

Manual para miembros de 2025

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.

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).

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).

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.](#)

Si no puede ver o leer la información que Highmark Health Options le envía, llame a Servicios para Miembros.

Índice

Estamos aquí para ayudarle	8
Llámenos	8
Visítenos en Internet	8
Búsquenos	8
Acerca de Highmark Health Options	9
Algunos servicios deben ser aprobados	9
Cambios en los beneficios o servicios.....	9
Nuevas formas de ayudarle.....	9
Ley de Estadounidenses con Discapacidades	10
Su privacidad.....	10
Números de teléfono importantes	11
Highmark Health Options	11
Emergencias	11
Servicios por crisis de salud conductual	11
Números de teléfono de Delaware	12
Preguntas frecuentes	13
¿Cómo actualizo mi información?.....	13
¿Cuál es mi cobertura dental?.....	13
¿Cómo obtengo autorización previa para un servicio?	13
¿Qué debo hacer si recibo una factura?	14
¿Tengo cobertura si consulto a proveedores fuera del estado?	14
¿Tengo cobertura fuera de los EE. UU.?.....	14
Comencemos	15
Elija un proveedor de atención primaria	15
Verifique su tarjeta de identificación	15
Aproveche al máximo sus beneficios	16
Descubra sus necesidades de salud	16
Busque ayuda donde vive	16
¿Necesita un traslado? Use sus beneficios de transporte	17
Traslados para atención médica	17
Traslados por motivos no médicos	17
Haga el examen de GED sin costo	17
Gane recompensas de Healthy Rewards	18
Díganos si tiene otro seguro	19
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
Conozca a otros profesionales útiles.....	22
Administrador de casos.....	22
Representante de Servicios para Miembros.....	23
Representante de los miembros.....	23
Coordinador de servicios.....	23
Dónde obtener atención	24
Elija atención en persona o en línea.....	24
Diferentes tipos de atención.....	24
Sepa dónde obtener atención	25
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
Solicite un nuevo administrador de casos	38
Sus beneficios le brindan opciones	38
Cuidados personales autogestionados (S-DAC)	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
Denuncia de acciones incorrectas	42

Beneficios dentales, de audición y de la visión	43
Beneficios dentales para adultos (de 21 años o más)	43
Beneficios dentales para niños	43
Beneficios de audición para adultos (de 21 años o más).....	44
Beneficios de audición para niños.....	44
Beneficios de la visión para adultos (de 21 años o más).....	44
Beneficios de la visión para niños.....	44
Beneficios quiroprácticos	45
Servicios cubiertos.....	45
Beneficios por maternidad y para recién nacidos	46
Atención de maternidad	46
MOM Options	46
WIC de Delaware.....	47
Beneficios para recién nacidos	48
Ayuda para el uso de opioides cuando está embarazada o en período de lactancia	48
Beneficios para la planificación familiar	49
Momento de su visita de atención médica	50
Programe una visita de atención médica	50
Primera visita de atención médica para niños	50
Visitas de atención médica con PCP, obstetras y ginecólogos.....	51
Visitas de atención médica con especialistas	51
Visitas de atención médica para la salud conductual	52
Beneficios de medicamentos recetados	53
Medicamentos recetados cubiertos	53
Tipos de medicamentos cubiertos	53
Tipos de medicamentos no cubiertos.....	54
Los beneficios de medicamentos recetados pueden cambiar.....	54
Copagos de medicamentos recetados.....	55
Uso seguro y eficaz de medicamentos recetados.....	55
Guía para obtener medicamentos recetados	56
Surta su receta	56
Resurta su receta	56
Solicite un suministro para 90 días	57
Reemplace medicamentos robados, perdidos o dañados.....	58
En caso de emergencia.....	58
Solicitudes de excepción	58
Programa de bloqueo de farmacia y PCP	59
Programas de bienestar	60
Programa de prevención de la diabetes.....	60
Programa LEAN	60

Programas para afecciones a largo plazo	61
Asma	61
EPOC.....	61
Diabetes	61
Enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca	61
¿Qué debe hacer? Aquí se lo contamos	62
Agregar o suspender la cobertura para un miembro	62
Informar la muerte de un miembro	62
Mudarse fuera de Delaware o los EE. UU.	62
Cambiar su dirección.....	62
Cambiar su PCP por cualquier motivo	62
Cambiar su plan de salud	62
Cambiar su coordinador de la atención	63
Obtener un traslado	63
Denunciar un problema con un cuidador	63
Transferir sus registros médicos a su nuevo PCP.....	63
Solicitar registros médicos para su propio uso	64
Informar una inquietud sobre su atención	65
Solicitar otra información	65
Informarnos si recibe una factura	65
Preguntar por qué se canceló su membresía.....	65
Sus derechos y responsabilidades	66
Sus derechos.....	66
Sus responsabilidades.....	67
Quejas formales y apelaciones	69
Cómo presentar una queja formal o apelación	69
Quejas formales	69
Apelaciones	70
Lea esto si desea presentar una apelación	71
Apelaciones aceleradas (rápidas).....	73
Audiencia imparcial del estado	74
Fraude, desperdicio y abuso	76
Servicios para crisis de salud mental, y por abuso de drogas y alcohol	77
Servicios de intervención en crisis	77
Líneas de ayuda: locales y nacionales	78
Servicios de desintoxicación de drogas y alcohol	78
Palabras importantes que debe conocer.....	79
La discriminación es ilegal	88
Ayuda en su idioma	89



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.
- **Conectarse con nosotros:** Reciba un teléfono inteligente gratis (uno por hogar). Sus llamadas y mensajes de texto son siempre gratuitos y no afectarán el saldo de su plan.
- **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 en el interior](#). 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 si tiene preguntas sobre una inquietud de salud, llame a la Línea de enfermería disponible las 24 horas al **1-844-325-6251**.
- Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al **1-844-325-6251**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Los usuarios de TTY deben llamar al **711** o al **1-800-232-5460**.
- Para asistencia en español llame al **1-844-325-6251**.
- Para obtener servicios gratuitos de traducción de idiomas, llame al **1-844-325-6251**.



Visítenos en Internet

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 comunicarse con el 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. [Síguenos 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 (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 ayudarle

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: **1-844-325-6251 (TTY: 711)**,
de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Números de teléfono importantes

Highmark Health Options	
Línea de enfermería disponible las 24 horas	1-844-325-6251
Servicios para Miembros De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.	1-844-325-6251
Coordinación de la atención De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.	1-844-325-6251
Salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.	1-844-325-6251
Centro de asistencia de LTSS De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.	1-844-325-6258
Representante de los 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 or 1-800-232-5460

Emergencias

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

En una emergencia de salud mental, llame al **988**, a 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.



Servicios para Miembros: **1-844-325-6251 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Preguntas frecuentes

A menudo nos hacen estas preguntas, por lo que hacemos algunas aclaraciones. 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 de Delaware al **302-571-4900**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. O bien, envíe un fax al **302-571-4901**. Recuerde incluir su número de caso en todos sus documentos.

Infórmenos sobre los cambios en estas áreas:

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

¿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. Copago de \$3.
- 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 del 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 más!



Comencemos

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

Elija un proveedor de atención primaria (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 su tarjeta de identificación de Highmark Health Options por correo. Llame a Servicios para Miembros si no la recibió. Cada miembro de su familia inscrito en Highmark Health Options tendrá su propia 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 **1-844-325-6251 (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.

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

 <p>Prior authorization is required for all out-of-network and out-of-state nonemergency services.</p> <p>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.</p> <p>Highmark Health Options is an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross Blue Shield Plans.</p>	<p>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)</p>
	<p>Claims Administrator P.O. Box 890402 NaviNet.net Camp Hill, PA 17089 Payer ID: 47181</p> <p>File out-of-area claims with local Blue Cross and/or Blue Shield Plan.</p>



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

Busque ayuda 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 es nuevo para los miembros del programa Niños saludables de Delaware a partir del 1 de julio de 2025. 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.

Haga el examen de GED sin costo

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



Earn Healthy Rewards

Healthy Rewards is one of your Highmark Health Options benefits. You can earn rewards when you complete certain healthy activities.

After you've signed up, you'll get a Healthy Rewards card in the mail. You can use your card like a credit card at most retail stores.

Reward activities can include:

Actividad de recompensas	Cantidad
Prueba de detección de plomo (hasta los 24 meses de edad)	\$5
Vacuna contra la gripe para bebés (de 6 meses a 24 meses)	\$5 por vacuna/2 vacunas en total
Visita anual de bienestar del niño (de 3 a 20 años)	\$10
Visita anual de bienestar (21 años o más)	\$10
Visita al médico después del parto (hasta 84 días después del parto)	\$10
Visitas de control del bebé sano (hasta los 15 meses de edad)	\$10 por visita/hasta 6 visitas
Visitas de control del bebé (de 15 meses a 30 meses de edad)	\$10 por visita/hasta 2 visitas
Medicamento para el control del asma (18 años o menos)	\$15 por surtido/hasta 6 surtidos
Prueba de A1c para personas con diabetes	\$15
Examen de retina para personas con diabetes	\$15
Visita al médico después del alta hospitalaria (dentro de los 7 días)	\$20
Examen de detección de cáncer de mama	\$25
Examen de detección de cáncer de cuello uterino	\$25
Examen de detección de cáncer colorrectal	\$25



Para inscribirse y conocer las recompensas que puede ganar, visite My.TheraPayRewards.com/HHO, llame al **1-866-469-7973 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., o escanee el código QR que aparece a continuación.



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 proveedor de atención primaria (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 PCP o un médico de guardia le devolverá la llamada.

Llame a la Línea de enfermería disponible las 24 horas al **1-844-325-6251 (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.

Conozca a otros profesionales útiles

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

Administrador de casos

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

- Sus servicios y apoyo
- Su atención médica

Lea más sobre su administrador de casos.



Representante de Servicios para Miembros

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

Representante de los miembros

Un representante de los miembros puede ayudarlos a usted, su proveedor y su coordinador de la atención a obtener atención, programar citas y presentar apelaciones o quejas formales. Puede hablar con un representante de los miembros llamando al **1-855-430-9852**.

Coordinador de servicios

Un coordinador de servicios puede ayudarle a programar citas de atención médica, buscar atención médica y de salud conductual, buscar ayuda de bienestar en su comunidad y más. Un coordinador de servicios puede derivarlo a un coordinador de atención para obtener más ayuda.



Dónde obtener atención

Sus beneficios cubren la atención en persona y en línea, y la atención de rutina, de urgencia y de emergencia. Estas son descripciones de los diferentes tipos de atención. Es importante acudir a proveedores dentro de la red y conocer el mejor lugar para recibir atención cuando lo necesite.

Elija atención en persona o en línea

Para ver a un médico en persona, busque un proveedor cercano en el [Directorio de proveedores](#). También puede elegir consultas virtuales (atención en línea) para atención de salud conductual y de urgencia. Regístrese en la aplicación HHO on the Go o en línea en [HHOontheGo.com](https://www.hhoonthego.com). Puede usar HHO on the Go dondequiera que esté, las 24 horas del día.

Obtenga la aplicación HHO on the Go en Apple [App Store](#) o [Google Play](#).

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

Diferentes tipos de atención

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

La atención de rutina se proporciona en el consultorio de su PCP. Cuando llame, su PCP puede pedirle que vaya al consultorio. O su PCP puede decir que usted necesita atención de urgencia o de emergencia. Use el departamento de emergencias solo en casos de emergencia o según las indicaciones de su médico. [Vea ejemplos de atención de rutina.](#)

Los centros de atención de urgencia son para afecciones que no ponen en riesgo la vida, pero necesitan atención dentro de las 48 horas. Si no puede comunicarse con su PCP y necesita ayuda fuera del horario de atención, es posible que deba acudir a un proveedor de atención de urgencia. No vaya al Departamento de Emergencias para recibir atención de urgencia. [Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de urgencia.](#)

Se necesita atención de emergencia cuando debe recibir tratamiento de inmediato por un problema médico o de salud conductual grave. Esto es para que su afección no empeore ni le cause un daño grave. Si tiene una emergencia, llame al 911 para solicitar una ambulancia o diríjase al Departamento de Emergencias del hospital más cercano lo antes posible. [Vea ejemplos de afecciones que requieren atención de emergencia.](#)

Es importante saber que en el Departamento de Emergencias:

- Tiene derecho a recibir la atención médica o de salud conductual que necesita. El hospital debe hacerle las pruebas médicas correspondientes para averiguar si tiene una enfermedad médica de emergencia.
- Puede pedir ir a un hospital diferente si lo desea.
- Puede negarse a recibir atención.



Sepa dónde obtener atención

Este cuadro de atención lo guiará a través de 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</p> <p>Dolores de oído</p> <p>Infecciones sinusales</p> <p>Salud mental: Terapia conversacional y psiquiatría</p>	<p>Consultorio del médico</p>  <p>Reciba atención en persona para chequeos de rutina y afecciones crónicas:</p> <p>Oído, garganta e infecciones de las vías urinarias</p> <p>Problemas estomacales</p> <p>Diabetes</p> <p>Salud mental: Terapia conversacional y psiquiatría</p>	<p>Atención de urgencia</p>  <p>Reciba atención en persona para afecciones urgentes que no pongan en riesgo la vida:</p> <p>Esguinces, torceduras</p> <p>Asma/Afecciones respiratorias</p> <p>Gripe o resfrío con fiebre</p> <p>Reacciones alérgicas y erupciones moderadas</p>	<p>Sala de emergencias (ER)</p>  <p>Reciba atención en persona para casos graves o problemas potencialmente mortales:</p> <p>Dificultad para respirar</p> <p>Sangrado descontrolado</p> <p>Lesión grave</p> <p>Salud mental: Depresión grave y pensamientos suicidas</p>
<p>Acceda las 24 horas del día, los 7 días de la semana con HHOontheGo.com</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>



Pregunte a un enfermero sobre el tipo de atención que necesita. Llame a la Línea de enfermería disponible las 24 horas al **1-844-325-6251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460)**.

Si tiene una emergencia médica, llame al **911**.

Si tiene 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 PCP.

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

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

Tenga en cuenta que Highmark Health Options debe aprobar cualquier servicio que reciba de proveedores que no pertenezcan a nuestra red. Si no obtiene la aprobación, es posible que 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 durante el día, proporcionados en un entorno comunitario. Es posible que también se incluyan comidas y terapias. No se ofrece a miembros que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Cuidados personales	Ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL), como bañarse, vestirse, higiene personal, trasladarse, ir al baño, cuidado de la piel, comer y asistencia con la movilidad. No se ofrece a miembros que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Servicios cognitivos	Asesoramiento y terapia para los miembros y sus familias. Límite de 20 visitas por año más una evaluación. Se proporciona a miembros que tienen déficits cognitivos o conflictos interpersonales, como los que se presentan como resultado de una lesión cerebral. No se ofrece a miembros que viven en centros de vida asistida o de enfermería.
Alternativas residenciales comunitarias	Centros residenciales similares al hogar, incluidos los centros de vida asistida, que ofrecen servicios de apoyo, así como programas sociales y recreativos.
Habilitación diurna	habilidades de aprendizaje y desarrollo para facilitar la independencia dentro y fuera del hogar. La habilitación diurna se realiza en un centro no residencial, que no sea su hogar. Es posible que también se incluyan comidas y terapias. Se proporcionan a miembros que tienen déficits cognitivos o conflictos interpersonales, como aquellos que son el resultado de una lesión cerebral. No se ofrecen a miembros que viven en centros 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 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 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 enfermería o de vida asistida.
Centro de enfermería	Servicios proporcionados por un centro 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 personas con pérdida de peso y desnutrición como resultado del VIH/sida. No se ofrece a miembros que viven en centros de vida asistida o de enfermería.
Sistema de respuesta personal ante emergencias	Un dispositivo electrónico personal 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 un hogar de adultos mayores para que un cuidador habitual no remunerado pueda descansar. Limitada a 14 días por año. No se ofrece a miembros que viven en centros de vida asistida o de enfermería.
Cuidados personales autogestionados (self-directed attendant care, S-DAC)	FAdministración financiera y apoyo general para los miembros que elijan autogestionar sus servicios de cuidados personales. Esto significa que el miembro, o un representante del empleador que seleccione el miembro, actúa como el empleador legal del cuidador pago. Este beneficio proporciona al miembro o al representante del empleador del miembro apoyo por parte de un agente fiscal del empleador que se ocupa de los impuestos, las retenciones de la nómina y los cheques de pago para el cuidador. El agente fiscal del empleador también ayuda al miembro a buscar y capacitar a un empleado de cuidados personales. No se ofrece a miembros que viven en centros de enfermería o de vida asistida.
Equipo médico especializado	Artículos útiles, como agarradores. Cubre solo artículos no cubiertos por el estado.



Servicios de transición a centro de enfermería (nursing facility transition, NFT) Ayudan con los costos relacionados con el cambio de un centro de enfermería a su hogar o comunidad. Entre los ejemplos de costos se incluyen el depósito de garantía, el cargo de conexión telefónica, comestibles, muebles, ropa blanca, etc. El beneficio cubre hasta \$2,500 por transición. Con cobertura del programa de NFT.

Talleres sobre transición a centro de enfermería (NFT) Los talleres ayudan a los miembros y sus familias a prepararse para la vida comunitaria. Con cobertura del programa de NFT.

Beneficios adicionales de Highmark Health Options	Detalles
Beneficios para futuras y nuevas mamás	<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.
Programa de prevención de la diabetes	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.
Balanza de baño digital	20 años o más: cubierto para adultos con afecciones cardíacas específicas inscritos en el programa de Manejo de enfermedades para afecciones crónicas.
Anteojos y lentes de contacto	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).
Programa de vales para el examen de GED	18 años o más: cubre el costo del examen de GED a través de un programa de vales.
Programa Healthy Rewards	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.



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.
Programa de teléfonos inteligentes Safelink	Proporciona un teléfono inteligente gratuito a los miembros que califican. Incluye minutos gratis para llamar a Highmark Health Options.
Servicios de transporte (a cargo de American Logistics)	<u>Hay traslados gratuitos disponibles por algunos motivos no médicos.</u> 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 (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 (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. Copago de \$3. • 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 del 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 de 21 años o más).
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 (DSCYF).</p>
Servicios de diagnóstico por imágenes	Cubre servicios de diagnóstico por imágenes: radiografías; tomografía computarizada, PET, resonancia magnética y SPECT; 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 a través de 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



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.
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. Nuevos: 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 es 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 (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 <u>Quitline</u> . Disponible en persona y en línea.
Cirugía	Cubre cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Atención de urgencia/atención sin cita previa	Cubre la atención o el tratamiento médico necesarios dentro de las 48 horas. 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 lo proporcione un quiropráctico.

Atención de sanatorios y proveedores de la ciencia cristiana

Servicios estéticos

Medicamentos del programa 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 (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 domiciliarios y comunitarios lo ayudan a quedarse en casa brindándole apoyo para los días actividades. Esto incluye bañarse, vestirse, preparar comidas y realizar las tareas del hogar. Su plan de atención describe los servicios y la atención que necesita. Los servicios cubiertos no reemplazan los servicios pagados por Medicare u otro seguro.

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 sobre:

- Sus servicios y apoyos
- Su atención médica

Recibirá una carta con el nombre y número de teléfono de su administrador de casos. Si no lo haces, llama Servicios para miembros. Llame a su administrador de casos cuando necesite ayuda. No necesita esperar hasta que su El administrador de casos va a su casa o lo llama.

Su administrador de casos hará lo siguiente:

- Le contará sobre sus beneficios y responderá sus preguntas.
- Le proporcionará información para ayudarlo a tomar decisiones acertadas sobre su atención médica.
- Lo ayudará a recibir los servicios y apoyos correctos a largo plazo en el entorno correcto.
- Coordinará todas sus necesidades físicas, mentales y de apoyo y los servicios de atención a largo plazo.
- Se comunicará con usted cuando esté en el hospital y cuando regrese a su hogar.
- Lo ayudará a resolver los problemas que usted tenga respecto de su atención.
- Se asegurará de que su plan de atención se respete y sea efectivo para usted.
- Tendrá en cuenta sus necesidades cambiantes y actualizará su plan de atención.
- Hablará con sus médicos sobre sus necesidades de salud y atención.
- Hablará con sus médicos para coordinar los servicios.

Si recibe atención en un asilo de ancianos, su administrador de casos:

- Trabajar con el asilo de ancianos para que sea parte de la planificación de su atención. Esto incluye ser parte de la enfermería conferencias sobre el plan de atención del centro.
- Encuentre maneras de ayudar a administrar su plan de atención médica utilizando sus beneficios de Highmark Health Options.



- Trabajar con el asilo de ancianos cuando necesite servicios; el asilo de ancianos no es responsable por proporcionar.
- Tener visitas cara a cara con usted al menos cada 180 días calendario.
- Determinar si desea y puede mudarse del asilo de ancianos a la comunidad.
- Ayude a planificar una mudanza segura.

Si recibe atención domiciliaria o reside en un centro de vida asistida, su administrador de casos:

- Evaluar sus necesidades y los mejores servicios para usted.
- Trabajar con usted para elaborar su propio plan de atención.
- Involucre a los proveedores de atención médica adecuados al elaborar su plan de atención.
- Asegúrese de que se siga su plan de atención y que funcione bien para usted.
- Ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red.
- Asegúrese de obtener lo que necesita y ayude a solucionar cualquier brecha en la atención de inmediato.
- Brindarle información sobre recursos comunitarios que podrían resultarle útiles.
- Reunirse con usted cara a cara al menos cada 90 días calendario.
- Verifique al menos una vez al año para asegurarse de que cumple con los criterios para los servicios LTSS.

Solicite un nuevo administrador de casos

Puede solicitar un nuevo administrador de casos si no está satisfecho con la persona que trabaja con usted. Le asignaremos un nuevo administrador de casos que mejor se adapte a 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 por lo que atenderemos tus inquietudes. Si no podemos asignarle un nuevo administrador de casos, le diremos el motivo.

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

Sus beneficios le brindan opciones

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

Si califica para recibir atención en un hogar de ancianos, puede elegir recibir atención de:

- En un asilo de ancianos.
- En otro lugar de la comunidad (por ejemplo, vivienda asistida).
- En su hogar con servicios en el hogar y en la comunidad si sus necesidades pueden satisfacerse de manera segura y efectiva.

Puede cambiar su elección en cualquier momento.



Su administrador de casos puede ayudarlo 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 (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.
- Buscar, entrevistar y contratar a su cuidador.
- Definir las tareas laborales de su cuidador.
- Capacitar a su cuidador para que le brinde atención según sus necesidades y gustos.

Programar los horarios de su cuidador.

- Establecer 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 forma en que su cuidador realiza las tareas laborales.
- Despedir a su cuidador cuando sea necesario.

Administrar el pago de 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.

- Tener y usar 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:

- Tener 18 años o más.
- Conocerlo a usted muy bien.
- Conocer sus necesidades de atención médica y cómo desea que le brinden atención.
- Conocer sus horarios y rutina.
- Conocer los medicamento que toma.
- Ser capaz y estar dispuesto a hacer todo lo que se requiere de ellos.

Nota: Su 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, ellos pueden ayudarlo a usted o a su representante del empleador para hacer lo siguiente:

- Completar y presentar los formularios de impuestos de nómina. Debe completar estos formularios para pagarle a su empleado.
- Desempeñarse como intermediario de apoyo. Esto significa ayudarlo con las tareas del empleador, tales como:
 - Redactar una descripción del trabajo.
 - Encontrar y entrevistar cuidadores.
 - Capacitar a su cuidador.
 - Programar los horarios de su cuidador.
 - Elaborar un plan de respaldo para los momentos en que un cuidador programado no está disponible o no se presenta.

Nota: Su intermediario 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 la atención autogestionada o no.
- Los servicios y la atención que necesita se detallan en su plan de atención.
- Usted recibe solo los servicios que necesita que se detallan 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 como empleado además de proveedores de la red que no son sus empleados.



Puede iniciar o interrumpir S-DAC en cualquier momento. Seguirá recibiendo servicios de cuidados personales si los suspende. Una agencia de atención domiciliaria 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 lo siguiente:

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

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

- Revisar con usted sus indicaciones de alta.
- Hablar sobre sus medicamentos.
- Ayudarle a hacer una lista de preguntas para su médico.
- Ayudarle a organizar un traslado a una visita de seguimiento con el médico, si es necesario.

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

- 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 ayudarle 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:

- Pain
- Injury
- Mental suffering
- Cruel treatment
- Being locked up
- Being held against your will



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 lo siguiente:

- 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.

Denuncia de acciones incorrectas

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

- Lo lesiona o le causa angustia emocional.
- Lo fuerza o lo engaña para que tenga actividad sexual.
- 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).
- Causa 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 representante de los miembros de Highmark Health Options al **1-855-430-9852 (TTY: 711)**.
- Llame a Servicios de Protección de Adultos al **1-800-223-9074**.
- Llame a Servicios de Protección de Niños al **1-800-292-9582**.

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



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 ahora 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.



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 el último trimestre de embarazo, es posible que le permitan permanecer con su médico actual, incluso si dicho médico no forma parte de 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 mayor 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
- Pack 'n Play (corralito)
- Carrito para bebé
- 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.





WIC de Delaware

El Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños, también conocido como WIC, 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. [Inscríbese en línea](#) o llame al **1-800-222-2189**.



Beneficios para recién nacidos

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

Tan pronto como pueda después 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 usar opioides repentinamente. Hable con su médico sobre las opciones de tratamiento. Una combinación de terapia y medicamentos puede ayudarle a dejar de usar 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** en los condados de Kent y Sussex.



Beneficios de la planificación familiar

La planificación familiar es un beneficio cubierto. Las personas de 21 años o más 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.





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: son exámenes y evaluaciones programados regularmente para evaluar la salud física y mental general, el crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional de bebés, 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.
- Cuando sea necesario, se deberán hacer exámenes que no son periódicos a la brevedad.

Debe brindarse tratamiento para una afección que se detecta como resultado de un examen de detección del EPSDT dentro de los 90 días del examen.



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 <u>atención de emergencia</u> .
Atención de urgencia	Se encuentran disponibles citas para atención de urgencia dentro de los 2 días calendario. Vea ejemplos de afecciones que requieren <u>atención de urgencia</u> .
Atención de rutina (exámenes físicos)	Debe programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud. Vea ejemplos de <u>atención de rutina</u> .
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 después de que se determine el riesgo alto.

Visitas de atención médica con especialistas

Atención de emergencia	La atención médica 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)

Atención para una emergencia que no es potencialmente mortal

Debe programarse dentro de las 6 horas de la solicitud. Por ejemplo:

- Espasmos musculares involuntarios causados por un medicamento
- Estado de ánimo maníaco causado por un medicamento, sin deterioro funcional
- Pensamientos significativos, graves y angustiantes

Atención ante una emergencia inmediata potencialmente mortal

Debe programarse en el plazo de 1 hora. Por ejemplo:

- Posible suicidio
- Emergencia que requiere equipo de respuesta móvil

Atención de urgencia

Debe programarse dentro de las 24 horas. Por ejemplo:

- Depresión grave aguda
- Trastorno de pánico agudo

Atención de rutina para una visita inicial

Debe programarse dentro de los 7 días de la solicitud. Por ejemplo:

- 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

Atención de rutina que es un seguimiento o no es una emergencia

Debe programarse dentro de las 3 semanas de la solicitud. Por ejemplo:

- 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. Encuentre farmacias en el [Directorio de proveedores](#) en 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](https://www.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.
- Medicamentos solicitados por un médico que ha sido inhabilitado o suspendido del ejercicio en el Programa de Medicaid de Delaware.
- Medicamentos comercializados por una compañía farmacéutica que no participa en el Programa federal de reembolso de medicamentos de Medicaid.
- Medicamentos experimentales o en investigación.
- Medicamentos DESI (Drug Efficacy Study Implementation [Implementación de Estudio sobre la Eficacia de los Medicamentos] es un programa de la Administración de Alimentos y Medicamentos que requiere que todos los medicamentos 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 (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. Consulte la siguiente página 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.

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 **1-844-325-6251 (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 la 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 **1-844-325-6251 (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 vive con 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 médica al **1-844-325-6251 (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 manténgase alejado del 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 Servicios Sociales de Delaware (DSS). Comuníquese con la DSS al **302-571-4900**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. O bien, 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 representante de los 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 representante de los 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 DSS 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. Formar parte de decisiones que tomen sus médicos y otros proveedores sobre sus necesidades de atención médica.
- Ser informado sobre otras opciones de tratamiento o planes de atención de manera tal que se adapten a su afección.
- Conocer de qué forma se les paga a los médicos.
- Averiguar de qué forma decidimos si la nueva tecnología o el tratamiento 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 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 corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días calendario.
Si no podemos modificar sus registros, puede añadir una declaración de disconformidad a su información médica personal. Si desea hacer una solicitud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-844-325-6251 (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 citas médicas y acudir a estas, 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 Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (Delaware Health and Social Services, 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 representante de los miembros.

Un representante de los miembros puede ayudarlo con lo siguiente:

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

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.

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: 1-844-325-6251 (TTY: 711) / Fax: 1-833-841-8074

¿Cómo presenta 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, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-430-9852 (TTY: 711).

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

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

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: **1-844-325-6251 (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 90 días calendario de la fecha del Aviso de resolución 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 del estado rápida, le enviarán una carta dentro de los 3 días hábiles de la fecha de la audiencia.

¿Cómo continúa recibiendo servicios durante el proceso de 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 de la fecha del Aviso de resolución 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 con el período o los límites de servicio para los que tenía autorización previamente.

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

¿Qué sucede si no 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 es necesario que proporcione 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 y abuso de 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 gran 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. (rear entrance)
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
Línea directa: **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)

Disaster Distress Helpline
1-800-985-5990
(asesoramiento inmediato ante crisis
relacionadas con desastres disponible 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 con angustia 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. 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 (Food and Drug Administration, 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	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 (Department of Health and Social Services, DHSS) y Highmark Health Options.
Centro de Informe de Cambios del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, 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.



División de Salud y Servicios Sociales (DHSS)	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.
División de Asistencia Médica y Medicaid (DMMA)	La agencia de Delaware que administra Medicaid.
División de Servicios Sociales	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.
División de Abuso de Sustancias y Salud Mental (DSAMH)	Parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Social Services, DHSS) que atiende a adultos (de 18 años o más) que necesitan servicios de salud conductual. La DSAMH incluye el Centro Psiquiátrico de Delaware (Delaware Psychiatric Center, DPC), una variedad de programas comunitarios de salud mental y programas de tratamiento para el abuso de sustancias.
Implementación del estudio de la eficacia de los medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI)	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.
Formulario de medicamentos	Lista de medicamentos preferidos que están aprobados para ser recetados en un hospital en particular, en un sistema de salud específico o en virtud de una póliza de seguro de salud en particular. Los medicamentos se eligen en función del éxito, la seguridad y la rentabilidad.
Equipo médico duradero (DME)	Equipos y suministros que su médico ordene como parte de su atención médica.
Afección médica de emergencia	Problema médico de gravedad tal que lo obliga a buscar atención de inmediato para evitar daños graves: <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.
Transporte médico de emergencia	Ambulancia que lo lleva al hospital en caso de emergencia.
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 (Managed Care Organization, MCO).
Servicios excluidos	Servicios de atención médica que es posible que su plan no pague o cubra.
Familiar	Incluye a su cónyuge, pareja de hecho, padres (incluidos padrastros), hijos (naturales o adoptados), hijastros, nietos, bisnietos, hermanos y hermanas (de padre y madre, y medios hermanos), abuelos y suegros, 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 y calidad previstos. 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 para la cual es admitido y generalmente 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 lo 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 (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 (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.
Representante de los 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 1-844-325-6251 (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	Un proveedor que no tiene un contrato con su plan para proporcionarle servicios.
Notario público	Una persona legalmente facultada para presenciar y autenticar documentos, administrar juramentos, 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 (managed care organization, 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 (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 (Division of Substance Abuse and Mental Health, 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 1-844-325-6251 (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](https://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.

Atención: Si usted habla español, por favor encuentren disponibles servicios de asistencia en español sin costo alguno. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

(TTY: 711) تنبيه: إذا كنت تتحدث الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. اتصل بالرقم الموجود على ظهر بطاقة الهوية الخاصة بك.

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

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

注意: 如果您会说英语, 则可以免费获得语言协助服务。请拨打您身份证背面的号码 (TTY : 711) 。

Attenzione: se parli inglese, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiama il numero sul retro della tua carta d'identità (TTY: 711).

Pansin: Kung nagsasalita ka ng Ingles, ang mga serbisyo ng tulong sa wika, na walang bayad, ay magagamit mo. Tawagan ang numero sa likod ng iyong ID card (TTY: 711).

Chú ý: Nếu bạn nói tiếng Anh, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí luôn sẵn có dành cho bạn. Gọi đến số ở mặt sau thẻ ID của bạn (TTY: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं अंग्रेजी बोल्नुहुन्छ भने, भाषा सहायता सेवाहरू, निःशुल्क, तपाईंलाई उपलब्ध छन्। तपाईंको आईडी कार्डको पछाडिको नम्बरमा कल गर्नुहोस् (TTY: 711)।

注意: 英語を話せる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。IDカードの裏面に記載されている番号 (TTY: 711) に電話してください。

ध्यान दें: यदि आप अंग्रेजी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने आईडी कार्ड के पीछे दिए गए नंबर (TTY: 711) पर कॉल करें।

ופמעראקזאמקייט :אויב איר רעדן ענגליש, שפראך הילף באַדינונגס זענען באַרעכטיגט פֿאַר איר. רופן דעם נומער אויף די צוריק פון
(TTY: 711) דיין שיין קאַרט

주의: 영어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 신분증 뒷면에 있는 전화번호(TTY: 711)로 전화하세요.

Akiyesi: Ti o ba so Geɛsi, awɔn iɛ iranlɔwɔ ede, laisi idiyele, wa fun ɔ. Pe nɔmba ti o wa ni ɛhin kaadi ID rɛ (TTY: 711).

Внимание: если вы говорите по-английски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашего удостоверения личности (TTY: 711).



ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: enero de 2025