

Manual para miembros de 2026

Conozca todo sobre su cobertura de Highmark Health Options

Atención médica | Salud conductual | Dental | Audición | Visión | Medicamentos recetados | Y más



Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) del Diamond State Health Plan Plus



Because Life.™



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Medicaid & Medical Assistance

[HighmarkHealthOptions.com](https://www.HighmarkHealthOptions.com)

Highmark Health Options es una organización de atención administrada que presta servicios a personas que califican para Medicaid. Ayudamos a cada uno de nuestros más de 125,000 miembros a obtener la atención y los servicios que necesitan para vivir vidas más saludables e independientes, y colaboramos con proveedores y reguladores para mejorar los resultados de la salud, simplificar la experiencia de atención médica y garantizar la asequibilidad. Medicaid es un programa de seguro médico administrado por el estado que cubre a 1 de cada 5 estadounidenses. Entre los miembros de Highmark Health Options se incluyen personas y familias con bajos ingresos o necesidades complejas, futuras madres, niños y personas con discapacidades.

Para obtener ayuda en su idioma

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

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información por escrito en otros formatos (letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Servicios de idioma gratuitos para las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

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

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

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

Encuentre más información al final de esta guía.

If you cannot see or read information that Highmark Health Options sends you, call Member Services.

Si usted no puede ver o leer las cartas que le envía Highmark Health Options, llámenos a Servicios para Miembros.

Índice

Estamos aquí para ayudarle	9
Llámenos	9
Visítenos en línea	9
Búsquenos	8
Acerca de Highmark Health Options	10
Algunos servicios deben ser aprobados	10
Cambios en los beneficios o servicios.....	10
Nuevas formas de ayudarlo.....	10
Ley de Estadounidenses con Discapacidades	11
Su privacidad.....	11
Números de teléfono importantes	12
Highmark Health Options	12
Emergencias	12
Servicios para crisis de salud conductual	12
Números de teléfono de Delaware	13
Preguntas frecuentes	14
¿Cómo actualizo mi información?	14
¿Cuál es mi cobertura dental?	14
¿Cómo obtengo autorización previa para un servicio?	14
¿Qué debo hacer si recibo una factura?	15
¿Tengo cobertura si consulto a proveedores fuera del estado?	15
¿Tengo cobertura fuera de los EE. UU.?	15
Comenzar	16
Elija un proveedor de atención primaria	16
Verifique su tarjeta de identificación	16
Aproveche al máximo sus beneficios	17
Descubra sus necesidades de salud	17
Encuentre ayuda en el lugar donde vive	17
¿Necesita un traslado? Use sus beneficios de transporte	18
Traslados para atención médica	18
Traslados por motivos no médicos	18
Realice la prueba de GED gratis	18
Gane recompensas de Healthy Rewards	19
Díganos si tiene otro seguro	20
Disponga de una directiva anticipada para la atención médica	20

Su PCP y otros profesionales.....	21
Su PCP administra su atención	21
Atención de rutina	21
Atención fuera de horario.....	21
Atención de especialistas y derivaciones.....	21
Hospitalizaciones.....	21
Segundas opiniones.....	22
Autorización previa	22
Programe una visita al PCP	22
Cambie su PCP	22
Coordinación de la atención	22
Dónde obtener atención	24
Consultorio del médico.....	24
Atención de urgencia.....	24
Sala de emergencias (Emergency Room, ER)	24
Después de una emergencia	26
Atención fuera de la red	27
Atención fuera de su área.....	27
Sin cobertura fuera de los EE. UU.	27
Beneficios médicos y de salud conductual	28
Beneficios de LTSS del Diamond State Health Plan Plus.....	28
Beneficios adicionales de Highmark Health Options	30
Beneficios estándares de Medicaid	31
Beneficios que no están cubiertos	35
Servicios de salud mental y por abuso de drogas y alcohol.....	36
Beneficios para niños de EPSDT.....	36
Beneficios de LTSS del DSHP Plus.....	37
Su administrador de casos	37
Pida un nuevo administrador de casos	38
Sus beneficios le brindan opciones	38
Atención autodirigida con asistente.....	39
Representante del empleador.....	39
Agencias útiles.....	40
Cómo inscribirse	40
Ayuda durante y después de una hospitalización	41
Usted puede ser responsable de algunos costos.....	41

Abuso, negligencia y explotación	41
Abuso.....	41
Negligencia	42
Explotación.....	42
Denunciar acciones incorrectas.....	42
Beneficios por maternidad y para recién nacidos	43
Atención de maternidad	43
MOM Options	43
Servicios de doula	44
Comidas para el posparto	45
WIC de Delaware.....	45
Programas de visitas domiciliarias	46
Beneficios para recién nacidos	46
Ayuda para el uso de opioides cuando está embarazada o en período de lactancia	46
Beneficios de la planificación familiar	47
Beneficios dentales, de audición y de la visión	48
Beneficios dentales para adultos (de 21 años o más)	48
Beneficios dentales para niños	48
Beneficios de audición para adultos (de 21 años o más).....	49
Beneficios de audición para niños.....	49
Beneficios de la visión para adultos (de 21 años o más).....	49
Beneficios de la visión para niños.....	49
Beneficios quiroprácticos	50
Servicios cubiertos	50
Momento de su visita de atención médica	51
Programe una visita de atención médica	51
Primera visita de atención médica para niños	51
Visitas de atención médica con PCP, obstetras y ginecólogos.....	52
Visitas de atención médica con especialistas	52
Visitas de atención médica para la salud conductual	53
Beneficios de medicamentos recetados	54
Medicamentos recetados cubiertos	54
Tipos de medicamentos cubiertos	54
Tipos de medicamentos no cubiertos.....	55
Los beneficios de medicamentos recetados pueden cambiar.....	55
Copagos de medicamentos recetados.....	56
Uso seguro y eficaz de medicamentos recetados.....	56

Guía para obtener medicamentos recetados	57
Surta su receta	57
Resurta su receta	57
Solicite un suministro para 90 días	58
Reemplace medicamentos robados, perdidos o dañados.....	59
En caso de emergencia.....	59
Solicitudes de excepción.....	59
Programa de bloqueo de farmacia y PCP	59
Programas de bienestar	61
Programa de prevención de la diabetes.....	61
Programa LEAN	61
Programas para afecciones a largo plazo	62
Asma	62
EPOC.....	62
Diabetes	62
Enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca	62
¿Qué debe hacer? Aquí se lo contamos	63
Agregar o suspender la cobertura para un miembro	63
Informar la muerte de un miembro	63
Mudarse fuera de Delaware o los EE. UU.	63
Cambiar su dirección.....	63
Cambiar su PCP por cualquier motivo	63
Cambiar su plan de salud	63
Cambiar su coordinador de la atención	64
Obtener un traslado	64
Denunciar un problema con un cuidador	64
Transferir sus registros médicos a su nuevo PCP.....	64
Solicitar registros médicos para su propio uso	65
Informar una inquietud sobre su atención	66
Solicitar otra información	66
Informarnos si recibe una factura	66
Preguntar por qué se canceló su membresía	66
Sus derechos y responsabilidades	67
Sus derechos.....	67
Sus responsabilidades.....	68

Quejas formales y apelaciones	70
Cómo presentar una queja formal o apelación	70
Quejas formales	70
Apelaciones	71
Lea esto si desea presentar una apelación	72
Apelaciones aceleradas (rápidas).....	74
Audiencia imparcial del estado	75
Fraude, desperdicio y abuso	77
Servicios para crisis de salud mental, drogas y alcohol.....	78
Servicios de intervención en crisis	78
Líneas de ayuda: locales y nacionales	79
Servicios de desintoxicación de drogas y alcohol	79
Palabras importantes que debe conocer.....	80
La discriminación es ilegal	91
Ayuda en su idioma	92



Cuando vea este icono, haga clic en él para volver al índice.

Hola. Nos alegra que esté aquí.

Gracias por elegir a Highmark Health Options. Acuda a nosotros para obtener cobertura de Medicaid y atención administrada, y mucho más, incluso cuando no esté enfermo. Nuestra cobertura va más allá de lo básico para que pueda vivir su mejor vida.

Lo básico incluye atención para su bienestar físico y mental, incluida la cobertura de medicamentos recetados: cubrimos desde médicos y hospitales, hasta las farmacias que necesita.

Algunos de los beneficios que cubre Highmark Health Options son beneficios “adicionales”. Esto significa que no son los beneficios estándares que cubren todos los planes de Medicaid.

Con los beneficios adicionales de Highmark Health Options, usted puede hacer lo siguiente:

- **Tener cobertura para adultos para atención de la visión y la audición:** los adultos tienen cobertura para anteojos o lentes de contacto y audífonos. (Estos beneficios para niños son beneficios estándares de Medicaid).
- **Ganar recompensas de Healthy Rewards:** observe cómo se acumulan sus recompensas cuando se hace ciertos exámenes y pruebas de detección, cuando toma clases de bienestar y cuando realiza actividades saludables. Vea cuánto puede ganar al inscribirse en el **Programa Healthy Rewards**.
- **Enfocarse en el bienestar:** únase al programa gratuito de prevención de la diabetes o al programa LEAN, ofrecido por Highmark Health Options y la YMCA de Delaware.
- **Llegar a donde necesita ir:** use los traslados gratuitos a sus visitas de atención médica o a la farmacia, la tienda de comestibles, eventos comunitarios, actividades de salud y bienestar, y más.
- **Cuidarse cuando esté embarazada:** entre los beneficios adicionales se incluyen el programa MOM Options, el uso gratuito de la aplicación Pacify y un bolso maternal gratuito que contiene todos los productos de primera necesidad, y que además se convierte en cambiador.

Encuentre más detalles sobre todos sus **beneficios adentro**. La lista completa comienza en la página 28.



¡Lea esta información! Lea este manual para conocer todos sus beneficios. Puede haber cambios en su cobertura y en este manual. La información más actualizada sobre los beneficios se encuentra en nuestro sitio web, en la sección Medicaid.



Estamos aquí para ayudarle



Llámenos

- Si no está seguro de adónde acudir para recibir atención médica o tiene preguntas sobre un problema de salud, llame a la línea de enfermería de 24 horas al **1-855-401-8251**.
- Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al **1-855-401-8251** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
- Los usuarios de TTY deben llamar al **711** o al **1-800-232-5460**.
- Para asistencia en español llame al **1-855-401-8251**.
- Para obtener servicios gratuitos de traducción de idiomas, llame al **1-855-401-8251**.



Visítenos en línea

Estas son algunas de las cosas que puede hacer en [HighmarkHealthOptions.com](https://www.HighmarkHealthOptions.com):

- Encontrar un médico o una farmacia. Haga clic en **Buscar atención** en su área para **acceder al Directorio de proveedores**.
- Iniciar sesión en myHHO, que tiene toda su información. Puede usar myHHO para programar una consulta en línea con un proveedor de atención, buscar la información de sus reclamaciones, completar formularios, actualizar su información de contacto y mucho más. Use el botón de inicio de sesión en la página de inicio para ingresar en myHHO.
- Consultar los boletines informativos **Estamos aquí para ayudarle**.
- Buscar en la **Biblioteca de salud** para obtener más información sobre sus afecciones médicas.
- Presentar una queja formal o apelación.
- Y mucho más.



Búsquenos

Con el Banco de Alimentos de Delaware, organizamos eventos de distribución de alimentos en su condado. Con la YMCA, ofrecemos clases de bienestar para la prevención de la diabetes y el peso saludable. Planificamos y asistimos a eventos comunitarios.



Y hacemos mucho más para brindarle lo que necesita, justo donde vive. **Mire este breve video** para obtener información sobre Highmark Health Options en Delaware. **Síganos en Facebook** para saber lo que haremos en su vecindario.



Acerca de Highmark Health Options

Highmark Health Options es el plan de atención médica administrado por Medicaid ofrecido a través del Delaware Diamond State Health Plan (DSHP) y el Delaware Healthy Children Program (DHCP).

Atención administrada significa lo siguiente:

- Trabajamos con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para administrar todas sus necesidades de atención médica.
- Usted acude a proveedores de atención médica de nuestra red.

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

Algunos servicios deben ser aprobados

Highmark Health Options debe aprobar algunos servicios antes de que se puedan prestar. Esto se denomina autorización previa. Nota: Quizás deba pagar cuando se le preste un servicio sin autorización previa.

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

Un servicio médicamente necesario:

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

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

Cambios en los beneficios o servicios

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

Nuevas formas de ayudarlo

Highmark Health Options analiza nuevas formas de brindar atención antes de agregar nuevos beneficios a su cobertura.





Utilizamos tecnologías médicas (productos, servicios y soluciones) con estas características:

- Son seguros.
- Ayudan a la gente.
- Son tan buenos o mejores que lo que ya se usa.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades

Highmark Health Options cumple con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990. Esta ley prohíbe la discriminación por razones de discapacidad.

Si siente que no lo trataron de la misma forma que a los demás por tener una discapacidad, llame a Servicios para Miembros.

Su privacidad

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

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

Privacy Office
Highmark Health Options
P.O. Box 1991
Wilmington, DE 19889-8835



Servicios para Miembros: **1-855-401-8251 (TTY: 711)**
de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Números de teléfono importantes

Highmark Health Options	
Línea de enfermería las 24 horas	1-855-401-8251
Servicios para Miembros De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.	1-855-401-8251
Administración de casos De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.	1-855-401-8251
Salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.	1-855-401-8251
Centro de soporte de LTSS De lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.	1-844-325-6258
Defensor de miembros	1-855-430-9852
Línea directa para denuncias de fraude, desperdicio y abuso	1-844-325-6256
Línea TTY Las personas que tienen pérdida del habla o la audición pueden comunicarse con una persona capacitada que puede ayudarlas a hablar con alguien que usa un teléfono común.	711 o 1-800-232-5460

Emergencias

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

En una emergencia de salud mental, llame al **988**, la Línea de prevención del suicidio y crisis.

Servicios por crisis de salud conductual Para salud mental y trastorno por consumo de sustancias.	
Norte de Delaware Área de servicio del condado de New Castle y gran Smyrna al norte del condado de Kent.	1-800-652-2929
Sur de Delaware Área de servicio del condado de Sussex y al sur de gran Smyrna del condado de Kent.	1-800-345-6785



Números de teléfono de Delaware

Línea para dejar de fumar de Delaware Deje de fumar y consumir tabaco o vapear.	1-866-409-1858
Gerente de beneficios de salud de Medicaid	1-800-996-9969
Servicios de transporte de ModivCare Para ir a una visita de atención médica. No deben utilizarse para una emergencia.	1-866-412-3778
División de Servicios Sociales del Estado de Delaware Relaciones con los Clientes	1-800-372-2025
División de Servicios Sociales del Estado de Delaware Centro de Informes de Cambios	302-571-4900



Encuentre más información de contacto en la parte posterior de este manual, como por ejemplo:

- **Servicios para crisis** de salud mental y abuso de drogas y alcohol.
- **Servicios de desintoxicación** de drogas y alcohol, y salud mental.
- **Líneas de ayuda:** locales y nacionales.



Preguntas frecuentes

A menudo nos hacen estas preguntas, por lo que hacemos algunas aclaraciones desde el principio. Si tiene más preguntas, llame a Servicios para Miembros. O encuentre las respuestas en nuestro sitio web.

¿Cómo actualizo mi información?

Para proporcionar otra información nueva sobre usted y su familia, llame al Centro de Informes de Cambios de la División de Servicios Sociales (Division of Social Services, DSS) de Delaware al **302-571-4900**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m. o envíe un fax al **302-571-4901**. También puede actualizar su información en línea en **assist.dhss.delaware.gov** o visitar su oficina local de DSS. Recuerde incluir su número de caso en todos sus documentos.

Infórmenos sobre los cambios en estas áreas:

- Nombre
- Tamaño y gastos de la familia, incluido el nacimiento de un bebé
- Número de teléfono
- Ingresos
- Dirección
- Cobertura de seguro
- Empleo

Si se muda o cambia su dirección, hay otros dos lugares a los que también debe informar:

- Departamento de Vehículos Motorizados: visite **dmv.de.gov** para obtener más información sobre cómo cambiar su dirección o visite su DMV local.
- Oficina de correos: visite **moversguide.usps.com** o visite su oficina de correos local para obtener un formulario de cambio de dirección.

¿Cuál es mi cobertura dental?

- 21 años o más: cubre la atención dental preventiva y correctiva con un límite de \$1,000, sin incluir la extracción de muelas del juicio con compromiso óseo. Se pueden aprobar \$1,500 más para atención de emergencia. \$3 de copago.
- 20 años o menos: cubre la atención dental preventiva y correctiva sin límite anual, sin incluir la extracción de muelas del juicio con compromiso óseo. Incluye aparatos de ortodoncia y retenedores. \$0 de copago.

Nota: La extracción de las muelas de juicio con compromiso óseo está cubierta por el beneficio médico de Highmark Health Options.

¿Cómo obtengo autorización previa para un servicio?

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



¿Qué debo hacer si recibo una factura?

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

¿Tengo cobertura si consulto a proveedores fuera del estado?

Sí. Usted tiene cobertura para servicios de emergencia en los EE. UU. y sus territorios. La atención de rutina de los proveedores fuera del estado puede requerir autorización previa.

¿Tengo cobertura fuera de los EE. UU.?

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



Respuestas a más preguntas

¿Qué debe hacer? Descubra cómo:

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



Comenzar

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

Elija un PCP

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

Encuentre una lista completa de los PCP de la red en **nuestro sitio web**, en el Directorio de proveedores. Vaya al enlace **Buscar atención** en su área para **encontrar el Directorio de proveedores**. En cada lista se incluirá el nombre, la dirección, los números de teléfono y el estado del certificado de especialidad. También puede llamar a Servicios para Miembros y obtener ayuda para encontrar un PCP. Pregunte a Servicios para Miembros si desea conocer la raza, el origen étnico, la formación académica, el idioma, la residencia y las calificaciones de un PCP.

Verifique su tarjeta de identificación


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


Asegúrese de que el PCP que figura en su tarjeta de identificación sea el que usted desea. Si el PCP que figura en su tarjeta de identificación no es el PCP que usted desea, llame a Servicios para Miembros de inmediato. Verifique el resto de la información de su tarjeta de identificación para asegurarse de que también sea correcta.

Llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación cuando necesite ayuda o información. El número es **1-855-401-8251 (TTY: 711)** y lo conecta con Servicios para Miembros, la línea de enfermería disponible las 24 horas del día y salud conductual.

Importante:

- Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de Highmark Health Options y su tarjeta de Medicaid de Delaware.
- Muéstrelas siempre que necesite servicios de atención médica.
- No permita que nadie más use su tarjeta de identificación de Highmark Health Options.

		Diamond State Health Plan Plus LTSS	
Member Name LINZI M. HAMILTON		Medicaid ID 12345678910	
Member ID XHD123456789001		DOB	02/20/1987
		RxBIN	004336
		RxPCN	MCAIDDE
		RxGrp	RX2339
Primary Care Doctor JOHN HANCOCK, MD		Rx \$10.00 or less	\$0.50
		Rx \$10.01 to \$25.00	\$1.00
		Rx \$25.01 to \$50.00	\$2.00
		Rx \$50.01 or more	\$3.00
Phone 302-555-1212		Adult Dental	\$3.00

	HighmarkHealthOptions.com LTSS Member Services: 1-855-401-8251 TTY: 711 or 1-800-232-5460 24-Hour Nurse Line: 1-844-325-6251 Behavioral Health: 1-844-325-6251 Provider Services: 1-844-325-6251 Eligibility: 1-844-325-6251 Precertification: 1-844-325-6251 Pharmacy Helpdesk: 1-844-325-6251 BlueCard®: 1-800-676-BLUE (2583)
Prior authorization is required for all out-of-network and out-of-state nonemergency services.	If your medical condition is very serious or life or death, go to the emergency room or dial 911. For a mental health emergency, dial 988.
Highmark Health Options is an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross Blue Shield Plans.	Claims Administrator P.O. Box 890402 NaviNet.net Camp Hill, PA 17089 Payer ID: 47181 File out-of-area claims with local Blue Cross and/or Blue Shield Plan.



Aproveche al máximo sus beneficios

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

Descubra sus necesidades de salud

Una de las cosas más importantes que puede hacer es responder su encuesta de necesidades de salud, a veces llamada HRA, cuando se le pide. Esta encuesta les brinda a usted y a nosotros un panorama completo de sus necesidades de atención médica y otras necesidades.

Por ejemplo, ¿necesita alguna de estas opciones?

- Pruebas de detección de salud
- Un especialista, como un cardiólogo
- Asistencia financiera
- Vivienda, alimentos o transporte

Encuentre ayuda en el lugar donde vive

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



¿Necesita un traslado? Use sus beneficios de transporte.

Traslados para atención médica

Los traslados gratuitos para la atención médica son un beneficio proporcionado por el estado. El proveedor de servicios es ModivCare. Llame a ModivCare al **1-866-412-3778 (TTY: 1-866-288-3133)** para programar su traslado con tres días de anticipación o **programe su traslado en línea**. Este beneficio no puede utilizarse en una emergencia. En caso de emergencia, llame al **911**.

Traslados por motivos no médicos

Los traslados gratuitos por algunos motivos no médicos son un beneficio proporcionado por Highmark Health Options. Llame a Servicios para Miembros para hablar sobre su necesidad de transporte y programar un traslado.

programe un viaje con tres días de anticipación a lugares que califiquen, como los siguientes:

- Eventos comunitarios
- Bancos de alimentos
- Tienda de comestibles
- Eventos de Highmark Health Options
- Organización local (p. ej., biblioteca, Weight Watchers, YMCA)
- Farmacia
- Oficina del Seguro Social
- Centro de Servicios del Estado

Los traslados también están disponibles si regresa a su hogar después de una hospitalización. El proveedor de servicios es American Logistics. El servicio se limita a Delaware dentro de las 50 millas de su hogar. Hay automóviles y camionetas para sillas de ruedas disponibles.

Realice la prueba de GED gratis

Highmark Health Options cubre el costo si desea hacer el examen de GED. Aprobar el examen de GED es como tener un diploma de escuela secundaria. Al obtener el GED, también puede acceder a más oportunidades laborales y tener la posibilidad de ir a la universidad.

Usted califica para este beneficio en estos casos:

- Tiene 18 años o más.
- No está inscrito en una escuela secundaria ni en otro programa universitario.
- No tiene un diploma de escuela secundaria.

Llame a un defensor de miembros al **1-855-430-9852 (TTY: 711)** para obtener más información sobre el programa de vales que cubre los costos de las pruebas.



Gane recompensas de Healthy Rewards

Healthy Rewards es uno de sus beneficios de Highmark Health Options. Puede ganar recompensas por realizar actividades saludables.

Después de inscribirse, recibirá una tarjeta Healthy Rewards por correo. Puede usarla como una tarjeta de crédito en la mayoría de las tiendas minoristas.

Las actividades que dan recompensas pueden incluir las siguientes:

Actividad de recompensas	Cantidad
Visita anual de bienestar del niño (de 3 a 20 años)	\$25
Visita al médico después del parto (hasta 84 días después del parto)	\$10
Encuesta sobre necesidades de salud	\$10
Las seis visitas pediátricas de bienestar del bebé (hasta los 15 meses)	\$50
Visitas de control del bebé sano (de 16 a 30 meses)	\$10 por visita/hasta 2 visitas
Prueba de A1c para personas con diabetes	\$15
Examen de detección de cáncer de mama	\$25
Examen de detección de cáncer de cuello uterino	\$25



Para inscribirse en el programa Healthy Rewards, llame al **1-833-623-2585 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. o escanee el código QR. ¡Un especialista de Healthy Rewards puede responder cualquier pregunta que tenga!



Díganos si tiene otro seguro

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

Si tiene seguro médico, dental o de la visión a través de otra compañía de seguro, primero debe usar esa cobertura de seguro como seguro principal. Esto significa que la compañía de seguros debe pagar primero. Highmark Health Options siempre es el último pagador si tiene otra cobertura de seguro.

Nota: Es importante mostrarles a los proveedores de atención médica todas sus tarjetas de seguro.

También debe llamarnos en estos casos:

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

Llame a Servicios para Miembros e infórmenos si ha recibido atención médica tras un accidente, una lesión relacionada con el trabajo o cualquier otra situación en la que esté involucrado una compañía de seguro o un abogado diferentes. Si recibió atención debido a un accidente o una lesión relacionada con el trabajo, trabajaremos con la otra compañía de seguro para asegurarnos de que sus reclamaciones se paguen correctamente.

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

Disponga de una directiva anticipada para la atención médica

Usted tiene el derecho legal de dejar directivas anticipadas sobre su atención médica. Asegúrese de que sus deseos sean respetados si no puede hablar por sí mismo.

Cuando sea admitido en el hospital, se le preguntará si tiene una directiva anticipada. Una directiva anticipada le da la oportunidad de indicar qué tipo de atención médica desea antes de que se necesite atención médica. Solo se sigue en el futuro cuando no pueda expresar qué atención médica desea.

Hay dos tipos de directivas anticipadas:

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

Llame a Servicios para Miembros para obtener un formulario o **utilice el formulario en línea**. Hable con su médico sobre su directiva anticipada. Solicite que la suya se archive en sus registros médicos. Si no se han respetado sus deseos y desea presentar una queja, comuníquese con la **División de Servicios para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades Físicas** al 1-800-223-9074.

Nota: Debe contar con dos testigos que firmen el formulario. Se sugiere, pero no se exige, que un notario público oficie de testigo cuando firme el formulario.



Su PCP y otros profesionales

Su PCP administra su atención

Su PCP proporciona atención de rutina y administra otros tipos de atención y hospitalizaciones. Su PCP es su médico de cabecera. Las visitas al PCP no tienen ningún cargo. Su PCP suele ser la primera persona a la que llama cuando necesita atención médica. Su PCP puede pedirle que asista al consultorio por algunas afecciones de emergencia, como fiebre alta o vómitos que no se detienen.

Atención de rutina

Su PCP proporciona atención de rutina o atención primaria. Esto incluye controles para ayudarlo a mantenerse saludable y visitas al consultorio cuando se enferma. También puede incluir resurtidos o cambios de medicamentos recetados.

Atención fuera de horario

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

Llame a la línea de enfermería disponible las 24 horas al **1-855-401-8251 (TTY: 711)** si tiene una inquietud médica y no sabe qué hacer. El personal de enfermería puede ayudarlo a decidir si debe programar una consulta con su PCP, buscar atención de urgencia o ir directamente al Departamento de Emergencias. **Consulte más sobre atención de rutina, atención de urgencia y atención de emergencia.**

Atención de especialistas y derivaciones

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

Su PCP y el especialista trabajarán en conjunto para brindarle atención médica. Si ha estado consultando a un especialista por un problema permanente, puede pedirle a su PCP que le dé una “derivación permanente” al especialista. Una derivación permanente significa que puede programar una visita con el especialista usted mismo, sin la ayuda de su PCP. Otra opción es que su especialista sea su PCP.

Hospitalizaciones

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



Segundas opiniones

Cuando recibe atención para una afección médica, puede ser una buena idea obtener una segunda opinión. Esto significa una opinión de otro médico. Su PCP puede derivarlo a otro médico de la red para obtener una segunda opinión. O llame a Servicios para Miembros para encontrar un médico que pueda proporcionar una segunda opinión. Si no hay disponible un médico de la red, coordinaremos que reciba una segunda opinión sin costo alguno de un médico fuera de la red. El médico que dé la segunda opinión no debe ser del mismo consultorio o grupo que el médico que dio la primera opinión.

Autorización previa

Su PCP u otro médico deben llamarnos para solicitar servicios que requieran **autorización previa**. Analizaremos todos los datos médicos que su médico nos brinda para decidir si un servicio solicitado es la mejor manera de cuidar de usted.

Programe una visita al PCP

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

Cambie su PCP

Si quiere cambiar su PCP por algún motivo en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. Un representante hará el cambio por usted. A principios del mes siguiente, recibirá una tarjeta de identificación actualizada por correo. Incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Coordinación de la atención

Si tiene necesidades de atención médica complejas, tiene dificultades para navegar por el sistema de atención médica o tiene problemas para encontrar recursos comunitarios, el Departamento de coordinación de la atención puede ayudarlo.

Los enfermeros, trabajadores sociales y coordinadores de servicios de coordinación de la atención pueden hablar con usted por teléfono o en persona para ayudarlo a obtener la atención médica, de salud conductual y por consumo de sustancias que necesita. Desarrollarán un plan de atención con usted y trabajarán con su equipo de atención para ayudarlo a alcanzar las metas de su plan de atención.

El equipo de coordinación de la atención siempre está disponible para abordar cualquier problema que pueda tener. Llame al número gratuito **1-855-401-8251 (TTY: 711)** y pregunte por el Departamento de Coordinación de la Atención. El personal está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., y fuera del horario de atención. Tiene la opción de recibir servicios de un coordinador de la atención y puede cancelar los servicios en cualquier momento.



Su coordinador de la atención puede ayudarle con lo siguiente:

- Obtener información sobre su afección y sus medicamentos.
- Obtener medicamentos.
- Acceder a equipos médicos duraderos.
- Acceder a programas de su comunidad, como bancos de alimentos, asistencia con servicios públicos o programas de alimentación y pérdida de peso.
- Comprender su plan de alta cuando salga del hospital y vaya a su hogar.

Cuando deja el hospital y va a su hogar, puede resultar difícil recordar todas las cosas que debe hacer. Su coordinador de la atención puede ayudarle.

Su coordinador de la atención lo llamará antes de que abandone el hospital para lo siguiente:

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

Su coordinador de la atención lo llamará cuando esté en su casa para lo siguiente:

- Revisar sus indicaciones de alta.
- Hablar sobre sus medicamentos.
- Recordarle hacer una cita con el médico.
- Ayudarle a hacer una lista de preguntas para su médico.
- Ayudarle a coordinar un traslado al médico si es necesario.

Su coordinador de la atención lo llamará después de que vea a su médico para lo siguiente:

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

Además, siempre puede llamar a su médico si tiene preguntas.

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

Un defensor de miembros puede ayudarles a usted, su proveedor y su coordinador de atención a obtener atención, programar citas y presentar una queja formal o una apelación. Llame al **1-855-430-9852 (TTY: 711)** para hablar con un defensor de miembros.



Dónde obtener atención

Sus beneficios cubren visitas al consultorio del médico, atención de urgencia y visitas a la sala de emergencias. Es importante comprender a dónde acudir para recibir la atención adecuada en el momento adecuado y usar proveedores de la red siempre que sea posible. A continuación, encontrará un detalle de sus opciones:

Consultorio del médico

Su médico de familia, o PCP, es su primera parada para tratar inquietudes de salud de rutina no relacionadas con emergencias.

- Su PCP o médico de guardia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Para programar una visita, llame al número de teléfono de su PCP que figura en el frente de su tarjeta de identificación. Pueden pedirle que vaya al consultorio o pueden ofrecer una visita en línea (telesalud) como opción.
- Si su médico no proporciona una opción de visita en línea, puede usar HHO on the Go, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Regístrese en la aplicación HHO on the Go mediante la aplicación o en línea en **HHOontheGo.com**. Nota: El médico que consulta a través de HHO on the Go no es el mismo que su PCP.
- Si no tiene un PCP, puede encontrar uno cerca de usted en el **Directorio de proveedores**.

Vea ejemplos de cuándo es mejor una visita en línea frente a cuándo es mejor una visita al consultorio médico.

Atención de urgencia

Los centros de atención de urgencia son para afecciones que no ponen en riesgo la vida, pero necesitan atención dentro de las 48 horas.

- Visite un centro de atención de urgencia si no puede comunicarse con su PCP fuera del horario de atención.
- No vaya al Departamento de Emergencias para recibir atención de urgencia.
- También puede usar HHO on the Go para recibir atención de urgencia. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Regístrese en la aplicación HHO on the Go mediante la aplicación o en línea en **HHOontheGo.com**.

Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de urgencia.

Sala de emergencias (Emergency Room, ER)

Visite la ER cuando deba recibir tratamiento de inmediato por un problema médico o de salud conductual grave que podría empeorar sin un tratamiento rápido.

- Si tiene una emergencia, llame al **911** para solicitar una ambulancia o diríjase a la ER más cercana lo antes posible.
- Tiene derecho a recibir la atención que necesita en la ER, incluidas las pruebas médicas necesarias.
- Puede pedir ir a un hospital diferente si lo desea.
- Puede negarse a recibir atención.

Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de emergencia.



Este cuadro de atención le explicará sus opciones. Aquí le mostramos a dónde ir en función de los síntomas, la ubicación y el horario de atención.

<p>Consultas médicas en línea</p>  <p>Obtenga atención en línea para el tratamiento de síntomas comunes en el hogar:</p> <p>Resfriado y gripe Dolores de oído Infecciones sinusales Salud mental: Psicoterapia y psiquiatría</p>	<p>Consultorio del médico</p>  <p>Reciba atención en persona para chequeos de rutina y afecciones crónicas:</p> <p>Infecciones de oído, garganta y vías urinarias Problemas estomacales Diabetes Salud mental: Psicoterapia y psiquiatría</p>	<p>Atención de urgencia</p>  <p>Reciba atención en persona para afecciones urgentes que no sean potencialmente mortales:</p> <p>Esguinces y torceduras Asma/afecciones respiratorias Gripe o resfrío con fiebre Reacciones alérgicas moderadas y sarpullidos</p>	<p>Sala de emergencias</p>  <p>Reciba atención en persona para casos graves o problemas potencialmente mortales:</p> <p>Dificultad para respirar Sangrado incontrolable Lesión grave Salud mental: Depresión grave y pensamientos suicidas</p>
<p>Hable con su médico acerca de la telesalud.</p>	<p>De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p>	<p>Por la mañana, por la noche y los fines de semana.</p>	<p>Abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

Recursos adicionales

- ¿Todavía no está seguro de a dónde ir para recibir atención? Llame a la línea de enfermería disponible las 24 horas al **1-855-401-8251 (TTY: 711)**.
- La atención de urgencia en línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de **HHO on the Go**.
- En caso de una emergencia médica, llame al **911**.
- En caso de una emergencia de salud mental, llame al **988**.





Después de una emergencia

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

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



Atención fuera de la red

Es posible que haya ocasiones en las que deba usar los servicios de un proveedor u hospital que no forma parte de la red de Highmark Health Options. Esto es lo que debe saber.

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

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

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

Tenga en cuenta que Highmark Health Options debe aprobar cualquier servicio que reciba de proveedores que no pertenezcan a nuestra red. Si no obtiene la aprobación, es posible que se le permita al proveedor facturarle los costos de los servicios. Si solicita utilizar un proveedor u hospital fuera de nuestra red y su solicitud es rechazada, puede presentar una apelación.

Obtenga más información sobre las apelaciones.

Atención fuera de su área

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

Sin cobertura fuera de los EE. UU.

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, Highmark Health Options no cubrirá los servicios que reciba. Medicaid no puede pagar los servicios de atención médica que reciba fuera de los Estados Unidos.



Beneficios médicos y de salud conductual

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

Beneficios de LTSS del Diamond State Health Plan Plus	Detalles
Servicios diurnos para adultos	Atención supervisada y servicios personales brindados en un entorno comunitario durante el día. También se pueden incluir comidas y terapias. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.
Cuidados personales	Ayuda con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), como bañarse, vestirse, higiene personal, trasladarse, ir al baño, cuidado de la piel, comer y asistencia con la movilidad. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.
Servicios cognitivos	Asesoramiento y terapia para los miembros y sus familias. Limitado a 20 visitas por año más una evaluación. Se proporcionan a miembros que tienen déficits cognitivos o conflictos interpersonales, como aquellos que son el resultado de una lesión cerebral. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.
Alternativas residenciales comunitarias	Ambientes residenciales hogareños, incluidos centros de vida asistida, que ofrecen servicios de apoyo, así como programas sociales y recreativos.
Habilitación diurna	Ayuda con las habilidades de aprendizaje y desarrollo para ayudar en la independencia dentro y fuera del hogar. La habilitación diurna se realiza en un entorno no residencial, separado del hogar del miembro. También se pueden incluir comidas y terapias. Se proporcionan a miembros que tienen déficits cognitivos o conflictos interpersonales, como aquellos que son el resultado de una lesión cerebral. No se ofrecen a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida, y que tienen daño cerebral no adquirido (nonacquired brain injury, nABI).
Comidas a domicilio	Hasta dos comidas nutricionalmente bien equilibradas por día entregadas en el hogar del miembro. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.



Actividades independientes de la vida diaria	Ayuda para cocinar, limpiar, comprar y más. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.
Modificaciones menores del hogar	Cambios en el hogar del miembro para ayudar a la independencia, como instalar una barra de apoyo o una rampa para silla de ruedas. El beneficio se basa en la necesidad médica y cubre hasta \$6,000 por proyecto, \$10,000 por año calendario y \$20,000 de por vida. Highmark Health Options debe aprobar a los proveedores de servicios. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.
Centro de enfermería	Servicios proporcionados por un centro de cuidados de enfermería a los residentes del centro, incluida la atención de enfermería especializada y los servicios relacionados, los servicios de rehabilitación y la atención y los servicios relacionados con la salud.
Suplementos nutricionales para el VIH/SIDA	Suplementos orales para aquellos con pérdida de peso y desnutrición como resultado del VIH/SIDA. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.
Sistema personal de respuesta a emergencias	Un dispositivo electrónico personal que proporciona acceso las 24 horas en caso de emergencia. El dispositivo está conectado al teléfono del miembro y envía una señal a alguien que puede ayudar cuando el miembro presiona el botón del dispositivo. No se ofrece a miembros que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Atención de relevo	Atención personal proporcionada en el hogar, en un centro de vida asistida o en una residencia de ancianos para que un cuidador regular no remunerado pueda descansar. Limitado a 14 días por año. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.
Cuidados personales autogestionados (Self-directed Attendant Care, S-DAC)	Administración financiera y apoyo general para los miembros que eligen autodirigir sus servicios de atención con asistente. Esto significa que el miembro, o un representante del empleador seleccionado por el miembro, actúa como el empleador legal del cuidador pagado. Este beneficio brinda al miembro o al representante del empleador del miembro apoyo de un agente fiscal del empleador que se encarga de los impuestos, la retención de nómina y los cheques de pago del cuidador. El agente fiscal del empleador también ayuda al miembro a encontrar y capacitar a un empleado de cuidados personales. No se ofrece a miembros que viven en centros de cuidados de enfermería o de vida asistida.
Equipo médico especializado	Artículos útiles, como agarradores. Cubre solo artículos no cubiertos por el estado.



<p>Transición a un centro de cuidados de enfermería (Nursing Facility Transition, NFT) integrales</p>	<p>Ayuda con los costos relacionados con el traslado de un centro de cuidados de enfermería al hogar o comunidad. Algunos de los costos son un depósito de garantía, una tarifa de conexión telefónica, comestibles, muebles, ropa de cama, etc. El beneficio cubre hasta \$2,500 por transición. Cubierto por el programa NFT.</p>
<p>Transición a un centro de cuidados de enfermería (Nursing Facility Transition, NFT) talleres</p>	<p>Los talleres ayudan a los miembros y a sus familias a prepararse para la vida comunitaria. Cubierto por el programa NFT.</p>

Beneficios adicionales de Highmark Health Options	Detalles
<p>Beneficios para futuras y nuevas mamás</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa MOM Options para futuras mamás que se realizan exámenes regulares antes del nacimiento del bebé. Las recompensas incluyen la opción de silla de automóvil para niño, coche para bebé, Pack ‘n Play o Baby Shower en caja. • Bolso maternal para productos de primera necesidad lleno de pañales y más para el nuevo bebé. El bolso también es cambiador. Proporcionado por la coordinación de la atención. • Uso gratuito de la aplicación Pacify para consultas por video y llamadas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No es necesario hacer una cita. Los expertos responden en 5 minutos o menos. Los usuarios pueden hacer preguntas sobre lactancia, alimentación con fórmula, bombeo, destete, adición de alimentos sólidos, llanto y cólicos, y dentición. Además, busque estos temas en la aplicación.
<p>Programa de prevención de la diabetes</p>	<p>18 años o más: programa de un año de Highmark Health Options y la YMCA de Delaware para miembros que califican. Puede hacerse en persona o en línea.</p>
<p>Balanza de baño digital</p>	<p>20 años o más: cubierto para adultos con afecciones cardíacas específicas inscritos en el programa de Manejo de enfermedades para afecciones crónicas.</p>
<p>Anteojos y lentes de contacto</p>	<p>21 años o más: cubre la elección de marcos de anteojos o lentes de contacto seleccionados. (Consulte los Beneficios estándares para personas de 20 años o menos).</p>
<p>Programa de vales para el examen de GED</p>	<p>18 años o más: cubre el costo del Examen de equivalencia de bachillerato a través de un programa de vales.</p>
<p>Programa Healthy Rewards</p>	<p>Proporciona la oportunidad de ganar recompensas de \$10 a \$25 por actividades como visitas de bienestar y exámenes de detección. Las recompensas se colocan en una tarjeta Healthy Rewards que puede usarse como una tarjeta de crédito. Y las recompensas se acumulan. Inscríbese en línea.</p>



Entrega de comidas de Healthy Transitions	Proporciona entrega de comidas gratuita en el hogar para los miembros que califican que han tenido una hospitalización reciente.
Audífonos	21 años o más: cubre un audífono por oído cada dos años, y baterías durante un año. (Consulte a continuación Beneficios estándares para personas de 20 años o menos).
Programa LEAN	18 años o más: programa de 12 semanas de Highmark Health Options y la YMCA de Delaware para ayudar a los miembros a comer de manera más saludable, moverse más y perder peso.
Consultas médicas en línea	Cubre las consultas en línea en el sitio web o la aplicación HHO on the Go. Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. <ul style="list-style-type: none"> • Todas las edades: atención de urgencia. • 18 años o más: terapia y psiquiatría.
Servicios de transporte (a cargo de American Logistics)	Hay traslados gratuitos disponibles por algunos motivos no médicos. Llame a Servicios para Miembros para programar, con tres días de anticipación, un traslado a un lugar que califica. (Los traslados gratuitos a las visitas de atención médica son proporcionados por Modivcare. Consulte los Beneficios estándares, transporte que no es de emergencia).

Beneficios estándares de Medicaid	Detalles
Pruebas de alergia	Con cobertura
Servicios de ambulancia	Con cobertura
Centros de cirugía ambulatoria	Con cobertura
Salud conductual (salud mental) y tratamiento por consumo de sustancias, atención ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> • 18 años o más: con cobertura • 17 años o menos: con cobertura de 30 horas ambulatorias por año. Las horas adicionales para pacientes ambulatorios están cubiertas a través del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias (Department of Services for Children, Youth, & Their Families, DSCYF). <p>Nota: Para aquellos que participan en PROMISE, los servicios están cubiertos a través del estado.</p>
Salud conductual (salud mental) y tratamiento por consumo de sustancias, atención para pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • 18 años o más: con cobertura • 17 años o menos: con cobertura a través del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias (Department of Services for Children, Youth, & Their Families, DSCYF).
Hemoderivados y plasma	Con cobertura
Examen de densidad ósea	Con cobertura



Examen de detección de cáncer	Cubre exámenes de detección para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama (mamografía) • Cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) • Cáncer colorrectal (colonoscopia) • Cáncer de próstata
Servicios de coordinación de la atención y administración de la atención	Con cobertura
Quimioterapia y radiación	Con cobertura
Atención quiropráctica	Cubre estudios de diagnóstico por imágenes y manipulación de la columna vertebral para reducir dolor de cuello, espalda, pelvis y sacro. También cubre servicios para reducir el dolor y contribuir a una curación, como acupuntura y masajes.
Atención dental	<ul style="list-style-type: none"> • 21 años o más: cubre la atención dental preventiva y correctiva con un límite de \$1,000, sin incluir la extracción de muelas del juicio con compromiso óseo. Se pueden aprobar \$1,500 más para atención de emergencia. \$3 de copago. • 20 años o menos: cubre la atención dental preventiva y correctiva sin límite anual, sin incluir la extracción de muelas del juicio con compromiso óseo. Incluye aparatos de ortodoncia y retenedores. \$0 de copago. <p>Nota: La extracción de las muelas de juicio con compromiso óseo está cubierta por el beneficio médico de Highmark Health Options.</p>
Cuidado de la diabetes	Cubre educación, equipos y suministros, incluidos monitores y tiras de glucosa en sangre.
Diálisis	Con cobertura
Atención de una doula	Cubre todos los aspectos del embarazo, incluida la atención prenatal, el parto, la atención posparto y las pérdidas del embarazo, como el aborto espontáneo y el mortinato.
Equipo médico duradero y suministros	Cubre equipos y suministros solicitados por un médico, incluida la ropa de cama y los pañales para personas de 4 años o más.
Atención del Departamento de Emergencias	Con cobertura
Examen de la visión, visita de rutina	Cubre un examen de rutina por año.
Examen de la visión, visita por enfermedad	Cubre visitas por enfermedad para afecciones como retinopatía diabética, glaucoma e infecciones.
Anteojos y lentes de contacto	20 años o menos: un par de anteojos o lentes de contacto por año, se aplican limitaciones. (Consulte los Beneficios adicionales para personas de 21 años o más).



Servicios de planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> Cubre servicios dentro o fuera de la red para miembros del DSHP. Cubre servicios de proveedores dentro de la red para miembros del DHCP. No cubre servicios de proveedores fuera de la red para miembros del DHCP.
Centros de salud federalmente calificados	Con cobertura
Análisis genéticos	Con cobertura
Examen de detección de glaucoma	Con cobertura
Visita ginecológica	Cubre el examen pélvico y la prueba de Papanicolaou.
Audífonos y baterías	20 años o menos: con cobertura (consulte los Beneficios adicionales en la sección anterior para personas mayores de 21 años).
Exámenes de audición	Con cobertura
Análisis de VIH/SIDA	Con cobertura
Atención médica domiciliaria	Con cobertura
Atención de hospicio	Cubre la atención de hospicio en un centro o en el hogar.
Atención hospitalaria	<p>Cubre la atención para pacientes hospitalizados, incluida la rehabilitación para pacientes hospitalizados, y atención ambulatoria.</p> <p>Nota: Como se describe en la entrada anterior para pacientes hospitalizados por situaciones de salud conductual, los servicios para personas de 17 años o menos están cubiertos a través del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias (Department of Services for Children, Youth, & Their Families, DSCYF).</p>
Servicios de diagnóstico por imágenes	Cubre servicios de diagnóstico por imágenes: radiografías; tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética y tomografía computarizada por emisión de fotón único; y estudios nucleares.
Terapia de infusión	Cubre servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Servicios y apoyos a largo plazo	Con cobertura solo para miembros del LTSS del DSHP Plus.
Atención de maternidad	Cubre la atención antes, durante y después del parto. También cubre educación sobre el parto y la crianza de los hijos.
Transporte que no es de emergencia	Con cobertura del estado para transporte a visitas de atención médica mediante ModivCare .
Atención en un hogar de adultos mayores	Con cobertura de hasta 30 días por año; los días adicionales se consideran atención a largo plazo. Solicite el Programa de Asistencia Médica de Delaware para la atención a largo plazo.
Observación	Con cobertura



Tratamiento para la adicción a los opioides	Cubre la terapia asistida por medicamentos.
Trasplante de órganos	Cubre el trasplante y la evaluación antes del trasplante.
Calzado ortopédico	Con cobertura*
Cirugía para pacientes ambulatorios	Cubre cirugías ambulatorias y en el mismo día.
Control del dolor	Con cobertura
Cuidado personal	Cubre los servicios prestados por asistentes en el hogar.
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	Cubre servicios ambulatorios.
Atención de podología	Cubre la atención de podología de rutina para personas con diabetes o problemas de flujo sanguíneo en las piernas.
Medicamentos recetados	Cubre medicamentos recetados por un médico. Hay un suministro de 90 días disponible para algunos medicamentos para afecciones crónicas.
Visitas al médico de atención primaria	Cubre visitas al consultorio médico, chequeos y visitas por enfermedad.
Servicio privado de enfermería	Con cobertura si tiene autorización previa.
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Con cobertura*
Atención de relevo (pediátrica)	20 años o menos: cubre servicios a corto plazo para que el cuidador habitual no remunerado de un niño pueda tomarse tiempo. El beneficio cubierto es por un total de 285 horas o 15 días por año. La atención de relevo puede ser en el hogar o fuera del hogar (por ejemplo, en un centro). El relevo de emergencia incluye un máximo de seis episodios de 72 horas por año. Nota: Este beneficio ya no es proporcionado por el Departamento de Educación.
Centros de bienestar escolares	Con cobertura
Segunda opinión	Cubre el asesoramiento de un segundo médico para compararlo con el asesoramiento de otro médico.
Cuidados personales autogestionados (Self-directed Attendant Care, S-DAC)	20 años o menos: con cobertura para niños que reciben servicios de cuidado personal. Incluyen la ayuda con las actividades de la vida diaria, según las indicaciones de un padre u otro cuidador.
Centro de enfermería especializada	Cubre la atención en un hogar de adultos mayores hasta 30 días por año.
Estudio de apnea del sueño	Con cobertura



Visitas al especialista	Cubre la atención de un médico que se haya capacitado especialmente para tratar una enfermedad o afección específica.
Ayuda para dejar de fumar o vapear	Con cobertura de Quitline . Disponible en persona y en línea.
Cirugía	Cubre cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Atención de urgencia/sin cita previa	Cubre la atención o el tratamiento médico necesarios dentro de las 48 horas. No es una emergencia.
Visitas de control del bebé y del niño sano, vacunas	Cubre la atención de niños con cobertura de Medicaid a través del Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT).
Alquiler de sillas de ruedas	Requiere autorización previa.

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

Beneficios que no están cubiertos

Aborto	Con cobertura solo en casos de incesto, violación o amenaza a la vida de la madre.
Acupuntura	A menos que la proporcione un quiropráctico.
Atención de sanatorios y proveedores de la ciencia cristiana	
Servicios estéticos	
Medicamentos DESI*	
Tratamientos por infertilidad	
Esterilización para personas de 20 años o menos	

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



Servicios de salud mental y por abuso de drogas y alcohol

“Salud conductual” significa su bienestar mental y emocional, así como cualquier problema con el consumo de sustancias. Según las normas gubernamentales, usted tiene un tratamiento ilimitado cuando es médicamente necesario para las dependencias de drogas y alcohol.

Esto incluye lo siguiente:

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

Si tiene alguna pregunta acerca de esta cobertura, llame a Servicios para Miembros.

Beneficios de EPSDT para niños (de 20 años o menos)

El gobierno federal exige que Highmark Health Options ofrezca un programa de salud preventiva a personas de 20 años o menos que reciben Medicaid. Se denomina Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT). Su propósito es detectar problemas de salud de manera temprana para que los niños puedan mantenerse sanos. Highmark Health Options ofrece el programa de EPSDT sin cargo.

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

En las visitas de bienestar, el PCP del niño proporciona exámenes de detección y vacunas. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan este **programa de vacunación para niños y adolescentes**. El PCP también hace preguntas, realiza pruebas y controla cuánto ha crecido el niño.

Según la edad y las necesidades del niño, el PCP puede proporcionar estos servicios:

- Examen físico completo
- Examen de detección de depresión (desde los 12 años)
- Vacunas
- Examen de la audición
- Examen de detección de autismo
- Examen oftalmológico
- Prueba de detección de plomo en sangre
- Evaluación nutricional
- Examen del desarrollo
- Examen de salud bucal (boca)

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

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



Beneficios de LTSS del DSHP Plus

Sus beneficios cubren servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Esto incluye atención en centros y servicios en el hogar y la comunidad.

Los servicios en el hogar y la comunidad le ayudan a permanecer en su hogar al brindarle apoyo para las actividades cotidianas. Esto incluye bañarse, vestirse, preparar comidas y hacer las tareas domésticas. En su plan de atención se describen los servicios y la atención que necesita. Los servicios cubiertos no reemplazan los servicios pagados por Medicare u otros seguros.

Su administrador de casos

Como parte de sus beneficios de Highmark Health Options, tendrá un administrador de casos.

Su administrador de casos es la primera persona a la que debe acudir si tiene preguntas o inquietudes acerca de lo siguiente:

- Sus servicios y apoyo
- Su atención médica

Recibirá una carta con el nombre y el número de teléfono de su administrador de casos. Si no la recibió, llame a Servicios para Miembros. Llame a su administrador de casos cuando necesite ayuda. No es necesario que espere hasta que su administrador de casos vaya a su hogar o le llame.

Su administrador de casos hará lo siguiente:

- Informarle sus beneficios y responder sus preguntas.
- Brindarle información para ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su atención médica.
- Ayudarle a obtener los servicios y el apoyo a largo plazo correctos en el entorno adecuado.
- Coordinar todas sus necesidades de apoyo y servicio de atención física, mental y a largo plazo.
- Comunicarse con usted cuando esté en el hospital y cuando regrese a su hogar.
- Ayudarle a resolver problemas que pueda tener con su atención.
- Asegurarse de que se siga su plan de atención y que este funcione para usted.
- Estar al tanto de sus necesidades cambiantes y actualizar su plan de atención.
- Hablar con sus médicos sobre sus necesidades de salud y atención.
- Hablar con sus médicos para coordinar los servicios.

Si recibe atención en una residencia de ancianos, su administrador de casos hará lo siguiente:

- Trabajar con la residencia de ancianos para formar parte de la planificación de su atención. Esto incluye formar parte de las conferencias del plan de atención del centro de enfermería.
- Buscar formas de ayudar a administrar su plan de atención médica con sus beneficios de Highmark Health Options.



- Trabajar con la residencia de ancianos cuando necesite servicios que la residencia no es responsable de proporcionar.
- Realizar visitas en persona con usted al menos cada 180 días calendario.
- Determinar si usted puede mudarse de la residencia de ancianos a la comunidad.
- Ayudar a planificar un traslado seguro.

Si recibe atención en el hogar o reside en un centro de vida asistida, su administrador de casos hará lo siguiente:

- Evaluar sus necesidades y los mejores servicios para usted.
- Trabajar con usted para crear su propio plan de atención.
- Involucrar a los proveedores de atención médica adecuados al elaborar su plan de atención.
- Asegurarse de que se siga su plan de atención y de que este funcione para usted.
- Ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red.
- Asegurarse de que usted obtenga lo que necesita y ayudar a solucionar de inmediato cualquier brecha en la atención.
- Brindarle información sobre recursos comunitarios que podrían serle útiles.
- Reunirse con usted en persona al menos cada 90 días calendario.
- Verificar, al menos una vez al año, que usted cumple con los criterios para los servicios de LTSS.

Pida un nuevo administrador de casos

Puede solicitar un nuevo administrador de casos si no está satisfecho con la persona que está trabajando con usted. Asignaremos un nuevo administrador de casos que satisfaga mejor sus necesidades. Llame a un defensor de miembros al **1-855-430-9853 (TTY: 711)** si desea cambiar su administrador de casos. Díganos por qué desea cambiar para que podamos abordar sus inquietudes. Si no podemos darle un nuevo administrador de casos, le diremos por qué.

Puede haber ocasiones en las que debamos cambiar su administrador de casos. Esto puede suceder si su administrador de casos ya no trabaja para Highmark Health Options, si temporalmente no trabaja o cuando las asignaciones del administrador de casos se deben cambiar. Si esto sucede, le enviaremos una carta con el nombre y el número de teléfono de su nuevo administrador de casos.

Sus beneficios le brindan opciones

Su administrador de casos le ayudará a recibir atención en el entorno que desee.

Si reúne los requisitos para recibir atención en una residencia de ancianos, puede elegir recibir atención:

- En una residencia de ancianos.
- En otro lugar de la comunidad (por ejemplo, un establecimiento de vida asistida).
- En su hogar con servicios en el hogar y en la comunidad si sus necesidades se pueden satisfacer de manera segura y eficaz.

Puede cambiar su elección en cualquier momento.



Su administrador de casos puede ayudarle a encontrar proveedores. Sus proveedores deben estar en nuestra red de proveedores. También deben estar dispuestos y ser capaces de brindarle la atención que necesita.

Cuidados personales autogestionados (S-DAC)

El cuidado personal autogestionado (Self-directed Attendant Care, S-DAC) significa contratar y administrar a su propio cuidador. Como empleador, usted tiene más control sobre el empleado que le brinda atención y cómo se le brinda.

Como empleador, usted debe ser capaz de hacer lo siguiente:

Contratar y capacitar a su cuidador.

- Crear una descripción del puesto.
- Encontrar, entrevistar y contratar a su cuidador.
- Definir las tareas laborales de su cuidador.
- Capacitar a su cuidador para que le brinde atención en función de lo que necesita y le gusta.

Establecer el horario de su cuidador.

- Fijar las horas en que su cuidador debe comenzar y finalizar el día de trabajo.
- Asegurarse de que su cuidador no trabaje más de la cantidad aprobada de horas.

Supervisar a su cuidador.

- Observar a su cuidador.
- Evaluar cómo su cuidador realiza las tareas laborales.
- Abordar los problemas relacionados con la manera en que su cuidador realiza las tareas laborales.
- Despedir a su cuidador cuando sea necesario.

Administrar el pago a su cuidador y tomar notas sobre los servicios que le brinda.

- Asegurarse de que su cuidador comience y finalice el día de trabajo según lo programado.
- Tomar buenas notas sobre qué tan bien su cuidador le brinda atención.

Planificar con anticipación.

- Tenga y use un plan de respaldo cuando su cuidador no esté disponible o no aparezca.

Representante del empleador

Si no puede hacer las cosas de la lista anterior, puede pedirle a alguien que sea su representante del empleador. Elija un familiar, amigo o alguien cercano a usted que sea confiable.



El representante del empleador debe:

- Ser mayor de 18 años.
- Conocerlo muy bien.
- Conocer sus necesidades de atención y cómo desea que se le brinde atención.
- Conocer sus horarios y su rutina.
- Conocer los medicamentos que toma.
- Ser capaz de hacer todo lo que se requiera de él y estar dispuesto a hacerlo.

Nota: El representante del empleador no puede recibir un pago, pero usted puede pagarle a un familiar o amigo para que le brinde atención.

Agencias útiles

Si elige S-DAC, Servicios Humanos de JEVS o Easter Seals pueden ayudarlo a usted o al representante del empleador a:

- Completar y presentar los formularios de impuestos sobre la nómina. Debe completar estos formularios para pagar a su empleado.
- Desempeñarse como agente de apoyo. Esto significa ayudarlo con las tareas del empleador, tales como:
 - Escribir una descripción del trabajo
 - Buscar y entrevistar a cuidadores
 - Capacitar a su cuidador
 - Establecer el horario de su cuidador
 - Hacer un plan de respaldo para los momentos en que un cuidador programado no esté disponible o no se presente

Nota: Su agente de apoyo no puede ayudarlo a supervisar a su cuidador. Usted o su representante del empleador deben poder hacerlo.

Cómo inscribirse

Para inscribirse en S-DAC, hable con su administrador de casos. Su administrador de casos le ayudará a configurar S-DAC si es el tipo de atención que usted solicita.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Usted recibe los mismos servicios, ya sea que elija o no la atención autodirigida.
- Los servicios y la atención que usted necesita están en su plan de atención.
- Usted solo recibe los servicios que necesita que están enumerados en su plan de atención.
- Su plan de atención actual está vigente hasta que se configure S-DAC.
- Debe recibir la atención que necesita hasta que se configure S-DAC.
- Puede tener un cuidador de empleados además de proveedores de la red que no sean sus empleados.



Puede iniciar o interrumpir S-DAC en cualquier momento. Seguirá recibiendo servicios de cuidados personales si los suspende. Una agencia de atención domiciliar de nuestra red proporcionará los cuidados personales autogestionados.

Ayuda durante y después de una hospitalización

Su administrador de casos puede ayudarle cuando esté en el hospital y después de irse a casa.

Cuando esté en el hospital, su administrador de casos lo llamará para:

- Responder cualquier pregunta que tenga sobre el regreso a su hogar.
- Recordarle que debe hacer preguntas sobre los medicamentos.
- Recordarle que debe programar una cita de seguimiento con el médico.

Después de que llegue a su casa del hospital, su administrador de casos lo llamará para:

- Revisar sus órdenes de alta con usted.
- Ayudarle a hacer una lista de preguntas para su médico.
- Hablar sobre sus medicamentos.
- Ayudarle a organizar un traslado para una visita de seguimiento con el médico, en caso de que sea necesario.

Después de su visita de seguimiento a su médico, su administrador de casos lo llamará para:

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

Usted puede ser responsable de algunos costos

Es posible que deba pagar una parte del costo por su atención. Este pago parcial se denomina “responsabilidad del paciente.” El monto que paga depende de sus ingresos. Debe pagar al hogar de adultos mayores o centro de vida asistida el monto del que es responsable. Si se niega a pagar, es posible que el centro no le permita vivir allí. Highmark Health Options intentará ayudarlo a encontrar otro centro.

Abuso, negligencia y explotación

Tiene derecho a no ser víctima de abuso, negligencia y explotación. Es importante que comprenda cuáles son y cómo informar las acciones incorrectas.

Abuso

El abuso puede ser abuso físico, sexual o emocional. Puede incluir:

- Dolor
- Lesión
- Sufrimiento mental
- Tratamiento cruel
- Estar encerrado
- Ser retenido en contra de su voluntad



Negligencia

La negligencia ocurre cuando su cuidador no se ocupa de sus necesidades básicas. Significa que su cuidador no brinda ni coordina su atención. La negligencia lo pone en riesgo de dañar su salud y seguridad. Esto puede ser a propósito o debido a un comportamiento descuidado.

Explotación

La explotación es cuando alguien lo obliga a hacer algo que usted no quiere hacer. O alguien puede pedirle que haga algo sin revelar el motivo.

La explotación puede incluir:

- Intimidación
- Fraude
- Falsificación
- Uso de cuentas bancarias o tarjetas de crédito sin permiso

La explotación financiera es cuando una agencia gubernamental le paga a usted o a un cuidador, y el cuidador utiliza los fondos de la manera indebida.

Denunciar acciones incorrectas

Las acciones incorrectas, como el abuso, la negligencia y la explotación, se denominan incidentes críticos.

- Lo lesiona o le provoca angustia emocional.
- Lo obliga o lo engaña para que participe en actividades sexuales.
- Roba su dinero o sus medicamentos.
- Utiliza su tarjeta de crédito sin permiso.
- Le niega sus necesidades básicas (alimentos, medicamentos, artículos de cuidado personal y supervisión).
- Le provoca una lesión grave (un hueso roto, un corte profundo o una quemadura grave).
- No es profesional (le grita o se niega a hacer su trabajo).

Si cree que ha sido víctima de abuso, negligencia o explotación:

- Llame a su administrador de casos de inmediato.
- Llame a un defensor de miembros de Highmark Health Options al **1-855-430-9852 (TTY: 711)**.
- Llame a Servicios de Protección para Adultos al **1-800-223-9074**.
- Llame a Servicios de Protección Infantil al **1-800-292-9582**.

Encuentre más información sobre cómo denunciar el abuso y la negligencia infantil en línea.



Beneficios por maternidad y para recién nacidos

La atención de maternidad está cubierta por sus beneficios médicos. Estamos aquí para usted antes y después de que nazca su bebé.

Atención de maternidad

Es muy importante que consulte a su médico regularmente antes y después de que nazca su bebé.

Incluye lo siguiente:

- Las visitas al consultorio y los análisis antes de que nazca su bebé (atención prenatal).
- La hospitalización cuando tiene a su bebé.
- Las visitas al consultorio y los análisis después de que nazca su bebé (atención posparto).

Tan pronto como se entere de que está embarazada:

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

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

MOM Options

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

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

Le enviaremos el artículo que elija:

- Silla de automóvil para niño/bebé
- Carrito para bebé
- Pack 'n Play (corralito)
- Baby Shower en caja

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



Servicios de doula

Una doula es alguien que le brinda apoyo físico, emocional e informativo mientras está embarazada, durante el trabajo de parto e inmediatamente después de dar a luz. Junto con su obstetra/ginecólogo o partera, una doula certificada ha realizado un programa de capacitación y ha aprobado un examen sobre cómo ayudarla durante su embarazo.

Antes del parto, una doula generalmente hará lo siguiente:

- Reunirse con usted en su segundo o tercer trimestre para conocerse.
- Enseñarle habilidades de relajación y respiración.
- Responder a sus preguntas sobre el proceso de parto.
- Ayudarle a comprender los procedimientos del trabajo de parto y el parto, y las posibles complicaciones.
- Ayudarle a desarrollar un plan de nacimiento.

Durante el trabajo de parto, la doula puede:

- Permanecer con usted constantemente para brindarle comodidad y apoyo.
- Usar masajes y el tacto para ayudarle a relajarse y descansar.
- Ayudarle a ponerse en posiciones cómodas.
- Ayudarle a obtener nutrición y líquidos adecuados.
- Ayudarle a comunicar sus preferencias al personal médico.
- Hacer participar y tranquilizar al otro futuro progenitor.

Después del parto, una doula puede:

- Brindarle apoyo y aliento tanto a usted como a su pareja después de llevar a su bebé a casa.
- Enseñarles a ambos cómo cuidar a su bebé recién nacido.
- Ayudar con la educación sobre la lactancia.
- Ayudar al otro padre y a los hermanos, y enseñarles cómo ayudarla.
- Asegurarse de que descanse mucho, coma regularmente, se mantenga hidratada y esté cómoda.

La cobertura para este beneficio incluye lo siguiente:

- Visitas prenatales, asistencia para el trabajo de parto/parto y visitas posparto (90 minutos por visita, ya sea en su hogar o en línea).
- A fin de calificar para el beneficio de doula en el posparto, debe tener al menos una visita prenatal con una doula.

Para obtener más información, llame a Coordinación de atención al **1-855-401-8251** (TTY: 711 o 1-800-232-5460) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.



Comidas para el posparto

El período posparto es el tiempo inmediatamente posterior al parto y también se lo conoce como el “cuarto trimestre.” Es un momento importante para descansar, recuperarse y conectarse con su bebé. Durante este tiempo, también debe enfocarse en su propio bienestar.

La nutrición, es decir los alimentos que consume, desempeña un papel importante en su recuperación después de dar a luz. El plan Diamond State Health ofrece comidas saludables que se entregan directamente en su hogar por hasta 12 semanas después de dar a luz. Estas comidas pueden ayudarle en su recuperación y también brindarle algo de ayuda durante este momento de cambio.

Además de las comidas, puede calificar para pañales y toallitas para su bebé. Consulte a su coordinador de atención para obtener más detalles.

Llame a Coordinación de atención al **1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. para obtener más información sobre este programa y sus otros beneficios maternos.

WIC de Delaware

El Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños, también conocido como WIC (Women, Infant, and Children), es un programa gratuito para las siguientes personas:

- Mujeres embarazadas
- Madres recientes
- Madres en período de lactancia
- Niños de 5 años o menos que no reciben la nutrición que necesitan

El programa proporciona lo siguiente:

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

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



Programas de visitas domiciliarias

El estado de Delaware cuenta con diferentes programas de visitas domiciliarias que pueden ayudarle a usted y a su familia a tener un hogar más saludable, feliz y seguro. Todos los programas de visitas domiciliarias son gratuitos y voluntarios. Lo mejor es que estas visitas le conectan con un especialista en apoyo familiar. Una visita domiciliaria con un especialista en apoyo familiar puede realizarse en cualquier lugar que sea conveniente, como la biblioteca, un parque o incluso en línea.

Un especialista en apoyo familiar puede ayudarle con estas y otras cosas:

- Enseñarle cómo amamantar a su bebé y ponerle en contacto con un asesor en lactancia.
- Asegurarse de que el desarrollo de su hijo esté encaminado.
- Asesorarle sobre cómo realizar actividades adecuadas para el desarrollo con su hijo.
- Ayudarle a encontrar recursos importantes en su área, como alimentos, cunas, pañales y asientos para el automóvil.
- Ayudarle a solicitar los beneficios del SNAP o WIC.

Para obtener más información o inscribirse en el programa, llame al **211**, envíe un mensaje de texto con su código postal al **898-211** o visite **DEThrives.com/HomeVisiting**.

Beneficios para recién nacidos

Asegúrese de que su bebé tenga cobertura de atención médica y el PCP que desea.

Tan pronto como pueda después del nacimiento de su bebé (y dentro de los 30 días calendario):

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

Ayuda para el uso de opioides cuando está embarazada o en período de lactancia

Usted podría hacerse daño a sí misma y a su bebé al usar opioides durante y después del embarazo. Los opioides pueden ser medicamentos recetados para el dolor, como codeína u oxycodona, y drogas ilegales, como la heroína. Los medicamentos que use durante el embarazo se transmitirán a su bebé. Existe la posibilidad de que esto cause problemas de salud. Puede perder al bebé o tenerlo demasiado temprano. El bebé puede nacer con efectos secundarios graves del medicamento. Estos incluyen abstinencia dolorosa de opioides y defectos congénitos.

Si usa medicamentos cuando está amamantando, el medicamento se transmitirá a su bebé. Su bebé puede tener efectos secundarios que pueden ser graves, como dificultad para respirar, o dejar de respirar. Puede ser peligroso dejar de consumir opioides de repente. Hable con su médico sobre las opciones de tratamiento. Una combinación de terapia y medicamentos puede ayudarla a dejar de consumir opioides. Esto se denomina “tratamiento asistido con medicamentos”.

Para obtener información sobre el tratamiento seguro cuando intenta dejar de consumir opioides:

- Llame al **1-800-652-2929** en el condado de New Castle.
- Llame al **1-800-345-6785** si se encuentra en los condados de Kent y Sussex.



Beneficios de la planificación familiar

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

Con la planificación familiar, puede aprender lo siguiente:

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

Estas son las opciones de proveedores de planificación familiar autorizados:

- PCP
- Clínicas
- Enfermeras parteras certificadas
- Obstetras/Ginecólogos (especialistas en obstetricia y ginecología)

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

Nota: Se mantiene la privacidad de los registros de planificación familiar. Los médicos mantienen la privacidad de todos los registros de planificación familiar, a menos que la ley indique lo contrario. Su médico puede compartir su información médica con otros médicos que le brindan atención, funcionarios de salud pública o agencias gubernamentales.



Beneficios dentales, de audición y de la visión

Además de los beneficios médicos, los adultos y los niños tienen beneficios dentales, auditivos y oftalmológicos cubiertos por Medicaid de Delaware y Highmark Health Options.

Beneficios dentales para adultos (de 21 años o más)

¡Sonría! La atención odontológica puede hacer que su boca esté feliz. Aproveche sus beneficios odontológicos para solucionar problemas dentales hoy y prevenir problemas nuevos en el futuro.

Tiene una cobertura de \$1,000 por año para atención odontológica. Puede haber cobertura adicional disponible si su dentista solicita atención odontológica de urgencia y Highmark Health Options la aprueba. Su copago es de \$3 y no necesita una derivación para ver a un dentista.

Los beneficios dentales para adultos incluyen lo siguiente:

- Examen dental
- Radiografías
- Limpieza de rutina
- Tratamiento con fluoruro
- Empastes
- Extracciones
- Reparaciones y recubrimientos de dentaduras postizas
- Periodoncia (podría requerir una aprobación previa)

Los beneficios dentales para adultos no incluyen lo siguiente:

- Dentaduras postizas
- Extracción de muelas del juicio con compromiso óseo cubiertas por su beneficio médico

Beneficios dentales para niños

La cobertura para niños no tiene límites anuales para la atención odontológica. Su copago es de \$0 y no necesita una derivación para ver a un dentista.

Los beneficios dentales para niños incluyen lo siguiente:

- Examen dental
- Radiografías
- Limpieza de rutina
- Tratamiento con fluoruro
- Aparatos de ortodoncia y retenedores (ortodoncia)
- Empastes
- Extracciones
- Tratamientos de conducto
- Periodoncia (podría requerir una aprobación previa)
- Sedación y anestesia (podría requerir una aprobación previa)

Para niños de 14 a 20 años con una aprobación previa:

- Coronas
- Dentaduras postizas, incluidas reparaciones y recubrimientos



Los beneficios dentales para niños no incluyen lo siguiente:

- Extracción de muelas del juicio con compromiso óseo cubiertas por su beneficio médico

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

Beneficios de audición para adultos (de 21 años o más)

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

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

Llame al **1-877-759-3272 (TTY: 711)** para hablar con un asesor de audición y programar una visita.

Beneficios de audición para niños

Los audífonos son un beneficio cubierto estándar para niños de 20 años o menos.

Beneficios de la visión para adultos (de 21 años o más)

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

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

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

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

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

Beneficios de la visión para niños

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

Si los anteojos de su hijo se rompen y necesitan reparación o reemplazo, lleve los anteojos a la tienda donde los compró. La tienda reparará o reemplazará los anteojos de su hijo.

Nota: Asegúrese de mostrar la tarjeta de identificación de su hijo a su proveedor de atención de la visión.





Beneficios quiroprácticos

Los beneficios quiroprácticos cubren el diagnóstico por imágenes y la manipulación de la columna vertebral para reducir algunos tipos de dolor. Esto incluye dolor de cuello, espalda, pelvis y sacro. La cobertura incluye servicios para reducir el dolor y contribuir a una curación, como acupuntura y masajes.

Servicios cubiertos

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

La cobertura incluye lo siguiente:

- Manipulación para dolor o disfunción del cuello, la espalda, la pelvis o el sacro.
- Una manipulación por día. El máximo es de 20 manipulaciones por año calendario. Es posible que se permitan manipulaciones adicionales si son médicamente necesarias.
- Un examen de diagnóstico por año para determinar el progreso. Es posible que se permita hacer más de uno si es médicamente necesario.
- Las radiografías pueden usarse para diagnosticar subluxación espinal o luxación parcial. La cobertura de las radiografías de columna se limita a una serie por miembro en un período de 12 meses corridos.
- Es posible que se tomen más radiografías dentro del mismo año calendario para documentar una nueva afección o un problema con una afección existente.
- Las radiografías utilizadas para determinar el progreso se limitan a un estudio por año calendario.
- Es posible que las radiografías del progreso, más allá de la primera en un año calendario, requieran autorización previa.





Momento de su visita de atención médica

Programe una visita de atención médica

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

Primera visita de atención médica para niños

Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para miembros de 20 años o menos: Exámenes y evaluaciones programados regularmente de la salud física y mental general, el crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional de lactantes, niños y jóvenes.

Los miembros nuevos deben ser atendidos por un PCP no más de 45 días calendario después de convertirse en miembro, a menos que sean tratados por un PCP o especialista y actualizados con exámenes de detección y vacunas.

Si recibe tratamiento de un PCP o especialista:

- Las citas deben programarse dentro de las 2 semanas de la solicitud.
- Los exámenes que no son periódicos deben hacerse de inmediato cuando sea necesario.

El tratamiento para una afección que se encuentre como resultado de una detección de EPSDT debe proporcionarse dentro de los 90 días siguientes a la detección.



Visitas de atención médica con PCP y obstetras y ginecólogos (obstetricia y ginecología)

Atención de emergencia	Las citas para las afecciones que cumplan con la definición de una “afección de emergencia” están disponibles el mismo día. Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de emergencia .
Atención de urgencia	Se encuentran disponibles citas para atención de urgencia dentro de los 2 días calendario. Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de urgencia .
Atención de rutina (exámenes físicos)	Debe programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud. Vea ejemplos de atención de rutina .
Atención de bienestar (chequeo general, examen de bienestar, examen del niño sano, control de la mujer sana)	Debe programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud.
Atención de maternidad	<p>Las citas de atención prenatal deben programarse para cada trimestre (período de tres meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre, dentro de los 21 días de la solicitud. • Segundo trimestre, dentro de los 7 días calendario de la solicitud. • Tercer trimestre, dentro de los 3 días calendario de la solicitud. <p>Para mujeres con embarazos de alto riesgo, las citas deben programarse de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De inmediato si existe una emergencia. • Dentro de los 3 días calendario posteriores a la determinación del riesgo alto.

Visitas de atención médica con especialistas

Atención de emergencia	La atención de emergencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Atención de urgencia	Las citas de atención de urgencia deben programarse dentro de las 48 horas de la solicitud.
Atención de rutina (exámenes físicos)	Las citas de atención de rutina deben programarse en un plazo de 3 semanas de la solicitud de cualquier especialista.



Visitas de atención médica para salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

<p>Atención para una emergencia que no es potencialmente mortal</p>	<p>Debe programarse dentro de las 6 horas de la solicitud. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espasmos musculares involuntarios causados por un medicamento • Estado de ánimo maníaco causado por el fármaco, sin deterioro funcional • Pensamientos significativos, graves y angustiantes
<p>Atención ante una emergencia inmediata potencialmente mortal</p>	<p>Debe programarse en el plazo de 1 hora. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posible suicidio • Emergencia que requiere equipo de respuesta móvil
<p>Atención de urgencia</p>	<p>Debe programarse dentro de las 24 horas. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión grave aguda • Trastorno de pánico agudo
<p>Atención de rutina para una visita inicial</p>	<p>Debe programarse dentro de los 7 días de la solicitud. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones iniciales • Alta hospitalaria de un entorno para pacientes hospitalizados a derivación a una residencia en la comunidad • Atención después de una visita al Departamento de Emergencias o un proveedor de crisis de salud conductual para una afección médica
<p>Atención de rutina que es un seguimiento o no es una emergencia</p>	<p>Debe programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad general • Problemas matrimoniales • Tensión en el trabajo



Beneficios de medicamentos recetados

Sus beneficios cubren numerosos medicamentos recetados. Esto es lo que necesita saber sobre su beneficio de medicamentos recetados. Use una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. Busque farmacias en el **Directorio de proveedores** de nuestro sitio web.

Medicamentos recetados cubiertos

Highmark Health Options utiliza una lista de medicamentos recetados aprobados por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware para personas con Medicaid. Esto se denomina lista de medicamentos preferidos. Highmark Health Options cubre otros medicamentos de la lista de medicamentos complementarios. Los medicamentos de estas dos listas conforman el formulario de medicamentos. Busque los nombres genéricos y de marca de todos los medicamentos recetados cubiertos en nuestro sitio web en **HighmarkHealthOptions.com**.

Tipos de medicamentos cubiertos

Su beneficio de medicamentos recetados cubre estos tipos de artículos:

- Cámaras de inhalación
- Multivitaminas y vitaminas prenatales
- Medicamentos recetados para trastornos del comportamiento
- Medicamentos para dejar de fumar, incluidos parches de nicotina, goma de mascar, pastillas, aerosol nasal y bupropión (Zyban®)
- Vacunas administradas en farmacias contra la gripe, neumonía, culebrilla y varicela
- Inyecciones que usted mismo se administra, como insulina (las inyecciones que su médico debe administrar están cubiertas por su beneficio médico).
- Suministros para la diabetes, entre ellos, los siguientes:
 - Monitores de glucosa (azúcar) en sangre
 - Tiras reactivas de glucosa (azúcar) en sangre
 - Lancetas y dispositivos de punción
 - Tiras reactivas para medir glucosa (azúcar) en orina
 - Monitores continuos de glucosa en sangre (cubiertos con autorización previa)



Tipos de medicamentos no cubiertos

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

Su beneficio de medicamentos recetados no cubre medicamentos con estas características:

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

Su beneficio de medicamentos recetados no cubre los medicamentos utilizados para lo siguiente:

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

Su beneficio de medicamentos recetados no cubre los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC), excepto los que figuran en la lista de medicamentos complementarios:

- Medicamentos homeopáticos o a base de hierbas.
- Complementos nutricionales.
- Suministros y medicamentos OTC cuando vive en un centro de atención a largo plazo.

Los beneficios de medicamentos recetados pueden cambiar

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

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



¿Tiene preguntas o solicitudes? Llámenos. Llame a Servicios para Miembros si desea obtener una lista de los medicamentos recetados cubiertos o si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos. También puede informarnos si considera que un medicamento nuevo debe estar cubierto.



Copagos de medicamentos recetados

Highmark Health Options cobra copagos por los medicamentos que surte en la farmacia. Su copago es el dinero que debe pagar al momento de la prestación del servicio. Su copago se basa en el costo de cada receta.

Costo del medicamento recetado	Su copago
\$10 o menos	50 centavos
\$10.01–\$25	\$1
\$25.01–\$50	\$2
\$50.01 y más	\$3

El máximo que deberá pagar por sus copagos para medicamentos recetados cada 30 días es \$15. Una vez que alcance el máximo de copago de \$15 para los 30 días, no pagará más copagos por los medicamentos surtidos durante el resto del mes. Este máximo de copagos se restablecerá cada 30 días.

No hay copagos para medicamentos recetados para lo siguiente:

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

No hay copagos para esto:

- Niños de 20 años o menos
- Personas en el Programa de enfermedad renal crónica
- Personas en atención de hospicio
- Algunas personas en un centro de atención a largo plazo
- Mujeres embarazadas (incluso hasta 90 días calendario después del fin del embarazo)

Uso seguro y eficaz de medicamentos recetados

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

Estas reglas se aplican a algunos medicamentos recetados:

- Los medicamentos recetados genéricos a menudo están disponibles en lugar de los medicamentos de marca. Si su PCP solicita un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red siempre le entregarán la versión genérica. Si su PCP desea que usted tenga el medicamento de marca, su PCP debe solicitar cobertura a través de los servicios de farmacia. Si se aprueba la solicitud, Highmark Health Options cubrirá el medicamento.



- Se necesita autorización previa (aprobación previa) para algunos medicamentos. Su PCP debe proporcionar información para demostrar que el medicamento funcionará bien para su afección médica y que será seguro. Si no se otorga autorización previa, Highmark Health Options no cubrirá el medicamento.
- Un límite de cantidad es la cantidad máxima de medicamento que Highmark Health Options cubrirá durante un período determinado. La Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado estas cantidades como seguras y útiles.
- Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de poder usar un medicamento de terapia escalonada. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que le pidamos a su médico que solicite primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, su médico puede solicitar el medicamento B, el medicamento de terapia escalonada. Luego, Highmark Health Options cubrirá el medicamento B, el medicamento de terapia escalonada.

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

Guía para obtener medicamentos recetados

Surta su receta

Highmark Health Options tiene muchas farmacias de la red. Use siempre una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados.

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

1. Vaya a **HighmarkHealthOptions.com**.
2. Haga clic en **Buscar atención en su área**.
3. Se ha comunicado con el Directorio de proveedores.
4. Elija Lugares por tipo.

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

Resurta su receta

Puede llamar o visitar cualquier farmacia de la red para solicitar un resurtido. Su receta puede resurtirse en estos casos:

- Su PCP solicitó un resurtido.
- La ley permite el resurtido.
- Usó el 83 % de su último surtido.

No debe esperar hasta que se le haya acabado el medicamento para obtener un resurtido. Pida un resurtido cuando le quede alrededor del 20 % de su medicamento.



Solicite un suministro para 90 días

¿Usa un medicamento recetado para una afección a largo plazo?

Es posible que pueda obtener un suministro para 90 días en lugar de un suministro para 30 días. Esto significa que solo necesita resurtir su receta cuatro veces al año.

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

Consulte la página a continuación para obtener una lista de algunos medicamentos que están cubiertos para un suministro de 90 días. Para obtener la lista más actualizada de medicamentos cubiertos para un suministro de 90 días, visite **nuestro sitio web**.

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

Medicamentos cubiertos para un suministro de 90 días

Advair Diskus

Inhalador Advair HFA

Comprimido de alendronato sódico

Comprimido de besilato de amlodipina

Asmanex Twisthaler

Comprimido de atenolol

Comprimido de atorvastatina

Comprimido de benazepril

Comprimido de bisoprolol-hidroclorotiazida

Solución para inhalación de budesonida

Comprimido de carvedilol

Comprimido de citalopram hidrobromuro

Comprimido de clorhidrato de clonidina

Inhalador Dulera

Comprimido de enalapril

Comprimido de escitalopram

Inhalador Flovent

Cápsulas de fluoxetina

Comprimido de furosemida

Comprimido de glimepirida

Comprimido de glipizida de liberación prolongada

Comprimido de glipizida

Comprimido de hidralazina

Comprimido de hidroclorotiazida

Comprimido de lisinopril

Comprimido de lisinopril hidroclorotiazida

Comprimido de losartán potásico

Comprimido de losartán hidroclorotiazida

Comprimido de clorhidrato de metformina de liberación prolongada

Comprimido de clorhidrato de metformina

Comprimido de succinato de metoprolol

Comprimido de tartrato de metoprolol

Comprimido de montelukast sódico

Comprimido de clorhidrato de paroxetina

Comprimido de pravastatina sódica

Cápsula de prazosina

Comprimido de propranolol de liberación inmediata

Pulmicort Flexhaler

Comprimido de clorhidrato de quinapril

Comprimido de ramipril

Comprimido de rosuvastatina

Comprimido de clorhidrato de sertralina

Comprimido de simvastatina

Inhalador Symbicort

Comprimido de trazodona



Reemplace medicamentos robados, perdidos o dañados

Cuando se roban, pierden o dañan medicamentos recetados, se permite el reemplazo una vez al año.

Esto es lo que debe hacer:

- Cuando le roban medicamentos recetados, debe presentar una denuncia policial por todas los medicamentos robados. Llame a Servicios para Miembros.
- Cuando se pierdan o dañen los medicamentos recetados, llame a Servicios para Miembros.

En caso de emergencia

Esto es lo que debe hacer en situaciones de emergencia, como usar una farmacia fuera de la red o fuera del estado.

U obtener un suministro de emergencia de un medicamento cuando lo necesite.

- Solo puede usar una farmacia fuera de la red si tiene una emergencia. Si esto sucede, pídale al farmacéutico que llame a Highmark Health Options al **1-855-401-8251 (TTY: 711)** para que su medicamento esté cubierto.
- Si está fuera del estado y tiene una emergencia y necesita una receta, llame a Servicios para Miembros para asegurarse de que su medicamento esté cubierto.
- Puede solicitar un suministro de emergencia para tres días de un medicamento si no recibir el medicamento causará la pérdida de la vida, las extremidades o la función de los órganos. Highmark Health Options debe aprobar esta solicitud. Para solicitar dosis que excedan el suministro de emergencia para tres días, su médico debe enviar por fax una solicitud de excepción a Highmark Health Options. Le informaremos a su médico si aprobamos la solicitud. Si no lo aprobamos, le enviaremos una carta que le indica por qué y cómo apelar. **Obtenga más información sobre las apelaciones.**

Nota: Puede solicitar un suministro de emergencia para tres días una vez cada 60 días para un medicamento específico.

Solicitudes de excepción

Para usar un medicamento recetado que no está en el formulario de medicamentos, usted o su médico pueden solicitar una excepción. Esto significa pedirle a Highmark Health Options que cubra el medicamento que no está en el formulario. Si se aprueba su solicitud, su medicamento estará cubierto. Notificaremos a usted y a su PCP por escrito si se aprueba o rechaza su solicitud de excepción. Si se rechaza la solicitud, en el aviso por escrito se le indicará cómo presentar una apelación. **Obtenga más información sobre las apelaciones.**

Programa de bloqueo de farmacia y PCP

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





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

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



Programas de bienestar

Highmark Health Options proporciona estos programas además de sus beneficios estándares de Medicaid.

Si se inscribe en un programa de bienestar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento. Para saber si es elegible y cómo inscribirse, llame a la Administración de la atención al **1-855-401-8251 (TTY: 711)**. O llame al Departamento de Vida Saludable de YMCA de Delaware al **302-572-9622**.

Programa de prevención de la diabetes

Si no tiene diabetes tipo 2 y desea prevenirla, este programa puede ser adecuado para usted. De Highmark Health Options y la YMCA de Delaware, este programa gratuito está abierto a miembros de 18 años o más que califiquen. El programa dura un año y puede realizarse en persona o en línea.

Un entrenador de estilo de vida capacitado dirigirá sesiones en grupos pequeños para ayudarlo a lograr lo siguiente:

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

Programa LEAN

Este programa de 12 semanas de Highmark Health Options y la YMCA de Delaware puede ayudarlo a comer de manera más saludable, moverse más y perder peso. Este programa gratuito está abierto a miembros de 18 años o más.

El programa le ayudará a comprender y controlar su peso:

- Conozca formas sencillas de cuidar su salud que le permitirán vivir más tiempo.
- Tome mejores decisiones sobre la dieta y la actividad.
- Determine las herramientas que necesita para acceder a las mejores opciones nutricionales y de salud.
- Sepa cómo prevenir otros problemas de salud, como presión arterial alta y diabetes, eligiendo opciones más adecuadas.



Programas para afecciones a largo plazo

Si está manejando una afección a largo plazo, uno de estos programas puede ayudar.

Estos programas son voluntarios y siempre tiene la opción de dejar de participar en cualquier momento. Llame a la Administración de la atención al **1-855-401-8251 (TTY: 711)** para obtener más información.

Asma (2 años o más)

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

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (21 años o más)

Vivir con EPOC puede ser difícil. Un coordinador de la atención puede enseñarle a controlar sus síntomas para que pueda tener una vida más activa y disfrutar de su vida.

Diabetes (cualquier edad)

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

Enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca (21 años o más)

Un coordinador de la atención está disponible para ayudarles a usted y a su PCP a controlar su afección. Vivir una vida saludable para el corazón puede reducir sus probabilidades de exacerbaciones y hospitalizaciones.



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



¿Qué debe hacer? Aquí se lo contamos.

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

Agregar o suspender la cobertura para un miembro

Si recientemente tuvo un bebé o necesita agregar un nuevo miembro a su familia, llame a Servicios para Miembros y al Centro de Informes de Cambios de los Servicios Sociales de Delaware (DSS). Comuníquese con los DSS al **302-571-4900**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m. o envíe un fax al **302-571-4901**. Recuerde incluir su número de caso en todos sus documentos. (Si no llama a ambos, es posible que el seguro de su nuevo familiar se retrase). Llame a ambos si necesita interrumpir la cobertura para un miembro de Highmark Health Options que se ha mudado de su hogar.

Informar la muerte de un miembro

Llame a Servicios para Miembros y al Centro de Informes de Cambios de DSS (**302-571-4900**).

Mudarse fuera de Delaware o los EE. UU.

Llame al Centro de Informes de Cambios de DSS al **302-571-4900**.

Cambiar su dirección

Llame al Centro de Informes de Cambios de DSS al **302-571-4900**.

Cambiar su PCP por cualquier motivo

Si quiere cambiar su PCP por algún motivo, llame a Servicios para Miembros. Un representante hará el cambio por usted. A principios del mes siguiente, recibirá una tarjeta de identificación actualizada por correo. Incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Encontrará una lista completa de los PCP de la red en el **Directorio de proveedores** en nuestro sitio web. O pida a Servicios para Miembros que le envíe un directorio por correo. En cada lista se incluirá el nombre del médico, la dirección, los números de teléfono, la especialidad y el estado del certificado de la junta. La formación académica, la residencia y las calificaciones de un PCP pueden proporcionarse a pedido cuando llame a Servicios para Miembros.

Cambiar su plan de salud

Llame al administrador de beneficios de salud al **1-800-996-9969**. Puede cambiar su plan de salud durante estos períodos:

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



Cambiar su coordinador de la atención

Llame a un defensor de miembros al **1-855-430-9852 (TTY: 711)**. Puede solicitar un nuevo coordinador de la atención si no está conforme con la persona que trabaja con usted. Asignaremos un nuevo coordinador de la atención que se adapte de la mejor manera a sus necesidades. Si no podemos asignarle uno nuevo, le informaremos por qué y abordaremos los problemas o las inquietudes que tenga. Es posible que debamos cambiar su coordinador de la atención si su coordinador de la atención ya no trabaja con nosotros. Si esto sucede, su nuevo coordinador de la atención se comunicará con usted.

Obtener un traslado

Para obtener un traslado a una visita de atención médica, llame a ModivCare al **1-866-412-3778 (TTY: 1-866-288-3133)**. Reserve con tres días de anticipación. Proporcione su número de identificación de Highmark Health Options y diga a dónde se dirige cuando llame. Debido a que debe planificar su traslado con anticipación, no puede usar ModivCare durante una emergencia. Llame al **911** durante una emergencia.

También puede utilizar nuestro nuevo servicio de transporte gratuito para traslados a lugares que no sean una visita de atención médica. Incluye la farmacia, la tienda de comestibles, eventos comunitarios, actividades de salud y bienestar, y más. Para programar un traslado, llame a Servicios para Miembros.

Denunciar un problema con un cuidador

Cuando esté bajo el cuidado de un cuidador, háganos saber si algo está mal. Tiene derecho a denunciar ciertas acciones. Las acciones que se enumeran a continuación se denominan incidentes críticos.

Llame a Servicios para Miembros para denunciar a un cuidador que hizo lo siguiente:

- No satisfizo las necesidades básicas, como alimentos, medicamentos y supervisión.
- Lo lesionó o le causó angustia emocional.
- Lo forzó o engañó para que tuviera actividad sexual.
- Tomó dinero o medicamentos.
- Utilizó una tarjeta de crédito sin permiso.
- Causó una lesión grave, como una fractura ósea, un corte profundo o una quemadura grave.
- No ha sido profesional. Esto incluye gritar o negarse a hacer su trabajo.

Transferir sus registros médicos a su nuevo PCP

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





Solicitar registros médicos para su propio uso

Llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia de sus registros médicos sin cargo.

Tiene derecho a lo siguiente:

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

Los registros pueden no incluir información que se le haya proporcionado a usted o a su representante personal ni información proporcionada para pagos de atención médica, para operaciones ni para necesidades de cumplimiento legal.



Informar una inquietud sobre su atención

Llame a un defensor de miembros al **1-855-430-9852 (TTY: 711)** o a Servicios para Miembros si tiene alguna inquietud sobre su atención. Puede ser una inquietud sobre la calidad de la atención. Algunos ejemplos incluyen inquietudes sobre su seguridad o acceso a los servicios.

Solicitar otra información

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

- La formación académica de su médico.
- Quién forma parte de la junta directiva.
- Planes para mejorar la atención y los servicios a través de nuestro programa de mejora de la calidad.

Informarnos si recibe una factura

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

Preguntar por qué se canceló su membresía

Llame a Relaciones con los Clientes de DHSS al **1-800-372-2025**. Medicaid puede cancelar su membresía en Highmark Health Options. Esto se denomina cancelación de inscripción.

Su membresía puede cancelarse por estas razones:

- No se volvió a inscribir.
- Le dio su tarjeta de identificación de Medicaid a otra persona para que la use.
- Perdió la elegibilidad para Medicaid.
- Se produjo un cambio en sus beneficios de Medicaid que impide que tenga la cobertura de Highmark Health Options.



Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos

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



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

Sus responsabilidades

- Informarnos a nosotros, a sus médicos y a otros proveedores de atención médica lo que necesitamos saber para tratarlo.
- Puede pedirnos que corriamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días calendario. Si no podemos modificar sus registros, puede añadir una declaración de disconformidad a su información médica personal. Si desea hacer una solicitud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-855-401-8251 (TTY: 711)**.
- Aprender lo más que pueda sobre su problema de salud, y trabajar con su médico para establecer y acordar objetivos de tratamiento.
- Hacer preguntas sobre cualquier problema médico y asegurarse de saber lo que su médico le está diciendo.





- Respetar el plan de atención y las indicaciones que acordó con sus médicos u otros profesionales de atención médica.
- Hacer las cosas que evitan que se enferme. Concertar y acudir a las citas médicas, e informar al médico, al menos, 24 horas antes cuando no pueda ir.
- Mostrar siempre su tarjeta de identificación de miembro de Highmark Health Options y su tarjeta de Medicaid de Delaware cuando reciba servicios de atención médica.
- Usar la sala de emergencias solo en casos de emergencia o según las indicaciones de su médico.
- Si debe un copago a sus farmacias, pagar en el momento en que se reciben los servicios.
- Informarnos de inmediato si recibe una factura que no debería haber recibido o si tiene una queja.
- Tratar a todo el personal y a los médicos de Highmark Health Options con respeto y cortesía.
- Conocer y seguir las reglas de su plan de salud.
- Saber que hay leyes que rigen su plan de salud y los servicios que recibe.
- Saber que no somos un reemplazo del seguro de indemnización laboral.
- Informar al Centro de Informe de Cambios del DHSS e informarnos a nosotros cuando cambie su domicilio, condición familiar u otra cobertura de atención médica.
- Si un menor se emancipa, deja de estar legalmente bajo el control de sus padres (a partir de los 16 años) o se casa, será responsable de cumplir con todas las pautas para miembros de Highmark Health Options establecidas arriba.



Quejas formales y apelaciones

Queremos que esté satisfecho con la atención médica y el servicio que reciba.

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

Cómo presentar una queja formal o apelación

Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo presentar una queja formal o apelación. No pueden castigarlo por presentar una queja formal o apelación. Puede pedirle a otra persona que presente una apelación o actúe en su nombre. Si desea que otra persona presente una apelación o actúe en su nombre, deberá darnos su aprobación por escrito.

Usted o su representante pueden obtener ayuda con una queja formal o apelación pidiendo un defensor de miembros.

Un defensor de miembros puede ayudarlo con lo siguiente:

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

Quejas formales

Una queja formal es una declaración de disconformidad, como una reclamación, y puede presentarse por escrito o verbalmente por teléfono. Puede presentarse por cualquier servicio que haya recibido de un médico o de nosotros. Si un proveedor de atención médica presenta una queja formal en su nombre, usted no puede presentar su propia queja formal por el mismo asunto.

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

Estos son algunos ejemplos de quejas formales:

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

Puede enviar toda la documentación que nos ayudará a analizar el problema o adjuntarla al formulario de queja formal. Puede encontrar el formulario de **queja formal** en nuestro sitio web.



Puede comunicarse con nosotros a esta dirección:

Appeals and Grievances

P.O. Box 106004

Pittsburgh, PA 15230

Teléfono: 1-855-401-8251 (TTY: 711) / Fax: 1-833-841-8074

¿Cómo presentar una queja formal?

Puede presentar una queja formal en cualquier momento. Puede llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax.

¿Qué sucede después de presentar una queja formal?

Tras presentar una queja formal, le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles. En ella se le informará que hemos recibido su queja formal. Se incluirá información sobre el proceso de queja formal y sus derechos, entre ellos:

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

Uno de nuestros integrantes del personal revisará su queja formal. Dicha persona no estuvo involucrada en la queja formal, pero conoce íntegramente su problema. Se tomará una decisión dentro de los 30 días calendario de haber recibido su queja formal. Después de tomar una decisión, se le enviará una carta por correo para informarle sobre la decisión. Esta carta le comunicará los motivos de la decisión.

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

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, comprender el proceso de queja formal u obtener información para que revisemos, llame a un defensor de miembros al 1-855-430-9852 (TTY: 711) o a Servicios para Miembros.

Apelaciones

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

Una denegación de beneficios significa lo siguiente:

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

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

Esto incluye lo siguiente:

- Tipo o nivel de servicio
- Reducción, suspensión o terminación de un servicio



- Denegación total o parcial del pago de un servicio
- No prestar un servicio de manera oportuna

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

Si se le deniegan los beneficios, usted o su representante pueden solicitar una copia de las reglas utilizadas para tomar la decisión al teléfono **1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460)** o en esta dirección:

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

Nota: Highmark Health Options no recompensa a los proveedores de atención médica por retrasar, limitar o denegar servicios o beneficios de atención médica. Highmark Health Options o cualquier otro proveedor no le pagan a nuestro personal por tomar decisiones sobre beneficios o servicios médicamente necesarios que deriven en menos o más coberturas y servicios de atención médica.

Lea esto si desea presentar una apelación

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

¿Cómo puede presentar una apelación?

- Completando el formulario de apelación que vino con su carta y enviarlo por correo.
- Completando el formulario de **apelación** en línea.
- Llamando a Servicios para Miembros.
- Enviándonos un fax al **1-833-841-8074**.

Cuando presente su apelación, incluya lo siguiente:

- Su nombre y número de identificación de miembro (que se encuentran en su tarjeta de identificación).
- Su número de teléfono y dirección.
- Qué apelará.
- Por qué apelará.
- Qué desea como resultado de su apelación.



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

Highmark Health Options
Appeals and Grievances
P.O. Box 106004
Pittsburgh, PA 15230
Teléfono: 1-855-401-8251 (TTY: 711) / Fax: 1-833-841-8074

¿Cuándo debe presentar una apelación?

Usted o su representante deben presentar su apelación dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha de la carta de “Aviso de determinación adversa de beneficios.” Esta es la carta que le informa que un servicio fue denegado o limitado.

¿Qué puede hacer para continuar recibiendo los servicios durante el proceso de apelación?**Puede solicitar continuar recibiendo los servicios durante el proceso de apelación en los siguientes casos:**

- Presenta la solicitud de apelación de manera oportuna.
- Estamos finalizando, suspendiendo o reduciendo los servicios que fueron aprobados anteriormente.
- Un médico solicitó los servicios.
- El período original cubierto por la autorización original no expiró.
- Solicita continuar recibiendo los servicios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que enviamos el Aviso de determinación adversa de beneficios.

Si continuamos brindándole los servicios durante el proceso de apelación, los cubriremos hasta el siguiente momento:

- Usted o su representante retiran la apelación.
- Ni usted ni su representante solicita una audiencia imparcial del estado y continúa recibiendo los servicios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que enviamos el Aviso de determinación adversa de beneficios.
- Recibe una decisión desfavorable del funcionario de la audiencia imparcial del estado.

¿Qué sucede después de presentar una apelación?

Recibirá una carta de nuestra parte dentro de los 5 días hábiles. En ella se le informará que hemos recibido su apelación. También se incluirá información sobre el proceso de revisión de la apelación. Es posible que alguien lo represente. Usted o su representante pueden presentar información adicional y pedir revisar todos los documentos para la apelación.

También pueden solicitar una copia de la información usada para revisar su apelación sin cargo. Además, usted o su representante tienen derecho a dar más información en persona al momento de la audiencia de la apelación por escrito, por teléfono o por fax al **1-833-841-8074**.

Un Comité de Apelación revisará su apelación y tomará una decisión. Entre los miembros del comité se incluyen un representante del estado, un médico y un representante de nuestro Departamento de Calidad o la persona designada. Dichas personas no han estado involucradas previamente en la expedición de su apelación.



Usted o su representante pueden extender el período para tomar la decisión de la apelación hasta 14 días calendario, como máximo. También podemos extender el período para tomar la decisión hasta 14 días calendario, si se necesita información adicional y la demora es para su beneficio. Si extendemos el período, nos comunicaremos con usted o le enviaremos un aviso escrito dentro de dos días calendario. El aviso incluirá el motivo de la decisión de extender el plazo y le informará sobre su derecho a presentar una queja formal si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Se enviará por correo una carta con la decisión dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que presentó su apelación o dentro de los 2 días hábiles de la decisión, según lo que ocurra antes. En esta carta se le informará el motivo de nuestra decisión y los derechos de apelación adicionales. Esto incluye su derecho a solicitar una **audiencia imparcial del estado**.

¿Qué sucede si necesita ayuda durante su apelación?

Si necesita ayuda para presentar una apelación, entender el proceso de apelación u obtener información para que revisemos, llame a un defensor de miembros o a Servicios para Miembros. Si necesita un traductor, le brindaremos uno sin cargo.

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

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

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

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

- Hablar con un defensor de miembros o un representante de Servicios para Miembros de Highmark Health Options al teléfono **1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460)**.
- Llamar a una de las siguientes organizaciones comunitarias para obtener asistencia legal gratuita:

Community Legal Aid Society Inc.	Delaware Volunteer Legal Services
Condado de New Castle: 302-575-0660	New Castle County: 302-478-8850 (línea gratuita)
Condado de Kent: 302-674-8500	Condado de Kent y Sussex: 1-888-225-0582
Condado de Sussex: 302-856-0038	

Apelaciones aceleradas (rápidas)

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

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

Usted, su representante o su médico pueden solicitar una apelación rápida de forma verbal o por escrito. Si acordamos que debe obtener una decisión de la apelación más rápidamente, recibirá una decisión dentro de las 72 horas. Si no estamos de acuerdo, le informaremos por teléfono, dentro de los 2 días calendario de recibir su solicitud, que su apelación cumplirá con el proceso de apelación estándar. También recibirá una carta donde se le informará que su apelación será procesada como una apelación estándar. También se incluirá información sobre el proceso de revisión de la apelación.



Usted o su representante pueden presentar información adicional y pueden pedir revisar todos los documentos para la apelación. También pueden solicitar una copia de la información usada para revisar su apelación sin cargo. Usted o su representante tienen derecho a dar más información en persona al momento de la audiencia de la apelación por escrito, por teléfono o por fax:

Highmark Health Options
Appeals and Grievances
PO. Box 106004
Pittsburgh, PA 15230
Teléfono: 1-855-401-8251 (TTY: 711) / Fax: 1-833-841-8074

¿Qué sucede después de presentar una apelación rápida?

Usted, su representante o el médico pueden hacer lo siguiente:

- Presentar información adicional.
- Revisar toda la documentación sobre la apelación a solicitud y sin cargo.

Un Comité de Apelación revisará su apelación y tomará una decisión. Entre los miembros de este comité se incluyen un representante del estado, un médico y un representante de nuestro Departamento de Calidad o la persona designada. Dichas personas no han estado involucradas en la expedición de su apelación.

Se le notificará verbalmente una decisión dentro de las 72 horas de la fecha en que presentó su apelación rápida. En la carta se le informará el motivo de nuestra decisión y los otros derechos de apelación. Esto incluye el derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado.

Audiencia imparcial del estado

Una audiencia imparcial del estado es un proceso de apelación otorgado por el estado de Delaware. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado luego de recibir el aviso de la decisión sobre la apelación.

¿Por qué obtiene una audiencia imparcial del estado?

Usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial del estado en estos casos:

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

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado comunicándose por este medio:

DMMA Fair Hearing Officer
1901 North DuPont Highway
P.O. Box 906
New Castle, DE 19720
Teléfono: 302-255-9500 o sin cargo al 1-800-372-2025



¿Cuándo debe presentar una audiencia imparcial del estado?

Si usted o su representante no están conformes con la decisión de una apelación, pueden solicitar una audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días calendario de la fecha del Aviso de decisión de la apelación.

¿Qué sucede después de presentar una audiencia imparcial del estado?

Usted o su representante recibirán una carta del funcionario de la audiencia imparcial del estado en la que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La audiencia puede realizarse personalmente o por teléfono. En la carta también se le informará lo que debe saber para prepararse para la audiencia.

Usted o su representante pueden revisar toda la documentación sobre la audiencia imparcial del estado. También contaremos con un representante en una audiencia imparcial del estado.

El funcionario de la audiencia imparcial del estado de la DMMA le enviará una carta con su decisión dentro de los 90 días calendario desde la fecha de su solicitud. Si solicita una audiencia imparcial rápida del estado, le enviarán una carta dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de la audiencia.

¿Cómo continúa recibiendo servicios durante el proceso de la audiencia imparcial del estado?

Si previamente lo autorizaron y estaba recibiendo servicios que ahora están en estado de cancelación, suspensión o reducción, puede solicitar continuar recibéndolos en estos casos:

- Presenta una audiencia imparcial del estado dentro de los 10 días calendario siguientes a la fecha que figura en el Aviso de decisión de la apelación.
- Presenta una audiencia imparcial del estado el día de la fecha de entrada en vigencia de la medida propuesta o antes de esta.
- Un médico solicitó los servicios.
- El período original cubierto por la autorización original no expiró.

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

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

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

¿Qué sucede si no está conforme con la decisión de la audiencia imparcial del estado?

Si usted o su representante no están conformes con la decisión de la audiencia imparcial del estado, pueden solicitar una revisión judicial en un tribunal superior. Para tal fin, debe presentarse ante el secretario (protonotario) del tribunal superior dentro de los 30 días calendario de la fecha de la decisión de la audiencia imparcial del estado.



Fraude, desperdicio y abuso

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

Llame a la línea directa de fraude y abuso de Highmark al 1-844-325-6256 (TTY: 711) si cree que alguien está usando su tarjeta de identificación de Highmark Health Options o la de otro miembro para lo siguiente:

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

También puede denunciar a cualquier proveedor (por ejemplo, un médico, dentista, terapeuta u hospital) que sospeche que está prestando servicios de manera fraudulenta, excesiva o abusiva. Se mantendrá la privacidad de su nombre. No tiene que dar su nombre. Si lo hace, no se le informará al proveedor que usted llamó.

Puede usar esta línea directa para denunciar cualquier actividad que crea que es fraudulenta, excesiva o abusiva. Se evaluará e investigará toda llamada recibida.

También puede comunicar esta información al Departamento de Denuncias de Fraude de la DMMA al **1-800-372-2025** o a **SURreferrals@delaware.gov**.

Algunos ejemplos frecuentes de fraude, desperdicio y abuso son los siguientes:

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

Nuestra línea directa de fraude está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si no habla inglés, tendrá un intérprete a su disposición. Si tiene problemas de audición, puede llamar a la línea directa usando su dispositivo de TTY.



Servicios para crisis de salud mental, drogas y alcohol

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

- Norte de Delaware (condado de New Castle y el área metropolitana Smyrna), **1-800-652-2929** o **302-577-2484**
- Sur de Delaware (condado de Sussex y condado de Kent al sur de Smyrna), **1-800-345-6785** o **302-424-5550**
- Para niños y adolescentes menores de 17 años, llame a la División de Prevención y Servicios de Salud Conductual, Servicios Móviles de Respuesta y Estabilización, disponibles las 24 horas del día, al **1-800-969-4357** o **1-800-969-HELP**.

Los servicios de intervención en crisis se encuentran en todo el estado. Puede llamar o visitar estos recursos:

- Centros de servicio de intervención en crisis
- Centros de respuesta para recuperación
- Departamentos de emergencias de hospitales

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

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

Servicios de intervención en crisis

Ellendale

Mobile Crisis Intervention Services
700 Main St. (entrada trasera)
Ellendale, DE 19941
302-424-5550

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

New Castle

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



Newark

Psychiatric Emergency Services:
Christiana Hospital
4755 Ogletown-Stanton Road
Newark, DE 19718
302-320-2118

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

Wilmington

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

Líneas de ayuda: locales y nacionales

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

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

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

National Domestic Violence Hotline
1-800-799-SAFE (7233) TTY: 1-800-787-3224
Mensajes de texto: **SAFE al 88788**

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

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

Línea de crisis para veteranos
1-800-273-8255,
presione 1
(Apoyo gratuito y confidencial disponible las
24 horas del día, los 7 días de la semana para
cualquier miembro o veterano de las Fuerzas
Armadas, o una persona preocupada por un
miembro o veterano de las Fuerzas Armadas).

Servicios de desintoxicación de drogas y alcohol

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

Palabras importantes que debe conocer

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

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

Término	Significado
Aborto	Procedimiento para poner fin a un embarazo.
Directiva anticipada (testamento en vida)	Una decisión que toma con anticipación sobre la atención médica que desea o no desea recibir si no puede tomar una decisión en el momento en que la necesita. En Delaware, se pueden utilizar dos documentos como directiva anticipada: <ul style="list-style-type: none"> • Poder notarial permanente para atención médica: documento legal que nombra a la persona que ha elegido para tomar decisiones sobre su atención médica en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones. • Testamento en vida: si ya no puede decidir o hablar por sí mismo, este documento escrito registra el tipo de atención médica o tratamientos que desea o no desea recibir.
Determinación adversa de beneficios	Denegación, reducción o falta de prestación de un servicio solicitado o de pago, en su totalidad o en parte, de un beneficio. Esto puede basarse en una determinación de elegibilidad, la aplicación de la revisión de utilización o la necesidad médica.
Centro de servicios ambulatorios	Centro donde se realiza una cirugía ambulatoria o en el mismo día.
Anticuerpo	Cualquier sustancia que hace que el sistema inmunitario produzca anticuerpos contra él. Esto significa que el sistema inmunitario no reconoce la sustancia y está tratando de combatirla.
Antígeno	Una proteína producida por el sistema inmunitario del cuerpo cuando detecta sustancias dañinas llamadas antígenos.
Apelación	Una solicitud para que el plan revise una decisión de denegar o reducir un beneficio.
Autorización	Aprobación de un servicio.
Representante autorizado	Alguien a quien usted elige para que actúe en su nombre, como un familiar u otra persona de confianza. Un representante autorizado puede tener el derecho legal de actuar en su nombre.



Salud conductual	Término para afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (que implica adicción a una droga que altera el estado de ánimo o la mente). También se refiere a la prevención y el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (enfermedad que altera la función física o mental normal), así como trastornos de salud mental.
Beneficios	Artículos o servicios de atención médica cubiertos por el plan.
Medicamentos de marca	Si se completa el desarrollo de un medicamento y dicho medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), está aprobado con un nombre de marca y genérico. El nombre de marca es el nombre proporcionado por la compañía que fabrica el medicamento.
Coordinador de atención	Un profesional de atención médica asignado y capacitado específicamente para intervenir en nombre de los miembros que tienen problemas médicos y psicosociales graves y complejos.
Cuidador	Persona que es un familiar o no está relacionada con el miembro, y que habitualmente participa en la provisión de apoyo y asistencia al miembro sin goce de sueldo.
Enfermera partera certificada	Enfermera registrada con capacitación adicional como partera que ayuda en el nacimiento de bebés, cuida a la madre antes y después del nacimiento del bebé, cuida al bebé y proporciona atención de rutina (como exámenes ginecológicos).
Apoyo comunitario	Sitio de búsqueda por internet de Highmark Health Options que le ayuda a obtener el apoyo que necesita. Enlace a recursos locales que proporcionan bienes y servicios, como bancos de alimentos, refugio y vivienda, cuidado de niños, ropa y muebles, asistencia legal, asistencia de transporte, atención pastoral y asistencia financiera con servicios públicos.
Contratista	Highmark Health Options es la organización de atención administrada que tiene un contrato con el estado de Delaware para prestar servicios a los miembros según lo especificado por el contrato de acuerdo con los requisitos del contrato.
Copagos o costo compartido	Un costo fijo que usted debe pagar para recibir un beneficio cubierto en el momento del servicio.
Servicios cubiertos	Los servicios de salud física y conductual incluidos en el paquete de beneficios del contrato de atención administrada entre el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHSS) y Highmark Health Options.
Centro de Informe de Cambios del Departamento de Servicios Sociales (DSS)	El Centro de Informes de Cambios le facilita el proceso para que usted haga preguntas, resuelva problemas e informe cambios, como cambios en la dirección, en los ingresos, en los gastos del hogar y la incorporación de recién nacidos. El número de teléfono es 302-571-4900 .
Cancelación de la inscripción/cancelar la inscripción	Cuando cambia de plan de salud o ya no cumple con los requisitos de elegibilidad.



<p>División de Salud y Servicios Sociales (Division of Health and Social Services, DHSS)</p>	<p>El departamento gubernamental del estado de Delaware con divisiones que prestan servicios en las áreas de salud pública, servicios sociales, abuso de sustancias y salud mental, manutención infantil, discapacidades del desarrollo, atención a largo plazo, discapacidad visual, envejecimiento y adultos con discapacidades físicas, centros de servicios estatales, servicios de administración, asesoramiento financiero y Medicaid, y asistencia médica.</p>
<p>División de Asistencia Médica y Medicaid (Division of Medicaid and Medical Assistance, DMMA)</p>	<p>La agencia de Delaware que administra Medicaid.</p>
<p>División de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS)</p>	<p>La agencia directamente responsable de determinar la elegibilidad para Medicaid y administrar estos programas: Asistencia temporal de Delaware para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), beneficios de alimentos, cuidado infantil subsidiado, asistencia general y asistencia en efectivo para refugiados.</p>
<p>División de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Division of Substance Abuse and Mental Health, DSAMH)</p>	<p>Parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHSS) que atiende a adultos (de 18 años o más) que necesitan servicios de salud conductual. La DSAMH incluye el Centro Psiquiátrico de Delaware (Deleware Psychiatric Center, DPC), una variedad de programas comunitarios de salud mental y programas de tratamiento para el abuso de sustancias.</p>
<p>Implementación del estudio de la eficacia de los medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI)</p>	<p>Programa de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que requiere que todos los medicamentos sean eficaces y seguros. Los medicamentos codificados como DESI no están cubiertos por el programa Medicaid.</p>
<p>Formulario de medicamentos</p>	<p>Lista de medicamentos preferidos que están aprobados para ser recetados en un hospital en particular, en un sistema de salud específico o en virtud de una póliza de seguro de salud en particular. Los medicamentos se eligen en función del éxito, la seguridad y la rentabilidad.</p>
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)</p>	<p>Equipos y suministros que su médico ordene como parte de su atención médica.</p>
<p>Afección médica de emergencia</p>	<p>Problema médico de gravedad tal que lo obliga a buscar atención de inmediato para evitar daños graves:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pone su salud (o la salud de su bebé en gestación) en grave riesgo. • Daña el funcionamiento del cuerpo. • Daña el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo.
<p>Transporte médico de emergencia</p>	<p>Ambulancia que lo lleva al hospital en caso de emergencia.</p>



Atención del Departamento de Emergencias	Los servicios que recibe en un departamento de emergencias para tratar una afección médica de emergencia.
Servicios de emergencia	Tratamiento de una afección médica de emergencia para evitar que empeore.
Inscripción	Proceso mediante el cual se convierte en miembro de una organización de atención administrada (MCO).
Servicios excluidos	Servicios de atención médica que es posible que su plan no pague o cubra.
Familiar	Incluye cónyuge, pareja de hecho, padres (incluidos padrastros), hijos (naturales o adoptados), hijastros, nietos, bisnietos, hermanos y hermanas (integrales o medios), abuelos y parientes políticos, o cualquier persona que viva en la misma residencia que usted. También incluye a cualquier persona que dependa financieramente de usted o cualquier persona cuyas inversiones estén controladas por usted.
Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)	Agencia federal responsable de proteger y promover la salud pública a través del control y la supervisión de la seguridad alimentaria, los productos de tabaco, los suplementos alimenticios, los medicamentos farmacéuticos (medicinas) recetados y de venta libre, las vacunas, los productos biofarmacéuticos, las transfusiones de sangre, los dispositivos médicos, los dispositivos emisores de radiación electromagnética, los cosméticos, los alimentos y piensos para animales y los productos veterinarios.
Fraude, desperdicio y abuso	Incluye cuando los proveedores facturan intencionalmente un servicio que nunca se proporcionó o un servicio que tiene un reembolso más alto que el servicio proporcionado. También incluye el pago por artículos o servicios que el proveedor factura por error.
Desarrollo Educativo General (General Educational Development, GED)	Los exámenes de GED son cuatro pruebas de materias que, cuando se aprueban, proporcionan certificación de que el examinado tiene habilidades académicas a nivel de escuela secundaria. Es una alternativa al diploma de escuela secundaria de los EE. UU.
Medicamento genérico	Un medicamento recetado que tiene la misma sustancia que un medicamento de marca ya vendido. Tiene el mismo uso previsto y la misma calidad. Es igual de seguro y se administra en la misma cantidad, concentración y forma (por ejemplo, por boca).
Queja formal	Queja que usted presenta a su plan sobre cómo se siente con respecto a su atención médica.
Dispositivos y servicios de habilitación	Dispositivos y servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.
Proveedor de atención médica	Todo médico, hospital, organismo u otra persona que tenga una licencia o aprobación para prestar servicios de atención médica.
Servicios de atención médica	Todos los servicios de Medicaid, incluida la salud médica y conductual, proporcionados por Highmark Health Options.



Seguro médico	Un contrato que requiere que su plan pague algunos o todos sus costos de atención médica.
Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)	Reglas de privacidad que exigen que los proveedores y las organizaciones de atención médica, así como sus socios comerciales, tengan y sigan procedimientos que protejan la privacidad y seguridad de la información médica protegida (PHI) cuando se transfiere, recibe, maneja o comparte. Esto se aplica a todas las formas de PHI, incluidas las impresas, orales y electrónicas, etc. La regla también exige que se utilice o comparta la menor cantidad de información médica necesaria para hacer negocios.
Atención médica domiciliaria	Servicios de atención domiciliaria que recibe.
Homeopatía	Enfoque alternativo a la medicina basado en la creencia de que las sustancias naturales, preparadas de una manera especial y utilizadas en cantidades muy pequeñas, pueden restaurar la salud.
Servicios de cuidados para enfermos terminales (“hospicio”)	Servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas que tienen una enfermedad terminal y a sus familias.
Hospital	Lugar donde médicos y enfermeros brindan atención a pacientes internados y ambulatorios.
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	Atención hospitalaria que generalmente no requiere una estadía nocturna.
Hospitalización	Atención hospitalaria por la que lo ingresan y, por lo general, pasa la noche en el hospital. Una estadía nocturna para observación podría ser atención ambulatoria.
Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida)	El VIH es un virus que ataca las células que ayudan al cuerpo a combatir las infecciones, lo que hace que una persona sea más vulnerable a otras infecciones y enfermedades. El sida es una enfermedad del sistema inmunitario debido a una infección por VIH.
Sistema inmunitario	La defensa del cuerpo contra las infecciones que ataca a los gérmenes y ayuda a mantenerse saludable.
Vacunas	Inyección que protege contra enfermedades. También se denomina vacunación.
Dentro de la red	Proveedores o centros de atención médica que forman parte de la red de proveedores de Highmark Health Options. También conocidos como proveedores dentro de la red o proveedores participantes.
Atención de pacientes internados	Pasar la noche en el hospital u otro centro para recibir atención médica.



Nivel de atención (Level of Care, LOC)	Tipo de servicios y apoyos requeridos por un miembro en función de las necesidades médicas y funcionales del miembro. Incluye estos niveles de atención: hospital para enfermos agudos, rehabilitación y centro de enfermería especializada.
Servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)	Atención médica y no médica proporcionada a personas que no pueden hacer actividades básicas de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), como vestirse o bañarse. Los LTSS pueden proporcionarse en el hogar o en la comunidad, centros de vida asistida u hogares de adultos mayores.
Mala praxis	La mala praxis médica ocurre cuando un hospital, médico u otro profesional de atención médica, a través de un acto u omisión negligente, causa una lesión a un paciente.
Organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO)	Una organización, como Highmark Health Options, que cumple con los requisitos y tiene un contrato con el estado de Delaware para proporcionar servicios a los miembros inscritos en Medicaid.
Medicaid	Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados.
Atención a largo plazo de Medicaid	Ofrece beneficios que generalmente no están cubiertos por Medicare, como atención en un hogar de adultos mayores y servicios de atención personal.
Medicamento necesario	Servicios o suministros de atención médica que cumplen con los estándares médicos y ayudan a identificar o tratar una enfermedad, lesión, afección y afección o sus síntomas.
Medicare	Programa federal de seguro de salud que cubre a casi todos los estadounidenses de 65 años o más, y a ciertas personas menores de 65 años que tienen una discapacidad o enfermedad renal crónica.
Miembro	Cliente de Medicaid que se inscribe en la organización de atención administrada (MCO) en virtud de las disposiciones del contrato de atención administrada entre el Departamento de Salud y Servicios Sociales y Highmark Health Options.
Defensor de miembros	Un profesional que puede ayudarles a usted, a su proveedor y a su coordinador de la atención a obtener atención, programar citas y presentar quejas formales y apelaciones.
Manual para miembros	Este manual, que le indica cómo funciona Highmark Health Options. Si no comprende algunas partes de este manual, llame a Servicios para Miembros al 1-855-401-8251 (TTY: 711) . Puede acceder al Manual para miembros en línea o solicitar una copia impresa.
Salud mental (del comportamiento)	Término usado para describir problemas nerviosos/psiquiátricos, mentales, de relaciones, emocionales o conductuales.
ModivCare	Proporciona transporte para los miembros elegibles para servicios médicos cuando no es una emergencia.



Red	Los proveedores que su plan ha contratado para proporcionar servicios de atención médica.
Proveedor no participante	Proveedor que no tiene un contrato con su plan para proporcionarle servicios.
Notario público	Una persona legalmente facultada para presenciar y autenticar documentos, administrar juramentos, tomar declaraciones juradas y declaraciones, y participar en otras actividades establecidas por la ley local.
Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN)	Médico que se especializa en la salud reproductiva de las mujeres.
Proveedor fuera de la red	Proveedor que no tiene un contrato con su plan para proporcionarle servicios. También conocido como “proveedor no participante.”
Atención de pacientes ambulatorios	Atención que recibe cuando no debe quedarse a pasar la noche en un hospital u otro lugar donde se brinda tratamiento.
Cobertura fuera del estado	Su plan lo cubre en cualquier lugar de los EE. UU. Su plan no lo cubre por ningún servicio prestado fuera de los EE. UU.
Proveedor participante	Proveedor que tiene un contrato con su plan para proporcionarle servicios de atención médica.
Servicios médicos	Servicios de atención médica que un médico con licencia proporciona o planifica para usted.
Plan	Un beneficio que el estado de Delaware le proporciona para pagar sus servicios de atención médica. Un plan también puede denominarse “organización de atención administrada (MCO)” u “organización de atención responsable (Accountable Care Organization, ACO)”.
Autorización previa	Aprobación de su plan para un servicio de atención médica.
Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL)	Lista de medicamentos seleccionados por un comité de farmacia y que se consideran seguros y eficaces, y que tienen un buen valor cuando se recetan.
Receta	Orden del médico para un medicamento o dispositivo para el paciente del médico.
Medicamentos recetados	Medicamentos que, por ley, requieren una receta.
Cobertura de medicamentos recetados	La parte de su plan que ayuda a pagar los medicamentos recetados.
Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)	Médico que proporciona o planifica directamente sus servicios de atención médica.
Proveedor de atención primaria	Médico, enfermero o asistente médico que le proporciona, planifica o le ayuda a acceder a los servicios de atención médica.
Autorización previa	La aprobación que le damos antes de recibir un servicio o medicamento.



Programa de promoción de la salud mental óptima para las personas a través de apoyos y empoderamiento (Promoting Optimal Mental Health for Individuals through Supports and Empowerment, PROMISE)	Programa para miembros con necesidades de salud conductual supervisado por la División de Abuso de Sustancias y Salud Mental (DSAMH).
Información médica protegida (Protected Health Information, PHI)	Información médica personal que se transmite por medios electrónicos, se mantiene en medios electrónicos o se transmite o mantiene en cualquier otra forma o medio.
Proveedor	Un profesional de atención médica, centro o empresa médica que ofrece servicios de atención médica.
Cantidad	Un monto o número.
Límite de cantidad	Límite de la cobertura de un medicamento a una cantidad determinada (por ejemplo, 30 píldoras por mes) para que los medicamentos se receten de manera segura y correcta.
Dispositivos de rehabilitación	Dispositivos de atención médica que lo ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado porque estaba enfermo, lesionado o discapacitado.
Servicios de rehabilitación	Servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado porque estaba enfermo, lesionado o discapacitado.
Coordinador de recursos	Miembro del personal no clínico que brinda asistencia para planificar el alta luego de una hospitalización como paciente agudo, programar citas, hacer derivaciones, vincular servicios, coordinar la atención y acceder a programas de bienestar.
Atención en centros de enfermería especializada	Servicios de atención médica de enfermeros con licencia en su hogar o en un hogar de adultos mayores.
Especialista	Un médico que se haya capacitado especialmente para tratar una enfermedad o afección específica.
Atención de especialistas	Atención médica provista por un médico que se haya capacitado especialmente para tratar una enfermedad o afección específica.
Esterilización	Método anticonceptivo médico que previene permanentemente el embarazo y hace que una persona ya no pueda reproducirse. Los métodos pueden ser quirúrgicos o no quirúrgicos, y existen tanto para hombres como para mujeres.



Lista de formularios complementarios	Lista de medicamentos que no están en el formulario de medicamentos, pero que pueden estar cubiertos por el plan.
Tecnología	El uso de conocimientos científicos para fines prácticos o aplicaciones. Las tecnologías médicas son productos, servicios o soluciones que se utilizan para salvar y mejorar la vida de las personas.
Dependiente de la tecnología	Una persona que tiene una discapacidad crónica que requiere el uso de rutina de equipos médicos específicos para compensar la pérdida de una función corporal de soporte vital, y que requiere atención o monitoreo diario y continuo por parte de personal capacitado.
Servicio de retransmisión de telecomunicaciones (TTY)	Dispositivo especial que permite a las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla usar el teléfono y comunicarse escribiendo mensajes entre sí, en lugar de hablar y escuchar.
Responsabilidad civil de terceros	En general, cualquier tipo de seguro que sea responsable de pagar la totalidad o parte de los costos de los servicios de atención médica.
Transferencia	Cambio de un miembro de la inscripción en una organización de atención administrada a otra.
Atención de urgencia	Cuando necesita atención o tratamiento médico dentro de las 48 horas.
Centro de atención de urgencias	Clínica sin cita previa enfocada en la prestación de atención médica para enfermedades y lesiones menores en un centro médico sin cita previa, fuera de un hospital tradicional o un departamento de emergencias independiente. Los centros de atención de urgencia ofrecen una amplia gama de atención.
Afección médica de urgencia	No es una emergencia, sino una afección que debe recibir atención médica dentro de las 48 horas.
Gestión de la utilización (Utilization Management, UM)	Sistema para revisar los servicios de atención médica adecuados y efectivos que se proporcionan, o se ofrecen, a un miembro.
Mujeres, bebés y niños (Women, Infant, and Children, WIC)	El Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños es un programa federal de nutrición que ayuda a las mujeres embarazadas, las madres primerizas y los niños pequeños a comer bien, aprender sobre nutrición y mantenerse saludables.
Indemnización por accidentes y enfermedades laborales	Un tipo de seguro comercial que proporciona beneficios a los empleados que sufren lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.





Highmark Health Options cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual. Highmark Health Options no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Highmark Health Options proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
- Información escrita de una manera diferente, incluyendo letra grande, audio y Braille.

Highmark Health Options proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con **Servicios para Miembros de Highmark Health Options** al **1-855-401-8251 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Si cree que Highmark Health Options no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Highmark Health Options o la Comisión de Derechos Humanos de WV por correo, teléfono o fax.

Highmark Health Options
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 106005
Pittsburgh, PA 15230
1-844-325-6251 (TTY: 711)

Division of Human Rights and Civil Rights
861 Silver Lake Blvd., Suite 145
Dover, DE 19904
302-739-4567
hho.fyi/ea-intake

Si necesita ayuda para presentar una queja, Highmark Health Options y la Comisión de Derechos Humanos de WV están disponibles para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en línea en OCRPortal.hhs.gov, y por correo postal, teléfono o correo electrónico:

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

Una versión para imprimir del formulario de queja está disponible en hho.fyi/complaint-form.



ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN Marzo de 2026