Estos son algunos ejemplos frecuentes de fraude, desperdicio y abuso:

- Un médico que le factura o le hace pagar en efectivo los servicios que cubre su plan de salud.
- Una persona que no es miembro de Highmark Health Options que utiliza una tarjeta de identificación de miembro.
- Un médico que está facturando servicios que usted no recibió.
- Una persona que se muda a otro estado, pero sigue usando una tarjeta de identificación de miembro de Highmark Health Options.
- Un médico que le da medicamentos que usted no necesita o que le da demasiados medicamentos.
- Un médico o miembro del personal que le ofrece regalos o dinero para obtener servicios si usted le da su número de Medicaid.
- Un médico que le brinda servicios que usted no necesita.
- Abuso físico, mental o sexual por parte del personal médico.

Nuestra línea directa de fraude está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si no habla inglés, se pondrá un intérprete a su disposición. Llame a la línea directa utilizando su dispositivo TTY si tiene problemas auditivos.

Ubicaciones de atención de urgencia

Bear

Eden Hill ExpressCare
1011 East Songsmith Dr.
Bear, DE 19701
1-302-918-7509

Dover

Eden Hill ExpressCare
200 Banning St., Suite 170
Dover, DE 19904
1-302-674-1999

MAC Walk-In Medical Center
1275 South State St.
Dover, DE 19901
1-302-678-1303

MedExpress
15 South DuPont Highway
Dover, DE 19901
1-302-674-1514

Georgetown

Beebe Physician Network
21635 Biden Ave.
Georgetown, DE 19947
1-302-856-9729

Nanticoke Immediate Care
503 West Market St.
Georgetown, DE 19947
1-302-856-4120

Laurel

Nanticoke Immediate Care
30549 Sussex Highway
Laurel, DE 19956
1-302-715-5214

Middletown

ChristianaCare Medical Aid Unit
124 Sleepy Hollow Dr.
Middletown, DE 19709
1-302-449-3100

Milford

Bayhealth Walk-In Medical Care
301 Jefferson Ave.
Milford, DE 19963
1-302-430-5705

Millsboro

Beebe Walk-In Care
28538 DuPont Blvd.
Millsboro, DE
1-302-934-5052

Millville

Beebe Walk-In Care
32550 Docs Place, Unit 1
Millville, DE 19967
1-302-541-4175

Newark

Newark Urgent Care
324 East Main St.
Newark , DE 19711
1-302-738-4300

ChristianaCare Medical Aid Unit
2600 Glasgow Ave.
Newark, DE 19702
1-302-659-4545

ChristianaCare Medical Aid Unit
200 Hygeia Drive
Newark, DE 19713
1-302-623-0444

ChristianaCare Medical Aid Unit, STAR Campus
550 South College Ave., Suite 115
Newark, DE 19716
1-302-533-7148

Go-Care
1 Centurian Dr., Suite 106
Newark, DE 19713
1-302-999-0003

MedExpress
1 Chestnut Hill Plaza
Newark, DE 19713
1-302-266-0930

New Castle

MedExpress
129 N DuPont Highway
New Castle, DE 19720
1-302-328-5150

Seaford

Ambient Walk-In Care
24459 Sussex Highway, Suite 2
Seaford, DE 19973
1-877-629-2621

Nanticoke Immediate Care
100 Rawlins Dr.
Seaford, DE 19973
1-302-536-5415

Smyrna

ChristianaCare Medical Aid Unit
100 S. Main St., Suite 101
Smyrna, DE 19977
1-302-659-4545

Wilmington

Go-Care
2700 Silverside Rd.
Wilmington, DE 19810
1-302-225-6868

MedExpress
2722 Concord Pike
Wilmington, DE 19803
1-302-477-1406

MedExpress
3926 Kirkwood Highway
Wilmington, DE 19808
1-302-998-2417

Servicios para crisis de salud mental, drogas y alcohol

Llame a los Servicios móviles de intervención ante crisis para que lo ayuden si tiene una crisis de salud mental, drogas o alcohol:

- En el norte de Delaware (condado de New Castle y el área metropolitana de Smyrna), 1-800-652-2929 o 1-302-577-2484
- •En el sur de Delaware (condado de Sussex y condado de Kent al sur de Smyrna), 1-800-345-6785 o 1-302-424-5550
- Para niños y adolescentes menores de 18 años, llame a la División de Servicios de Prevención y Salud del Comportamiento, Servicios de Estabilización y Respuesta Móvil las 24 horas al 1-800-969-4357 o al 1-800-969-HELP.

Los servicios de intervención ante crisis se encuentran en todo el estado. Puede llamar o ir a:

- Centros de servicios de intervención ante crisis
- Centros de respuesta de recuperación
- Departamentos de emergencias hospitalarias

El personal de Servicios de intervención ante crisis está disponible las 24 horas del día para ayudar a las personas con problemas personales, familiares y maritales 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 trastorno de abuso de sustancias.

Llame o diríjase a la ubicación de intervención en crisis más cercana a usted.

Servicios de intervención ante crisis

Ellendale

Mobile Crisis Intervention Services
700 Main St. (rear entrance)
Ellendale, DE 19941
1-302-424-5550

Recovery Innovations Recovery Response Center
700 Main St.
Ellendale, DE 19941
1-302-424-5660

New Castle

Mobile Crisis Intervention Services
Fernhook Building
14 Central Ave.
New Castle, DE 19720
1-302-577-2484

Servicios psiquiátricos de emergencia

de Newwark: Christiana Hospital
4755 Ogletown-Stanton Road
Newark, DE 19718
1-302-320-2118

Recovery Innovations Recovery Response Center
659 East Chestnut Hill Rd.
Newark, DE 19711
1-302-318-6070

Wilmington

Psychiatric Crisis Team, Wilmington Hospital
501 W. 14th St.
Wilmington, DE 19801
1-302-320-2118

Líneas de ayuda: Local y nacional

Delaware Coalition Against Domestic Violence
100 W. 10th St., Suite 903
Wilmington, DE 19801
1-302-658-2958
Línea directa: 1-800-701-0456

ContactLifeline
1-800-262-9800
(línea de ayuda de crisis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Línea de ayuda para catástrofes
1-800-985-5990
(Asesoramiento inmediato en caso de crisis relacionado con catástrofes, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Línea directa nacional contra la violencia doméstica
1-800-799-SAFE (7233)
TTY: 1-800-787-3224
Mensaje de texto: SAFE al 88788

National Suicide Prevention Lifeline
1-800-SUICIDE (1-800-784-2433)
1-800-273-TALK (1-800-273-8255)
(Apoyo gratuito y confidencial para personas en dificultades, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Línea de ayuda nacional
1-800-662-4357
(Remisión e información sobre el tratamiento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Veterans Crisis Line
1-800-273-8255, Press 1
(las 24 horas del día, los 7 días de la semana, apoyo gratuito y confidencial para cualquier miembro del servicio militar o veterano, o alguien preocupado por uno)

Servicios de desintoxicación por drogas y alcohol

NorthEast Treatment Centers Kirkwood Recovery Center
3315 Kirkwood Highway
Wilmington, DE 19804
1-302-691-0140

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica y financiera sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Léalo con detenimiento.

Highmark Health Options ("Highmark Health Options") está obligado por ley a proteger la privacidad de su información médica y personal (financiera) no pública. Esta protección se extiende a todas las formas de comunicación (oral, escrita y electrónica) de esta información. Además, Highmark Health Options está obligado a enviarle este aviso sobre cómo utiliza o comparte ("divulga") su información médica y personal ("no pública"). Estamos obligados a notificarle si se ve afectado por una violación de información médica no segura.

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

- Usted o la persona que actúe en su nombre.
- Médicos y proveedores de atención médica que lo atienden.
- Proveedores contratados por nosotros que nos ayudan a prestarle servicios (como el soporte de servicios para miembros y la administración de beneficios de farmacia).
- Programas gubernamentales, como Medicare y Medicaid, para administrar sus beneficios y pagos.
- Organismos estatales y federales que tienen el derecho legal de recibir estos datos.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, de ser necesario, para asegurarnos de que su privacidad está protegida.

Highmark Health Options utilizará su información médica para:

- Coordinar y administrar su atención médica.
- Determinar su elegibilidad para los beneficios de su plan.
- Pagar su atención médica.
- Comunicarse con usted para informarle sobre beneficios nuevos o cambios en estos.
- Comunicarse con usted para darle recordatorios de citas, informarle sobre control de medicamentos o programas de control de enfermedades y tratamientos alternativos que puedan ser de su interés.
- Comprobar la calidad de nuestros servicios y hacer mejoras donde sea necesario.
- Completar revisiones médicas.
- Organizar servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso.
- Planificar y llevar a cabo nuestras actividades comerciales, de gerencia y administración general.
- Brindarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Highmark Health Options también puede utilizar o compartir su información médica para:

- Colaborar con actividades de salud pública (como informar sobre brotes de enfermedades; abuso y negligencia infantil; informar; prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades).
- Colaborar con actividades gubernamentales de supervisión de la atención médica (como investigaciones de fraude, auditorías y actividades relacionadas con la supervisión del sistema de atención médica).
- Colaborar con procedimientos judiciales y administrativos (por ejemplo, en respuesta a una orden judicial).
- Cumplir con la aplicación de la ley o cuando la ley lo exija, por ejemplo, localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida; cumplir con una orden o citación judicial; y otros fines de aplicación de la ley.
- Mantener la seguridad nacional.
- Cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores o leyes similares.
- Realizar estudios de investigación que cumplan con todos los requisitos de la ley de privacidad, como investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades o discapacidades.
- Evitar una amenaza grave y potencial para la salud o la seguridad.
- Generar una recopilación de información que ya no pueda rastrearse y ser vinculada a usted.
- Agrupar planes de salud, coordinar planes y permitir que el plan administre los beneficios.
- Colaborar con médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y donantes de órganos.
- Colaborar con su escuela cuando la ley exige una prueba de vacunación.
- Colaborar con otras personas involucradas en su atención médica (si usted no está presente o está incapacitado para aceptar estas divulgaciones de su información médica, podemos aplicar nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación es de su conveniencia).
- Realizar la suscripción, si es necesario, aunque no se nos permite utilizar o compartir su información genética para decidir si se puede brindar cobertura o el precio de dicha cobertura.

Comercialización

Si recibimos una compensación de otra compañía por proporcionarle información sobre otros productos o servicios (que no sean recordatorios de reabastecimiento de medicamentos o disponibilidad de medicamentos genéricos), debemos obtener su autorización para compartir información con esta compañía.

Compartir información para otros fines

Highmark Health Options debe tener su permiso por escrito (una “autorización”) para utilizar o divulgar su información médica y de reclamaciones para cualquier propósito que no esté descrito en este aviso. Darnos permiso para usar o divulgar su información médica y de reclamaciones no será una condición para poder obtener atención médica, y no se utilizará con el fin de determinar su elegibilidad para inscribirse en el plan, recibir beneficios o pagar reclamaciones. Usted podrá cancelar (“revocar”) su permiso por escrito en cualquier momento, excepto cuando Highmark Health Options ya haya realizado acciones basadas en su permiso.

Los siguientes son algunos ejemplos de cuándo necesitamos su permiso para utilizar o divulgar su información:

- Para recaudación de fondos.
- Para vender su información médica protegida (PHI).

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su información médica y de reclamaciones. Puede pedir, ver u obtener una copia de su historia clínica o de sus registros de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historia clínica o de sus registros de reclamaciones en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud.
- Pedirnos que corrijamos los datos en la historia clínica o en registros de reclamaciones. Puede pedirnos que cambiemos los datos en su historia clínica y en registros de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Existe la posibilidad de que digamos que no a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días. Si Highmark Health Options no puede cambiar sus registros, usted puede hacer que se añada una declaración de disconformidad a su información médica personal.
- Obtener una lista de personas con las que hemos compartido información. Puede pedir que se le entregue una lista (que se denomina "un recuento") de las veces que hemos compartido su información médica en los últimos seis (6) años. Usted debe proporcionar a Highmark Health Options las fechas para las que solicita la lista. La lista no contendrá información que se le haya proporcionado a usted o a su representante personal, ni información que se haya facilitado para efectuar los pagos de atención médica, para las operaciones comerciales de Highmark Health Options o para necesidades de aplicación de la ley.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica, por ejemplo, que lo llamemos a un teléfono particular o laboral, o que le enviemos la comunicación a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir sí en caso de que usted nos informe de que correría peligro si no lo hacemos.
- Pedirnos que limitemos la información que utilizamos o compartimos. Puede pedirnos que no compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras actividades. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir que no si esto afectaría su atención médica.
- Elegir a una persona que actúe en su nombre. Si usted le ha dado a alguien un poder notarial para asuntos médicos, o si tiene un tutor legal, esa persona puede actuar en su nombre y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona esté en posesión de esta autoridad antes de realizar cualquier acción.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad. Comuníquese con nosotros para obtener una copia por separado, ya sea impresa o por correo electrónico de este aviso.

¿Qué clase de información no pública sobre usted recopila y comparte Highmark Health Options?

- Se trata de información personal, pero no médica, como la información que usted completó en su solicitud de inscripción que identifica quién es usted y cómo nos podemos comunicar con usted.
- Es la información que se recopila en caso de una solicitud de servicios por parte de usted o su médico.
- Es la información que se recopila para responder una pregunta o alguna inquietud por parte de usted.

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

- Con los proveedores de atención médica, por ejemplo, médicos, hospitales, centros de larga estancia, proveedores de equipo médico duradero y farmacias.
- Con quienes planifican sus beneficios y su atención, por ejemplo, para las revisiones de utilización, las revisiones externas y la administración de casos.

¿Cómo protege Highmark Health Options su información no pública?

- Highmark Health Options no pone a disposición de nadie su información no pública, salvo aquellas personas que son necesarias para brindarle los servicios médicos o del plan de salud.
- Highmark Health Options no divulga su información no pública, excepto en la medida que lo requiera o lo permita la ley.
- Highmark Health Options no divulga su información no pública a nadie que no esté relacionado con su atención médica conforme al plan de salud, a menos que usted o su representante den su permiso.
- Usted tiene el derecho de dar o retener el permiso para otros usos o divulgaciones de esta información, excepto cuando lo requiera la ley.

Preguntas y quejas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o considera que Highmark Health Options ha violado sus derechos de privacidad como se describen en este aviso, puede presentar una queja escribiendo a:

Privacy Office (Oficina de privacidad)
Highmark Health Options
P.O. Box 1991
Wilmington, DE 19899-8835

Para obtener más información sobre la presentación de una queja o sus derechos descritos en este aviso, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-325-6251 (usuarios de TTY: 711 o 1-800-232-5460). La presentación de una queja no afectará a sus beneficios. Los servicios de traducción están disponibles sin costo alguno para usted.

También puede presentar una queja formal ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Oficina de Derechos Civiles
del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.,
Operaciones Centralizadas de Administración de Casos
200 Independence Avenue, S.W.
Suite 515F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

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

Para obtener más información: hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Highmark Health Options está obligada a cumplir con los términos de este aviso de privacidad. Highmark Health Options tiene el derecho de cambiar la forma en que su información médica es utilizada y divulgada y de aplicar esos cambios a toda la información que mantenemos sobre usted. Si Highmark Health Options hace algún cambio sustancial, este será publicado en nuestro sitio web, y usted será notificado en un plazo de 60 días a partir de la fecha del cambio.

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

Estas prácticas de privacidad han sido revisadas el 1 de enero de 2022.

Si tiene preguntas sobre Medicaid, llame a Relaciones con el Cliente de Medicaid de Delaware al 1-866-843-7212 o al 1-302-571-4900.

Palabras importantes que debe conocer

A continuación, se presentan los términos que debe conocer. Es posible que escuche estos términos cuando llame a Servicios para Miembros. O puede ver estos términos en cartas que recibe de Highmark Health Options.

En estas entradas, el término "el plan" se refiere a Highmark Health Options y el término "miembro" se refiere a las personas cubiertas por el plan.

Aborto: Un procedimiento para poner fin a un embarazo.

Instrucción anticipada (testamento en vida): una decisión que usted toma con anticipación sobre la atención médica que desea o no desea si no puede decidir en el momento en que la necesita. En Delaware, se pueden utilizar dos documentos como instrucción anticipada:

- Poder notarial duradero para la atención médica: documento legal que enumera a la persona que usted ha elegido para tomar decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda tomar sus propias decisiones.
- Testamento en vida: si ya no puede decidir o hablar por sí mismo, este documento escrito indica el tipo de atención médica o tratamientos que usted desearía o no.

Determinación adversa de beneficios: denegación, reducción o falta de pago, total o parcial, de un beneficio. Esto puede basarse en una determinación de elegibilidad, la aplicación de la revisión de utilización o la necesidad médica.

Centro de servicios ambulatorios: un centro donde se realiza una cirugía ambulatoria o en el mismo día.

Anticuerpo: una proteína producida por el sistema inmunitario del cuerpo cuando detecta sustancias nocivas, llamadas antígenos.

Antígeno: cualquier sustancia que hace que el sistema inmunitario produzca anticuerpos contra él. Esto significa que su sistema inmunitario no reconoce la sustancia y está tratando de combatirla.

Apelación: una solicitud para que el plan revise una decisión de denegar o reducir un beneficio.

Autorización: aprobación para un servicio.

Representante autorizado: alguien que usted elija para actuar en su nombre, como un familiar u otra persona de confianza. Un representante autorizado puede tener el derecho legal de actuar en su nombre.

Salud conductual: término para referirse a afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (que implican adicción a una droga que altera el estado de ánimo o la mente). También se refiere a la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (enfermedades que alteran la función física o mental normal) así como trastornos de salud mental.

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

Medicamentos de marca: si un fármaco completa el desarrollo y está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), está aprobado con un nombre de marca y genérico. El nombre de marca es el nombre que le da la compañía que fabrica el fármaco.

Coordinador de atención: un profesional de atención médica que está específicamente asignado y capacitado para intervenir en nombre de los miembros que experimentan problemas médicos y psicosociales graves y complejos.

Cuidador: una persona que es un familiar o no está relacionada con el miembro y que habitualmente está involucrada en brindar apoyo y asistencia sin goce de sueldo al miembro.

Personal de enfermería partero certificado: una enfermera registrada con capacitación adicional como partera que da a luz bebés, cuida a la madre antes y después del nacimiento del bebé, cuida al bebé y proporciona atención de rutina (como exámenes ginecológicos).

Apoyo comunitario: el sitio de búsqueda en línea de Highmark Health Options que le ayuda a obtener el apoyo que necesita. Enlace a recursos locales que proporcionan bienes y servicios, como bancos de alimentos, refugios y viviendas, cuidado de niños, ropa y muebles, asistencia legal, asistencia de transporte, atención pastoral y asistencia financiera con servicios públicos.

Contratista: Highmark Health Options es la organización de atención administrada que tiene un contrato con el estado de Delaware para proporcionar a los miembros los servicios especificados por el contrato de acuerdo con los requisitos del contrato.

Copagos o costos compartidos: un costo fijo que debe pagar para recibir un beneficio cubierto en el momento del servicio.

Servicios cubiertos: los servicios de salud física y conductual incluidos en el paquete de beneficios del contrato de atención administrada entre el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHSS) y Highmark Health Options.

Centro de informes de cambios del Departamento de Servicios Sociales (Division of Social Services, DSS): El Centro de informes de cambios le facilita hacer preguntas, resolver problemas e informar cambios, como cambios de dirección, cambios de ingresos, cambios en los gastos del hogar y la incorporación de recién nacidos. El número de teléfono es 1-302-571-4900.

Desafiliación: Cuando cambia de plan de salud o ya no cumple con los requisitos de elegibilidad.

División de Salud y Servicios Sociales (DHSS): el departamento de gobierno del Estado de Delaware con divisiones que prestan servicios en las áreas de salud pública, servicios sociales, abuso de sustancias y salud mental, apoyo infantil, discapacidades del desarrollo, atención a largo plazo, discapacidad visual, edad avanzada y adultos con discapacidades físicas, centros de servicios estatales, servicios de administración, asesoramiento financiero y asistencia médica y Medicaid.

División de Medicaid y Asistencia Médica (Division of Medicaid and Medical Assistance, DMMA): la agencia de Delaware que administra Medicaid.

División de Servicios Sociales (DSS): la agencia responsable directa de determinar la elegibilidad para Medicaid y administrar estos programas: Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) de Delaware, beneficios de alimentos, cuidado infantil subsidiado, asistencia general y asistencia de dinero en efectivo para refugiados.

División de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Division of Substance Abuse and Mental Health, DSAMH): Parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Social Services, DHSS) que atiende a adultos (de 18 años o más) que necesitan servicios de salud conductual. DSAMH incluye el Centro Psiquiátrico de Delaware (Delaware Psychiatric Center, DPC), una variedad de programas comunitarios de salud mental y programas de tratamiento para el abuso de sustancias.

Implementación del estudio de eficacia del fármaco (Drug Efficacy Study Implementation, DESI): programa de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que requiere que todos los fármacos sean efectivos (eficaces) y seguros. Los medicamentos codificados como DESI no están cubiertos por el programa de Medicaid.

Formulario de fármacos: una lista de medicamentos preferidos que están aprobados para ser recetados en un hospital en particular, en un sistema de salud específico o en virtud de una póliza de seguro de salud en particular. Los medicamentos se eligen en función del éxito, la seguridad y la rentabilidad.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): equipos y suministros que su médico ordene como parte de su atención médica.

Afección médica de emergencia: un problema médico tan grave que debe buscar atención de inmediato para evitar daños graves:

- pone su salud (o la salud de su bebé en gestación) en grave riesgo.
- daña la función del cuerpo.
- daña la función de una parte del cuerpo o un órgano.

Transporte médico de emergencia: la ambulancia que lo lleva al hospital en una emergencia.

Atención en el departamento de emergencias: los servicios que recibe en un departamento de emergencias para tratar una afección médica de emergencia.

Servicios de emergencia: tratamiento de una afección médica de emergencia para evitar que empeore.

Inscripción: el proceso por el cual usted se convierte en miembro de una organización de atención administrada (MCO).

Servicios excluidos: servicios de atención médica que es posible que su plan no pague ni cubra.

Familiar: incluye cónyuge, pareja de hecho, padres (incluidos padrastros), hijos (naturales o adoptados), hijastros, nietos, bisnietos, hermanos y hermanas (integrales o medios), abuelos y parientes políticos, o cualquier persona que viva en la misma residencia que usted. También incluye a cualquier persona que dependa financieramente de usted o cualquier persona cuyas inversiones estén controladas por usted.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): la agencia federal responsable de proteger y promover la salud pública a través del control y la supervisión de la seguridad alimentaria, los productos de tabaco, los suplementos dietéticos, los fármacos de venta con receta y de venta libre (medicamentos), las vacunas, los productos biofarmacéuticos, las transfusiones de sangre, los dispositivos médicos, los dispositivos emisores de radiación electromagnética, los cosméticos, los alimentos para animales y productos veterinarios y para animales.

Fraude, desperdicio y abuso: incluye cuando los proveedores facturan intencionalmente por un servicio que nunca se prestaron o facturan por un servicio que tiene un reembolso mayor que el servicio brindado. También incluye el pago por artículos o servicios que el proveedor factura por error.

Desarrollo educativo general (General Educational Development, GED): las pruebas de GED son cuatro pruebas de materias que, cuando se aprueban, proporcionan la certificación de que la persona que toma la prueba tiene habilidades académicas de nivel de escuela secundaria. Es una alternativa al diploma de escuela secundaria de los EE. UU.

Medicamento genérico: un medicamento de venta con receta que tiene la misma sustancia que un medicamento de marca ya vendido. Tiene el mismo uso previsto y la misma calidad. Es igual de seguro y se administra en la misma cantidad, concentración y manera (por ejemplo, por boca).

Queja formal: una queja que presenta a su plan sobre cómo se siente con respecto a su atención médica.

Dispositivos y servicios de habilitación: servicios y dispositivos de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.

Proveedor de atención médica: cualquier médico, hospital, agencia u otra persona que tenga una licencia o esté aprobada para brindar servicios de atención médica.

Servicios de atención médica: todos los servicios de Medicaid, incluida la salud médica y conductual, proporcionados por Highmark Health Options.

Seguro de salud: un contrato que requiere que su plan pague algunos o todos sus costos de atención médica.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA): las normas de privacidad que exigen que los proveedores y organizaciones de atención médica, así como sus socios comerciales, tengan y sigan procedimientos que protejan la privacidad y seguridad de la información médica protegida (Protected health information, PHI) cuando esta se transfiere, recibe, maneja o comparte. Esto se aplica a todas las formas de PHI, incluidas las impresas, orales, electrónicas, etc. La regla también exige que se use o comparta la menor cantidad de información médica necesaria para realizar negocios.

Atención médica domiciliaria: servicios de atención médica que recibe en su hogar.

Homeopático: un enfoque alternativo a la medicina basado en la creencia de que las sustancias naturales, preparadas de manera especial y utilizadas en cantidades muy pequeñas, pueden restaurar la salud.

Servicios de hospicio: servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas que tienen una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospital: lugar para la atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios por parte de médicos y enfermeros.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención hospitalaria que generalmente no requiere una estadía nocturna.

Hospitalización: atención hospitalaria por la que lo ingresan y, por lo general, pasa la noche en el hospital. Una estadía de una noche para observación podría ser atención ambulatoria.

Infección por el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA): el VIH es un virus que ataca las células que ayudan al cuerpo a combatir las infecciones, lo que hace que una persona sea más vulnerable a otras infecciones y enfermedades. El SIDA es una enfermedad del sistema inmunitario causada por una infección por el VIH.

Sistema inmunitario: la defensa del cuerpo contra las infecciones que ataca a los gérmenes y ayuda a mantenerse saludable.

Inmunización: inyección que lo protege de enfermedades. También se denomina vacunación.

Dentro de la red: proveedores o centros de atención médica que forman parte de la red de proveedores de Highmark Health Options. También conocido como proveedores dentro de la red o participantes.

Atención para pacientes hospitalizados: pasar la noche en el hospital u otro centro para recibir atención médica.

Nivel de atención (Level of Care, LOC): el tipo de servicios y apoyos requeridos por un miembro en función de sus necesidades médicas y funcionales. Esto incluye estos niveles de atención: hospital de agudos, rehabilitación y centro de enfermería especializada.

Servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS): atención médica y no médica proporcionada a personas que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria (Activities of daily living, ADL), como vestirse o bañarse. Los LTSS se pueden proporcionar en el hogar o en la comunidad, en centros de vida asistida o en residencias de ancianos.

Mala praxis: la mala praxis médica ocurre cuando un hospital, un médico u otro profesional de atención médica, a través de un acto negligente u omisión, causa una lesión a un paciente.

Organización de atención administrada (MCO): una organización, como Highmark Health Options, que cumple con el requisito y tiene un contrato con el estado de Delaware para proporcionar servicios a los miembros inscritos en Medicaid.

Medicaid: Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Atención a largo plazo de Medicaid: ofrece beneficios que generalmente no están cubiertos por Medicare, como atención en un asilo de ancianos y servicios de atención personal.

Médicamente necesario: servicios o suministros de atención médica que cumplen con los estándares médicos y ayudan a identificar o tratar una enfermedad, lesión, afección y enfermedad o sus síntomas.

Medicare: programa federal de seguro médico que cubre a casi todos los estadounidenses de 65 años o más y a ciertas personas menores de 65 años que tienen una discapacidad o enfermedad renal crónica.

Miembro: un cliente de Medicaid que se inscribe en la organización de atención administrada (MCO) en virtud de las disposiciones del contrato de atención administrada entre el Departamento de Salud y Servicios Sociales y Highmark Health Options.

Defensor de miembros: Un profesional que puede ayudarles a usted, su proveedor y su coordinador de atención a obtener atención, programar citas y presentar quejas formales o apelaciones.

Manual para miembros: Este manual, le informa cómo funciona Highmark Health Options. Si no comprende algunas partes de este manual, llame a Servicios para Miembros al 1-844-325-6251. Puede acceder al Manual para miembros en línea o solicitar una copia impresa.

Salud mental (conductual): término utilizado para describir problemas nervioso o psiquiátricos, incluidos problemas mentales, de relaciones, emocionales o conductuales.

ModivCare: proporciona transporte para los miembros elegibles para servicios médicos cuando no es una emergencia. Anteriormente, se llamaba LogistiCare.

Red: los proveedores que su plan ha contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Proveedor no participante: un proveedor que no tiene un contrato con su plan para proporcionarle servicios.

Notario público: una persona legalmente facultada para presenciar y autenticar documentos, administrar juramentos, realizar declaraciones juradas y declaraciones, y participar en otras actividades establecidas por la ley local.

Obstetra-ginecólogo (Obstetrician-gynecologist, OB-GYN): un médico que se especializa en la salud reproductiva de las mujeres.

Proveedor fuera de la red: un proveedor que no tiene un contrato con su plan para proporcionarle servicios. También conocido como proveedor no participante.

Atención para pacientes ambulatorios: atención que recibe cuando no tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar de tratamiento.

Cobertura fuera del estado: su plan lo cubre en cualquier lugar de los EE. UU. Su plan no lo cubre por ningún servicio prestado fuera de los EE. UU.

Proveedor participante: un proveedor que tiene un contrato con su plan para proporcionarle servicios de atención médica.

Servicios del médico: servicios de atención médica que un médico con licencia le proporciona o planifica.

Plan: un beneficio que el estado de Delaware le proporciona para pagar sus servicios de atención médica. Un plan también puede denominarse organización de atención administrada (MCO) u organización de atención responsable (Accountable Care Organization, ACO).

Autorización previa: una aprobación de su plan para un servicio de atención médica.

Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL): una lista de medicamentos seleccionados por un comité de farmacia y considerados seguros, efectivos y de buen valor cuando se recetan.

Receta: una orden del médico de un fármaco o dispositivo para el paciente del médico.

Medicamentos de venta con receta: fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Cobertura de medicamentos de venta con receta: la parte de su plan que ayuda a pagar los medicamentos
y fármacos de venta con receta.

Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): un médico que proporciona o planifica directamente sus servicios de atención médica.

Proveedor de atención primaria: un médico, enfermero o asistente médico que proporciona, planifica o le ayuda a acceder a los servicios de atención médica.

Autorización previa: aprobación que obtiene de nosotros antes de recibir un servicio.

Promoción de una salud mental óptima para las personas a través del apoyo y el empoderamiento (PROMISE): programa para miembros con necesidades de salud conductual que es supervisado por la División de Abuso de Sustancias y Salud Mental (DSAMH).

Información médica protegida (PHI): información médica personal que se transmite por medios electrónicos, se mantiene en medios electrónicos o se transmite o mantiene en cualquier otra forma o medio.

Proveedor: un profesional de atención médica, centro o negocio médico que ofrece servicios de atención médica.

Cantidad: cantidad o número.

Límite de cantidad: limitación de la cobertura de un medicamento a una cantidad determinada (por ejemplo, 30 comprimidos por mes), de modo que los medicamentos se receten de forma segura y correcta.

Dispositivos de rehabilitación: dispositivos de atención médica que le ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que estaba enfermo, lesionado o discapacitado.

Servicios de rehabilitación: servicios de atención médica que le ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que estaba enfermo, lesionado o discapacitado.

Coordinador de recursos: un miembro del personal no clínico que le ayuda con la planificación del alta después de una hospitalización aguda, la programación de citas, derivaciones, enlaces a servicios y coordinación de la atención y acceso a programas de bienestar.

Atención en un centro de enfermería especializada: servicios de atención médica de personal de enfermería con licencia en su hogar o en una residencia de ancianos.

Especialista: un médico que tenga capacitación especial en una afección o enfermedad específica.

Atención de especialistas: atención médica proporcionada por un médico que tenga capacitación especial en una afección o enfermedad específica.

Esterilización: un método anticonceptivo médico que evita permanentemente el embarazo y deja a una persona incapaz de reproducirse. Los métodos pueden ser quirúrgicos o no quirúrgicos y existen tanto para hombres como para mujeres.

Lista de formularios complementarios: una lista de medicamentos que no están incluidos en el formulario de fármacos, pero que pueden estar cubiertos por el plan.

Tecnología: el uso del conocimiento científico para fines o aplicaciones prácticos. Las tecnologías médicas son productos, servicios o soluciones que se utilizan para salvar y mejorar la vida de las personas.

Dependiente de la tecnología: una persona que tiene una discapacidad crónica que requiere el uso de rutina de un equipo médico específico para compensar la pérdida de una función corporal de soporte vital y requiere atención o monitoreo continuos y diarios por parte de personal capacitado.

Servicio de retransmisión de telecomunicaciones (TTY): un dispositivo especial que permite a las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla usar el teléfono y comunicarse escribiendo mensajes entre sí en lugar de hablar y escuchar.

Responsabilidad de terceros: en general, cualquier tipo de seguro que sea responsable de pagar la totalidad o parte de los costos de los servicios de atención médica.

Transferencia: cambio de un miembro de la inscripción en una organización de atención administrada a otra.

Atención de urgencia: cuando necesite atención o tratamiento médico dentro de las 48 horas.

Centro de atención de urgencia: una clínica sin cita previa enfocada en la prestación de atención médica para enfermedades y lesiones menores en un centro médico sin cita previa fuera de un departamento de emergencias tradicional de un hospital o independiente. Los centros de atención de urgencia ofrecen una amplia gama de cuidados.

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

Gestión de utilización (Utilization Management, UM): un sistema para revisar los servicios de atención médica adecuados y efectivos que se proporcionan, o se propone que se proporcionen, a un miembro.

Mujeres, bebés y niños (WIC): el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños, es un programa federal de nutrición que ayuda a mujeres embarazadas, madres primerizas y niños pequeños a comer bien, aprender sobre nutrición y mantenerse saludables.

Compensación de los trabajadores: tipo de seguro de negocios que proporciona beneficios a los empleados que sufren lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

La discriminación va contra las leyes.

Highmark Health Options cumple con las leyes y normativas de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el estado de salud, el sexo, la orientación sexual o la identidad de género. Highmark Health Options no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, estado de salud, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Puede presentar un reclamo relacionado con sus derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
200 Independence Ave., SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)

Los formularios de reclamo están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Ayuda en su idioma

Highmark Health Options ofrece:

- Material de apoyo y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

ATENCIÓN: Si habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación (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).

Atansyon: 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).

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：(TTY: 711）。）。

注：英語を話す場合は、無料の言語支援サービスを利用できます。 あなたのIDカードの裏面（: 711 TTY）の番号を呼び出します。

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

ATENCIÓN: 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 है, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निशुल्क उपलब्ध है। अपने पहचान कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करे (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 نمبر پر ہمیں کال کریں (ٹی ٹی وائی: 711).

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

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

Highmark Health Options es un licenciatario independiente de la Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross Blue Shield.

HIGHMARK HEALTH OPTIONS

HighmarkHealthOptions.com

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN XX DE FEBRERO DE 2022