Pennsylvania Medicaid 2024
Manual para miembros

HIGHMARK WHOLECARE

Because Life.™

HealthChoices

HighmarkWholecare.com

Los beneficios de salud o la administración de beneficios de salud pueden ser proporcionados por o a través de Highmark Wholecare, cobertura de Gateway Health Plan, un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association (“Highmark Wholecare”). **Es posible que su plan de atención administrada no cubra todos sus gastos de atención médica. Lea detenidamente su manual para miembros para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos.**

Highmark Wholecare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Highmark Wholecare no excluye a las personas ni les trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Highmark Wholecare brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con dificultades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como los siguientes:

- intérpretes de lenguaje de señas calificados;
- información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Highmark Wholecare brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- intérpretes calificados;
- información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Highmark Wholecare al 1-800-392-1147.

Si considera que Highmark Wholecare no ha cumplido en brindar estos servicios o ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo a:

Member Appeals,
P.O. Box 22278
Pittsburgh, PA 15222
1-800-392-1147, [TTY/Servicio de retransmisión de Pennsylvania 711],
n.º de fax (844) 325-3435

The Bureau of Equal Opportunity,
Room 223, Health and Welfare Building,
P.O. Box 2675,
Harrisburg, PA 17105-2675,
Teléfono: (717) 787-1127, TTY/Servicio de retransmisión de Pennsylvania 711,
fax: (717) 772-4366
correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Highmark Wholecare y la Oficina de Igualdad de Oportunidades están a su disposición.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o por teléfono a:

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

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

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-392-1147 (TTY 711)**.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-392-1147 (телетайп/PA RELAY 711)**.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)** 。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)**.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-392-1147** (رقم هاتف الصم والبكم 711).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-800-392-1147 (टिटिवाइ/PA RELAY 711)** ।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)** 번으로 전화해 주십시오.

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)** ។

ATTENTION :Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le **1-800-392-1147 (ATS/PA RELAY 711)**.

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)**.

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)**.

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)**।

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)**.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-392-1147 (TTY/PA RELAY 711)**.

Tema Página

Sección 1: Bienvenida 8
Introducción 9
- ¿Qué es HealthChoices? 9

Le damos la bienvenida a Highmark Wholecare 9
Servicios para Miembros 10
Tarjetas de identificación de miembro 10
Información de contacto importante 13
- Emergencias 13
- Información de contacto importante: resumen 13
- Otros números de teléfono 14

Servicios de comunicación 14
Inscripción 15
- Servicios de inscripción 15
- Cambiar su plan de HealthChoices 16
- Cambios en el hogar 16
- ¿Qué sucede si me mudo? 17
- Pérdida de beneficios 17

Información sobre proveedores 18
Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP) 18
- Cómo cambiar de PCP 19

Visitas al consultorio médico 20
- Cómo programar una cita con su PCP 20
- Normas para las citas 20

Derivaciones 21
- Autoderivaciones 21

Atención fuera de horario 22
Compromiso de los miembros 22
- Cómo sugerir cambios a políticas y servicios 22
- Comité asesor de educación médica (HEAC) de Highmark Wholecare 22
- Programa de mejoramiento de la calidad de Highmark Wholecare 22

Derechos y responsabilidades de los miembros 25
- Derechos de los miembros 25
- Responsabilidades de los miembros 26

Privacidad y confidencialidad 27
Copagos 27
- ¿Qué sucede si me cobran un copago y yo no estoy de acuerdo? 28

Información de facturación 28
- ¿Cuándo me puede facturar un proveedor? 29
- ¿Qué hago si recibo una factura? 29

Responsabilidad civil de terceros 29
- Coordinación de beneficios 29

Programa de restricción de beneficiarios/período de bloqueo 30
- ¿Cómo funciona? 30

Cómo denunciar fraude o abuso 31

¿Cómo denuncio fraude o abuso de un miembro? ... 31
¿Cómo denuncio fraude o abuso de un proveedor? ... 32
Servicios cubiertos ... 34
Servicios que no tienen cobertura ... 40
Segundas opiniones ... 40
¿Qué es una autorización previa? ... 41
¿Qué significa “médicamente necesario? ... 41
Revisión de utilización ... 41
Cómo solicitar una autorización previa ... 42
¿Qué servicios, artículos o medicamentos requieren autorización previa? ... 42
Autorización previa de un servicio o artículo ... 43
Autorización previa del Equipo médico duradero para la accesibilidad del hogar ... 44
Autorización previa de medicamentos cubiertos ... 45
¿Qué sucede si recibo un aviso de denegación? ... 45
Proceso de excepción del programa ... 45
Descripciones del servicio ... 46
Servicios de emergencia ... 46
Transporte médico de emergencia ... 47
Atención de urgencia ... 47
Servicios de atención dental ... 48
Miembros menores de 21 años ... 48
Miembros de 21 años de edad o más ... 49
Excepción del límite de beneficios dentales ... 50
Plazos para decidir una Excepción del límite de beneficios ... 51
Servicios de atención oftalmológica ... 51
Miembros menores de 21 años ... 51
Miembros de 21 años de edad o más ... 53
Beneficios de farmacia ... 54
Recetas ... 54
Lista de medicamentos preferidos (PDL) estatal y Formulario complementario de Highmark Wholecare ... 54
Reembolso de medicamentos ... 56
Medicamentos especializados ... 56
Medicamentos de venta libre ... 57
Tratamiento para dejar de fumar ... 58
Medicamentos ... 58
Servicios de asesoramiento ... 58
Tratamiento de la salud conductual ... 58
Programas de administración de casos ... 59
Otros recursos para dejar de fumar ... 59
Planificación familiar ... 60
Atención de maternidad ... 60
Atención durante el embarazo ... 60
Atención para usted y su bebé después del nacimiento ... 61
Programa de maternidad ... 62
Equipo médico duradero y suministros médicos ... 62

Servicios para pacientes ambulatorios 63
Servicios en centros de enfermería 63
Servicios hospitalarios 64
Servicios preventivos 64
Examen físico 66
Nuevas tecnologías médicas 66
Atención médica domiciliaria 66
Modelo de servicios médicos centrados en el paciente 67
Control de enfermedades 67
Servicios extendidos 69
Detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) 70
¿Cuándo se debe realizar un examen de EPSDT? 70
Cronograma de detección recomendado 71
¿Qué hará el proveedor durante el examen de EPSDT? 71
Proveedores fuera de la red 73
Cómo obtener atención médica fuera del área de servicio de Highmark Wholecare 73
Servicios fuera del plan 73
Transporte médico que no es de emergencia 73
Programa de Transporte de Asistencia Médica 74
Programa para mujeres, bebés y niños 75
Manejo de crisis y prevención de violencia doméstica 75
Violencia sexual y crisis por violación 76
Servicios de intervención temprana 77
Unidad de necesidades especiales 80
Coordinación de la atención 80
Administración de la atención 81
Exenciones en el hogar y la comunidad y servicios y apoyo a largo plazo 82
Cuidado médico tutelar 82
Directivas anticipadas 84
Testamentos en vida 84
Poder notarial para la atención médica 84
Qué hacer si un proveedor no sigue su directiva anticipada 84
Atención de salud conductual 86
Servicios de salud mental y por abuso de drogas y alcohol 87
Reclamos, quejas formales y audiencias imparciales 91
Reclamos 91
¿Qué es un reclamo? 91
Reclamo de primer nivel 91
¿Qué debo hacer si tengo un reclamo? 91
¿Cuándo debo presentar un reclamo de primer nivel? 92
¿Qué ocurre después de presentar un reclamo de primer nivel? 94
¿Qué sucede si no me gusta la decisión de Highmark Wholecare? 95
Reclamo de segundo nivel 96
¿Qué debo hacer si deseo presentar un reclamo de segundo nivel? 96
¿Qué ocurre después de presentar un reclamo de segundo nivel? 97

¿Qué sucede si no me gusta la decisión de Highmark Wholecare 97
sobre mi reclamo de segundo nivel? 97
Revisión de reclamo externa 98
¿Cómo solicito una revisión externa del reclamo? 98
¿Qué sucede después de solicitar una revisión externa del reclamo? 98
Quejas formales 99
¿Qué es una queja formal? 99
¿Qué debo hacer si tengo una queja formal? 99
¿Cuándo debo presentar una queja formal? 100
¿Qué sucede después de presentar una queja formal? 100
¿Qué sucede si no me gusta la decisión de Highmark Wholecare? 101
Revisión externa de la queja formal 101
¿Cómo solicito una revisión externa de la queja formal? 101
¿Qué sucede después de solicitar una revisión externa de la queja formal? 102
Reclamos y quejas formales acelerados 102
¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inminente? 102
Reclamo acelerado y reclamo externo acelerado 103
Quejas formales aceleradas y revisión externa de quejas formales aceleradas 104
¿Qué tipo de ayuda puedo recibir 105
con los procesos de reclamaciones y quejas formales? 105
Personas cuya lengua materna no es el inglés 106
Personas con discapacidades 106
AUDIENCIAS IMPARCIALES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS 106
¿Por qué motivos puedo solicitar una audiencia imparcial y cuándo debo hacerlo? . 106
¿Cómo solicito una audiencia imparcial? 107
¿Qué sucede después de solicitar una audiencia imparcial? 108
¿Cuándo se tomará una decisión sobre la audiencia imparcial? 109
Audiencia imparcial acelerada 109
¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inminente? 109
Transporte de Asistencia Médica 111
Oficina de Asistencia del Condado 112

Sección 1:

Bienvenida

Introducción

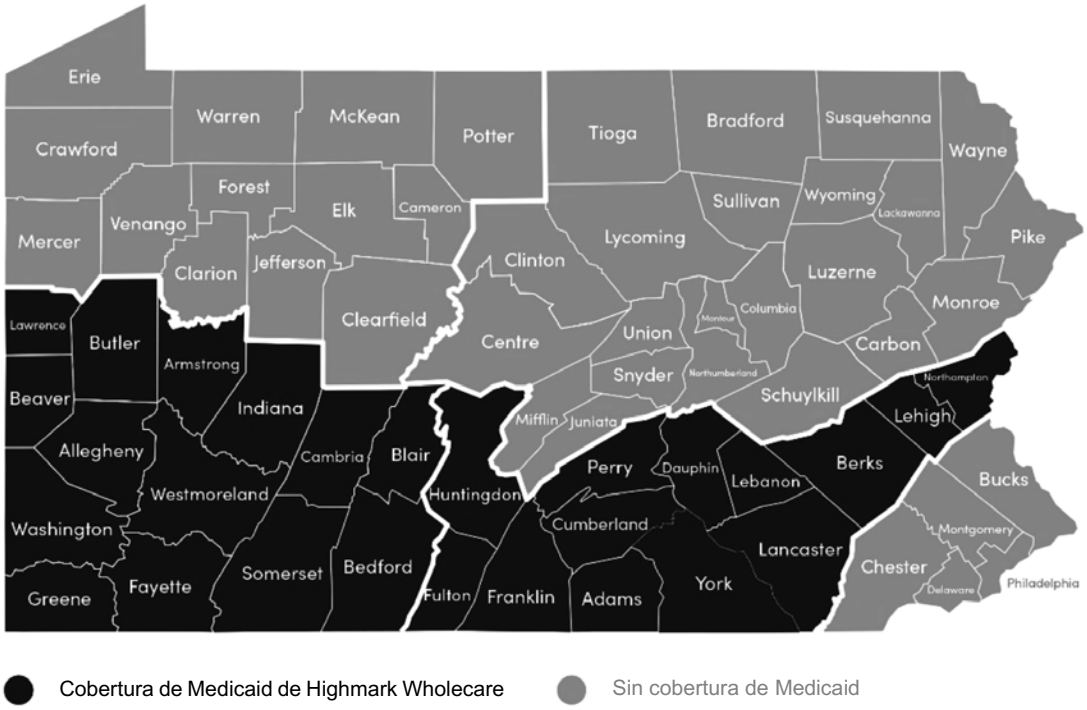
¿Qué es HealthChoices?

HealthChoices es el programa de atención médica gestionada de la Asistencia Médica de Pennsylvania. La Oficina de Programas de Asistencia Médica (Office of Medical Assistance Programs, OMAP) del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Pennsylvania supervisa la parte de salud física de HealthChoices. Los servicios de salud física se proporcionan a través de organizaciones de atención médica gestionada de salud física (physical health managed care organizations, PH-MCO). Los servicios de salud conductual se proporcionan a través de organizaciones de atención médica gestionada de salud conductual (behavioral health managed care organizations, BH-MCO). Para obtener más información sobre los servicios de salud conductual, consulte la página 81.

Le damos la bienvenida a Highmark Wholecare

¡Highmark Wholecare le da la bienvenida como miembro de HealthChoices y Highmark Wholecare! Highmark Wholecare es un plan de atención médica gestionada que cuenta con licencia del Departamento de Salud y el Departamento de Seguros de Pennsylvania. A través de contratos con el DHS, Highmark Wholecare ofrece cobertura a todos los beneficiarios elegibles de la Asistencia Médica en 27 condados de Pennsylvania.

Mapa de cobertura de Medicaid



Highmark Wholecare cuenta con una red de proveedores y centros contratados que proporcionan servicios de salud física cubiertos a los miembros. Es importante que sepa qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con algunas excepciones, deberá utilizar proveedores de la red para obtener atención médica y servicios médicos mientras sea miembro de nuestro plan. Las excepciones incluyen las emergencias y los casos en los cuales Highmark Wholecare autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Servicios para Miembros

El personal de Servicios para Miembros puede ayudarle con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus beneficios de Highmark Wholecare
- Elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)
- Buscar un especialista u otro proveedor de atención médica
- Solicitar el reemplazo de su tarjeta de identificación de miembro
- Cambiar su dirección o número de teléfono
- Reclamaciones o problemas de facturación
- Presentar un reclamo o una queja formal
- Explicar qué es un servicio no cubierto

Los Servicios para Miembros de Highmark Wholecare están disponibles de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 8 p. m., y puede llamar al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

También puede comunicarse con Servicios para Miembros escribiendo a la siguiente dirección:

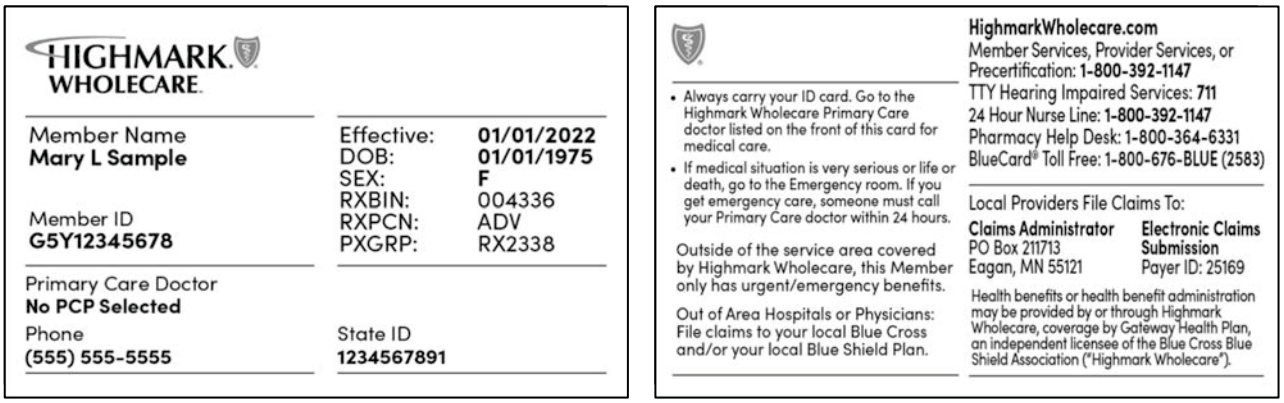
Highmark Wholecare
Attn: Member Services
PO Box 535191
Pittsburgh, PA 15253-5191

Y

Puede unirse al portal para miembros que se encuentra en nuestro sitio web en **HighmarkWholecare.com**. El portal para miembros le permitirá ver las autorizaciones y chatear con un representante de Servicios para Miembros. El portal también le permitirá ver reclamaciones, obtener una tarjeta de identificación, cambiar su médico de atención primaria y revisar los medicamentos incluidos en el formulario. Esta información de fácil acceso no requiere una llamada al plan.

Tarjetas de identificación de miembro

Cada miembro de su familia que esté inscrito en Highmark Wholecare recibirá su propia tarjeta de identificación. Si todavía no recibió su tarjeta de identificación, la recibirá muy pronto. Llámenos de inmediato si la tarjeta contiene algún error.


HIGHMARK WHOLECARE

Member Name
Mary L Sample

Member ID
G5Y12345678

Primary Care Doctor
No PCP Selected

Phone
(555) 555-5555

Effective: 01/01/2022
DOB: 01/01/1975
SEX: F
RXBIN: 004336
RXPCN: ADV
PXGRP: RX2338

State ID
1234567891

- Always carry your ID card. Go to the Highmark Wholecare Primary Care doctor listed on the front of this card for medical care.
- If medical situation is very serious or life or death, go to the Emergency room. If you get emergency care, someone must call your Primary Care doctor within 24 hours.

Outside of the service area covered by Highmark Wholecare, this Member only has urgent/emergency benefits.

Out of Area Hospitals or Physicians: File claims to your local Blue Cross and/or your local Blue Shield Plan.

HighmarkWholecare.com
Member Services, Provider Services, or Precertification: 1-800-392-1147
TTY Hearing Impaired Services: 711
24 Hour Nurse Line: 1-800-392-1147
Pharmacy Help Desk: 1-800-364-6331
BlueCard® Toll Free: 1-800-676-BLUE (2583)

Local Providers File Claims To:

Claims Administrator
PO Box 211713
Eagan, MN 55121

Electronic Claims Submission
Payer ID: 25169

Health benefits or health benefit administration may be provided by or through Highmark Wholecare, coverage by Gateway Health Plan, an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association ("Highmark Wholecare").

Su tarjeta de miembro contiene los siguientes datos:

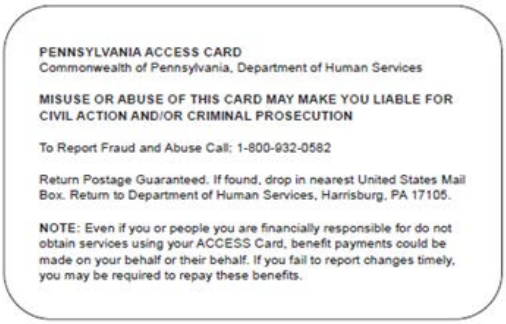
- La fecha de entrada en vigencia de su tarjeta de identificación
- Su nombre, género y fecha de nacimiento
- Su número de identificación de miembro de Highmark Wholecare
- Su número de identificación de Medicaid otorgado por el estado
- El nombre y el número de teléfono de su PCP
- El nombre de su laboratorio asignado
- Números de teléfono importantes de Highmark Wholecare

Puede comenzar a utilizar su tarjeta de miembro a partir de la “fecha de entrada en vigencia” que figura en la esquina superior derecha de la tarjeta. La tarjeta es válida mientras usted permanezca en el Programa de Asistencia Médica y continúe siendo miembro de Highmark Wholecare. Muestre su tarjeta de miembro de Highmark Wholecare en todas las visitas a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica. Si se le extravía o le roban la tarjeta de miembro de Highmark Wholecare, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Los servicios cubiertos estarán disponibles para usted mientras esté a la espera de recibir su nueva tarjeta.

También recibirá una tarjeta ACCESS o EBT. Deberá presentar esta tarjeta junto con su tarjeta de identificación de Highmark Wholecare en todas sus citas. Si pierde su tarjeta ACCESS o EBT, comuníquese con su Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office, CAO). El número de teléfono de la CAO aparece a continuación, en la sección **Información de contacto importante**. Recibirá la siguiente tarjeta.

Las tarjetas de Asistencia Médica (Medical Assistance, MA) con el Capitolio y las flores de cerezo pueden usarse para asistencia en efectivo, el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP) y MA. Además, si un Miembro es elegible para recibir asistencia en efectivo, automáticamente es elegible para MA. Por lo general, esta tarjeta se emite a la persona a la que se dirige la asistencia en efectivo o el beneficio SNAP; para MA, se emite al jefe de familia.

La “Tarjeta Azul” se emite únicamente para MA a todos los demás miembros del grupo familiar.



Aquí se muestran las tarjetas de MA más antiguas que aún pueden estar activas. La tarjeta verde/azul con “ACCESS” en amarillo también puede servir como tarjeta EBT del jefe de familia para SNAP y asistencia en efectivo, y su tarjeta de MA. La tarjeta amarilla es solo para MA para todos los demás miembros del grupo familiar.

Hasta que reciba su tarjeta de identificación de Highmark Wholecare, use su tarjeta ACCESS o EBT para los servicios de atención médica que obtenga a través de HealthChoices.

Información de contacto importante

La siguiente información es una lista de los números de teléfono importantes que puede necesitar. Si no sabe con seguridad a quién llamar, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda al siguiente número: 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Emergencias

Consulte la Sección 3, Servicios de salud física cubiertos, que comienza en la página 32, para obtener más información sobre los servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, puede recibir ayuda al dirigirse al Departamento de Emergencias más cercano, o llamar al 911 o a su servicio de ambulancia local.

Información de contacto importante: resumen

Nombre	Información de contacto: Teléfono o sitio web	Apoyo brindado
Números de teléfono del Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania		
Oficina de Asistencia del Condado/COMPASS	1-877-395-8930 o 1-800-451-5886 (TTY/TTD) o **www.compass.state.pa.us** o aplicación móvil myCOMPASS PA para teléfonos inteligentes	Cambiar su información personal para la elegibilidad en el Programa de Asistencia Médica. Consulte la página 16 de este manual para obtener más información.
Línea directa para denuncias de fraude y abuso, Departamento de Servicios Humanos	1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477)	Informar fraude o abuso de miembros o proveedores en el Programa de Asistencia Médica. Consulte la página 31 de este manual para obtener más información.
Otros números de teléfono importantes		
Línea directa de enfermería de Highmark Wholecare	1-855-805-9408 Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 o al 1-800-654-5984	Hablar con un enfermero las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sobre asuntos urgentes en cuanto a la salud. Consulte la página 21 de este manual para obtener información.

Programa de asistencia para la inscripción	1-800-440-3989 1-800-618-4255 (TTY)	Elegir o cambiar un plan HealthChoices. Consulte la página 15 de este manual para obtener más información.
Oficina de Servicios al Consumidor del Departamento de Seguros	1-877-881-6388	Solicitar un formulario de reclamo, presentar un reclamo o hablar con un representante de Servicios al Consumidor.
Servicios de Protección	1-800-490-8505	Informar sospechas de abuso, negligencia, explotación o abandono de un adulto mayor de 60 años o un adulto de entre 18 y 59 años que tenga una discapacidad física o mental.

Otros números de teléfono

Childline	1-800-932-0313
Oficina de Asistencia del condado	Consulte la página 106
Servicios de Intervención en Crisis	988
Asistencia legal	1-800-322-7572
Programa de Transporte de Asistencia Médica	Consulte la página 105
Servicios de Salud Mental/Discapacidad Intelectual	Consulte la página 81

Línea de Prevención del Suicidio y Crisis

El número 988 de la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Llame al: 988
Envíe un mensaje de texto al: 988
Visite o chatee en: **988lifeline.org**

Si necesita asistencia o apoyo de salud mental, puede obtener más información sobre los servicios disponibles en PA en **https://www.dhs.pa.gov/Services/Mental-Health-In-PA/Pages/default.aspx**.

Servicios de comunicación

Highmark Wholecare puede proporcionar este manual y otra información que usted necesite en otros idiomas además del inglés, sin costo alguno para usted. Highmark Wholecare también puede proporcionar su manual y otra información que usted necesite en otros formatos, tales como disco compacto, braille, letras grandes, DVD, comunicación electrónica y otros formatos si los necesita, sin costo alguno para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) para solicitar la ayuda que necesite. Según la información que usted

necesite, Highmark Wholecare puede demorar hasta 5 días hábiles en enviarle la información.

Highmark Wholecare también le proporcionará un intérprete, incluso para el lenguaje de señas estadounidense o para servicios de TTY, si usted no habla ni entiende inglés, o es sordo o tiene dificultades auditivas. Estos servicios están disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita un intérprete, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y Servicios para Miembros le comunicará con el servicio de intérprete que satisfaga sus necesidades. Para los servicios de TTY, comuníquese con nuestro número especializado al 711 o al 1-800-654-5984, o llame a Servicios para Miembros, y ellos le contactarán con la próxima línea de TTY disponible.

Si su PCP u otro proveedor no pueden proporcionarle un intérprete para su cita, Highmark Wholecare le brindará uno. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o al 1-800-654-5984) si necesita un intérprete para una cita.

Inscripción

Para obtener los servicios en HealthChoices, usted debe seguir siendo elegible para el Programa de Asistencia Médica. Recibirá los documentos o una llamada telefónica para renovar su elegibilidad. Es importante que siga las instrucciones para que su Asistencia Médica no termine. Si tiene preguntas acerca de los documentos que recibe o si no está seguro de que su elegibilidad para el Programa de Asistencia Médica esté al día, llame a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o al 1-800-654-5984) o su CAO.

Servicios de inscripción

El Programa de Asistencia Médica trabaja con el Programa de Asistencia para la Inscripción (Enrollment Assistance Program, EAP) para ayudarle a inscribirse en HealthChoices. Usted recibió información sobre el EAP con la información que recibió sobre cómo seleccionar un plan de HealthChoices. Los especialistas en inscripción pueden brindarle información sobre todos los planes de HealthChoices disponibles en su área para que pueda decidir cuál es el mejor para usted. Si no elige un plan de HealthChoices, seleccionaremos uno por usted. Los especialistas en inscripción también pueden ayudarlo si desea cambiar su plan de HealthChoices o si se muda a otro condado.

Los especialistas en inscripción pueden ayudarle a hacer lo siguiente:

- Elegir un plan de HealthChoices
- Cambiar su plan de HealthChoices
- Elegir un PCP cuando se inscribe en un plan de HealthChoices por primera vez
- Responder preguntas sobre todos los planes de HealthChoices

- Determinar si tiene necesidades especiales, lo que podría ayudarle a decidir qué plan de HealthChoices elegir

- Brindarle más información acerca de su plan de HealthChoices

Para comunicarse con el EAP, llame al 1-800-440-3989 o 1-800-618-4225 (TTY).

Cambiar su plan de HealthChoices

Puede cambiar de plan de HealthChoices en cualquier momento y por cualquier motivo. Para cambiar su plan de HealthChoices, llame al EAP al 1-800-440-3989 o 1-800-618-4225 (TTY). Le informarán cuándo comienza el cambio a su nuevo plan de HealthChoices. Usted permanecerá en Highmark Wholecare hasta ese momento. Puede tardar hasta 6 semanas para que el cambio de plan de HealthChoices entre en vigencia. Use su tarjeta de identificación de Highmark Wholecare en sus citas hasta que comience su nuevo plan.

Cambios en el hogar

Llame a su CAO y a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o al 1-800-654-5984) si hay algún cambio en el hogar.

Por ejemplo:

- Alguien en su familia está embarazada o tiene un bebé.

- Su dirección o número de teléfono cambian.

- Usted o un miembro de su familia que vive con usted obtienen otro seguro médico.

- Usted o un miembro de su familia que vive con usted están muy enfermos o quedan discapacitados.

- Un miembro de su familia se muda a su hogar o se muda fuera de su hogar.

- Hay una muerte en la familia.

Un bebé recién nacido es asignado automáticamente al plan de HealthChoices actual de la madre. Puede cambiar el plan de su bebé llamando al EAP al **1-800-440-3989.** Una vez que se realice el cambio, recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro de HealthChoices para su bebé.

Recuerde que es importante llamar a su CAO de inmediato si ocurre algún cambio en su grupo familiar, porque el cambio podría afectar sus beneficios.

¿Qué sucede si me mudo?

Si se muda fuera de su condado, es posible que tenga que elegir un nuevo plan de HealthChoices. Comuníquese con su CAO si se muda. Si Highmark Wholecare también presta servicios en el nuevo condado, puede permanecer en Highmark Wholecare. Si Highmark Wholecare no presta servicios en el nuevo condado, el EAP puede ayudarle a seleccionar un nuevo plan.

Si se muda fuera del estado, ya no podrá recibir servicios a través de HealthChoices. Su asistente social finalizará sus beneficios en Pennsylvania. Deberá solicitar beneficios en el nuevo estado.

Pérdida de beneficios

Existen algunas razones por las cuales usted puede perder sus beneficios por completo.

Entre ellas, se incluyen las siguientes:

- Su Asistencia Médica termina por algún motivo. Si vuelve a ser elegible para recibir Asistencia Médica en un plazo de 6 meses, será inscrito de nuevo en el mismo plan de HealthChoices a menos que elija un plan diferente.
- Acude a un hogar de ancianos fuera de Pennsylvania.
- Ha cometido fraude de Asistencia Médica y ha finalizado todas las apelaciones.
- Va a prisión o lo admiten en un centro para el desarrollo juvenil.

Además, también existen razones por las que es posible que ya no pueda recibir servicios a través de una organización de atención médica gestionada (Managed Care Organization, MCO) de salud física y sea admitido en el programa de cargo por servicio.

Entre ellas, se incluyen las siguientes:

- Lo admiten en un centro de detención juvenil durante más de 35 días consecutivos.
- Tiene 21 años de edad o más y comienza a recibir la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados).
- Acude a un hospital de salud mental estatal.

También puede ser elegible para Community HealthChoices. Si es elegible para recibir la cobertura de Medicare o es elegible para atenderse en un hogar o centro de enfermería, o bien para recibir servicios en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS), entonces será elegible para Community

HealthChoices. Para obtener más información sobre Community HealthChoices, visite **www.healthchoices.pa.gov.**

Recibirá un aviso del DHS si pierde sus beneficios o si ya no puede recibir servicios a través de una MCO de salud física y comenzará a recibir servicios a través del sistema de cargo por servicio o Community HealthChoices.

Información sobre proveedores

El directorio de proveedores de Highmark Wholecare tiene información sobre los proveedores de la red de Highmark Wholecare. El directorio de proveedores se encuentra en línea en este enlace: **HighmarkWholecare.com**. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o al 1-800-654-5984) para pedir que se le envíe una copia del directorio de proveedores o solicitar información sobre la facultad de medicina a la que asistió el médico o el programa de residencia que completó. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le ayuden a encontrar un proveedor. El directorio de proveedores incluye la siguiente información acerca de los proveedores de la red:

- Nombre, dirección, dirección del sitio web, dirección de correo electrónico, número de teléfono.
- Si el proveedor está aceptando nuevos pacientes o no.
- Días y horarios de atención.
- Las credenciales y certificaciones profesionales del proveedor.
- La especialidad del proveedor y los servicios ofrecidos por este.
- Si el proveedor habla otro idioma además del inglés, y si lo hace, qué idiomas habla.
- Si las ubicaciones del proveedor cuentan con acceso para silla de ruedas.

La información en el directorio de proveedores impreso puede cambiar. Puede llamar a Servicios para Miembros para verificar si la información en el directorio de proveedores es actual. Highmark Wholecare actualiza el directorio de proveedores impreso mensualmente. El directorio en línea se actualiza al menos mensualmente.

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP es el médico o grupo de médicos que le brindan servicios y trabajan con otros proveedores de atención médica para asegurarse de que usted obtenga los servicios de atención médica que necesita. Su PCP lo deriva a los especialistas que necesita y lleva un registro de la atención que recibe por parte de todos sus proveedores.

Un PCP puede ser un médico de familia, un médico generalista, un pediatra (para niños y adolescentes) o un médico internista (médico que se especializa en medicina interna). También puede elegir un enfermero practicante registrado y certificado (Certified Registered Nurse Practitioner, CRNP) como su PCP. Un CRNP trabaja bajo la supervisión de un médico y puede realizar muchas de las mismas prácticas que un médico realiza, como recetar medicamentos y diagnosticar enfermedades.
Algunos médicos cuentan con otros profesionales médicos que pueden atenderlo y brindarle atención y tratamiento bajo la supervisión de su PCP.

Algunos de estos profesionales médicos pueden ser los siguientes:

- Asistentes médicos
- Residentes médicos
- Enfermeras parteras certificadas

Si cuenta con Medicare, puede permanecer con el PCP que tiene ahora aunque su PCP no se encuentre en la red de Highmark Wholecare. Si no cuenta con Medicare, su PCP debe estar dentro de la red de Highmark Wholecare.

Si tiene necesidades especiales, puede solicitar que un especialista sea su PCP. El especialista tiene que aceptar ser su PCP y debe pertenecer a la red de Highmark Wholecare.

Los especialistas en inscripción pueden ayudarle a elegir su primer PCP con Highmark Wholecare. Si no elige un PCP a través del EAP en un plazo de 14 días desde la fecha en que eligió Highmark Wholecare, nosotros elegiremos su PCP por usted.

Cómo cambiar de PCP

Si desea cambiar de PCP por algún motivo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o al 1-800-654-5984) y solicite un nuevo PCP. Si necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP, puede visitar **HighmarkWholecare.com**, que incluye un directorio de proveedores, o solicitar a Servicios para Miembros que le envíe un directorio de proveedores impreso.

Highmark Wholecare le enviará una nueva tarjeta de identificación que contendrá el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP. Un representante de Servicios para Miembros le informará cuándo puede comenzar a acudir a su nuevo PCP.

Cuando cambie de PCP, Highmark Wholecare puede ayudar con la coordinación al enviar la historia clínica de su anterior PCP a su nuevo PCP. En casos de emergencia, Highmark Wholecare le ayudará a transferir su historia clínica lo antes posible.

Si su PCP es un pediatra o especialista en pediatría, puede solicitar ayuda para cambiar a un PCP que proporcione servicios para adultos.

Visitas al consultorio médico

Cómo programar una cita con su PCP

Para programar una cita con su PCP, llame al consultorio de su PCP. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711 o al 1-800-654-5984).

Si necesita ayuda para llegar a las citas con el médico, consulte la sección del Programa de Transporte de Asistencia Médica (Medical Assistance Transportation Program, MATP) en la página 70 de este manual o llame a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al número de teléfono que se menciona anteriormente.

Si no tiene su tarjeta de identificación de Highmark Wholecare al momento de la cita, lleve su tarjeta ACCESS o EBT. También debe informar a su PCP que usted seleccionó Highmark Wholecare como su plan de HealthChoices.

Normas para las citas

Los proveedores de Highmark Wholecare deben cumplir con las siguientes normas en relación con las citas:

- Su PCP debe atenderle dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que llama para programar una cita de rutina.
- No debería esperar en la sala de espera durante más de 30 minutos, a menos que el médico tenga una emergencia.
- Si tiene una afección médica de urgencia, su proveedor debe atenderle dentro de las 24 horas de haber llamado para programar una cita.
- Si tiene una emergencia, el proveedor debe atenderlo de inmediato o derivarlo a una sala de emergencias.
- Si está embarazada y
    - en su primer trimestre, el proveedor debe atenderla en un plazo de 10 días hábiles desde que Highmark Wholecare toma conocimiento de su embarazo.
    - en su segundo trimestre, el proveedor debe atenderla en un plazo de 5 días hábiles desde que Highmark Wholecare toma conocimiento de su embarazo.
    - en su tercer trimestre, el proveedor debe atenderla en un plazo de 4 días hábiles desde que Highmark Wholecare toma conocimiento de su embarazo.

- tiene un embarazo de alto riesgo, el proveedor debe atenderla en un plazo de 24 horas desde que Highmark Wholecare toma conocimiento de su embarazo.

Derivaciones

Una derivación consiste en que su PCP lo envíe a un especialista. Un especialista es un médico (o grupo de médicos) o un CRNP que enfoca su práctica en tratar una enfermedad o afección médica o una parte específica del cuerpo. Si visita a un especialista sin la derivación de su PCP, es posible que deba pagar una factura.

Si Highmark Wholecare no cuenta con al menos dos especialistas en su área y usted no desea que le trate el especialista en su área, Highmark Wholecare trabajará con usted para consultar a un especialista fuera de la red sin costo alguno para usted. Su PCP debe comunicarse con Highmark Wholecare para informarle que usted desea consultar a un especialista fuera de la red y obtener la aprobación de Highmark Wholecare antes de que usted consulte al especialista.

Su PCP le ayudará a programar la cita con el especialista. El PCP y el especialista colaborarán con usted, y entre ellos, para asegurarse de que usted obtenga la atención médica que necesita.

En algunas ocasiones, usted puede tener una afección médica especial por la que deberá visitar al especialista con frecuencia. Cuando su PCP lo deriva para que haga varias visitas a un especialista, esto se denomina derivación permanente.

Para obtener una lista de especialistas de la red de Highmark Wholecare, consulte el directorio de proveedores en nuestro sitio web en **HighmarkWholecare.com** o llame a Servicios para Miembros para pedir ayuda o recibir un directorio de proveedores impreso.

Autoderivaciones

Las autoderivaciones son servicios que usted coordina para usted mismo y no necesita que su PCP los coordine para poder recibirlos. Debe usar un proveedor de la red de Highmark Wholecare a menos que Highmark Wholecare apruebe un proveedor fuera de la red.

Los siguientes servicios no requieren derivación de su PCP:

- Visitas prenatales
- Atención obstétrica de rutina
- Atención ginecológica de rutina
- Servicios de planificación familiar de rutina (se puede consultar a un proveedor fuera de la red sin aprobación)
- Servicios dentales de rutina
- Exámenes de la vista de rutina

- Servicios de emergencia

No necesita una derivación de su PCP para los servicios de salud conductual. Puede llamar a su organización de atención médica gestionada de salud conductual a fin de obtener más información. Consulte la Sección 7 del manual, en la página 81, para obtener más información.

Atención fuera de horario

Puede llamar a su PCP por problemas médicos que no sean de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los profesionales de atención médica de guardia le ayudarán con cualquier tratamiento y atención que necesite.

Highmark Wholecare cuenta con una línea directa gratuita de enfermería que usted puede contactar llamando al 1-855-805-9408 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y a la que también puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Un enfermero hablará con usted sobre asuntos urgentes en cuanto a la salud.

Compromiso de los miembros

Cómo sugerir cambios a políticas y servicios

Highmark Wholecare desea escuchar sus sugerencias sobre cómo mejorar su experiencia con HealthChoices. Si tiene sugerencias sobre cómo mejorar el programa o cómo prestar servicios de manera diferente, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Comité asesor de educación médica (HEAC) de Highmark Wholecare

Highmark Wholecare tiene un Comité Asesor de Educación Médica (Health Education Advisory Committee, HEAC) que incluye miembros y proveedores de la red. El Comité brinda asesoramiento a Highmark Wholecare sobre las experiencias y necesidades de miembros como usted. Para obtener más información sobre el Comité, llame al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o visite el sitio web en **HighmarkWholecare.com**.

Programa de mejoramiento de la calidad de Highmark Wholecare

El Programa de Mejoramiento de la Calidad/Gestión de la Utilización (Quality Improvement/Utilization Management, QI/UM) de Highmark Wholecare intenta garantizar que usted reciba los mejores servicios y atención médica posibles. Highmark Wholecare siempre está analizando qué tan bien lo ayudamos en los siguientes aspectos:

- Obtener atención para evitar enfermarse
- Obtener atención para problemas de salud que ha tenido hace un tiempo
- Conocer los medicamentos que toma
- Evitar ingresar al hospital

- Acceder a los médicos
- Programar citas con los médicos y acudir a ellas
- Compartir información de salud con los médicos
- Obtener atención de forma que respete su cultura
- Mantenerse saludable y seguro

El Programa de Calidad utiliza herramientas para ver nuestro progreso y para ayudar a establecer objetivos para el futuro. Algunas de estas herramientas incluyen resultados de encuestas, revisiones de historias clínicas y conjuntos de datos de efectividad de la atención médica (Healthcare Effectiveness Data Information Set, HEDIS®). También trabajamos con nuestros médicos para supervisar la atención y los servicios que reciben nuestros miembros, y para averiguar cómo podemos mejorar.

Highmark Wholecare cuenta con un plan de trabajo de QI/UM que detalla todo lo que ocurre en nuestro Programa de Calidad. Este plan de trabajo se revisa cada tres meses para analizar problemas a fin de abordarlos.

Highmark Wholecare también revisa su Programa de Calidad todos los años para ver cómo satisfacemos las necesidades de servicios y atención médica de nuestros miembros. La evaluación del Programa de Mejoramiento de la Calidad se realiza anualmente para ver cómo alcanzamos nuestros objetivos, qué programas nuevos implementar y dónde podemos mejorar.

Como parte de la revisión del Programa de Calidad, Highmark Wholecare realiza proyectos de mejoramiento del desempeño (Performance Improvement Projects, PIP). Los PIP son estudios que cumplen con los requisitos de los contratos estatales según los servicios de atención clínica o los servicios no clínicos. Los PIP abordan áreas de enfoque clave relacionadas con la calidad con el fin de introducir mejoras. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) si desea obtener más información sobre nuestro Programa de Calidad, el plan de trabajo de QI/UM, un resumen de la evaluación del Programa de QI/UM anual o los resultados de los PIP, disponibles a pedido.

Sección 2:

Derechos y responsabilidades

Derechos y responsabilidades de los miembros

Highmark Wholecare y su red de proveedores no discriminan a los miembros en función de raza, sexo, religión, nacionalidad, discapacidad, edad, orientación sexual, identidad de género u otro motivo prohibido por ley.

Como miembro de Highmark Wholecare, usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades.

Derechos de los miembros

Usted tiene derecho a lo siguiente:

1. A que el personal de Highmark Wholecare y los proveedores de la red lo traten con respeto, reconozcan su dignidad y necesidad de privacidad.

2. A obtener información de forma que pueda entender fácilmente y encontrar ayuda cuando la necesita.

3. A obtener información que pueda entender fácilmente sobre Highmark Wholecare, sus servicios y los médicos y otros proveedores que lo traten.

4. A elegir los proveedores de atención médica de la red que usted desea que lo traten.

5. A obtener servicios de emergencia cuando los necesita de cualquier proveedor sin la aprobación de Highmark Wholecare.

6. A obtener información que pueda entender fácilmente y hablar con sus proveedores sobre las opciones de tratamiento, los riesgos del tratamiento y las pruebas que se pueden autoadministrar, sin interferencia de Highmark Wholecare.

7. A tomar todas las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento. Si no puede tomar las decisiones sobre tratamientos usted mismo, tiene el derecho a que alguien más le ayude a tomar decisiones o tome las decisiones en su nombre.

8. A hablar con proveedores en confianza y que la información y los registros de atención médica se mantengan confidenciales.

9. A ver y obtener una copia de su historia clínica y solicitar cambios o correcciones a sus registros.

10. A pedir una segunda opinión.

11. A presentar una queja formal si no está de acuerdo con la decisión de Highmark Wholecare de que un servicio no es médicamente necesario para usted.

12. A presentar un reclamo si no está conforme con la atención o el tratamiento que ha recibido.

13. A solicitar una audiencia imparcial del DHS.

14. A no recibir ningún tipo de limitación o aislamiento como medio para obligarle a hacer algo, disciplinarle, facilitarle las cosas al proveedor o castigarle a usted.

15. A obtener información sobre los servicios que Highmark Wholecare, o un proveedor, no cubre por motivos de objeciones morales o religiosas y sobre cómo obtener tales servicios.

16. A ejercer sus derechos sin afectar de forma negativa la manera en que el DHS, Highmark Wholecare y los proveedores de la red le tratan.

17. A redactar una directiva anticipada. Para obtener más información, consulte la Sección 6, en la página 75.

18. A hacer recomendaciones acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros de Highmark Wholecare.

Responsabilidades de los miembros

Los miembros deben colaborar con sus proveedores de servicios de atención médica. Highmark Wholecare necesita su ayuda para que usted obtenga los servicios y el apoyo que necesita.

Usted debería hacer lo siguiente:

1. Proporcionar, en la medida que pueda, la información que necesitan los proveedores.

2. Seguir las instrucciones y pautas que brindan los proveedores.

3. Involucrarse en las decisiones sobre su atención y tratamiento médicos.

4. Colaborar con los proveedores para crear y realizar sus planes de tratamiento.

5. Informar a los proveedores sobre lo que usted desea y necesita.

6. Obtener información sobre la cobertura de Highmark Wholecare, incluidos todos los beneficios y límites cubiertos y no cubiertos.

7. Usar solamente proveedores de la red, a menos que Highmark Wholecare apruebe un
   proveedor fuera de la red o usted tenga Medicare.

8. Obtener una derivación de su PCP para consultar con un especialista.

9. Respetar a los otros pacientes, al personal del proveedor y a los trabajadores del proveedor.

10. Hacer el mejor esfuerzo para pagar sus copagos.

11. Denunciar fraudes y abuso a la Línea directa para denuncias de fraude y abuso del DHS.

Privacidad y confidencialidad

Highmark Wholecare debe proteger la privacidad de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI). Highmark Wholecare debe informarle cómo puede usar o compartir su PHI con otras personas. Esto incluye compartir su PHI con los proveedores que lo están tratando o para que Highmark Wholecare pueda pagarles a los proveedores. También incluye compartir su PHI con el DHS. Esta información se incluye en el Aviso de prácticas de privacidad de Highmark Wholecare. Para obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Highmark Wholecare, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o visite **HighmarkWholecare.com**.

Copagos

Un copago es el monto que usted paga por algunos servicios cubiertos. Generalmente, es solo un monto menor. Se le pedirá que pague su copago cuando obtiene el servicio, pero no le pueden negar un servicio si usted no puede pagar un copago en ese momento. Si no pagó el copago al momento de recibir el servicio, es posible que reciba una factura de su proveedor por el copago.

Puede encontrar los montos de copago en la tabla de Servicios cubiertos a partir de la página 33 de este manual.

Los siguientes miembros no tienen que pagar copagos:

- Miembros menores de 18 años
- Mujeres embarazadas (incluso 1 año después del nacimiento del niño, o sea, el período de posparto)
- Miembros que viven en un centro de atención a largo plazo, incluidos los centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales y otras afecciones relacionadas, u otras instituciones médicas

- Miembros que viven en un hogar de cuidado personal u hogar de cuidado domiciliario
- Miembros elegibles para recibir beneficios en virtud del Programa de prevención y tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino (Breast and Cervical Cancer Prevention and Treatment Program)
- Miembros elegibles para recibir beneficios en virtud del Título IV-B de Cuidado Tutelar, y el Título IV-E de Cuidado Tutelar y Asistencia de Adopción

Los siguientes servicios no requieren copago:

- Servicios de emergencia
- Servicios de laboratorio
- Servicios de planificación familiar, incluidos los suministros
- Servicios de cuidados para enfermos terminales (“hospicio”)
- Servicios de atención médica domiciliaria
- Servicios para dejar de fumar
- Medicamentos antipsicóticos
- Medicamentos antidiabéticos, incluida la insulina
- Medicamentos antineoplásicos (medicamentos para el cáncer)
- Medicamentos antiparkinsonianos
- Medicamentos antiglaucomatosos
- Medicamentos antihipertensivos
- Medicamentos anticonvulsivos
- Medicamentos cardiovasculares (antiarrítmicos, antianginosos, anticoagulantes, agentes reductores de lípidos)
- Medicamentos para el VIH/SIDA
- Naloxona
- Vacunas contra la influenza, la neumonía y el zóster

¿Qué sucede si me cobran un copago y yo no estoy de acuerdo?

Si considera que un proveedor le cobró el monto incorrecto para un copago o un copago que usted piensa que no debería haber pagado, puede presentar un reclamo ante Highmark Wholecare. Consulte la Sección 8, Reclamos, quejas formales y audiencias imparciales, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, o llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Información de facturación

Los proveedores de la red de Highmark Wholecare no pueden facturarle los servicios médicamente necesarios que cubre Highmark Wholecare. Aunque su proveedor no haya recibido el pago o el monto total de su cargo de Highmark Wholecare, el proveedor no puede facturarle a usted. Esto se denomina “facturación de saldo”.

¿Cuándo me puede facturar un proveedor?

Los proveedores pueden facturarle si ocurre lo siguiente:

- Si usted no pagó su copago.
- Si usted recibió servicios de un proveedor fuera de la red sin la aprobación de Highmark Wholecare y el proveedor le informó antes de que recibiera el servicio que el servicio no estaba cubierto, y usted aceptó pagar el servicio.
- Si usted recibió servicios que no están cubiertos por Highmark Wholecare y el proveedor le informó antes de que recibiera el servicio que el servicio no estaba cubierto, y usted aceptó pagar el servicio.
- Si usted recibió un servicio de un proveedor que no está inscrito en el Programa de Asistencia Médica.

¿Qué hago si recibo una factura?

Si recibe una factura de un proveedor de la red de Highmark Wholecare y usted cree que el proveedor no debería haberle facturado, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Si recibe una factura de un proveedor por uno de los motivos mencionados por los que un proveedor puede facturarle, usted debería pagar la factura o llamar al proveedor.

Responsabilidad civil de terceros

Es posible que usted cuente con Medicare u otro seguro médico. Medicare o su otro seguro médico es su seguro principal. Este otro seguro se conoce como “responsabilidad civil de terceros” o TPL (“third party liability”). Tener otro seguro no afecta su elegibilidad para la Asistencia Médica. En la mayoría de los casos, su Medicare o el otro seguro le pagarán a su PCP u otro proveedor antes de que Highmark Wholecare efectúe el pago. Solamente le pueden facturar a Highmark Wholecare los montos que Medicare o el otro seguro no paguen.

Debe informar a su CAO y a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) si tiene Medicare u otro seguro médico. Cuando visite a un proveedor o vaya a una farmacia, debe informar al proveedor o a la farmacia todas las formas de seguro médico que tiene y mostrar al proveedor o a la farmacia su tarjeta de Medicare o la tarjeta de su otro seguro, su tarjeta ACCESS o EBT, y su tarjeta de identificación de Highmark Wholecare. Esto ayudará a asegurarse de que sus facturas de atención médica se paguen de manera oportuna y correcta.

Coordinación de beneficios

Si cuenta con Medicare y el servicio u otra atención que necesita tienen cobertura de Medicare, puede obtener la atención de alguno de los proveedores de Medicare que elija. El proveedor no tiene que estar en la red de Highmark Wholecare. Además, no

tiene que obtener una autorización previa de Highmark Wholecare o derivaciones de su PCP de Medicare para consultar con un especialista. Highmark Wholecare colaborará con Medicare para decidir si necesita efectuar el pago al proveedor después de que Medicare pague primero, si el proveedor está inscrito en el Programa de Asistencia Médica.

Si necesita un servicio que no tiene cobertura de Medicare, pero sí de Highmark Wholecare, usted deberá obtener el servicio de un proveedor de la red de Highmark Wholecare. Todas las reglas de Highmark Wholecare, tales como autorización previa y derivaciones a especialistas, se aplican a estos servicios.

Si no cuenta con Medicare, pero tiene otro seguro médico y necesita un servicio u otra atención que su otro seguro cubra, debe obtener el servicio de un proveedor que esté tanto en la red de su otro seguro como en la red de Highmark Wholecare. Debe seguir las reglas de su otro seguro y de Highmark Wholecare, como autorización previa y derivaciones a especialistas. Highmark Wholecare colaborará con su otro seguro para decidir si debe pagar los servicios después de que su otro seguro pague primero al proveedor.

Si necesita un servicio que no tiene cobertura de su otro seguro, usted debe obtener el servicio de un proveedor de la red de Highmark Wholecare. Todas las reglas de Highmark Wholecare, tales como autorización previa y derivaciones a especialistas, se aplican a estos servicios.

Programa de restricción de beneficiarios/período de bloqueo

El Programa de restricción de beneficiarios/período de bloqueo de miembros exige que un miembro use proveedores específicos si el miembro ha abusado de sus beneficios de atención médica o de medicamentos recetados o los ha usado de manera excesiva. Highmark Wholecare colabora con el DHS para decidir si limitar los servicios que presta un médico, una farmacia, un hospital, un dentista u otro proveedor a un miembro.

¿Cómo funciona?

Highmark Wholecare revisa los servicios de atención médica y de medicamentos recetados que usted ha usado. Si Highmark Wholecare detecta un uso excesivo o abuso de los servicios de atención médica y de medicamentos recetados, Highmark Wholecare le solicitará al DHS que apruebe poner un límite a los proveedores que usted usa. Si el DHS lo aprueba, Highmark Wholecare le enviará un aviso por escrito que explique el límite.

Puede elegir los proveedores usted, o Highmark Wholecare los elegirá por usted. Si desea un proveedor diferente del que Highmark Wholecare eligió por usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). El límite durará 5 años incluso si usted cambia de plan HealthChoices.

Si no está de acuerdo con la decisión de limitar sus proveedores, puede apelar la decisión al solicitar una audiencia imparcial del DHS en un plazo de 30 días desde la fecha de la carta que le informa que Highmark Wholecare ha limitado sus proveedores.

Debe firmar la solicitud **por escrito** de una audiencia imparcial y enviarla a la siguiente dirección:
Department of Human Services
Office of Administration
Bureau of Program Integrity - DPPC
Recipient Restriction Section
P.O. Box 2675
Harrisburg, Pennsylvania 17105-2675

Si necesita ayuda para solicitar una audiencia imparcial, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o comuníquese con la oficina de asesoramiento legal local.

Si su apelación se entrega con sello postal dentro de los 10 días de la fecha que figura en el aviso de Highmark Wholecare, los límites no se aplicarán hasta que se decida sobre su apelación. Si su apelación se entrega con sello postal después de los 10 días, pero dentro de los 30 días desde la fecha que figura en el aviso, los límites tendrán vigencia hasta que se decida sobre su apelación. La Oficina de Audiencias y Apelaciones le informará por escrito la fecha, la hora y el lugar de su audiencia. Usted no puede presentar una queja formal o un reclamo a través de Highmark Wholecare sobre la decisión de limitar sus proveedores.

Después de 5 años, Highmark Wholecare revisará sus servicios nuevamente para decidir si los límites deberían eliminarse o continuar, y enviará los resultados de su revisión al DHS. Highmark Wholecare le informará los resultados de la revisión por escrito.

Cómo denunciar fraude o abuso

¿Cómo denuncio fraude o abuso de un miembro?

Si cree que alguien está usando su tarjeta de miembro de Highmark Wholecare o la de otro miembro para obtener servicios, equipos o medicamentos, está falsificando o cambiando sus recetas, o está obteniendo servicios que no necesita, puede llamar a la Línea directa para denuncias de fraude y abuso de Highmark Wholecare al 1-844-718-6400 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) para brindar esta información a Highmark Wholecare. También puede denunciar esta información a la Línea directa para denuncias de fraude y abuso del DHS al 1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477).

¿Cómo denuncio fraude o abuso de un proveedor?

El fraude de un proveedor ocurre cuando el proveedor factura por servicios, equipo o medicamentos que usted no obtuvo o facturas por un servicio diferente del servicio que usted recibió. Facturar el mismo servicio más de una vez o cambiar la fecha del servicio también son ejemplos de fraude de un proveedor. Para denunciar el fraude de un proveedor, puede llamar a la Línea directa para denuncias de fraude y abuso de Highmark Wholecare al 1-844-718-6400 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). También puede denunciar esta información a la Línea directa para denuncias de fraude y abuso del DHS al 1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477).

Sección 3:

Servicios de salud física

Servicios cubiertos

La siguiente tabla enumera los servicios que tienen cobertura de Highmark Wholecare cuando los servicios son médicamente necesarios. Algunos de los servicios tienen límites o copagos, o necesitan una derivación de su PCP o requieren autorización previa de Highmark Wholecare. Si usted necesita servicios más allá de los límites enumerados a continuación, su proveedor puede solicitar una excepción, como se explica más adelante en esta sección.

Los límites no se aplican si usted es menor de 21 años o está embarazada.

Todos los servicios médicamente necesarios tienen cobertura de Medicaid, por cualquier monto, para miembros individuales menores de 21 años.

Servicio		**Niños**	**Adultos**
Proveedor de atención primaria	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Especialista	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$2 por visita
	Autorización previa/derivación	N/C	No/Sí
Enfermero practicante registrado y certificado	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0 o $2 por visita[1]
	Autorización previa/derivación	N/C[1]	No/No[1]
Centro de salud federalmente calificado/Centro de salud rural	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Clínica no hospitalaria para pacientes ambulatorios	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí[2]/N/C[2]	Sí[2]/No[2]
Clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí[3]/N/C	Sí[3]/No
Servicios de podología	Límite	N/C	No
	Copago	$0 por visita	$2 por visita
	Autorización previa/derivación	N/C	No/Sí
	Límite	N/C	No

Servicio		Niños	Adultos
Servicios quiroprácticos	Copago	$0 por visita	$2 por visita
	Autorización previa/derivación	Sí/N/C	Sí/No
Servicios de optometría	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Atención de hospicio	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí/N/C	Sí/No
Servicios de atención dental	Límite	Consulte los servicios de atención odontológica en la página 45	Consulte los servicios de atención odontológica en la página 45
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí[4]/N/C	Sí[4]/No
Radiología (p. ej., radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	Límite	N/C	No
	Copago	$0 por servicio	$1 por servicio
	Autorización previa/derivación	Sí[5]/N/C	Sí[5]/No
Unidad de procedimientos hospitalarios breves para pacientes ambulatorios	Límite	N/C	No
	Copago	$0 por servicio	$3 por servicio
	Autorización previa/derivación	Sí[6]/N/C	Sí[6]/No
Centro quirúrgico ambulatorio para pacientes ambulatorios	Límite	N/C	No
	Copago	$0 por servicio	$3 por servicio
	Autorización previa/derivación	Sí[7]/N/C	Sí[7]/No
Transporte médico que no es de emergencia	Límite	Comuníquese con el proveedor de MATP de su condado. Consulte la página 105	Comuníquese con su proveedor de MATP del condado. Consulte la página 105
	Copago	Comuníquese con el proveedor de	Comuníquese con el proveedor de

Servicio		Niños	Adultos
		MATP de su condado. Consulte la página 105	MATP de su condado. Consulte la página 105
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Servicios de planificación familiar	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí[8]/N/C	Sí[8]/No
Diálisis renal	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Servicios de emergencia	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Servicios de atención de urgencia	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Servicios de ambulancia	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Atención hospitalaria para pacientes internados	Límite	N/C	No
	Copago	$0 por día	$3 por día/ hasta $21 por admisión
	Autorización previa/derivación	Sí/N/C	Sí/No
Atención hospitalaria de rehabilitación para pacientes internados	Límite	N/C	No
	Copago	N/C	$3 por día/ hasta $21 por admisión
	Autorización previa/derivación	N/C	Sí/No
Atención de maternidad	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No

Servicio		Niños	Adultos
Medicamentos recetados	Límite	Suministro de 34 días	Suministro de 34 días
	Copago	$0	$1 medicamento genérico $3 medicamento de marca
	Autorización previa/derivación	Consulte el formulario	Consulte el formulario
Suplementos nutricionales enterales/parenterales	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí/N/C	Sí/No
Servicios en centros de enfermería	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí/N/C	Sí/No
Atención médica domiciliaria, incluidos servicios de enfermería, asistencia y terapia	Límite	N/C	28 días ilimitados/15 días por mes a partir de entonces
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí[9]/N/C	Sí[9]/No
Equipo médico duradero	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí[10]/N/C	Sí[10]/No
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí/N/C	Sí/No
Lentes de anteojos	Límite	Sin límites, pero después de 4 lentes estándar por año calendario, los lentes adicionales en ese año requieren autorización previa	Consulte los servicios de atención oftalmológica en la página 49
	Copago	$0	Consulte los servicios de

Servicio		Niños	Adultos
			atención oftalmológica en la página 49
	Autorización previa/derivación	Autorización previa: No Derivación: No	No/No
Marcos de anteojos	Límite	Sin límites, pero después de 2 marcos estándar por año calendario, los marcos adicionales en ese año requieren autorización previa	Consulte los servicios de atención oftalmológica en la página 49
	Copago	$0	Consulte los servicios de atención oftalmológica en la página 49
	Autorización previa/derivación	Autorización previa: No Derivación: No	No/No
Lentes de contacto	Límite	Sin límites, pero después de 4 lentes por año calendario, los lentes adicionales en ese año requieren autorización previa	Consulte los servicios de atención oftalmológica en la página 49
	Copago	$0	Consulte los servicios de atención oftalmológica en la página 49
	Autorización previa/derivación	Autorización previa: No Derivación: No	No/No

Servicio		Niños	Adultos
Ajuste de lentes de contacto	Límite	Cubiertos cuando son médicamente necesarios	
	Copago	$0	
	Autorización previa/derivación	Autorización previa: No Derivación: No	
Suministros médicos	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No
Terapia (física, ocupacional y del habla)	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	Sí/N/C	Sí/No
Laboratorio	Límite	N/C	No
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No[11]/No
Tratamiento para dejar de fumar	Límite	70 visitas por año calendario	70 visitas por año calendario
	Copago	$0	$0
	Autorización previa/derivación	N/C	No/No

1. Enfermero practicante registrado y certificado: copagos según el lugar del servicio (atención primaria o especialista).
2. Clínica no hospitalaria para pacientes ambulatorios: autorización previa obligatoria para ciertos servicios.
3. Clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios: ciertos procedimientos hospitalarios para pacientes ambulatorios requieren autorización previa, como cirugías cardíacas, implantes o cambio de género de una persona o prevención del embarazo.
4. Atención odontológica: los servicios para niños que requieren autorización previa incluyen coronas, extracciones quirúrgicas, servicios periodontales, tratamientos de conducto y aparatos de ortodoncia; los servicios para adultos que requieren autorización previa incluyen extracciones y tratamientos de conducto (si los realiza un dentista general). Los servicios para adultos que requieren una excepción incluyen coronas, servicios periodontales, evaluaciones adicionales, limpiezas, dentaduras postizas y otros servicios que superen la frecuencia o el límite de por vida.
5. Radiología: las radiografías avanzadas, como imágenes por tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética o tomografías por emisión de positrones requieren autorización previa. Las radiografías simples no la requieren.
6. Unidad de procedimientos hospitalarios breves para pacientes ambulatorios: determinadas cirugías diurnas para pacientes ambulatorios requieren autorización

previa, como algunas cirugías cardíacas o implantes o cambio de género de una persona o prevención del embarazo.

7. Centro quirúrgico ambulatorio para pacientes ambulatorios: determinados procedimientos quirúrgicos ambulatorios para pacientes ambulatorios requieren autorización previa, como implantes o cambio de género de una persona o prevención del embarazo.
8. Planificación familiar: los procedimientos de esterilización requieren autorización previa.
9. Servicios de atención médica domiciliaria, incluidos servicios de enfermería, asistencia y terapia: la atención domiciliaria o de enfermería de turno requiere autorización previa. Las visitas de enfermería o asistencia a domicilio no la requieren.
10. Equipo médico duradero: algunos equipos, como las muletas, los bastones o los andadores, no requieren autorización previa. Los equipos más avanzados, como sillas de ruedas y escúteres eléctricos, requieren autorización previa.
11. Laboratorio: los miembros de Highmark Wholecare deben realizarse todos los análisis de laboratorio ambulatorios a través del laboratorio designado del miembro. El laboratorio designado del miembro figura en la tarjeta de identificación del miembro. Las pruebas genéticas/de cáncer de mama (BRCA) y del sueño requieren autorización previa.

Servicios que no tienen cobertura

Existen servicios de salud física que Highmark Wholecare no cubre. Si tiene preguntas sobre si Highmark Wholecare cubre un servicio para usted o no, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Las MCO pueden optar por cubrir procedimientos médicos experimentales, medicamentos y equipos en función de su situación específica. Las MCO deben proporcionar cobertura para los costos de atención de rutina del paciente para los beneficiarios que participen en ensayos clínicos elegibles.

Segundas opiniones

Usted tiene derecho a solicitar una segunda opinión si no está seguro sobre algún tratamiento médico, servicio o cirugía que se le sugiere que no es de emergencia. Una segunda opinión puede darle más información que le puede ayudar a tomar decisiones importantes sobre su tratamiento. Una segunda opinión está disponible sin costo alguno para usted que no sea un copago.

Llame a su PCP para solicitar el nombre de otro proveedor de la red de Highmark Wholecare con el fin de obtener una segunda opinión. Si no hay otros proveedores en la red de Highmark Wholecare, puede solicitar aprobación a Highmark Wholecare para obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red.

¿Qué es una autorización previa?

Algunos servicios o artículos necesitan autorización de Highmark Wholecare antes de que usted pueda obtener el servicio. Esto se denomina “autorización previa”. En relación con los servicios que requieren autorización previa, Highmark Wholecare decide si un servicio solicitado es médicamente necesario antes de que obtenga el servicio. Usted o su proveedor deben solicitar la aprobación a Highmark Wholecare antes de obtener el servicio.

¿Qué significa “médicamente necesario?

“Médicamente necesario” significa que un servicio, artículo o medicamento hace lo siguiente:

- Previene, o se espera razonablemente que lo haga, una enfermedad, afección o discapacidad.

- Reduce o mejora, o se espera razonablemente que lo haga, los efectos físicos, mentales o del desarrollo de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad.

- Le ayuda a obtener o mantener la capacidad para realizar tareas cotidianas, considerando tanto sus capacidades como las de alguien de la misma edad.

Si necesita ayuda para entender cuándo un servicio, artículo o medicamento es médicamente necesario, o desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Revisión de utilización

Los médicos y enfermeros que trabajan para Highmark Wholecare toman decisiones sobre qué tipo de atención médica es más probable que le ayude al usar pautas específicas (reglas) para la toma de decisiones médicas. Primero, debe estar inscrito actualmente como miembro de Highmark Wholecare. Las pautas se basan en si el servicio es médicamente necesario según la definición del Departamento de Servicios Humanos. Los médicos y enfermeros no reciben un pago extra, independientemente de lo que decidan sobre su atención. Tampoco reciben un pago extra por la utilización insuficiente (poco uso) de los servicios médicos. En otras palabras, los médicos y enfermeros de Highmark Wholecare no son recompensados por reducir la cantidad de atención que brindan.

Si necesita un servicio que debe ser aprobado por Highmark Wholecare antes de prestarse, su médico llamará al Departamento de Servicios Médicos para obtener una aprobación. Los médicos y enfermeros de Servicios Médicos analizarán todos los datos médicos suministrados por su médico en determinados períodos para decidir si este

servicio es la mejor forma de brindarle atención. Las solicitudes de medicamentos (fármacos) son revisadas por farmacéuticos, enfermeros y médicos. Si Highmark Wholecare aprueba la atención, le enviará una carta para informarle sobre la decisión de aprobación. Si Highmark Wholecare rechaza, reduce o aprueba una solicitud diferente de la solicitud de su médico, le enviará una carta (aviso) explicándole la decisión. La carta contendrá información importante sobre cómo comunicarse con Highmark Wholecare y obtener ayuda si no está de acuerdo con la decisión.

Cómo solicitar una autorización previa

Si necesita un servicio que requiere la aprobación previa de Highmark Wholecare, su PCP o especialista llamará para obtenerla. Los médicos y enfermeros del Departamento de Servicios de Salud de Highmark Wholecare analizarán todos los datos médicos suministrados por su médico y colaborarán con su médico para elegir la mejor forma de brindarle atención. Los médicos y enfermeros de Highmark Wholecare toman una decisión en función de si la atención es médicamente necesaria para usted.

Si necesita ayuda para entender mejor el proceso de autorización previa, hable con su PCP o especialista, o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Si usted o su proveedor desean una copia de las pautas de necesidades médicas u otras reglas que se usaron para decidir su solicitud de autorización previa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

¿Qué servicios, artículos o medicamentos requieren autorización previa?

La siguiente tabla identifica algunos (pero no todos) de los servicios, artículos y medicamentos que requieren autorización previa.

1. Las estadías específicas para pacientes internados que incluyen centros de enfermería especializada, rehabilitación, trasplante de órganos y servicios de transición de género.

2. Los servicios brindados fuera del hospital pueden incluir, entre otras cosas, lo siguiente:

    - Determinados procedimientos o cirugías diurnas para pacientes ambulatorios
    - Visitas de atención médica domiciliaria
    - Atención domiciliaria provista en turnos
    - Pruebas genéticas/de cáncer de mama (BRCA)
    - Pruebas del sueño en un laboratorio
    - Cirugía de pérdida de peso en el hospital o fuera del centro
    - Cambio de género en el hospital o fuera del centro

- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla para pacientes ambulatorios
- Servicios quiroprácticos
- Ambulancias no participantes, excepto en emergencias
- Atención para el final de la vida
- Aborto y cirugía para prevenir el embarazo
- Radiografías avanzadas (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética/tomografía computarizada)
- Radioterapia
- Proveedores no participantes

3. Servicios experimentales o en investigación, como estudios de investigación fuera de las prácticas médicas habituales.

4. Atención de proveedores fuera de la red de Highmark Wholecare.

5. Servicios o artículos que no se brindan o que exceden lo que Medicaid ofrece. Su médico puede realizar una solicitud.

6. Cirugía plástica para reconstruir partes de la cara o del cuerpo.

7. Determinados tipos de equipo médico duradero, como sillas de ruedas o escúteres eléctricos.

Para aquellos servicios que tienen límites, si usted o su proveedor consideran que necesita más servicios que el límite que el servicio permite, usted o su proveedor pueden solicitar más servicios a través del proceso de autorización previa.

Si usted o su proveedor no están seguros sobre si un servicio, artículo o medicamento requieren autorización previa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Autorización previa de un servicio o artículo

Highmark Wholecare revisará la solicitud de autorización previa y la información que usted o su proveedor hayan presentado. Highmark Wholecare le informará su decisión dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha en que Highmark Wholecare recibió la solicitud si cuenta con la suficiente información para decidir si el servicio o el artículo es médicamente necesario.

Si Highmark Wholecare no cuenta con suficiente información para tomar una decisión sobre la solicitud, debemos informar a su proveedor en el plazo de 48 horas después de recibir la solicitud que necesitamos más información para tomar la decisión y otorgar un período de 14 días para que el proveedor nos proporcione más información.

Highmark Wholecare le informará nuestra decisión en el plazo de 2 días hábiles después de que Highmark Wholecare reciba la información adicional.

Usted o su proveedor recibirán un aviso por escrito en el que se les informe si la solicitud se aprobó o denegó y, si se denegó, el motivo de la denegación.

Autorización previa del Equipo médico duradero para la accesibilidad del hogar

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) para la accesibilidad del hogar se trata de equipos y aparatos que se utilizan con fines médicos y que, por lo general, no son útiles para una persona sin una discapacidad, enfermedad o lesión. Estos artículos pueden soportar el uso repetido y pueden ser reutilizables o extraíbles.

Entre los artículos cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Elevadores para sillas de ruedas
- Deslizadores para escaleras
- Elevadores de techo
- Rampas de accesibilidad de metal
- Otros artículos utilizados por un miembro con discapacidad motriz para entrar y salir del hogar
- Artículos utilizados para apoyar las actividades diarias
- Artículos extraíbles y reutilizables

También están cubiertos los siguientes:

- Costos de instalación
- Reparaciones médicamente necesarias al equipo
- Piezas o suministros recomendados por el fabricante
- Mano de obra para fijar o montar el artículo
- Permisos requeridos
- Instalación de una toma eléctrica o conexión a una fuente eléctrica existente
- Verter una losa o cimentación de hormigón
- Soportes externos como el soporte de una pared
- Extracción/reemplazo de una barandilla o contenedor existente según sea necesario para acomodar el equipo

Las modificaciones en el hogar, como las reparaciones o cambios en el hogar, no son un beneficio cubierto.

Una solicitud de autorización previa debe incluir una carta de necesidad médica u otra información clínica de su médico que nos indique:

- Por qué necesita el equipo o el aparato
- Que el equipo o el aparato se pueden instalar de forma segura
- Que puede usar el equipo o el aparato de forma segura
- Que usted o su cuidador pueden activar y controlar el equipo o el aparato
- Que tiene una necesidad continua del equipo o el aparato

La información requerida, que también es necesaria para la autorización previa, es el permiso del propietario o del arrendador para realizar la instalación del equipo y el costo total y la factura de los artículos.

Autorización previa de medicamentos cubiertos

Highmark Wholecare revisará la solicitud de la autorización previa para medicamentos para pacientes ambulatorios, que son medicamentos que usted no obtiene en el hospital, dentro de las 24 horas desde que Highmark Wholecare obtiene la solicitud. Usted o su proveedor recibirán un aviso por escrito en el que se les informe si la solicitud se aprobó o denegó y, si se denegó, el motivo de la denegación.

Si acude a una farmacia a abastecer una receta y la receta no puede abastecerse porque necesita una autorización previa, el farmacéutico le dará un suministro temporal, a menos que el farmacéutico considere que el medicamento le hará daño. Si aún no ha tomado el medicamento, usted obtendrá un suministro de 72 horas. Si ya ha tomado el medicamento, usted obtendrá un suministro de 15 días. Su proveedor deberá solicitar a Highmark Wholecare una autorización previa lo antes posible.

¿Qué sucede si recibo un aviso de denegación?

Si Highmark Wholecare niega una solicitud de un servicio, artículo o medicamento, o no la aprueba como la solicitó, usted puede presentar una queja formal o un reclamo. Si presenta un reclamo o una queja formal con motivo de la denegación de un medicamento de uso continuo, Highmark Wholecare debe autorizar el medicamento hasta que se resuelva el reclamo o la queja formal. Consulte la Sección 8, Reclamos, quejas formales y audiencias imparciales, que comienza en la página 90 de este manual, para obtener información detallada sobre reclamos y quejas formales.

Proceso de excepción del programa

Para aquellos servicios que tienen límites, si usted o su proveedor consideran que necesita más servicios que el límite que el servicio permite, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción del programa (program exception, PE). El proceso de PE es diferente del proceso de Excepción del límite de beneficios dentales que se describe en la página 47.

Para solicitar una PE, su PCP o especialista debe comunicarse con el Departamento de Gestión de la Utilización de Highmark Wholecare para solicitar una excepción. Highmark Wholecare revisará una PE para los servicios sin un código/tarifa en el programa de tarifas de Medicaid. También revisaremos una PE para los servicios que superen los límites del programa de tarifas. Le pediremos su información médica relacionada con la solicitud. Esto ayudará a determinar la necesidad médica en función del programa HealthChoices para miembros menores de 21 años. O bien, esto ayudará a determinar situaciones raras o especiales para miembros de 21 años de edad o más.

Los posibles motivos de una PE son los siguientes:

- No se permite pagar por el servicio. El servicio está cubierto por el programa. Y el servicio es aceptado por la comunidad médica.
- El servicio no es experimental.
- El valor del servicio se ha documentado científicamente.

Descripciones del servicio

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia son servicios necesarios para tratar o evaluar una afección médica de emergencia. Una afección médica de emergencia es una lesión o enfermedad tan grave que una persona razonable sin capacitación médica creería que existe un riesgo inmediato para la vida o la salud a largo plazo de una persona. Si tiene una afección médica de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana, marque 911 o llame a su proveedor local de ambulancia. Usted no tiene que obtener la aprobación de Highmark Wholecare para recibir servicios de emergencia y usted puede usar cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de afecciones médicas de emergencia y afecciones médicas que no son de emergencia.

Afecciones médicas de emergencia

- Ataque cardíaco
- Dolor de pecho
- Sangrado abundante
- Dolor intenso
- Pérdida del conocimiento
- Envenenamiento

Afecciones médicas que no son de emergencia

- Dolor de garganta
- Vómitos
- Resfrío o gripe
- Dolor de espalda
- Dolor de oído
- Moretones, hinchazón o cortes leves

Si no está seguro de si su afección requiere servicios de emergencia, llame a su PCP o a la Línea directa de enfermería de Highmark Wholecare al 1-855-805-9408 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Transporte médico de emergencia

Highmark Wholecare cubre el transporte médico de emergencia para afecciones médicas de emergencia, por medio de una ambulancia. Si necesita una ambulancia, llame al 911 o a su proveedor local de ambulancia. No llame a MATP (descrito en la página 105 de este manual) para obtener transporte médico de emergencia.

Atención de urgencia

Highmark Wholecare

cubre la atención de urgencia para una enfermedad, lesión o afección que, si no se trata dentro de las 24 horas, podría convertirse rápidamente en una crisis o una afección médica de emergencia. Esto ocurre cuando usted necesita la atención de un médico, pero no en la sala de emergencias.

Si necesita atención de urgencia, pero no está seguro de si se trata de una emergencia, primero llame a su PCP o a la Línea directa de enfermería de Highmark Wholecare al 1-855-805-9408 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Su PCP o la línea directa de enfermería le ayudarán si necesita acudir a la sala de emergencias, el consultorio del PCP o a un centro de atención de urgencia cerca de su domicilio. En la mayoría de los casos, si necesita atención de urgencia, su PCP programará una cita para usted dentro de las 24 horas. Si no puede comunicarse con su PCP o su PCP no puede atenderlo dentro de las 24 horas y su afección médica no es una emergencia, también puede visitar un centro de atención de urgencia o clínica de atención sin cita previa dentro de la red de Highmark Wholecare. No se requiere autorización previa para obtener servicios en un centro de atención de urgencia.

A continuación, se enumeran algunos ejemplos de afecciones médicas que pueden necesitar atención de urgencia:

- Vómitos
- Tos y fiebre
- Torceduras
- Erupciones
- Dolores de oído
- Diarrea
- Dolores de garganta

- Dolores de estómago

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Servicios de atención dental

Miembros menores de 21 años

Highmark Wholecare proporciona todos los servicios dentales médicamente necesarios para niños menores de 21 años de edad. Los niños pueden visitar un dentista que participe en la red de Highmark Wholecare.

Las visitas al dentista para niños no requieren una derivación. Cuando aparece el primer diente de su bebé o si su hijo tiene 1 año o más y no tiene dentista, puede pedir al PCP de su hijo que derive a su hijo a un dentista para realizar chequeos dentales regulares. También puede elegir un dentista que participe en la red por su cuenta. Para obtener más información sobre servicios dentales, comuníquese con Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Entre los servicios dentales que tienen cobertura para miembros menores de 21 años de edad se incluyen los siguientes:

Anestesia	Emergencias dentales	Tratamientos con fluoruro[2]
Aparatos de ortodoncia[1]	Cirugía dental	Servicios periodontales
Chequeos	Dentaduras postizas	Tratamientos de conducto
Limpiezas	Extracciones	Selladores
Coronas	Empastes	Radiografías

1. Si usa aparatos de ortodoncia antes de los 21 años de edad, los servicios estarán cubiertos hasta que finalice el tratamiento o hasta que cumpla 23 años de edad, lo que ocurra primero. Esto se aplica siempre y cuando el paciente continúe siendo elegible para el Programa de Asistencia Médica.

2. Los miembros de 0 a 20 años son elegibles para la aplicación de barniz con flúor por parte de un médico, CRNP o asistente médico.

Para los siguientes servicios, se requiere autorización previa:

- Ortodoncia (dientes permanentes)
- Coronas
- Extracciones de dientes impactados; servicios quirúrgicos orales (la eliminación de lesiones y las biopsias son un beneficio médico. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información al 1-800-392-1147 [TTY: 711 o 1-800-654-5984]).
- Servicios periodontales (excepto desbridamiento completo de la boca que requiera revisión posquirúrgica)

- Anestesia médicamente necesaria

Miembros de 21 años de edad o más

Highmark Wholecare cubre algunos beneficios dentales para miembros de 21 años de edad o más a través de dentistas de la red Highmark Wholecare. Algunos servicios dentales tienen límites.
Entre los servicios dentales que tienen cobertura para miembros mayores de 21 años de edad se incluyen los siguientes:

Anestesia médicamente necesaria	Dentaduras postizas
Chequeo (1 cada 180 días)	Radiografías
Limpiezas (1 cada 180 días)	Empastes
Emergencias dentales	Extracciones/servicios quirúrgicos orales (la eliminación de lesiones y las biopsias son un beneficio médico. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información)

Durante toda la vida, un miembro adulto puede recibir lo siguiente:
- Una dentadura postiza superior parcial o completa.
- Una dentadura postiza inferior parcial o completa.

Es posible que su dentista deba solicitar una aprobación previa de Highmark Wholecare para algunos servicios, tales como:
- Extracción de diente(s) impactados(s).
- Tratamiento de conducto para miembros de 21 años o más si los realiza un dentista general. Los tratamientos de conducto realizados por endodoncistas no requieren una autorización previa.

Puede recibir los siguientes servicios únicamente si obtiene una aprobación especial denominada excepción del límite de beneficios:
- Coronas y servicios relacionados[1]
- Servicios periodontales (limpieza profunda)
- Evaluaciones, limpiezas y dentaduras postizas adicionales

[1] Los servicios relacionados incluyen lo siguiente: evaluaciones bucales adicionales que superen el límite de una cada 180 días; profilaxis adicional que supere el límite de 180 días; dentaduras postizas adicionales que superen el límite de una para el arco superior, completa o parcial, y de una para el arco inferior, completa o parcial, de por vida; coronas y servicios complementarios; servicios de periodoncia.

Excepción del límite de beneficios dentales

Algunos servicios dentales solo cuentan con la cobertura de una Excepción del límite de beneficios (Benefit Limit Exception, BLE). Usted o su dentista pueden solicitar una BLE si creen que usted necesita más servicios dentales de los que permiten los límites.

Highmark Wholecare aprobará una BLE si:

- Si tiene una enfermedad o afección médica grave o crónica, y su vida estaría en riesgo sin el servicio adicional.

- Tiene una enfermedad o afección médica grave o crónica, y su salud empeoraría sin el servicio adicional.

- Necesitara tratamientos más costosos en el caso de no recibir el servicio solicitado.

  O BIEN

- El rechazo de la excepción por parte de Highmark Wholecare fuera un incumplimiento de las leyes federales.

Su servicio dental también puede estar cubierto por un BLE si tiene una de las siguientes afecciones médicas/dentales subyacentes.

1. Diabetes
2. Enfermedad arterial coronaria o factores de riesgo de la enfermedad
3. Cáncer de cara, cuello y garganta (no incluye cánceres de células basales no invasivas o de sarcoma de la piel en estadios 0 o 1)
4. Discapacidad intelectual
5. Embarazo actual, incluido el período de posparto
6. Quimioterapia y radioterapia
7. Inmunocomprometido
8. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
9. Receptor del trasplante

Para solicitar una BLE antes de recibir el servicio, usted o su dentista pueden llamar a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o enviar la solicitud a la siguiente dirección:

Excepciones del límite de beneficio
PO Box 2190
Milwaukee, WI 53201

Las solicitudes de la BLE deben incluir la siguiente información:

- Su nombre
- Su dirección
- Su número de teléfono
- El servicio que necesita
- El motivo por el que necesita el servicio
- El nombre de su proveedor
- El número de teléfono de su proveedor

Plazos para decidir una Excepción del límite de beneficios

Si usted o su proveedor solicitan una excepción antes de que obtenga el servicio, Highmark Wholecare le informará si se aprobó la BLE o no dentro de los 21 días.

Si su dentista solicita una excepción después de que usted obtuvo el servicio, Highmark Wholecare le informará si la solicitud de la BLE está aprobada o no en el plazo de 30 días desde la fecha en que Highmark Wholecare obtenga la solicitud.

Si no está de acuerdo o no está satisfecho con la decisión de Highmark Wholecare, puede presentar un reclamo o una queja formal ante Highmark Wholecare. Para obtener más información sobre el proceso de reclamos y quejas formales, consulte la Sección 8 de este manual, Reclamos, quejas formales y audiencias imparciales, en la página 90.

Servicios de atención oftalmológica

Miembros menores de 21 años

Highmark Wholecare cubre todos los servicios oftalmológicos médicamente necesarios para menores de 21 años de edad. Los niños pueden visitar un proveedor oftalmológico que participe en la red de Highmark Wholecare.

Servicio	Límites	Copagos	Autorización previa
Oftalmología Examen y refracción	**Sin límites, pero después de 2 exámenes por año calendario, los exámenes adicionales en ese año requieren autorización previa**	$0	No

Lentes para anteojos estándar	**Sin límites, pero después de 4 lentes estándar por año calendario, los lentes adicionales en ese año requieren autorización previa**	$0	No
Marcos para anteojos estándar	**Sin límites, pero después de 2 marcos estándar por año calendario, los marcos adicionales en ese año requieren autorización previa**	$0	No
Lentes de contacto	**Sin límites, pero después de 4 lentes estándar por año calendario, los lentes adicionales en ese año requieren autorización previa**	$0	No
Dispositivos para corregir la visión deficiente	**Sin límites, pero después de 1 dispositivo para corregir la visión deficiente cada 2 años, los dispositivos adicionales para corregir la visión deficiente en ese período requieren autorización previa**	$0	Sí
Prótesis oculares	**Sin límites, pero después de 1 prótesis cada 2 años, las prótesis adicionales en ese período requieren autorización previa**	$0	Sí

Tenga en cuenta lo siguiente: Si elige marcos de anteojos, lentes de anteojos y lentes de contacto que no se consideran estándar, es posible que deba pagar estos artículos de los gastos de su bolsillo. Su oftalmólogo le informará si tiene que pagar más por alguno de estos servicios. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

- Marcos estándar y lentes de anteojos; o
- lentes de contacto y ajustes estándar; o bien
- marcos estándar y lentes de anteojos*, y lentes de contacto estándar.
- El ajuste de lentes de contacto tiene cobertura para miembros menores de 21 años de edad.

*Las opciones de lentes incluyen: lentes simples básicos o bifocales, o lentes trifocales o lentes de policarbonato. Los lentes de alto índice también están disponibles y tienen un copago. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Reemplazo de anteojos o lentes de contacto en caso de pérdida, rotura, robo o cambios en las recetas.

A los miembros menores de 21 años de edad se les otorga una asignación de $20 para marcos y lentes de anteojos no estándares. Usted deberá pagar cualquier monto que supere los $20.00.

Debe obtener todos los anteojos y lentes de contacto de un proveedor óptico que participe en Highmark Wholecare. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor óptico u oftalmólogo participante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Si es médicamente necesario, se pueden admitir excepciones a los límites siempre que se presente documentación por escrito. Consulte el Proceso de excepción del programa en la página 43 para obtener información adicional.

Miembros de 21 años de edad o más

Highmark Wholecare cubre algunos servicios oftalmológicos para los miembros de 21 años de edad o más a través de los proveedores de la red de Highmark Wholecare.

Los miembros tienen cubiertos dos (2) exámenes de la vista médicamente necesarios cada año calendario. Los miembros reciben un crédito de $100 cada año calendario para marcos estándar, lentes de anteojos y lentes de contacto combinados.

En caso de ser médicamente necesario, los miembros de 21 años de edad o más a los que se les haya diagnosticado afaquia tienen cobertura para lo siguiente cada año calendario:

- Dos pares de marcos estándar y lentes de anteojos;
- Dos pares de lentes de contacto estándar; o bien
- Un par de marcos estándar y lentes de anteojos, y un par de lentes de contacto estándar.
- El ajuste y la evaluación de lentes de contacto no tienen cobertura.

Debe obtener todos los anteojos y lentes de contacto de un proveedor óptico que participe en Highmark Wholecare. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor óptico u oftalmólogo participante, llame a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Beneficios de farmacia

Highmark Wholecare cubre beneficios de farmacia que incluyen medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y vitaminas con una receta de un médico.

Recetas

Cuando un proveedor le receta un medicamento, puede abastecer la receta en cualquier farmacia que forme parte de la red de Highmark Wholecare. Deberá llevar su tarjeta de identificación de Highmark Wholecare y es posible que tenga un copago si es mayor de 18 años. Highmark Wholecare pagará por cualquier medicamento que figure en la PDL estatal y en el formulario complementario de Highmark Wholecare, y es posible que pague por otros medicamentos si se autorizan previamente. Su receta o la etiqueta del medicamento le indicarán si su médico solicitó reabastecimientos de la receta y cuántos reabastecimientos puede obtener. Si su médico solicitó reabastecimientos, es posible que solo obtenga un reabastecimiento por vez. Si tiene preguntas acerca de si un medicamento recetado está cubierto, necesita ayuda para encontrar una farmacia en la red de Highmark Wholecare, o tiene alguna otra pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Lista de medicamentos preferidos (PDL) estatal y Formulario complementario de Highmark Wholecare

Highmark Wholecare cubre los medicamentos enumerados en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL) estatal y el formulario complementario de Highmark Wholecare. Su PCP u otro médico deberían usar el formulario para decidir qué medicamentos debe tomar. Tanto la PDL estatal como el formulario complementario de Highmark Wholecare cubren tanto medicamentos de marca como genéricos. Los medicamentos genéricos contienen los mismos

ingredientes activos que los medicamentos de marca. Cualquier medicamento recetado por su médico que no se encuentre en la PDL estatal ni en el formulario complementario de Highmark Wholecare necesita autorización previa. La PDL estatal y el formulario complementario de Highmark Wholecare pueden cambiar ocasionalmente, por lo que debería asegurarse de que su proveedor cuente con la información más actualizada al momento de recetarle un medicamento.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener una copia de la PDL estatal y del formulario complementario de Highmark Wholecare, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o visite el sitio web de Highmark Wholecare en **https://hwc.fyi/pdl**.

Existen reglas de cobertura o límites para determinados medicamentos. Estas reglas y límites le ayudan a usar estos medicamentos de manera segura y útil. Un equipo de médicos o farmacéuticos trabajará para elaborar estas reglas y límites. Las reglas de cobertura o los límites en determinados medicamentos se enumeran a continuación:

Autorización previa: Ciertos medicamentos necesitan la aprobación previa de Highmark Wholecare. Esto se denomina “autorización previa”. Algunos medicamentos necesitan información adicional de su médico. Esto es para garantizar que el medicamento se utilice de forma segura y surta efecto en el tratamiento de su afección. Esto significa que su médico tendrá que obtener la aprobación de Highmark Wholecare antes de que usted abastezca su receta. De lo contrario, Highmark Wholecare no cubrirá el medicamento.

Límites de cantidad: Para determinados medicamentos, Highmark Wholecare limita la cantidad que se le puede otorgar en un período determinado. Por ejemplo, proporcionaremos hasta 28 comprimidos del antibiótico recetado ciprofloxacina cada 30 días. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) desarrolló estos límites de cantidad con fines de seguridad. Las recetas que superen el límite de la cantidad cubierta requieren autorización previa. Su médico puede explicar a Highmark Wholecare el motivo por el que se necesita una cantidad superior al límite de cantidad.

Terapia escalonada: Para algunos medicamentos, es posible que Highmark Wholecare requiera que usted pruebe uno menos costoso, pero igual de efectivo, antes de cubrir otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que le pidamos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le surte efecto, entonces cubriremos el medicamento B.

Sustitución genérica: En la mayoría de los casos, cuando esté disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica. En general, no cubriremos un medicamento de marca si se encuentra disponible una versión genérica. Si su médico considera que hay un motivo

médico para que use el medicamento de marca, este debe comunicarse con Highmark Wholecare para revisar la solicitud.

Asistencia Médica **no cubre** todos los medicamentos. A continuación, mencionamos algunos de los medicamentos que **no se cubren**:

- Medicamentos experimentales o en investigación.
- Medicamentos del programa de Implementación del estudio de la eficacia de los medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI).
- Medicamentos que se usan para fines estéticos, como la reducción de arrugas o el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se usan para la infertilidad o para la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos comercializados por una compañía farmacéutica que no participa en el Programa federal de reembolso de medicamentos de Medicaid.
- Medicamentos solicitados por un médico que ha sido inhabilitado o suspendido del ejercicio en el Programa de Asistencia Médica.

Reembolso de medicamentos

Si usted pagó de su bolsillo un medicamento que, de otro modo, tendría que haber sido cubierto por Highmark Wholecare, recibirá un reembolso. El reembolso se limitará a una situación inusual o de emergencia. Si elige utilizar una farmacia no participante de manera rutinaria, no recibirá un reembolso.

Deberá completar y presentar un Formulario de reclamación de reembolso de recetas junto con un recibo. Puede acceder a este formulario en el sitio web de Highmark Wholecare.

La reclamación para conseguir un reembolso se procesará sujeta a la PDL estatal y al formulario complementario de Highmark Wholecare y el diseño del plan en la fecha del servicio de la reclamación original.

- El reembolso no se proporcionará para un medicamento que no hubiera sido aprobado a través del proceso normal de pago.
- El reembolso será menor a cualquier copago aplicable de miembro.

El plazo de respuesta estándar para procesar una reclamación para obtener un reembolso es de 14 días hábiles. Si se aprueba la reclamación, recibirá el reembolso. Si se rechaza la reclamación, recibirá un aviso por escrito.

Medicamentos especializados

La PDL estatal y el formulario complementario de Highmark Wholecare incluyen medicamentos denominados “medicamentos especializados”. Una receta para estos medicamentos requiere autorización previa. Es posible que deba pagar un copago por su medicamento. Para ver la Lista de medicamentos preferidos estatal, el formulario

complementario de Highmark Wholecare, una lista completa de medicamentos especializados y si su medicamento se considera un medicamento especializado, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o visite el sitio web de Highmark Wholecare en **https://hwc.fyi/pdl**.

Deberá obtener estos medicamentos en una farmacia especializada. Una farmacia especializada puede enviarle directamente los medicamentos por correo y no le cobrará el envío. La farmacia especializada se comunicará con usted antes de enviar su medicamento. La farmacia también puede responder cualquier pregunta que tenga sobre el proceso. Puede elegir cualquier farmacia especializada que se encuentre en la red de Highmark Wholecare. Para obtener una lista de farmacias especializadas de la red, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o consulte el directorio de proveedores en el sitio web de Highmark Wholecare **https://hwc.fyi/pdl**. Si tiene alguna otra pregunta o necesita más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Medicamentos de venta libre

Highmark Wholecare cubre los medicamentos de venta libre cuando usted tiene una receta de su proveedor. Deberá llevar su tarjeta de identificación de Highmark Wholecare y es posible que deba pagar un copago. A continuación, se enumeran algunos ejemplos de medicamentos de venta libre que tienen cobertura:

- Medicamentos para tratar alergias y la congestión sinusal
- Tylenol o aspirina
- Vitaminas
- Medicamentos para la tos
- Medicamentos para la acidez, como antiácidos y famotidina
- Anticonceptivos (condones, jaleas anticonceptivas, anticonceptivos de emergencia)
- Gotas para los ojos

Puede obtener más información sobre los medicamentos de venta libre cubiertos al visitar el sitio web de Highmark Wholecare en **HighmarkWholecare.com** o llamar a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Tratamiento para dejar de fumar

¿Quiere dejar de fumar? ¡Highmark Wholecare quiere ayudarle a dejar de fumar!

Si está listo para abandonar el tabaco, sin importar cuántas veces lo ha intentado, estamos a su disposición para ayudar.

Medicamentos

La PDL estatal cubre los siguientes medicamentos para ayudarle a dejar de fumar.

PDL: medicamentos preferidos	PDL: medicamentos no preferidos
Goma de mascar/pastillas de nicotina	Aerosol nasal Nicotrol
Parche de nicotina	Inhalador Nicotrol
Bupropion SR, comprimidos de 150 mg	
Vareniclina	

Estos medicamentos pueden estar sujetos a una autorización previa. Consulte la PDL o el Formulario complementario para obtener la información más actualizada.

Comuníquese con su PCP para programar una cita y obtener una receta de medicamentos para dejar de fumar.

Servicios de asesoramiento

Es posible que el apoyo de asesoramiento también le ayude a dejar de fumar. Highmark Wholecare cubre los siguientes servicios de asesoramiento: 70 servicios de asesoramiento para dejar de fumar por año calendario. Highmark Wholecare sabe que no todos los intentos de dejar de fumar tienen éxito. Cada vez que intente, estará más cerca de cumplir su objetivo. Esto significa que siempre tendrá el apoyo de Highmark Wholecare cuando lo necesite. Comuníquese con su PCP para programar una cita y obtener estos servicios de asesoramiento y apoyo.

Tratamiento de la salud conductual

Algunas personas se pueden estresar o estar ansiosas o deprimidas cuando intentan dejar de fumar. Los miembros de Highmark Wholecare son elegibles para obtener los servicios que traten estos efectos secundarios, pero estos servicios tienen la cobertura de su organización de atención médica gestionada de salud conductual (Behavioral Health Managed Care Organization, BH-MCO). Puede buscar la BH-MCO de su condado y la información de contacto:

- consulte la información que se incluye en su paquete de bienvenida;

- visite **https://www.dhs.pa.gov/HealthChoices/HC-Services/Pages/BehavioralHealth-MCOs.aspx**; o
- consulte la página 83 para obtener una lista de las BH-MCO en su condado; o bien
- llame a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) para obtener ayuda para comunicarse con su BH-MCO.

Programas de administración de casos

El programa de administración de casos ofrece educación para dejar de fumar. Si desea hablar con un administrador de atención para dejar de fumar, llame al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y seleccione la opción para la Unidad de necesidades especiales. El administrador de atención puede responder sus preguntas, derivarle a su mejor opción para dejar de fumar y brindarle la información que necesita para tener éxito.

Otros recursos para dejar de fumar

Para obtener más ayuda para dejar de consumir tabaco, puede llamar a la Línea gratuita para dejar de fumar de Pennsylvania al 1-800-QUITNOW. Esta organización le ayudará a preparar un plan para dejar de fumar y a entender los factores desencadenantes del consumo de tabaco, y le enseñará a controlar sus tentaciones. También puede hablar sobre terapias para dejar de fumar, superar los desafíos de hacerlo y mantenerlo encaminado, sin costo alguno para usted. La Línea gratuita para dejar de fumar de Pennsylvania le comunicará con los servicios de asesoramiento por teléfono a su conveniencia. Puede visitar el sitio web de la Línea gratuita para dejar de fumar de Pennsylvania en **pa.quitlogix.org** para obtener más información sobre dejar de fumar y herramientas de autoayuda, o para inscribirse en el programa de asesoramiento gratuito. También puede visitar **smokefree.gov**. Este sitio web contiene mucha información y materiales en línea que también son gratuitos.

Entre las agencias que proporcionan recursos y ayuda en línea para dejar de fumar, se incluyen las siguientes:

Sociedad Americana contra el Cáncer
cancer.org/latest-news/how-to-quit-smoking.html

Asociación Americana del Corazón
heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/quit-smoking-tobacco/the-benefits-of-quitting-smoking-now

Asociación Americana del Pulmón
lung.org/quit-smoking

Recuerde que Highmark Wholecare está disponible para ayudarle a dejar de fumar y ser una persona más saludable. **¡No espere más!** Llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) para que podamos ayudarle a comenzar el proceso.

Planificación familiar

Highmark Wholecare cubre los servicios de planificación familiar. No necesita una derivación de su PCP para obtener los servicios de planificación familiar. Estos servicios incluyen pruebas de embarazo, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, suministro de anticonceptivos, y educación y asesoramiento sobre planificación familiar. Puede consultar con cualquier médico que sea proveedor de Asistencia Médica, incluidos los proveedores fuera de la red que ofrecen servicios de planificación familiar. No hay copago por estos servicios. Cuando visite a un proveedor de planificación familiar que no se encuentre en la red de Highmark Wholecare, debe mostrar sus tarjetas de Highmark Wholecare y ACCESS o EBT.

Para obtener más información sobre servicios de planificación familiar cubiertos, o para obtener ayuda para buscar un proveedor de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Atención de maternidad

Atención durante el embarazo

La atención prenatal es la atención médica que una miembro recibe durante su embarazo y el parto de parte de un proveedor de atención de maternidad, como un obstetra (obstetra/ginecólogo) o una enfermera obstétrica. La atención prenatal temprana y regular es muy importante para su salud y la de su bebé. Aunque ya haya estado embarazada antes, es importante consultar con un proveedor de atención de maternidad regularmente en cada embarazo.

Si cree estar embarazada y necesita una prueba de embarazo, consulte con su PCP o un proveedor de planificación familiar. Si está embarazada, usted puede hacer lo siguiente:

- Llamar o visitar a su PCP, que puede ayudarle a buscar un proveedor de atención de maternidad en la red de Highmark Wholecare. !
- Visitar un obstetra, ginecólogo o enfermera obstétrica de la red por su cuenta. No necesita una derivación para obtener atención de maternidad.
- Visitar un centro de salud de la red que ofrece servicios de obstetras o ginecólogos.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o

1-800-654-5984) para buscar un proveedor de atención de maternidad.

Debe consultar con un médico apenas se entere de que está embarazada. Su proveedor de atención de maternidad debe programar una cita para verla:

- Si está en su primer trimestre, dentro de los 10 días hábiles desde que Highmark Wholecare toma conocimiento de su embarazo.
- Si está en su segundo trimestre, dentro de los 5 días hábiles desde que Highmark Wholecare toma conocimiento de su embarazo.
- Si está en su tercer trimestre, dentro de los 4 días hábiles desde que Highmark Wholecare toma conocimiento de su embarazo.
- Si tiene un embarazo de alto riesgo, dentro de las 24 horas desde que Highmark Wholecare toma conocimiento de su embarazo.

Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana, marque 911 o llame a su proveedor local de ambulancia.

Es importante que permanezca con el mismo proveedor de atención de maternidad durante su embarazo y atención de posparto (1 año después del nacimiento del bebé). Seguirán de cerca su salud y la salud de su bebé en crecimiento. También es una buena idea permanecer con el mismo plan de HealthChoices durante todo su embarazo.

Highmark Wholecare cuenta con coordinadores de salud materna especialmente capacitados que saben qué servicios y recursos están disponibles para usted.

Si está embarazada y ya se atendía con un proveedor de atención de maternidad cuando se inscribió en Highmark Wholecare, puede continuar con ese proveedor aunque no se encuentre en la red de Highmark Wholecare. El proveedor deberá estar inscrito en el Programa de Asistencia Médica y llamar a Highmark Wholecare para obtener autorización para brindarle tratamiento.

Atención para usted y su bebé después del nacimiento

Debe visitar a su proveedor de atención de maternidad entre los 7 y 84 días después del nacimiento de su bebé para realizarse un chequeo, a menos que su proveedor de atención de maternidad desee verle antes.

Debe programar una cita para su bebé con el PCP de su bebé cuando este tenga de 3 a 5 días de edad, a menos que el médico desee verlo antes. Lo mejor es elegir un médico para su bebé mientras está embarazada. Si necesita ayuda para elegir un médico para su bebé, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Programa de maternidad

Highmark Wholecare cuenta con un programa especial para mujeres embarazadas denominado MOM Matters (Las mamás importan).

Este programa proporciona educación y apoyo durante su embarazo para ayudarle a tener un bebé saludable. Los administradores de casos especialmente capacitados pueden responder sus preguntas acerca del embarazo. También pueden ayudarla con las derivaciones de servicios comunitarios. Highmark Wholecare también ofrece un Programa de visitas a domicilio para madres a fin de brindarles apoyo a usted y a su bebé recién nacido/familia. Los visitantes a domicilio le apoyarán, le ayudarán con cualquier pregunta o necesidad identificada y harán derivaciones según sea necesario. Para obtener más información acerca del programa MOM Matters, llame al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Seleccione la opción para la Unidad de necesidades especiales y, luego, seleccione la opción de MOM Matters.

Highmark Wholecare también cubre determinados servicios especiales para ayudarle a tener un bebé sano. Estos incluyen clases para el parto. También incluyen visitas de una enfermera de atención domiciliaria durante su embarazo y después de este. Además, puede obtener un sacaleches si su médico lo ordena como equipo médico duradero (DME) para sus necesidades y las de su bebé.

Equipo médico duradero y suministros médicos

Highmark Wholecare cubre el equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), incluido el DME para la accesibilidad del hogar y los suministros médicos. Los DME pueden ser un artículo o dispositivo médico que pueden usarse en muchas ocasiones en su hogar o cualquier entorno donde se realicen actividades cotidianas, y generalmente no se usan a menos que una persona tenga una enfermedad o lesión. Los suministros médicos generalmente son desechables y se usan con fines médicos. Algunos de estos artículos necesitan autorización previa, y su médico debe solicitarlos. Los proveedores de DME deben estar en la red de Highmark Wholecare. Puede tener un copago.

Highmark Wholecare no será responsable del reembolso del costo de bolsillo del DME (equipo médico duradero) que usted haya adquirido en una tienda minorista o distribuidor minorista en línea (p. ej., Amazon). Las tiendas y los proveedores minoristas no están cubiertos por su beneficio médico de DME por motivos de seguridad. Highmark Wholecare ofrece una amplia red de proveedores de DME participantes que cuentan con credenciales para cumplir con los estándares y requisitos de Medicare y Medicaid.

Entre los ejemplos de DME se incluyen los siguientes:

- Tanques de oxígeno
- Sillas de ruedas

- Muletas
- Andadores
- Férulas
- Camas médicas especiales

Algunos ejemplos de DME para la accesibilidad del hogar incluyen los siguientes:
- Elevadores para sillas de ruedas
- Deslizadores para escaleras
- Elevadores de techo
- Rampas de accesibilidad de metal

Highmark Wholecare cubre la instalación del DME para la accesibilidad del hogar, pero no las modificaciones en el hogar.

Entre los ejemplos de suministros médicos se incluyen los siguientes:
- Suministros para pacientes diabéticos (como jeringas, tiras reactivas)
- Gasas
- Cinta para vendaje
- Suministros para la incontinencia (como calzones, pañales, empapadores absorbentes)

Si tiene alguna pregunta sobre los DME o los suministros médicos, o desea obtener una lista de los proveedores de la red, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Servicios para pacientes ambulatorios

Highmark Wholecare cubre servicios para pacientes ambulatorios, como terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla, además de radiografías y análisis de laboratorio. Su PCP coordinará estos servicios con uno de los proveedores de la red de Highmark Wholecare. Tanto la terapia física, la terapia ocupacional, la terapia del habla como la atención quiropráctica requieren autorización previa. Su PCP u otro proveedor deben solicitar toda la atención para pacientes ambulatorios. Consulte la página 40 para obtener una lista completa de todos los servicios que requieren autorización previa.

Si tiene preguntas sobre los servicios para pacientes ambulatorios o desea obtener una lista de los proveedores de la red, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Servicios en centros de enfermería

Highmark Wholecare cubre los servicios en centros de enfermería médicamente necesarios. Si necesita servicios en centros de enfermería a largo plazo (más de 30 días), puede solicitar el Programa Community HealthChoices. Se le evaluará para

ver si es elegible para participar en el programa Community HealthChoices. Si tiene preguntas o necesita más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Servicios hospitalarios

Highmark Wholecare cubre servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Si necesita servicios hospitalarios para pacientes internados y no es una emergencia, su PCP o especialista coordinará su ingreso en un hospital de la red de Highmark Wholecare y hará un seguimiento de su atención incluso si usted necesita otros médicos durante su hospitalización. Las hospitalizaciones deben ser aprobadas por Highmark Wholecare. Para averiguar si un hospital pertenece a la red de Highmark Wholecare, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o consulte el directorio de proveedores en el sitio web de Highmark Wholecare en **https://hwc.fyi/directory**.

Si tiene una emergencia y le admiten en un hospital, usted o un miembro de su familia o amigo deben informar a su PCP lo antes posible, pero antes de las 24 horas después de que le internen en el hospital. Si le admiten en un hospital que no forma parte de la red de Highmark Wholecare, es posible que le trasladen a un hospital de la red de Highmark Wholecare. No le trasladarán al hospital nuevo hasta que esté lo suficientemente estable para el traslado.

Es muy importante programar una cita para consultar con su PCP dentro de los 7 días después de que abandone el hospital. Visitar a su PCP inmediatamente después de su hospitalización le ayudará a seguir las instrucciones que recibió cuando estaba internado y evitará que tengan que readmitirlo en el hospital.

A veces, es posible que necesite consultar a un médico o recibir un tratamiento en un hospital sin que se le admita para pasar la noche. Estos servicios se denominan servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.

Si tiene preguntas sobre los servicios hospitalarios, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Servicios preventivos

Highmark Wholecare cubre servicios preventivos, que le pueden ayudar a mantenerse sano. Los servicios preventivos incluyen más que simplemente visitar a su PCP una vez por año para realizarse un chequeo. También incluyen vacunas, análisis de laboratorio y otras pruebas o exámenes de detección que le permiten a usted y a su PCP saber si usted goza de buena salud o tiene algún problema de salud. Visite a su PCP para obtener servicios preventivos. Su PCP guiará su atención médica de acuerdo con las recomendaciones más recientes de atención.

Las miembros también pueden dirigirse a un obstetra/ginecólogo participante para realizarse su prueba de Papanicolaou y sus exámenes pélvicos anuales, y para obtener una receta para una mamografía.

Exámenes de prevención y de detección para adultos

Prueba/Examen de detección	
Chequeo de rutina	Desde los 21 hasta los 49 años: cada uno o dos años 50 años o más: Una vez al año.
Control de la presión arterial	En los chequeos de rutina.
Examen de detección de colesterol	21 años o más: Una vez cada cinco años. Es posible que los adultos con alto riesgo necesiten exámenes de detección con más frecuencia. Hable con su PCP.
Examen de detección de cáncer colorrectal	45 años o más: cada uno a diez años, según el examen.
Examen de detección de diabetes (azúcar en la sangre)	35 años o más: una vez cada tres años para personas que no son diabéticas. Es posible que los adultos con alto riesgo necesiten exámenes de detección con más frecuencia. Hable con su PCP.
Examen de detección de hepatitis B y C	Si se encuentra en alto riesgo. Se recomienda que todos los miembros de riesgo normal de 18 años o más se sometan al menos a una prueba de detección de hepatitis C en su vida.
Examen de densidad mineral ósea	Si tiene alto riesgo de fractura.
Examen de detección de VIH/Enfermedades de transmisión sexual	Los adultos sexualmente activos deben hablar con su PCP.
Examen pélvico y de mama	Una vez al año.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)	Riesgo alto: puede beneficiarse con un examen de detección a partir de los 40 años. Riesgo promedio: cada dos años a partir de los 50 años. Hable con su PCP para determinar su riesgo.
Examen de detección del cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)	Desde los 21 hasta los 65 años: cada 3 años.

Examen físico

Debe realizarse un examen físico con su PCP al menos una vez al año. Este ayudará a su PCP a encontrar cualquier problema que quizás usted no conozca. Su PCP puede solicitar pruebas en función de su historia clínica, edad y sexo. Su PCP también verificará si usted está al día con sus vacunas y servicios preventivos para ayudar a que se mantenga sano.

Si no está seguro de si está al día o no con sus necesidades de atención médica, llame a su PCP o a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Servicios para Miembros también puede ayudar a programar una cita con su PCP.

Nuevas tecnologías médicas

Highmark Wholecare puede cubrir nuevas tecnologías médicas, como procedimientos y equipos, si su PCP o especialista las solicitan. Highmark Wholecare desea asegurarse de que las nuevas tecnologías médicas sean seguras, efectivas y adecuadas para usted antes de aprobar el servicio.

Contamos con un comité de médicos y farmacéuticos que revisan las nuevas tecnologías para decidir si deben incluirse como un beneficio cubierto. Las nuevas tecnologías incluyen servicios médicos de salud física y conductual. Esto también incluye procedimientos, tratamientos con medicamentos y equipos médicos. Pueden agregarse nuevos medicamentos a la PDL o al formulario complementario de manera permanente.

Si el comité recomienda que se incluya una nueva tecnología en el paquete de beneficios de Highmark Wholecare, se compartirá con la alta gerencia de Highmark Wholecare. El equipo la evaluará para su aprobación. El equipo puede recomendar que se apruebe la nueva tecnología caso por caso.

Si necesita más información sobre nuevas tecnologías médicas, llame a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Atención médica domiciliaria

Highmark Wholecare cubre la atención médica domiciliaria que proporciona una agencia de atención domiciliaria. La atención médica domiciliaria es la atención que se proporciona en su hogar e incluye servicios de enfermería especializada; ayuda con actividades cotidianas, como bañarse, vestirse y comer; y terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. El médico debe indicar la atención médica domiciliaria.

Si tiene más de 21 años, hay límites en el número de visitas de atención médica domiciliaria que puede recibir, a menos que usted o su proveedor soliciten una excepción de los límites.

O BIEN

Highmark Wholecare tiene un programa que incluye visitas de atención médica domiciliaria directamente relacionadas con una necesidad de atención médica especial, como el cuidado de heridas o el manejo de nuevos medicamentos.

O AMBOS

Debe comunicarse con Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) si se ha aprobado que usted reciba atención médica domiciliaria y tal atención no se proporciona conforme a lo aprobado.

Modelo de servicios médicos centrados en el paciente

Un modelo de servicios médicos centrados en el paciente (Patient-Centered Medical Home, PCMH), o modelo de salud, consiste en el enfoque de equipo que se le da a la atención médica brindada. No se trata de un edificio, ni de un centro, ni de un servicio de atención médica domiciliaria.

El PCMH es una forma de atención en la que un proveedor de atención primaria administra la atención de un miembro con un equipo. Este tipo de atención es continua. Permite obtener los mejores resultados de salud. Este modelo se centra en toda la persona. Incluye la atención de su salud física y conductual. Los proveedores de PCMH tratan y brindan atención para todas las necesidades de salud de los miembros. También proporcionan atención al bienestar y prevención de enfermedades.

Highmark Wholecare tiene un equipo orientado al proveedor. Trabajan con el personal médico para mejorar los resultados, mejorar la experiencia de los miembros y reducir el costo de la atención.

Control de enfermedades

Highmark Wholecare cuenta con programas voluntarios para ayudarle a cuidar mejor de usted mismo si tiene alguna de las afecciones médicas que se mencionan a continuación. Highmark Wholecare cuenta con administradores de atención que colaborarán con usted y sus proveedores para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita. No necesita una derivación de un PCP para estos programas, y no hay copago.

Los programas **Lifestyle Management** ofrecen capacitación, cuidado personal y apoyo y educación por parte de médicos. No tiene que hacer nada para inscribirse. Si tiene algunas de las afecciones que aparecen a continuación, ya está inscrito en Lifestyle Management.

El **asma** es una enfermedad pulmonar crónica que algunas veces dificulta la respiración. Nuestro Programa para el asma le ayudará a conocer y a controlar su asma. Le ayudaremos a que no interfiera con su vida cotidiana.

La **diabetes** es cuando tiene niveles altos de azúcar en la sangre. Nuestro Programa para la diabetes ayuda a comprender mejor la diabetes. Le enseña a controlar el nivel de azúcar en la sangre y qué pruebas son importantes para prevenir las complicaciones.

La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)** es una enfermedad pulmonar que ocasiona dificultad para respirar. Si usted tiene EPOC, nuestro programa puede ayudarle a manejar los síntomas.

Enfermedad cardíaca**:** si tiene una enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca, nuestro Programa de Manejo de la salud del corazón tiene como objetivo ayudarle a estar activo respecto de su propia atención, mejorar su salud y calidad de vida, y ayudarle a entender su afección cardíaca.

Hipertensión: también llamada presión arterial alta. La presión arterial es la cantidad de fuerza que requiere el corazón para bombear sangre a través del cuerpo. Cuando su presión arterial es alta, puede provocar otros problemas de salud. Nuestro Programa de hipertensión puede ayudarle a establecer metas a corto y largo plazo que le permitirán controlar su presión arterial.

El programa de **Manejo de peso saludable** ofrece asesoramiento de salud, apoyo de enfermería y nutrición, y coordinación de la atención para ayudarle a tomar decisiones saludables, alcanzar objetivos de pérdida de peso y desarrollar un estilo de vida saludable.

Servicios para VIH/SIDA: si tiene VIH o SIDA, puede hablar con el administrador de atención de Highmark Wholecare para analizar los servicios y los recursos disponibles para usted. Nuestro objetivo principal es garantizar que cada miembro con VIH o SIDA tenga acceso a proveedores de atención primaria y especialistas, según sea necesario. Queremos que los miembros tengan acceso a todos los servicios cubiertos en función de su afección.

Encuesta de evaluación de riesgos de salud: todos deseamos estar lo más sanos posible y tratamos de cuidarnos. Pero, a veces, necesitamos ayuda adicional: un poco de apoyo e información. Por este motivo, a los nuevos miembros de Highmark Wholecare se les envía por correo una Encuesta de evaluación de riesgos de salud. El fin de la encuesta es garantizar que usted reciba la atención que necesita y se merece a través de la creación de un plan de atención preventiva personalizado, que incluye recomendaciones para tener y mantener una vida saludable. Completar la Encuesta de evaluación de riesgos de salud es fácil y lleva unos minutos. Si lo desea, también puede completar la encuesta en línea en **HighmarkWholecare.com**. Sus respuestas ayudan a Highmark Wholecare a identificar los servicios y programas que abordarán

sus inquietudes de salud. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la encuesta, llame al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y seleccione la opción para la Unidad de necesidades especiales.

Si sigue el plan de atención de su proveedor y obtiene información sobre su enfermedad o afección, puede mantenerse más saludable. Los administradores de atención de Highmark Wholecare están a su disposición para ayudarle a entender cómo cuidar mejor de usted mismo al seguir las indicaciones de su médico, enseñarle acerca de sus medicamentos, ayudarle a mejorar su salud y brindarle la información para usar en su comunidad. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Servicios extendidos

Asesoramiento para el bienestar

Además de los servicios mencionados anteriormente, también ofrecemos asesoramiento para el bienestar por teléfono. El asesoramiento para el bienestar puede ayudarle a establecer objetivos y hacer planes para cumplirlos. Para esto, le ayudan a hacer cambios de estilo de vida y a mejorar su salud y bienestar. El asesoramiento para el bienestar también trabaja con usted para evitar y reducir caídas, ayudarle con preguntas acerca de una alimentación saludable, y ayudarle a controlar su diabetes.

Para hablar con un administrador de atención o asesor de bienestar, llame al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Seleccione la opción para la Unidad de necesidades especiales.

Goodness Rewards

El Programa Goodness Rewards es un programa que recompensa a los miembros de Highmark Wholecare por realizar actividades de salud importantes. Para obtener más información sobre el Programa Goodness Rewards, visite **GoodnessRewards.com**.

1. Inscríbase en el Programa Goodness Rewards por internet o por teléfono.
2. Complete una actividad gratificante.
3. Reciba su Goodness Reward.

Puede obtener más información sobre el Programa Goodness Rewards al visitar **GoodnessRewards.com** o llamar a Servicios para Miembros de Highmark Wholecare.

Línea de enfermería disponible las 24 horas

Si alguna vez tiene una pregunta sobre su salud, sus medicamentos o sus opciones de tratamiento, llame al 1-855-805-9408 (TTY: 711) y seleccione la opción para la Línea de enfermería disponible las 24 horas. Este servicio gratuito está disponible para todos los miembros de Highmark Wholecare. Está disponible los 7 días de la semana, los 365 días del año para responder preguntas básicas de salud relacionadas con lo siguiente:

- Un diagnóstico reciente, opciones de tratamiento o una cirugía
- Síntomas actuales

- Efectos secundarios de medicamentos
- Tratamientos de cuidado personal en el hogar
- Cuándo visitar a un médico
- Cuándo acudir al centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias

Un enfermero se tomará el tiempo para comprender qué sucede y proporcionarle información sin costo alguno.

Programa de telefonía gratuita Safelink Wireless
Highmark Wholecare se ha asociado con *Tracfone Wireless* para ofrecer el Programa SafeLink Wireless. Cuando se inscriba en el programa, recibirá lo siguiente:

- Un teléfono inteligente gratuito o la opción de usar su propio teléfono inteligente
- 350 minutos para llamadas por mes
- Mensajes de texto ilimitados
- 3 GB de datos por mes
- Llamadas gratuitas ILIMITADAS a Highmark Wholecare al 1-800-392-1147

Para obtener más información sobre el Programa Safelink Wireless, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). TracFone Wireless Inc. es una empresa independiente que ofrece el programa SafeLink para Highmark Wholecare.

Beneficio del GED
Los miembros mayores de 17 años que sean residentes de Pennsylvania y no estén inscritos en ningún otro programa escolar pueden acceder al examen para el diploma de educación general (General Education Diploma, GED) sin costo. Para obtener más información o solicitar un cupón, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Los servicios de EPSDT están disponibles para niños menores de 21 años. A veces, también se conocen como chequeos de bienestar para niños y bebés. Un pediatra, un médico de familia o un CRNP pueden atender a su hijo. El proveedor que elija para su hijo será el PCP de su hijo. El propósito de este servicio es detectar los posibles problemas de salud de manera temprana, y asegurarse de que su hijo se mantenga saludable. Si tiene preguntas o desea obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

¿Cuándo se debe realizar un examen de EPSDT?

Los niños y adultos jóvenes deben realizarse sus exámenes en función del cronograma que aparece a continuación. Es importante seguir este cronograma incluso si su hijo no está enfermo. Su proveedor le informará cuándo deben realizarse estas visitas.

Los bebés y los niños pequeños necesitarán varias visitas por año, mientras que los niños entre los 3 y 20 años necesitarán solo 1 visita por año.

Cronograma de detección recomendado			
3 a 5 días	0 a 1 mes	2 a 3 meses	4 a 5 meses
6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 meses	15 meses
18 meses	24 meses	30 meses	
A los niños de entre 3 y 20 años se les deben realizar exámenes de detección anuales.			

¿Qué hará el proveedor durante el examen de EPSDT?

Su proveedor les hará preguntas a usted y a su hijo, realizará pruebas, y controlará cuánto ha crecido su hijo. Los siguientes servicios son algunos de los que pueden realizarse durante el examen según la edad y las necesidades del niño:

- Examen físico completo
- Vacunas
- Examen oftalmológico
- Examen de la audición
- Examen de detección de autismo
- Examen de detección de tuberculosis
- Exámenes de la salud dental
- Control de la presión arterial
- Educación de la salud y la seguridad
- Control del índice de masa corporal (IMC) del niño
- Exámenes de detección o asesoramiento sobre el uso de tabaco y alcohol, y el uso de sustancias desde los 11 años
- Análisis de orina
- Pruebas de detección de plomo en sangre
- Examen del desarrollo
- Examen de detección de depresión desde los 12 años
- Examen de detección de depresión materna

Highmark Wholecare cubre servicios que son necesarios para tratar los problemas médicos que se identifican durante el examen de EPSDT.

Hay disponibles servicios adicionales para los niños con necesidades especiales. Hable con su proveedor sobre si su hijo puede necesitar o no estos servicios adicionales.

Sección 4:

Servicios fuera de la red
y
Servicios fuera del plan

Proveedores fuera de la red

Un proveedor fuera de la red es un proveedor que no tiene un contrato con Highmark Wholecare para proporcionar servicios a los miembros de Highmark Wholecare. Es posible que haya ocasiones en las que deba usar los servicios de un médico u hospital que no forma parte de la red de Highmark Wholecare. Si esto sucede, puede solicitar ayuda a su PCP. Su PCP cuenta con un número especial para llamar y solicitarle a Highmark Wholecare que le permita consultar a un proveedor fuera de la red. Highmark Wholecare verificará si hay otro proveedor en su área que pueda brindarle el mismo tipo de atención que usted o su PCP creen que usted necesita. Si Highmark Wholecare no puede encontrar una opción para usted de al menos 2 proveedores en su área, Highmark Wholecare cubrirá los servicios médicamente necesarios que brinde un proveedor fuera de la red.

Cómo obtener atención médica fuera del área de servicio de Highmark Wholecare

Si se encuentra fuera del área de servicio de Highmark Wholecare y tiene una emergencia médica, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Usted no tiene que obtener la aprobación de Highmark Wholecare para recibir atención si tiene una afección médica de emergencia. Si necesita hospitalizarse, debe informárselo a su PCP.

Si necesita atención para una afección que no es de emergencia mientras se encuentra fuera del área de servicio, llame a su PCP o a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984), quienes lo ayudarán a recibir la atención más adecuada.

Highmark Wholecare no pagará los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Servicios fuera del plan

Usted puede ser elegible para obtener otros servicios además de los que Highmark Wholecare proporciona. A continuación, se muestran algunos servicios que están disponibles, pero que no tienen la cobertura de Highmark Wholecare. Si desea recibir ayuda para obtener estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Transporte médico que no es de emergencia

Highmark Wholecare no cubre el transporte médico que no sea de emergencia para la mayoría de los miembros de HealthChoices. Highmark Wholecare puede ayudarle a

coordinar el transporte para asistir a citas de servicios cubiertos a través de programas como Shared Ride o el MATP, que se describe a continuación.
Highmark Wholecare cubre el transporte médico que no es de emergencia en los siguientes casos:

- Si vive en un hogar de ancianos y necesita acudir a una cita médica o a un centro de atención de urgencia o una farmacia para recibir un servicio de Asistencia Médica, DME o medicamento.
- Si necesita transporte médico especializado que no es de emergencia, por ejemplo, en el caso de que necesite una camilla para llegar a la cita.

Si tiene preguntas sobre el transporte médico que no es de emergencia, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Programa de Transporte de Asistencia Médica

El Programa de Transporte de Asistencia Médica (Medical Assistance Transportation Program, MATP) proporciona transporte que no es de emergencia desde y hacia proveedores médicos y farmacias de su elección, calificados e inscritos en MA, y que generalmente, está disponible y es utilizado por otros residentes de su comunidad. Este servicio se le proporciona sin costo para usted. El MATP del condado donde vive determinará su necesidad para el servicio y proporcionará el tipo de transporte adecuado para usted. Los servicios de transporte generalmente son proporcionados de las siguientes formas:

- Cuando haya transporte público disponible, como autobuses, metro o trenes, el MATP proporciona tokens o pases, o le reembolsa la tarifa del transporte público si vive dentro de un radio de ¼ de milla de una parada de servicio de ruta fija.
- Si usted o una persona que conozca tiene automóvil que pueda usar para llegar a su cita, es posible que el MATP le pague un monto por milla más los costos de estacionamiento y peaje con recibos válidos.
- Cuando no hay transporte público disponible, o este no es adecuado para usted, el MATP proporciona traslados en vehículos para personas con discapacidades, entre los que se incluyen camionetas, furgonetas con rampas elevadoras o taxis. Generalmente, el vehículo tendrá más de 1 pasajero con diferentes ubicaciones y horarios de salida y llegada.

Si necesita transporte para acudir a una cita médica o a la farmacia, comuníquese con el MATP local para obtener más información y registrarse para recibir los servicios. Puede encontrar la lista completa con la información de contacto del MATP por condado en línea en: **http://matp.pa.gov/CountyContact.aspx**. Consulte la página 105 de este manual para obtener la lista completa con la información de contacto del MATP por condado.

El MATP confirmará con Highmark Wholecare o con el consultorio de su médico que la cita médica para la cual necesita transporte sea un servicio cubierto. Highmark Wholecare trabaja con el MATP para ayudarle a organizar el transporte. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Programa para mujeres, bebés y niños

El Programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children Program, WIC) proporciona alimentos saludables y servicios de nutrición para bebés, niños menores de 5 años y mujeres que están embarazadas, dieron a luz o están amamantando. El WIC les ayuda a usted y a su bebé a alimentarse bien al enseñarles acerca de la buena nutrición y darles cupones de alimentos que pueden usar en tiendas de comestibles. El WIC ayuda a los bebés y niños pequeños a comer los alimentos adecuados para que puedan crecer saludables. Puede pedir a su proveedor de atención de maternidad una solicitud para el WIC en su próxima visita, o llamar al 1-800-WIC-WINS (1-800-942-9467). Para obtener más información, visite el sitio web de WIC en **pawic.com**.

Manejo de crisis y prevención de violencia doméstica

La violencia doméstica es un patrón de comportamiento a través del cual una persona intenta ejercer poder o control sobre otra persona en una relación familiar o íntima.

Existen varios tipos de violencia doméstica. Estos son algunos ejemplos:

- Abuso emocional
- Violencia física
- Acoso
- Violencia sexual
- Abuso financiero
- Abuso verbal
- Abuso de ancianos
- Violencia por parte de la pareja íntima en etapas posteriores de la vida
- Abuso por parte de la pareja íntima
- Violencia doméstica en la comunidad LGBTQIA+

Existen muchos otros nombres que se utilizan para hacer referencia a la violencia doméstica. Podemos referirnos a esta de las siguientes maneras: abuso; violencia doméstica; agresión; violencia por parte de la pareja íntima; o violencia familiar, conyugal, de relación o noviazgo.

Si alguna de estas cosas le está sucediendo o le ha sucedido, o si tiene miedo de su pareja, es posible que esté en una relación abusiva.

La violencia doméstica es un delito y hay protecciones legales disponibles para usted. Salir de una relación violenta no es fácil, pero puede obtener ayuda.

Dónde obtener ayuda

Línea directa nacional contra la violencia doméstica

1-800-799-7233 (SAFE)
1-800-787-3224 (TTY)

Coalición de Pennsylvania contra la Violencia Doméstica

Los servicios proporcionados a las víctimas de violencia doméstica incluyen lo siguiente: intervención en crisis; asesoramiento; acompañamiento a la policía, citas médicas y judiciales, y refugio temporal de emergencia para las víctimas y sus hijos dependientes. También se brindan programas de prevención y educación para disminuir el riesgo de violencia doméstica en la comunidad.

1-800-932-4632 (en Pennsylvania)

Violencia sexual y crisis por violación

La violencia sexual incluye cualquier tipo de contacto sexual, frases o acciones indeseadas de naturaleza sexual que van en contra de la voluntad de la persona. Una persona puede usar la fuerza, amenazas, manipulación o persuasión para cometer violencia sexual. La violencia sexual puede incluir lo siguiente:

- Violación
- Ataque sexual
- Incesto
- Ataque sexual infantil
- Violación en una cita o parte de un conocido
- Toqueteo de las partes íntimas
- Envío de mensajes sexuales sin permiso

- Abuso ritual
- Explotación sexual comercial (por ejemplo, prostitución)
- Acoso sexual
- Acoso contra personas LGBTQIA+
- Exposición y voyerismo (el acto de ser observado, fotografiado o filmado en un lugar donde uno esperaría privacidad)
- Participación forzosa en la producción de pornografía

Quienes han sufrido violencia sexual pueden tener reacciones físicas, mentales o emocionales producto de la experiencia vivida. Una persona que ha sufrido violencia sexual se puede sentir sola, temerosa, avergonzada y con miedo de que nadie le crea. Recuperarse puede llevar tiempo, pero es posible.

Dónde obtener ayuda:

Los centros de manejo de crisis por violación de Pennsylvania brindan servicios a todos los adultos y niños. Estos incluyen lo siguiente:

- Asesoramiento para manejo de crisis gratuito y confidencial las 24 horas del día.
- Servicios para la familia, los amigos, la pareja o el cónyuge de la víctima.
- Información y derivaciones a otros servicios en su área y programas de educación preventiva.

Llame al **1-888-772-7227** o visite el enlace a continuación para ponerse en contacto con su centro local de manejo de crisis por violación.

Coalición de Pennsylvania contra la Violación
pcar.org

Servicios de intervención temprana

Si bien todos los niños crecen y se desarrollan de formas únicas, algunos niños experimentan retrasos en el desarrollo. Los niños con discapacidad y retraso en el desarrollo pueden beneficiarse del Programa de intervención temprana.

El Programa de intervención temprana brinda apoyo y servicios a las familias con niños que tienen retraso en el desarrollo o discapacidad desde el nacimiento hasta los

5 años. Los servicios se proporcionan en entornos naturales donde un niño podría estar si no tuviera un retraso en el desarrollo o una discapacidad.

Los apoyos y servicios de la intervención temprana están diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de los niños con una discapacidad, así como las necesidades de la familia. Estos servicios y apoyos abordan las siguientes áreas:

- Desarrollo físico, incluida la vista y la audición
- Desarrollo cognitivo
- Desarrollo de la comunicación
- Desarrollo social o emocional
- Desarrollo adaptativo

Los padres que tengan preguntas sobre el desarrollo de su hijo pueden comunicarse con la línea de ayuda CONNECT al 1-800-692-7288 o visitar **papromiseforchildren.com**.
La línea de ayuda CONNECT ayuda a las familias a localizar recursos y brinda información en relación con el desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años. Además, CONNECT puede ayudar a los padres a ponerse en contacto con el Programa de intervención temprana de su condado o el Programa de intervención temprana preescolar local.

Sección 5:

Necesidades especiales

Unidad de necesidades especiales

Highmark Wholecare desea asegurarse de que todos nuestros miembros reciban la atención que necesitan. Hemos capacitado a los administradores de casos de la Unidad de necesidades especiales de Highmark Wholecare que ayudan a nuestros miembros con necesidades especiales a tener acceso a la atención que necesitan. Los administradores de casos de la unidad ayudan a los miembros con discapacidades físicas o conductuales, enfermedades complejas o crónicas y otras necesidades especiales. Highmark Wholecare entiende que usted y su familia pueden necesitar ayuda con asuntos que pueden no estar directamente relacionados con sus necesidades de atención médica. La Unidad de necesidades especiales puede asistirle en la búsqueda de programas y agencias en la comunidad que puedan ayudarles a usted y a su familia a abordar estas necesidades.

Si considera que usted o alguien de su familia tiene una necesidad especial y desea recibir ayuda de la Unidad de necesidades especiales, comuníquese con ellos al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Seleccione la opción para la Unidad de necesidades especiales. El personal de la Unidad de necesidades especiales está disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Si necesita asistencia cuando el personal de la Unidad de necesidades especiales no está disponible, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Coordinación de la atención

La Unidad de necesidades especiales de Highmark Wholecare le ayudará a coordinar la atención para usted y su familia que son miembros de Highmark Wholecare. Además, Highmark Wholecare puede ayudarle a ponerse en contacto con programas locales y de otros estados.

Si necesita ayuda con alguna parte de su atención, la atención de su hijo, o para coordinar dicha atención con otro programa del estado, condado o local, comuníquese con la Unidad de necesidades especiales de Highmark Wholecare para obtener asistencia.

El personal de la Unidad de necesidades especiales de Highmark Wholecare también ayudará a los miembros a hacer la transición desde los servicios recibidos en un hospital o entorno médico temporal a la atención que reciban en su hogar. Deseamos que nuestros miembros puedan volver a su hogar lo antes posible. Comuníquese con la Unidad de necesidades especiales de Highmark Wholecare para obtener ayuda para recibir la atención en su hogar.

Administración de la atención

Nuestro Programa de administración de la atención incluye continuidad de la atención y coordinación de la atención del miembro, y es esencial para nuestra misión de brindar atención médica de alta calidad y personalizada a todos los miembros dentro de nuestro Modelo de atención integrada (Integrated Care Model, ICM). El ICM de Operaciones Clínicas está conformado por diferentes equipos para asistir a los miembros en la coordinación de la atención que necesitan. Estos equipos de atención integrada incluyen lo siguiente: coordinador de la Unidad de necesidades especiales (Special Needs Unit Coordinator, SNUC), Atención del Turno Pediátrico para Necesidades Especiales, Administración de la Transición, Comunicación/asesores, Administración de la Atención Incorporada, Control de Enfermedades, MOM Matters, Programa de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT) y MCO de Salud Conductual. Nuestro modelo de Prospective Care Management (PCM®) coloca a cada miembro en el centro de la planificación de la atención y, por lo tanto, minimiza el impacto de las transiciones entre sistemas de prestación. Coordinamos la atención del miembro de manera prospectiva e integral, al tener en cuenta no solo las necesidades de atención inmediatas, sino también los determinantes sociales de la salud y la necesidad de coordinar a nuestros miembros, proveedores y recursos comunitarios.

Los servicios de coordinación de la Atención de Necesidades Especiales incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:

- Asistencia a los miembros con acceso oportuno a servicios y beneficios/coordinación de la atención/transiciones en la atención.
- Asistencia para ubicar las derivaciones a servicios comunitarios, ya que estos impactan en los determinantes sociales de la salud.
- Colaboración con médicos, cuidadores y otros apoyos para asistir a los miembros en la coordinación de su atención. Esto incluye asistir a los miembros en la programación de citas con proveedores de atención médica.
- Servicios en el hogar o la comunidad.
- Educación para miembros específica para una enfermedad, que incluye instrucciones sobre cómo mejorar el cuidado personal.
- Reuniones entre las agencias.
- Coordinación con otros MCO de salud conductual y salud física.

Revisamos su caso para desarrollar estrategias e intervenciones para la coordinación de la atención. Una de estas intervenciones puede incluir una derivación a la Administración de Atención Compleja.

Exenciones en el hogar y la comunidad y servicios y apoyo a largo plazo

La Oficina de Programas para el Desarrollo (Office of Developmental Programs, ODP) administra los siguientes programas: Consolidated Waiver, Community Living Waiver, Person/Family Directed Supports Waiver, Adult Autism Waiver y Adult Community Autism Program (ACAP) para personas con discapacidades intelectuales o autismo. Si tiene preguntas en relación con alguno de estos programas, puede comunicarse con la Línea directa de Servicio al Cliente de la ODP al 1-888-565-9435, o solicitar ayuda a la Unidad de necesidades especiales de Highmark Wholecare.

La Oficina de Vida a Largo Plazo (Office of Long-Term Living, OLTL) administra programas para personas de la tercera edad y personas con discapacidades físicas. Esto incluye el programa Community HealthChoices (CHC). El programa CHC es un programa de atención médica gestionada de Asistencia Médica para personas que también cuentan con la cobertura de Medicare o que necesitan los servicios de un centro de enfermería o una exención de servicios en el hogar y la comunidad.

Si tiene preguntas en relación con qué servicios están disponibles y cómo solicitarlos, puede comunicarse con la Línea de ayuda para participantes de OLTL al 1-800-757-5042, la línea de ayuda del programa CHC al 1-844-824-3655 o pedir ayuda a la Unidad de necesidades especiales de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Seleccione la opción para la Unidad de necesidades especiales.

Cuidado médico tutelar

La Oficina de Niños, Jóvenes y Familias supervisa el cuidado médico tutelar conforme a los programas de niños y jóvenes del condado. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con la Unidad de necesidades especiales al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). Seleccione la opción para la Unidad de necesidades especiales.

Sección 6:

Directivas anticipadas

Directivas anticipadas

Hay 2 tipos de directivas anticipadas: Testamento en vida y poder notarial para la atención médica. Estos documentos permiten que se respeten sus deseos si usted no puede decidir o hablar por sí mismo. Si usted cuenta con un testamento en vida o un poder notarial para la atención médica, debe entregárselo a su PCP, otros proveedores o a un miembro de la familia o amigo de confianza para que conozcan sus deseos.

Si cambian las leyes en relación con las directivas anticipadas, Highmark Wholecare le informará por escrito cuál es el cambio dentro de los 90 días posteriores al cambio. Para obtener información sobre las políticas de Highmark Wholecare sobre directivas anticipadas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) o visite el sitio web de Highmark Wholecare en **HighmarkWholecare.com**.

Testamentos en vida

Un testamento en vida es un documento que usted elabora. Establece la atención médica que desea recibir y la que no, si no puede informarle a su médico u otros proveedores el tipo de atención que desea. Su médico debe tener una copia y debe decidir si usted es incapaz de tomar decisiones por sí mismo para que se pueda usar el testamento en vida. Puede revocar o cambiar el testamento en vida en cualquier momento.

Poder notarial para la atención médica

Un poder notarial para la atención médica también se denomina poder notarial de duración indefinida. Un poder notarial para la atención médica o de duración indefinida es un documento en el que usted le otorga a otra persona el poder de tomar decisiones sobre su tratamiento médico en caso de ser incapaz de hacerlo por su cuenta, ya sea física o mentalmente. Además, deja constancia de lo que debe suceder para que el poder notarial entre en vigencia. Para elaborar un poder notarial para la atención médica, puede, si lo desea, aunque no es obligatorio, obtener ayuda legal. Puede comunicarse con Highmark Wholecare para obtener más información o instrucciones sobre cómo obtener recursos cerca de donde vive.

Qué hacer si un proveedor no sigue su directiva anticipada

Los proveedores no tienen que seguir su directiva anticipada si no están de acuerdo con esta según su juicio moral. Si su PCP u otro proveedor no desean seguir su directiva anticipada, Highmark Wholecare le ayudará a buscar un proveedor que cumpla sus deseos. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) si necesita ayuda para buscar un nuevo proveedor.

Si un proveedor no sigue su directiva anticipada, usted puede presentar un reclamo. Consulte la página 90 de la Sección 8 de este manual, Reclamos, quejas formales y audiencias imparciales, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, o llame a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984).

Sección 7:

Servicios de salud conductual

Atención de salud conductual

Los servicios de salud conductual incluyen servicios de salud mental y servicios de tratamiento por trastorno de consumo de sustancias. Estos servicios se brindan a través de las organizaciones de atención médica gestionada de la salud conductual (BH-MCO), que supervisa la Oficina de Servicios de Salud Mental y por Abuso de Sustancias (Office of Mental Health and Substance Abuse Services, OMHSAS) del Departamento de Servicios Humanos. A continuación, aparece la información de contacto de la BH-MCO. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) para obtener la información de contacto de su BH-MCO.

Puede llamar al número gratuito de su BH-MCO las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesita una derivación de su PCP para obtener servicios de salud conductual, pero su PCP colaborará con su BH-MCO y los proveedores de salud conductual para ayudarle a obtener la atención que mejor se ajuste a sus necesidades. Debe informar a su PCP si usted, o alguien de su familia, está atravesando un problema de salud mental o por abuso de drogas y alcohol.

Se cubren los siguientes servicios:

- Servicios de rehabilitación de salud conductual (Behavioral Health Rehabilitation Services, BHRS) (niños y adolescentes).
- Servicios de apoyo con clozapina (Clozaril).
- Servicios hospitalarios de desintoxicación de drogas y alcohol para pacientes internados (adolescentes y adultos).
- Servicios hospitalarios de rehabilitación de drogas y alcohol para pacientes internados (adolescentes y adultos).
- Servicios por abuso de drogas y alcohol para pacientes ambulatorios.
- Servicios de mantenimiento con metadona por abuso de drogas y alcohol.
- Servicios de salud mental basados en la familia.
- Análisis de laboratorio (cuando se relacionan con un diagnóstico de salud conductual y los receta un profesional de salud conductual).
- Servicios de intervención en casos de crisis de salud mental.
- Hospitalización por trastorno de salud mental.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Servicios de hospitalización parcial por trastorno de salud mental.
- Servicios de apoyo entre pares.
- Centros de tratamiento residencial (niños y adolescentes).
- Servicios de administración de casos específicos.

Si tiene preguntas sobre el transporte a las citas de cualquiera de estos servicios, comuníquese con su BH-MCO.

Servicios de salud mental y por abuso de drogas y alcohol

CONDADO	ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA GESTIONADA DE SALUD CONDUCTUAL	AUTORIDAD ÚNICA DEL CONDADO PARA EL TRATAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS
Adams	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-866-738-9849	Comisión de Drogas y Alcohol de York Adams 717-771-9222
Allegheny	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-800-553-7499	Departamento de Servicios Humanos del condado de Allegheny - Oficina de Salud Conductual - Oficina de Servicios de Drogas y Alcohol 412-350-3328
Armstrong	Carelon Health of PA 1-877-688-5969	Armstrong/Indiana/Clarion Drug and Alcohol Commission, Inc. 724-354-2746
Beaver	Carelon Health of PA 1-877-688-5970	Programa de drogas y alcohol de Beaver County Behavioral Health 724-847-6225
Bedford	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-866-483-2908	Personal Solutions Inc (Bedford) 814-623-5009
Berks	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-866-292-7886	Consejo sobre Abuso de Sustancias Químicas del condado de Berks 610-376-8669
Blair	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-855-520-9715	Blair County Drug and Alcohol Program, Inc. 814-381-0921
Butler	Carelon Health of PA 1-877-688-5971	Programa de Drogas y Alcohol del condado de Butler 724-284-5114
Cambria	Magellan 1-800-424-0485	Programa de Drogas y Alcohol del condado de Cambria 814-536-5388

CONDADO	ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA GESTIONADA DE SALUD CONDUCTUAL	AUTORIDAD ÚNICA DEL CONDADO PARA EL TRATAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS
Cumberland	Performcare 1-888-722-8646	Comisión de Drogas y Alcohol de Cumberland/Perry 717-240-6300
Dauphin	Performcare 1-888-722-8646	Departamento de Servicios de Drogas y Alcohol del Condado de Dauphin 717-635-2254
Fayette	Carelon Health of PA 1-877-688-5972	Fayette County Drug and Alcohol Commission, Inc. 724-438-3576
Franklin	Performcare 1-866-773-7917	Programa de Drogas y Alcohol del condado de Franklin/Fulton 717-263-1256
Fulton	Performcare 1-866-773-7917	Programa de Drogas y Alcohol del condado de Franklin/Fulton 717-263-1256
Greene	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-866-878-6046	Programa de Servicios Humanos del condado de Greene 724-852-5276
Huntingdon	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-866-878-6046	Comisión de Abuso de Drogas y Alcohol de Juniata Valley Tri-County 717-242-1446
Indiana	Carelon Health of PA 1-877-688-5969	Armstrong/Indiana/Clarion Drug and Alcohol Commission, Inc. 724-354-2746
Lancaster	Performcare 1-888-722-8646	Comisión de Drogas y Alcohol del condado de Lancaster 717-299-8023

CONDADO	ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA GESTIONADA DE SALUD CONDUCTUAL	AUTORIDAD ÚNICA DEL CONDADO PARA EL TRATAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS
Lawrence	Carelon Health of PA 1-877-688-5975	Lawrence County Drug and Alcohol Commission, Inc. 724-658-5580
Lebanon	Performcare 1-888-722-8646	Comisión de Abuso de Drogas y Alcohol del condado de Lebanon 717-274-0427
Lehigh	Magellan 1-866-238-2311	Servicios de Drogas y Alcohol del condado de Lehigh 610-782-3555
Northampton	Magellan 1-866-238-2312	División de D y A del condado de Northampton 610-829-4725
Perry	Performcare 1-888-722-8646	Comisión de Drogas y Alcohol de Cumberland/Perry 717-240-6300
Somerset	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-866-483-2908	Drogas y Alcohol del condado de Somerset 814-445-1530
Washington	Carelon Health of PA 1-877-688-5976	Washington D&A Commission, Inc. 724-223-1181
Westmoreland	Carelon Health of PA 1-877-688-5977	Westmoreland Drug and Alcohol Commission, Inc. 724-243-2220
York	Atención Comunitaria de Salud Conductual 1-866-542-0299	Comisión de Drogas y Alcohol de York Adams 717-771-9222

Sección 8:

Reclamos, quejas formales y audiencias imparciales

Reclamos, quejas formales y audiencias imparciales

Si un proveedor o Highmark Wholecare hacen algo con lo que no está conforme o con lo que no está de acuerdo, puede informar a Highmark Wholecare o al Departamento de Servicios Humanos con qué está desconforme o que está en desacuerdo con lo que el proveedor o Highmark Wholecare han hecho. Esta sección describe qué puede hacer y qué ocurrirá.

Reclamos

¿Qué es un reclamo?

Un reclamo es cuando usted le informa a Highmark Wholecare que no está satisfecho con Highmark Wholecare o con su proveedor, o no está de acuerdo con una decisión de Highmark Wholecare.

Algunas cosas por las que puede presentar un reclamo:

- No está conforme con la atención que recibe.
- No puede recibir el servicio o producto que desea porque no es un producto o servicio cubierto.
- Usted no ha recibido servicios que Highmark Wholecare ha aprobado.
- Le denegaron una solicitud de no estar de acuerdo con una decisión de que usted tiene que pagarle a su proveedor.

Reclamo de primer nivel

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?

Para presentar un reclamo de primer nivel:

- Llame a Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y comuníquele a Highmark Wholecare su reclamo, o
- Envíe su reclamo por escrito a Highmark Wholecare por correo o fax; o
- Si recibió un aviso de Highmark Wholecare en el que se le informa la decisión de Highmark Wholecare y el aviso incluía un Formulario de solicitud de reclamo/queja formal, complete el formulario y envíelo a Highmark Wholecare por correo o fax.

Highmark Wholecare
Attn: Complaint and Grievance Department
P.O. Box 22278
Pittsburgh, PA 15222
Fax: 412-255-4503

Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean encriptados por el remitente, no debe incluir información personal de identificación, como su fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que encripte el correo electrónico.

Su proveedor puede presentar un reclamo en su nombre si usted le brinda el consentimiento por escrito para hacerlo.

¿Cuándo debo presentar un reclamo de primer nivel?

Algunos reclamos tienen un plazo para presentarlos. Debe presentar un reclamo en un plazo de **60 días luego de recibir un aviso** que le informe lo siguiente:

- Highmark Wholecare ha decidido que usted no puede recibir un producto o servicio que desea porque no es un producto o servicio cubierto.
- Highmark Wholecare no le pagará a un proveedor por un servicio o producto que usted recibió.
- Highmark Wholecare no le informó su decisión sobre un reclamo o queja formal que usted presentó a Highmark Wholecare en el plazo de 30 días a partir de la fecha en que Highmark Wholecare recibió su reclamo o queja formal.
- Highmark Wholecare ha denegado su solicitud de no estar de acuerdo con la decisión de Highmark Wholecare de que usted tiene que pagarle a su proveedor.

Debe presentar un reclamo en el plazo de **60 días a partir de la fecha en que debería haber recibido un servicio o producto**, en caso de no haberlo hecho. El tiempo en el que debería recibir un servicio o producto aparece a continuación:

Cita de nuevo miembro para su primer examen...	**Programaremos una cita para usted…**
Miembros con VIH/SIDA	con un PCP o especialista en un plazo que no supere los 7 días después de convertirse en miembro de Highmark Wholecare, a menos que ya lo esté tratando un PCP o especialista.

Miembros que reciben beneficios de Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI)	con un PCP o especialista en un plazo que no supere los 45 días después de convertirse en miembro de Highmark Wholecare, a menos que ya le esté tratando un PCP o especialista.
Miembros menores de 21 años	con un PCP para un examen de EPSDT en un plazo que no supere los 45 días después de convertirse en miembro de Highmark Wholecare, a menos que ya le esté tratando un PCP o especialista.
Todos los demás miembros	con un PCP, en un plazo que no supere las 3 semanas después de convertirse en miembro de Highmark Wholecare.
Miembros que están embarazadas:	**Programaremos una cita para usted**
Mujeres embarazadas en su primer trimestre	con un ginecólogo/obstetra en el plazo de 10 días hábiles a partir de que Highmark Wholecare tome conocimiento sobre su embarazo.
Mujeres embarazadas en su segundo trimestre	con un ginecólogo/obstetra en el plazo de 5 días hábiles a partir de que Highmark Wholecare tome conocimiento sobre su embarazo.
Mujeres embarazadas en su tercer trimestre	con un ginecólogo/obstetra en el plazo de 4 días hábiles a partir de que Highmark Wholecare tome conocimiento sobre su embarazo.
Mujeres con embarazo de alto riesgo	con un ginecólogo/obstetra en el plazo de 24 horas a partir de que Highmark Wholecare tome conocimiento sobre su embarazo.

Cita con...	**Se debe programar una cita**
PCP	
Afección médica de urgencia	dentro de las 24 horas.
Cita de rutina	dentro de los 10 días hábiles.
Evaluación de salud/examen físico general	dentro de 3 semanas.

Especialistas (cuando son derivados por un PCP)	
Afección médica de urgencia	dentro de 24 horas a partir de la derivación.
Cita de rutina con uno de los siguientes especialistas:	dentro de los 15 días hábiles a partir de la derivación.
Otorrinolaringología	
Dermatología	
Endocrinología pediátrica	
Cirugía general pediátrica	
Enfermedades infecciosas pediátricas	
Neurología pediátrica	
Neumología pediátrica	
Reumatología pediátrica	
Dentista	
Cirugía ortopédica	
Alergia e inmunología pediátricas	
Gastroenterología pediátrica	
Hematología pediátrica	
Nefrología pediátrica	
Oncología pediátrica	
Medicina de rehabilitación pediátrica	
Urología pediátrica	
Odontología pediátrica	
Cita de rutina con todos los demás especialistas	dentro de 10 días hábiles a partir de la derivación.

Puede presentar **todos los otros reclamos en cualquier momento.**

¿Qué ocurre después de presentar un reclamo de primer nivel?

Después de presentar su reclamo, recibirá una carta de Highmark Wholecare en la que se le informa que Highmark Wholecare ha recibido su reclamo y sobre el proceso de revisión de los reclamos de primer nivel.

Puede solicitarle a Highmark Wholecare ver, sin costo alguno, toda la información que Highmark Wholecare tiene sobre el asunto por el cual usted presentó el reclamo. También puede enviar la información que tenga sobre su reclamo a Highmark Wholecare.

Puede asistir a la revisión del reclamo si lo desea. Highmark Wholecare le informará el lugar, la fecha y la hora de la revisión del reclamo al menos 10 días antes del día de la revisión del reclamo. Puede participar de revisión del reclamo en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decide que no desea asistir a la revisión del reclamo, esto no afectará la decisión.

Un comité de uno o más miembros del personal de Highmark Wholecare, que no hayan estado involucrados y no trabajen para alguien que haya estado involucrado en el asunto sobre el cual usted presentó el reclamo, se reunirá para tomar la decisión sobre su reclamo. Si el reclamo se trata de un asunto clínico, un médico con licencia o un dentista matriculado formará parte del comité. Highmark Wholecare le enviará por correo un aviso en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que usted presentó su reclamo de primer nivel para informarle la decisión sobre su reclamo de primer nivel. En el aviso, también se le informará qué hacer en caso de que no esté de acuerdo con la decisión.

Si necesita más información acerca de cómo buscar ayuda durante el proceso de reclamos, consulte la página 87.

Qué hacer para continuar recibiendo servicios:

Si se reducen, cambian o suspenden los artículos o servicios que ha estado recibiendo, y usted presenta un reclamo que se entrega con sello postal o en mano a Highmark Wholecare en un plazo de 15 días desde la fecha del aviso en el que se informa que los artículos o servicios que usted ha estado recibiendo no son artículos o servicios cubiertos para usted, la provisión de los artículos o servicios continuará hasta que se tome una decisión.

¿Qué sucede si no me gusta la decisión de Highmark Wholecare?

Puede solicitar una revisión externa del reclamo, una audiencia imparcial, o una revisión externa del reclamo y una audiencia imparcial, si el reclamo incluye alguno de los siguientes casos:

- Highmark Wholecare ha decidido que usted no puede recibir un producto o servicio que desea porque no es un producto o servicio cubierto.

- Highmark Wholecare ha decidido que no le pagará a un proveedor por un servicio o producto que usted recibió.

- Highmark Wholecare no le informó su decisión sobre un reclamo o queja formal que usted le presentó a Highmark Wholecare en el plazo de 30 días a partir de la fecha en que Highmark Wholecare recibió su reclamo o queja formal.

- Usted no recibió un servicio o producto dentro del plazo en el cual debería haberlo recibido.

- La decisión de Highmark Wholecare de denegar su solicitud de no estar de acuerdo con la decisión de Highmark Wholecare de que usted tiene que pagarle a su proveedor.

Debe solicitar una revisión externa del reclamo en un plazo de **15 días a partir de la fecha en que recibió el aviso de decisión del reclamo de primer nivel**.

Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de **120 días a partir de la fecha de envío del aviso** que le informaba la decisión del reclamo.

Para todos los otros reclamos, usted puede presentar un reclamo de segundo nivel en un plazo de **45 días a partir de la fecha en que recibió el aviso de la decisión del reclamo**.

Para obtener más información sobre audiencias imparciales, consulte la página 106.
Para obtener información sobre la revisión externa del reclamo, consulte la página 98.
Si necesita más información acerca de cómo buscar ayuda durante el proceso de reclamos, consulte la página 91.

Reclamo de segundo nivel

¿Qué debo hacer si deseo presentar un reclamo de segundo nivel?

Para presentar un reclamo de segundo nivel:

- Llame a Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984). y comuníquele a Highmark Wholecare su reclamo de segundo nivel, o

- Envíe su reclamo de segundo nivel por escrito a Highmark Wholecare por correo o fax; o

- Complete el Formulario de solicitud de reclamo incluido en su aviso de decisión del reclamo, y envíelo a Highmark Wholecare por correo o fax.

Dirección y número de fax de Highmark Wholecare para reclamos de segundo nivel
Highmark Wholecare
Attn: Complaint and Grievance Department

P.O. Box 22278
Pittsburgh, PA 15222
Fax: 412-255-4503

¿Qué ocurre después de presentar un reclamo de segundo nivel?

Después de presentar su reclamo de segundo nivel, recibirá una carta de Highmark Wholecare en la que se le informará que Highmark Wholecare ha recibido su reclamo y sobre el proceso de revisión de los reclamos de segundo nivel.

Puede solicitarle a Highmark Wholecare ver, sin costo alguno, toda la información que Highmark Wholecare tiene sobre el asunto por el cual usted presentó el reclamo. También puede enviar la información que tenga sobre su reclamo a Highmark Wholecare.

Puede asistir a la revisión del reclamo si lo desea. Highmark Wholecare le informará el lugar, la fecha y la hora de la revisión del reclamo al menos 15 días antes de la revisión del reclamo. Puede participar de revisión del reclamo en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decide que no desea asistir a la revisión del reclamo, esto no afectará la decisión.

Un comité de 3 o más personas, incluida al menos 1 persona que no trabaja para Highmark Wholecare, se reunirá para tomar una decisión sobre su reclamo de segundo nivel. El personal de Highmark Wholecare que se encuentre en el comité no habrá estado involucrado ni habrá trabajado para alguien que haya estado involucrado en el asunto sobre el cual usted presentó su reclamo. Si el reclamo se trata de un asunto clínico, un médico con licencia o un dentista matriculado formará parte del comité. Highmark Wholecare le enviará por correo un aviso en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que se recibió su reclamo de segundo nivel para informarle la decisión sobre su reclamo de segundo nivel. En la carta también se le informará qué hacer en caso de que no esté de acuerdo con la decisión.

Si necesita más información acerca de cómo buscar ayuda durante el proceso de reclamos, consulte la página 91.

¿Qué sucede si no me gusta la decisión de Highmark Wholecare sobre mi reclamo de segundo nivel?

Puede solicitar una revisión externa a la Oficina de Atención Médica Gestionada del Departamento de Seguros de Pennsylvania.

Debe solicitar una revisión externa **en un plazo de 15 días a partir de la fecha en que recibió el aviso de decisión de reclamo de segundo nivel.**

Revisión de reclamo externa

¿Cómo solicito una revisión externa del reclamo?

Envíe su solicitud por escrito para obtener una revisión externa de su reclamo a la siguiente dirección:

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
Room 1209, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120
Fax: 717-787-8585

También puede ir a “File a Complaint Page” (Página de presentación de reclamos) en **www.insurance.pa.gov/Consumers**

Si necesita ayuda para presentar su solicitud de revisión externa, llame a la Oficina de Servicios al Consumidor al 1-877-881-6388.

Si lo solicita, la Oficina de Servicios al Consumidor le ayudará a presentar su reclamo por escrito.

¿Qué sucede después de solicitar una revisión externa del reclamo?

El Departamento de Seguros obtendrá su expediente de Highmark Wholecare. Usted también puede enviar cualquier otra información que pueda ayudar con la revisión externa de su reclamo.

Un abogado u otra persona, como su representante, pueden representarlo durante la revisión externa.

Después de tomar una decisión, se le enviará una carta con la decisión. Esta carta le informará todas las razones consideradas para tomar la decisión y qué puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Qué hacer para continuar recibiendo servicios:

Si se reducen, cambian o suspenden los artículos o servicios que ha estado recibiendo, y su solicitud de revisión externa del reclamo se entrega con sello postal o en mano al Departamento de Seguros de Pennsylvania en un plazo de 15 días desde la fecha del aviso en el que se informa la decisión sobre el reclamo de primer nivel de Highmark Wholecare de que usted no puede recibir los artículos o servicios que ha estado recibiendo debido a que no son artículos o servicios cubiertos para usted, la provisión de los servicios o artículos continuará hasta que se tome una decisión. Si usted solicitará una revisión externa del reclamo y una audiencia imparcial, debe solicitar la revisión externa del reclamo y la audiencia imparcial en un plazo de 15 días desde la fecha del aviso en el que se le informa la decisión de Highmark Wholecare sobre el reclamo de primer nivel. Si espera para solicitar una audiencia imparcial hasta después de recibir una decisión sobre la revisión externa del reclamo, la provisión de los servicios no continuará.

Quejas formales

¿Qué es una queja formal?

Cuando Highmark Wholecare niegue, reduzca o apruebe un servicio o producto diferente del que usted solicitó porque no es médicamente necesario, usted recibirá un aviso que le informará la decisión de Highmark Wholecare.

Una queja formal es cuando usted le informa a Highmark Wholecare que no está de acuerdo con la decisión de Highmark Wholecare.

¿Qué debo hacer si tengo una queja formal?

Para presentar una queja formal:

- Llame a Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y comuníquele a Highmark Wholecare su queja formal, o

- Envíe su queja formal por escrito a Highmark Wholecare por correo o fax; o

- Complete el Formulario de solicitud de reclamo/queja formal que se incluye en el aviso de denegación que obtuvo de Highmark Wholecare y envíelo a Highmark Wholecare por correo o fax.

Highmark Wholecare
Attn: Complaint and Grievance Department
P.O. Box 22278
Pittsburgh, PA 15222
Fax: 412-255-4503

Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean encriptados por el remitente, no debe incluir información personal de identificación, como su fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que encripte el correo electrónico.

Su proveedor puede presentar una queja formal en su nombre si usted le brinda el consentimiento por escrito para hacerlo. Si su proveedor presenta una queja formal en su nombre, usted no puede presentar una queja formal por separado por su cuenta.

¿Cuándo debo presentar una queja formal?

Debe presentar una queja formal en un plazo de **60 días a partir de la fecha en que recibió el aviso** en el que se le informa acerca del rechazo, la reducción o la aprobación de un servicio o artículo diferente.

¿Qué sucede después de presentar una queja formal?

Después de presentar su queja formal, recibirá una carta de Highmark Wholecare en la que se le informa que Highmark Wholecare ha recibido su queja formal y sobre el proceso de revisión de las quejas formales.

Usted o su representante pueden solicitarle a Highmark Wholecare ver toda la información que Highmark Wholecare utilizó para tomar la decisión sobre la queja formal que usted presentó, sin costo alguno para usted. También puede enviar la información que tenga sobre su queja formal a Highmark Wholecare.

Puede asistir a la revisión de la queja formal si lo desea. Highmark Wholecare le informará la ubicación, fecha y hora de la revisión de la queja formal al menos 10 días antes del día de la revisión de la queja formal. Puede comparecer en persona, por teléfono o por videoconferencia en la revisión de la queja formal. Si decide que no desea asistir a la revisión de la queja formal, esto no afectará la decisión.

Un comité de tres o más personas, incluido un médico con licencia o un dentista matriculado, se reunirá para tomar una decisión sobre su queja formal. El personal de Highmark Wholecare que se encuentre en el comité no habrá estado involucrado ni habrá trabajado para alguien que haya estado involucrado en el asunto por el cual usted presentó su queja formal. Highmark Wholecare le enviará por correo un aviso en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se recibió su queja formal para informarle la decisión con respecto a su queja formal. En el aviso, también se le informará qué hacer en caso de que no esté de acuerdo con la decisión.

Si necesita más información acerca de cómo buscar ayuda durante el proceso de quejas formales, consulte la página 99. !

Qué hacer para continuar recibiendo servicios:

Si se reducen, cambian o suspenden los artículos o servicios que ha estado recibiendo, y usted presenta una queja formal que se entrega con sello postal o en mano a Highmark Wholecare en un plazo de 15 días desde la fecha del aviso en el que se informa que los artículos o servicios que usted ha estado recibiendo se reducirán, cambiarán o suspenderán, la provisión de los artículos o servicios continuará hasta que se tome una decisión.

¿Qué sucede si no me gusta la decisión de Highmark Wholecare?

Es posible solicitar una revisión externa de una queja formal o una audiencia imparcial, o puede solicitar ambas. Una revisión externa de la queja formal es una revisión por parte de un médico que no trabaja para Highmark Wholecare.

Debe solicitar una revisión externa de la queja formal en un plazo de **15 días a partir de la fecha en que recibió el aviso de decisión de la queja formal**.

Debe solicitar una audiencia imparcial al Departamento de Servicios Humanos **en un plazo de 120 días a partir de la fecha del aviso** en el que se le informa la decisión de la queja formal.

Para obtener más información sobre audiencias imparciales, consulte la página 101.
Consulte a continuación para obtener más información sobre revisiones externas de quejas formales.
Si necesita más información acerca de cómo buscar ayuda durante el proceso de quejas formales, consulte la página 99.

Revisión externa de la queja formal

¿Cómo solicito una revisión externa de la queja formal?

Para solicitar una revisión externa de la queja formal:

- Llame a Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y comuníquele a Highmark Wholecare su queja formal, o

- Envíe su queja formal por escrito a Highmark Wholecare por correo:

Highmark Wholecare
Attn: Complaint and Grievance Department
P.O. Box 22278
Pittsburgh, PA 15222

Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean encriptados por el remitente, no debe incluir información personal de identificación, como su fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que encripte el correo electrónico.

Highmark Wholecare enviará su solicitud de revisión externa de la queja formal al Departamento de Seguros de Pennsylvania.

¿Qué sucede después de solicitar una revisión externa de la queja formal?

Highmark Wholecare le notificará el nombre, la dirección, el correo electrónico, el número de fax y el número de teléfono del revisor externo de la queja formal. También recibirá información acerca del proceso de revisión externa de la queja formal.

Highmark Wholecare le enviará su expediente de queja formal al revisor. Usted puede proporcionar información adicional que pueda ayudar con la revisión externa de su queja formal al revisor dentro de los 20 días a partir de la notificación del nombre del revisor externo de la queja formal.

Recibirá una carta con la decisión en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que solicitó una revisión externa de la queja formal. Esta carta le informará todas las razones consideradas para tomar la decisión y qué puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Qué hacer para continuar recibiendo servicios:

Si se reducen, cambian o suspenden los artículos o servicios que usted ha estado recibiendo, y usted solicita una revisión externa de la queja formal en forma oral o por escrito que se entrega con sello postal o en mano al Departamento de Seguros de Pennsylvania en un plazo de 15 días desde la fecha del aviso en el que se le informa la decisión de Highmark Wholecare sobre la queja formal, la provisión de los artículos o servicios continuará hasta que se tome una decisión. Si usted solicitará una revisión externa de la queja formal y una audiencia imparcial, debe solicitar la revisión externa de la queja formal y la audiencia imparcial en un plazo de 15 días desde la fecha del aviso en el que se le informa la decisión de Highmark Wholecare sobre la queja formal. Si espera para solicitar una audiencia imparcial hasta después de recibir una decisión sobre la revisión externa de su queja formal, la provisión de los servicios no continuará.

Reclamos y quejas formales acelerados

¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inminente?

Si su médico o dentista creen que esperar **30** días para obtener una decisión sobre su reclamo o queja formal podría perjudicar su salud, usted o su médico o dentista pueden solicitar que se acelere la decisión de su reclamo o queja formal. Para que su reclamo o queja formal se decida más rápidamente:

- Debe solicitar a Highmark Wholecare una decisión temprana llamando a Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984), enviando por fax una carta o el Formulario de solicitud de reclamo/queja formal al 412-255-4503, o enviando un correo electrónico a **MedicaidCommitteeReviews@HighmarkWholecare.com**.

- Su médico o dentista debe enviar por fax una carta firmada al 412-255-4503 dentro de las 72 horas siguientes a su solicitud de una decisión temprana que explique el motivo por el cual el hecho de que Highmark Wholecare tarde 30 días en informarle la decisión sobre su reclamo o queja formal podría perjudicar su salud.

Si Highmark Wholecare no recibe una carta de su médico o dentista, y la información proporcionada no muestra que demorar el plazo habitual para tomar una decisión sobre su reclamo o queja formal podría perjudicar su salud, Highmark Wholecare tomará una decisión sobre su reclamo o queja formal en el plazo habitual de **30** días a partir del momento en que Highmark Wholecare reciba por primera vez su reclamo o queja formal.

Reclamo acelerado y reclamo externo acelerado

Un comité de tres o más personas, incluido un médico con licencia o un dentista matriculado, se reunirá para tomar una decisión sobre su reclamo. El personal de Highmark Wholecare que se encuentre en el comité no habrá estado involucrado ni habrá trabajado para alguien que haya estado involucrado en el asunto sobre el cual usted presentó su reclamo.

Puede asistir a la revisión del reclamo acelerado si lo desea. Puede asistir a la revisión del reclamo en persona, pero es posible que deba comparecer por teléfono o por videoconferencia porque Highmark Wholecare cuenta con poco tiempo para tomar una decisión sobre un reclamo acelerado. Si decide que no desea asistir a la revisión del reclamo, esto no afectará la decisión.

Highmark Wholecare le informará la decisión sobre su reclamo en un plazo de 48 horas desde que Highmark Wholecare reciba la carta de su médico o dentista que explique por qué el plazo habitual para decidir sobre su reclamo dañará su salud, o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que Highmark Wholecare reciba su solicitud de una decisión anticipada, lo que ocurra primero, a menos que usted le solicite a Highmark Wholecare que se tome más tiempo para decidir sobre su reclamo. Puede solicitarle a Highmark Wholecare que se tome hasta 14 días más para tomar una decisión sobre su reclamo. También recibirá un aviso en el que se le informarán las razones consideradas para tomar la decisión y cómo solicitar una revisión externa y acelerada del reclamo, si no está de acuerdo con la decisión.

Si no está de acuerdo con la decisión del reclamo acelerado, puede solicitar una revisión externa del reclamo acelerado al Departamento de Salud de Pennsylvania en el plazo de **2 días hábiles a partir de la fecha en que reciba el aviso de la decisión sobre el reclamo acelerado**. Para solicitar una revisión externa y acelerada de un reclamo:

- Llame a Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y comuníquele a Highmark Wholecare su reclamo, o

- Envíe un correo electrónico a Highmark Wholecare a **MedicaidCommitteeReviews@HighmarkWholecare.com**, o

- Envíe su reclamo por escrito a Highmark Wholecare por correo o fax:

Highmark Wholecare
Attn: Complaint and Grievance Department
P.O. Box 22278
Pittsburgh, PA 15222
Fax: 412-255-4503

Highmark Wholecare enviará su solicitud de revisión acelerada al Departamento de Seguros de Pennsylvania en un plazo de 24 horas después de recibirlo.

Quejas formales aceleradas y revisión externa de quejas formales aceleradas

Un comité de tres o más personas, incluido un médico con licencia o un dentista matriculado, se reunirá para tomar una decisión sobre su queja formal. El personal de Highmark Wholecare que se encuentre en el comité no habrá estado involucrado ni habrá trabajado para alguien que haya estado involucrado en el asunto por el cual usted presentó su queja formal.

Puede asistir a la revisión de la queja formal acelerada si lo desea. Puede asistir a la revisión de la queja formal en persona, pero es posible que deba comparecer por teléfono o por videoconferencia porque Highmark Wholecare cuenta con poco tiempo para tomar una decisión sobre la queja formal acelerada. Si decide que no desea asistir a la revisión de la queja formal, esto no afectará nuestra decisión.

Highmark Wholecare le informará la decisión sobre su queja formal en un plazo de 48 horas desde que Highmark Wholecare reciba la carta de su médico o dentista que explique por qué el plazo habitual para decidir sobre su queja formal dañará su salud, o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que Highmark Wholecare reciba su solicitud de una decisión anticipada, lo que ocurra primero, a menos que usted le solicite a Highmark Wholecare que se tome más tiempo para decidir sobre su queja formal. Puede solicitarle a Highmark Wholecare que se tome hasta 14 días más para tomar una decisión sobre su queja formal. También recibirá un aviso informándole las razones consideradas para tomar la decisión y qué hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la queja formal acelerada, puede solicitar la revisión externa de una queja formal acelerada, una audiencia imparcial acelerada, o ambas, por parte del Departamento de Servicios Humanos.

Debe solicitar la revisión externa de una queja formal acelerada en un plazo de **2 días hábiles a partir de la fecha en que recibió el aviso con la decisión sobre la queja formal acelerada**. Para solicitar una revisión externa y acelerada de una queja formal:

- Llame a Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) y comuníquele a Highmark Wholecare su queja formal, o

- Envíe un correo electrónico a Highmark Wholecare a **MedicaidCommitteeReviews@HighmarkWholecare.com**, o

- Envíe su queja formal por escrito a Highmark Wholecare por correo o fax:
  Highmark Wholecare
  Attn: Complaint and Grievance Department
  P.O. Box 22278
  Pittsburgh, PA 15222
  Fax: 412-255-4503

Highmark Wholecare enviará su solicitud al Departamento de Seguros de Pennsylvania en un plazo de 24 horas después de recibirla.

Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de **120 días a partir de la fecha del aviso** en el que se le informa la decisión de la queja formal.

¿Qué tipo de ayuda puedo recibir con los procesos de reclamaciones y quejas formales?

Si necesita ayuda para presentar su reclamo o queja formal, un miembro del personal de Highmark Wholecare le brindará asistencia. Esta persona también puede representarlo durante el proceso de reclamo o queja formal. Usted no tiene que pagar por recibir ayuda de un miembro del personal. El miembro del personal no habrá estado involucrado en ninguna decisión relacionada con su reclamo o queja formal.

Además, puede pedirle a un familiar, amigo, abogado u otra persona que le ayuden a presentar su reclamo o queja formal. Esta persona también puede ayudarle si decide que desea participar en la revisión del reclamo o queja formal.

Alguien que conozca puede representarle o actuar en su nombre en cualquier momento durante el proceso del reclamo o queja formal. Si decide que alguien le represente o actúe en su nombre, informe por escrito a Highmark Wholecare el nombre de esa persona y cómo Highmark Wholecare puede comunicarse con ella.

Usted o la persona que elija para que le represente pueden solicitarle a Highmark Wholecare ver toda la información que Highmark Wholecare tenga sobre el asunto por el cual presentó su reclamo o queja formal, sin costo alguno para usted.

Puede llamar a la línea gratuita de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) si necesita ayuda o tiene preguntas sobre los reclamos y las quejas formales, y puede comunicarse con la oficina de asistencia legal local llamando al 1-800-322-7572 o con el Proyecto de Leyes de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

Personas cuya lengua materna no es el inglés

Si solicita servicios de idioma, Highmark Wholecare se los brindará sin costo alguno.

Personas con discapacidades

Si es necesario, Highmark Wholecare ofrecerá a las personas con discapacidades ayuda para presentar reclamos o quejas formales sin costo alguno. Esta ayuda incluye lo siguiente:

- Brindar servicios de intérpretes de lenguaje de señas.
- Proporcionar información enviada por Highmark Wholecare sobre la revisión del reclamo o la queja formal en un formato alternativo. Usted recibirá la versión del formato alternativo antes de la revisión.
- Ofrecer la ayuda de una persona para copiar y presentar información.

AUDIENCIAS IMPARCIALES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

En algunos casos, puede solicitar al Departamento de Servicios Humanos que lleve a cabo una audiencia porque no está satisfecho o no está de acuerdo con algo que Highmark Wholecare haya hecho o no. Estas audiencias se denominan “audiencias imparciales”. Puede solicitar una audiencia imparcial después de que Highmark Wholecare tome su decisión sobre su reclamo de primer nivel o queja formal.

¿Por qué motivos puedo solicitar una audiencia imparcial y cuándo debo hacerlo?

Su solicitud de una audiencia imparcial debe tener sello postal, enviarse por fax o por correo electrónico* dentro de los **120 días a partir de la fecha del aviso** en el que se

le informaba la decisión de Highmark Wholecare respecto de su reclamo de primer nivel o queja formal sobre lo siguiente:

- La denegación de un servicio o producto que desea porque no es un artículo o servicio cubierto.

- La denegación de un pago a un proveedor por un servicio o producto que recibió y la notificación de que el proveedor puede facturarle por dicho servicio o producto.

- El hecho de que Highmark Wholecare no le informara su decisión sobre un reclamo de primer nivel o queja formal que usted le presentó a Highmark Wholecare en el plazo de 30 días a partir de la fecha en que Highmark Wholecare recibió su reclamo o queja formal.

- La denegación de su solicitud de no estar de acuerdo con la decisión de Highmark Wholecare de que usted tiene que pagarle a su proveedor.

- La denegación de un servicio o producto, la disminución de un servicio o producto, o la aprobación de un servicio o producto diferente del servicio o producto que usted solicitó porque no era médicamente necesario.

- El hecho de que usted no recibiera un servicio o producto dentro del plazo en el cual debería haberlo recibido.

También puede solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días a partir de la fecha del aviso en el que se le informa que Highmark Wholecare no tomó una decisión sobre un reclamo de primer nivel o una queja formal que usted comunicó a Highmark Wholecare dentro de los 30 días a partir de la fecha en que Highmark Wholecare recibió su reclamo o queja formal.

Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean encriptados por el remitente, no debe incluir información personal de identificación, como su fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que encripte el correo electrónico.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial?

La solicitud de una audiencia imparcial debe comunicarse por escrito. Puede completar y firmar el Formulario de solicitud de audiencia imparcial incluido en el aviso de decisión sobre el reclamo o la queja formal, o escribir y firmar una carta.

Si escribe una carta o correo electrónico*, debe incluir la siguiente información:

- El nombre y la fecha de nacimiento del miembro

- Un número de teléfono al que nos podamos comunicar durante el día
- Si desea que la audiencia imparcial sea en persona o por teléfono
- Las razones por las que solicita una audiencia imparcial
- Una copia de cualquier carta que recibió sobre el asunto por el que está solicitando una audiencia imparcial

Debe enviar su solicitud de audiencia imparcial a la siguiente dirección:

Department of Human Services
Office of Medical Assistance Programs – HealthChoices Program
Complaint, Grievance and Fair Hearings
PO Box 2675
Harrisburg, PA 17105-2675
Fax: 1-717-772-6328
Correo electrónico: **RA-PWCGFHteam@pa.gov***

* Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean encriptados por el remitente, no debe incluir información personal de identificación, como su fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que encripte el correo electrónico. Puede enviar una solicitud para una audiencia imparcial por correo electrónico y proporcionar su información de identificación personal en una carta dirigida a la dirección mencionada anteriormente.

¿Qué sucede después de solicitar una audiencia imparcial?

Recibirá una carta de la Oficina de Audiencias y Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos en la que se le informará el lugar, la fecha y la hora de la audiencia. Recibirá esta carta al menos 10 días antes de la fecha de la audiencia.

Debe asistir a la audiencia imparcial o estar presente por teléfono. Durante la audiencia imparcial, puede ayudarle un familiar, amigo, abogado u otra persona. Usted **DEBE** participar en la audiencia imparcial.

Highmark Wholecare también asistirá a la audiencia imparcial para explicar el motivo por el que tomó la decisión o lo que sucedió.

Puede solicitar a Highmark Wholecare que le proporcione cualquier registro, informe u otra información relacionada con el asunto por el que solicitó la audiencia imparcial sin costo alguno.

¿Cuándo se tomará una decisión sobre la audiencia imparcial?

Se tomará una decisión sobre la audiencia imparcial en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted presentó su reclamo o queja formal ante Highmark Wholecare, sin incluir el número de días entre la fecha del aviso por escrito de la decisión de Highmark Wholecare sobre el reclamo de primer nivel o la queja formal y la fecha en que usted solicitó una audiencia imparcial.

Si usted solicitó una audiencia imparcial porque Highmark Wholecare no le informó su decisión sobre un reclamo o una queja formal que usted le comunicó a Highmark Wholecare dentro de los 30 días a partir de que Highmark Wholecare recibió su reclamo o queja formal, se tomará una decisión sobre su audiencia imparcial dentro de los 90 días a partir de la fecha en que usted presentó su reclamo o queja formal ante Highmark Wholecare, sin incluir el número de días entre la fecha en el aviso que le informaba que Highmark Wholecare no tomó una decisión a tiempo sobre su reclamo o queja formal y la fecha en que usted solicitó una audiencia imparcial.

El Departamento de Servicios Humanos enviará la decisión por escrito y le informará qué hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si no se toma una decisión sobre la audiencia imparcial en el plazo de 90 días a partir de la fecha en la que el Departamento de Servicios Humanos reciba la solicitud, puede recibir sus servicios hasta que se tome la decisión. Puede llamar al Departamento de Servicios Humanos al 1-800-798-2339 para solicitar sus servicios.

Qué hacer para continuar recibiendo servicios:

Si se reducen, cambian o suspenden los artículos o servicios que ha estado recibiendo, y usted solicita una audiencia imparcial y su solicitud se entrega con sello postal o en mano dentro de los 15 días de la fecha del aviso en el que se le informa la decisión de Highmark Wholecare sobre la queja formal o el reclamo de primer nivel, la provisión de los artículos o servicios continuará hasta que se tome una decisión.

Audiencia imparcial acelerada

¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inminente?

Si su médico o dentista consideran que esperar el plazo habitual para la decisión de la audiencia imparcial podría perjudicar su salud, usted puede solicitar que la audiencia imparcial se lleve a cabo más rápidamente. Esto se denomina “audiencia imparcial acelerada”. Para solicitar una decisión temprana, puede llamar al Departamento al 1-800-798-2339, enviar por fax una carta o el formulario de solicitud de audiencia imparcial al 717-772-6328 o enviar una solicitud por escrito por correo electrónico* a la

siguiente dirección: **RA-PWCGFHteam@pa.gov**. Su médico o dentista deben enviar una carta por fax al 717-772-6328 para explicar por qué usar los plazos habituales para tomar una decisión sobre la audiencia imparcial podría perjudicar su salud. Si su médico o dentista no envían una carta, su médico o dentista deben testificar en la audiencia imparcial para explicar por qué los plazos habituales para tomar una decisión sobre la audiencia imparcial podrían perjudicar su salud.

La Oficina de Audiencias y Apelaciones programará una audiencia telefónica y le informará su decisión dentro de los 3 días hábiles después de que usted solicite una audiencia imparcial.

Si su médico no envía una declaración por escrito y no testifica en la audiencia imparcial, la decisión de la audiencia imparcial no será acelerada. Se programará otra audiencia y se tomará una decisión sobre la audiencia imparcial utilizando los plazos habituales.

Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean encriptados por el remitente, no debe incluir información personal de identificación, como su fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que encripte el correo electrónico.

Puede llamar a la línea gratuita de Highmark Wholecare al 1-800-392-1147 (TTY: 711 o 1-800-654-5984) si necesita ayuda o tiene preguntas sobre las audiencias imparciales, puede comunicarse con la oficina de asistencia legal local al 1-800-322-7572 o llamar al Proyecto de Leyes de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

Transporte de Asistencia Médica

CONDADO	TELÉFONO LOCAL	NÚMERO GRATUITO	CONDADO	TELÉFONO LOCAL	NÚMERO GRATUITO
Adams	717-846-7433	1-800-632-9063	Lancaster	717-291-1243	1-800-892-1122
Allegheny	412-350-4476	1-888-547-6287	Lawrence	724-658-7258	1-888-252-5104
Armstrong	724-548-3408	1-800-468-7771	Lebanon	Igual que el número gratuito	717-273-9328
Beaver	724-375-2895	1-800-262-0343	Lehigh	610-253-8333	1-888-253-8333
Bedford	814-623-9129	1-800-323-9997	Northampton	610-253-8333	1-888-253-8333
Berks	610-921-2361	1-800-383-2278	Perry	717-846-7433	1-800-632-9063
Blair	814-695-3500	1-800-458-5552	Somerset	814-701-3691	1-800-452-0241
Butler	724-431-3663	1-866-638-0598	Washington	724-223-8747	1-800-331-5058
Cambria	814-535-4630	1-888-647-4814	Westmoreland	724-832-2706	1-800-242-2706
Cumberland	717-846-7433	1-800-632-9063	York	717-846-7433	1-800-632-9063
Dauphin	717-232-7009	1-800-309-8905			
Fayette	724-628-7433	1-800-321-7433			
Franklin	717-846-7433	1-800-632-9063			
Fulton	717-485-6767	1-888-329-2376			
Greene	724-627-6778	1-877-360-7433			
Huntingdon	814-641-6408	1-800-817-3383			
Indiana	724-465-2140	1-800-524-2766			

Oficina de Asistencia del Condado

CONDADO	TELÉFONO LOCAL	NÚMERO GRATUITO	CONDADO	TELÉFONO LOCAL	NÚMERO GRATUITO
Adams	717-334-6241	800-638-6816	Lancaster	717-299-7411	No disponible
Allegheny	412-565-2146	No disponible	Lawrence	724-656-3000	1-800-847-4522
Armstrong	724-543-1651	800-424-5235	Lebanon	717-270-3600	1-800-229-3926
Beaver	724-773-7300	800-653-3129	Lehigh	610-821-6509	1-877-223-5956
Bedford	814-623-6127	800-542-8584	Northampton	610-250-1700	1-800-349-5122
Berks	610-736-4211	866-215-3912	Perry	717-582-2127	1-800-991-1929
Blair	No disponible	866-812-3341	Somerset	814-443-3681	1-800-248-1607
Butler	724-284-8844	866-256-0093	Washington	724-223-4300	1-800-835-9720
Cambria	814-533-2491	877-315-0389	Westmoreland	724-832-5200	1-800-905-5413
Cumberland	717-240-2700	800-269-0173	York	717-771-1100	1-800-991-0929
Dauphin	717-787-2324	800-788-5616			
Fayette	724-439-7015	877-832-7545			
Franklin	717-264-6121	877-289-9177			
Fulton	717-485-3151	800-222-8563			
Greene	724-627-8171	888-410-5658			
Huntingdon	814-643-1170	800-237-7674			
Indiana	724-357-2900	800-742-0679			

HIGHMARK WHOLECARE

Because Life.™