



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Medicaid & Medical Assistance

Manual del Miembro 2024

Diamond State
Health Plan

Diamond State
Health Plan Plus

Servicios y Apoyos
a Largo Plazo



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

1-877-236-1341

TTY: 711 (Para personas con limitaciones auditivas)

750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713

CAD_147525S State Approved 05202024
©2024 Delaware First Health. All rights reserved.

DE4CADMHB47526S_0324
Caid-MemberHandbook-DE-Spa-03112024



ÍNDICE

BIENVENIDO	4
NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES.....	5
FORMATOS ALTERNATIVOS.....	6
Servicios de Interpretación y Traducción	6
Servicios y Ayudas Auxiliares	6
GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
CÓMO EMPEZAR	10
Su Tarjeta de Identificación de Miembro	10
Su Inscripción	12
Cómo Obtener Ayuda	12
Defensores de los Miembros	13
Notificación de Cambios.....	13
CAMBIO DE PLAN	14
Inscripción Abierta Anual	14
Transición del Cuidado	14
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	15
Derechos y Responsabilidades de los Miembros	15
Fraude, Dispensio y Abusos	17
CÓMO UTILIZAR SUS BENEFICIOS	17
Beneficios de Delaware First Health	17
Copagos	18
Paquete de Beneficios DSHP.....	19
Coordinación de la Atención	26
Paquete de Beneficios de DSHP Plus LTSS	27
Sistema de Apoyo a los Miembros de LTSS	29
Administración de Casos	29
Servicios Comunitarios y en el Hogar Autodirigidos (HCBS)	30
Servicios Comunitarios y en el Hogar	31
Servicios en Centro de Enfermería	31



Verificación Electrónica de la Visita 32

Long-Term Care Ombudsman Program 32

Beneficios de Valor Agregado para DSHP y DSHP Plus 32

 Programa de recompensas My Health Pays® 34

Beneficios del Estado 36

Autorización Previa 39

Servicios sin Cobertura..... 40

Servicios de Salud Conductual 41

SUS PROVEEDORES 43

 Cómo Buscar un Proveedor 43

 Derecho a Elegir un Proveedor..... 44

 Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) 44

 Estándares de las Citas 46

 Cómo Obtener una Segunda Opinión 47

 Cómo Recibir Atención Fuera de la Red 47

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA..... 48

 ¿Qué es una Emergencia? 48

 ¿Qué es la Atención de Urgencia?..... 49

 Cómo Recibir Atención de Urgencia 49

 Proveedores de Atención de Urgencia 49

 Cobertura Médica Fuera de los Estados Unidos 49

TELEMEDICINA 50

CUIDADO DE MATERNIDAD..... 51

 Atención Doula..... 51

 Beneficio Nutricional Posparto 51

 Recursos y Apoyo para la Lactancia Materna..... 51

 Programa Home Visiting 52

 Delaware First Health Start Smart for Your Baby..... 52

PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 52

EXÁMENES DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS (EPSDT) ... 53



SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS 54

- Acerca de los Medicamentos Recetados 54
- Cómo Obtener un Medicamento Recetado 55
- Medicamentos Recetados Cubiertos 56
- Autorización Previa de Algunos Medicamentos Recetados 56
- Copagos de Medicamentos Recetados..... 57
- Programa de Limitación del Miembro 58
- Artículos de Venta Libre (OTC) Mejorados..... 58

TRANSPORTE MÉDICO SIN CARÁCTER DE EMERGENCIA..... 58

QUEJAS Y APELACIONES 58

- Quejas..... 58
- Apelaciones 60
- Audiencias Imparciales del Estado..... 63

OTRA INFORMACIÓN DEL PLAN..... 64

- Confidencialidad 64
- Nueva Tecnología..... 64
- Comité Asesor de Miembros de LTSS 64
- Instrucciones Anticipadas (Testamento Vital) 65
- Notificación de la Responsabilidad de Terceros (TPL)..... 65
- Notificación de Sospecha de Abuso, Negligencia o Explotación de Niños y Adultos Dependientes..... 66
- Incidentes Críticos..... 66
- Declaración de No Discriminación 67
- Notificación de Prácticas de Privacidad..... 71



BIENVENIDO

¡Le damos la bienvenida a Delaware First Health! Delaware First Health es una organización de atención médica administrada (MCO) que ofrece atención médica a personas en Delaware inscritas en Medicaid. Trabajamos con proveedores, clínicas y hospitales para darles a usted y a su familia la atención que necesita.

Este manual será su guía para la amplia gama de servicios de atención médica de Medicaid que están a su disposición. Si tiene alguna pregunta sobre la información incluida en su guía rápida, este manual o su plan de salud, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341 (TTY: 711)** o visite nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.

English: If you need this in another language, oral interpretation, auxiliary aids and services, or an alternative format call us.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Español (Spanish): Si necesita esto en otro idioma o en un formato alternativo, o si necesita interpretación oral o servicios y dispositivos auxiliares, llámenos.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

中文 (Chinese): 如您需要以其他語言、口譯、輔助工具和服務或其他文件格式檢閱此資訊，請致電我們。

Delaware First Health : 1-877-236-1341 (TTY: 711)。

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole): Si w bezwen sa nan yon lòt lang, entèpretasyon oral, èd ak sèvis oksilyè, oswa yon lòt fòm rele nou.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).



NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Servicios para Miembros: **1-877-236-1341** (TTY: **711**)

Llame a este número para todas las necesidades relacionadas con Servicios para Miembros, tales como:

- Preguntas sobre beneficios.
- Asistencia para cambiar o seleccionar un proveedor de cuidado primario (PCP).
- Servicios de la visión.
- Servicios dentales.
- Servicios de farmacia.
- Línea de Asesoramiento de Enfermería (24/7): Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería está lista para responder a sus preguntas de salud las 24 horas del día, los siete días de la semana, todos los días del año.
- Administración de cuidados: La administración de cuidados y la orientación son parte de sus beneficios y se le proporcionan sin costo alguno.

Línea(s) directa(s) gratuita(s) de la DSAMH para crisis de salud conductual:

- Línea Directa de Northern Delaware: **1-800-652-2929**
- Línea Directa de Southern Delaware: **1-800-345-6785**
- Apoyo a la Crisis Juvenil del DSCYF 24/7: **1-800-969-4357**
- Línea Nacional de Prevención del Suicidio: **988**

Los servicios de transporte médico sin carácter de emergencia son proporcionados por Delaware Medicaid and Medical Assistance. Este servicio ahora está disponible para los miembros del Delaware Healthy Children Program (DHCP).

- Le pedimos que se comunique con ModivCare al **1-866-412-3778** para obtener ayuda con la programación del transporte médico sin carácter de emergencia. Los miembros deben llamar con 72 horas de anticipación para programar el transporte. Para obtener más información, visite dhss.delaware.gov/dmma/medical.html.

Unidad de Relaciones con los Clientes del DSS y la DMMA: 1-866-843-7212

- La Unidad de Relaciones con los Clientes proporciona información general, derivaciones y asistencia a los solicitantes, clientes, personal de la DMMA y la Division of Social Services, y a otras personas que consultan sobre los beneficios y servicios de Medicaid.

El Administrador de Beneficios de Salud de Medicaid lo ayuda a inscribirse en una organización de atención médica administrada (MCO) y a entender sus beneficios.

- Número de contacto gratuito para el Administrador de Beneficios de Salud: **1-800-996-9969**



FORMATOS ALTERNATIVOS

Servicios de Interpretación y Traducción

Ofrecemos servicios de interpretación oral en TODOS los idiomas, de forma gratuita. También proporcionamos material impreso traducido en los siguientes idiomas, de forma gratuita, cuando se solicite:

- Español
- Chino
- Criollo haitiano
- Guyaratí
- Francés
- Coreano
- Italiano
- Vietnamita
- Alemán
- Tagalo
- Hindi
- Urdu
- Árabe
- Télugu
- Neerlandés

Llame a Servicios para Miembros al 1-877-236-1341 (TTY: 711) para obtener cualquiera de estos servicios sin costo alguno para usted:

- Servicios de intérpretes por teléfono.
- Interpretación en las visitas al médico, con al menos cinco días hábiles de antelación.
- Este manual del miembro o cualquier otro material escrito en su idioma preferido.

Servicios y Ayudas Auxiliares

Proporcionaremos materiales escritos en formatos alternativos y/o a través de la provisión de ayudas auxiliares, sin cargo, cuando se soliciten.

Le pedimos que llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora estándar del este, si necesita servicios de interpretación o traducción, o asistencia y servicios auxiliares.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Palabras/Frases

apelación: Cuando pide que su plan revise una decisión de denegar o reducir un beneficio.

beneficios: Los artículos o servicios de atención médica que cubre su plan.

copago: Un costo fijo que usted debe pagar para obtener un beneficio cubierto en el momento del servicio.

equipo médico duradero (DME): Equipo y suministros que su médico ordena como parte de su atención médica.



Palabras/Frases

condición médica de emergencia: Un problema médico tan grave que debe buscar atención médica de inmediato para evitar daños graves o la muerte.

transporte médico de emergencia: El transporte en ambulancia hacia el hospital en caso de emergencia.

atención en la sala de emergencias: Los servicios que usted recibe en una sala de emergencias, o ER, para tratar una condición médica de emergencia.

servicios de emergencia: Tratamiento de una condición médica de emergencia para evitar que empeore.

servicios excluidos: Servicios de atención médica que su plan no paga ni cubre.

queja: Un reclamo que usted hace a su plan acerca de su atención médica.

dispositivos de recuperación de las habilidades: Dispositivos médicos que ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

servicios para la recuperación de habilidades: Servicios de atención médica que ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

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

atención médica a domicilio: Servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

servicios de centros de cuidado para pacientes terminales: Servicios para proporcionar confort y apoyo a las personas que padecen una enfermedad terminal y a sus familias.

hospitalización: Atención brindada en un hospital donde usted ingresa y generalmente se queda a pasar la noche. Una estancia de una noche para observación podría ser atención ambulatoria.

atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: Atención brindada en un hospital en el que, generalmente, no necesita quedarse a pasar la noche.



Palabras/Frases

inmunización: Una inyección que protege de enfermedades. También se conoce como *vacunación* o *vacuna*.

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (Long Term Services and Support, LTSS): Atención médica y no médica para personas que no pueden realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ADLs), como vestirse o bañarse. Los LTSS pueden prestarse en el hogar, en la comunidad, en los centros de vida asistida o en los centros de convalecencia.

médicamente necesario: Servicios de atención médica o suministros que ayudan a diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptados.

red: Los proveedores con los que su plan tiene un contrato para proporcionar servicios de atención médica.

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

servicios médicos: Servicios de atención médica que un médico autorizado proporciona o planifica para usted.

plan: Un beneficio que el estado de Delaware le proporciona para pagar sus servicios de atención médica. También llamado Organización de Atención Médica Administrada (MCO).

autorización previa: Una aprobación de su plan por adelantado para un servicio de atención médica que aún no ha ocurrido. También se llama *preaprobación* o *preautorización*.

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

Lista de Medicamentos Preferidos (PDL): Una lista de medicamentos recetados que su plan cubrirá. También se le llama *lista de medicamentos*.

prima: El monto que usted paga por su seguro de salud cada mes.



Palabras/Frases

cobertura de medicamentos recetados: La parte de su plan que ayuda a pagar los medicamentos recetados.

medicamentos recetados: Fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.

proveedor de cuidado primario (PCP): Un médico, profesional de enfermería o asistente médico que proporciona, planifica y/o lo ayuda a acceder a los servicios de atención médica.

proveedor: Un profesional de atención médica, centro o establecimiento médico que le ofrece servicios de atención médica.

dispositivos de rehabilitación: Dispositivos de atención médica que ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento que necesita para la vida diaria que se han perdido o se han visto perjudicados por estar enfermo, herido o discapacitado.

servicios de rehabilitación: Servicios de atención médica que ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento que necesita para la vida diaria que se han perdido o se han visto perjudicados por estar enfermo, herido o discapacitado.

atención de enfermería especializada: Servicios de atención médica de profesionales de enfermería autorizados en su propio hogar o en un centro de convalecencia. Los servicios de atención especializada son brindados por técnicos y terapeutas en su propio hogar o en un centro de convalecencia.

atención especializada: Atención médica de un proveedor que tiene capacitación especial para una condición o enfermedad específica.

atención de urgencia: Cuando usted necesita atención o tratamiento médico dentro de las 48 horas.



CÓMO EMPEZAR

Su Tarjeta de Identificación de Miembro

Cuando se inscriba, Delaware First Health le enviará por correo una tarjeta de identificación (ID) de miembro. Lleve su tarjeta de identificación a todas sus citas médicas.

Su tarjeta de identificación de Delaware First Health para DSHP tendrá el siguiente aspecto:

Anverso:

		Diamond State Health Plan	
SAMPLE A SAMPLE Member ID#: 1234567890 DOB: 01/01/19999 RXBIN: 003858 RXPCN: DSHP RXGROUP: 2ECA		PCP Name: Allison Smith PCP Phone Number: 1-302-123-4567	
For a full list of copays and exceptions visit: www.DelawareFirstHealth.com .			
Member Copays:	Prescriptions:		
Provider Visit: \$0;	\$10.00 or less = \$0.50		
Preventative Visit: \$0;	\$10.01 to \$25.00 = \$1.00		
Adult Dental Visit: \$3;	\$25.01 to \$50.00 = \$2.00		
Inpatient Hospital Stay: \$0	\$50.01 or more = \$3.00		

Reverso:

IMPORTANT CONTACT INFORMATION		www.DelawareFirstHealth.com	
<ul style="list-style-type: none"> Member Services, 24/7 Nurse Line, Behavioral Health Line: 1-877-236-1341 (TTY: 711) Providers: 1-877-236-1341 Pharmacy Services: 1-833-236-1887 (TTY: 711) Dental: 1-877-236-1341 (TTY: 711) 		Diamond State Health Plan	
Medical Claims:	Pharmacy Paper Claims:		
Delaware First Health P.O. Box 8001 Farmington, MO 63640	Pharmacy Services Member Reimbursements P.O. Box 989000 West Sacramento, CA 95798		
In case of an emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.			

Su tarjeta de identificación de Delaware First Health para DSHP Plus tendrá el siguiente aspecto:

Anverso:

		Diamond State Health Plan-Plus	
SAMPLE A SAMPLE Member ID#: 23456789012 DOB: 01/01/2000 RXBIN: 003858 RXPCN: DSHP RXGROUP: 2ECA		PCP Name: NOT ASSIGNED PCP Phone Number: 1-877-236-1341	
For a full list of copays and exceptions visit: www.DelawareFirstHealth.com .			
Member Copays:	Prescriptions:		
Provider Visit: \$0;	\$10.00 or less = \$0.50		
Preventative Visit: \$0;	\$10.01 to \$25.00 = \$1.00		
Adult Dental Visit: \$3;	\$25.01 to \$50.00 = \$2.00		
Inpatient Hospital Stay: \$0	\$50.01 or more = \$3.00		

Reverso:

IMPORTANT CONTACT INFORMATION		www.DelawareFirstHealth.com	
<ul style="list-style-type: none"> Member Services, 24/7 Nurse Line, Behavioral Health Line: 1-877-236-1341 (TTY: 711) Providers: 1-877-236-1341 Pharmacy Services: 1-833-236-1887 (TTY: 711) Dental: 1-877-236-1341 (TTY: 711) 		Diamond State Health Plan-Plus	
Medical Claims:	Pharmacy Paper Claims:		
Delaware First Health P.O. Box 8001 Farmington, MO 63640	Pharmacy Services Member Reimbursements P.O. Box 989000 West Sacramento, CA 95798		
In case of an emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.			



Su tarjeta de identificación de Delaware First Health para DSHP Plus LTSS tendrá el siguiente aspecto:

Anverso:

	Diamond State Health Plan-Plus	Long Term Services and Support (LTSS)
SAMPLE A SAMPLE Member ID#: 4567890123 DOB: 01/01/2001 RXBIN: 003858 RXPCN: DSHP RXGROUP: 2ECA	PCP Name: NOT ASSIGNED PCP Phone Number: 1-877-236-1341	
For a full list of copays and exceptions visit: www.DelawareFirstHealth.com .		
Member Copays: Provider Visit: \$0; Preventative Visit: \$0; Adult Dental Visit: \$3; Inpatient Hospital Stay: \$0	Prescriptions: \$10.00 or less = \$0.50 \$10.01 to \$25.00 = \$1.00 \$25.01 to \$50.00 = \$2.00 \$50.01 or more = \$3.00	

Reverso:

IMPORTANT CONTACT INFORMATION	www.DelawareFirstHealth.com
<ul style="list-style-type: none"> • Member Services, 24/7 Nurse Line, Behavioral Health Line: 1-877-236-1341 (TTY: 711) • Providers: 1-877-236-1341 • Pharmacy Services: 1-833-236-1887 (TTY: 711) • Dental: 1-877-236-1341 (TTY: 711) 	Diamond State Health Plan-Plus Long Term Services and Support (LTSS)
Medical Claims: Delaware First Health P.O. Box 8001 Farmington, MO 63640	Pharmacy Paper Claims: Pharmacy Services Member Reimbursements P.O. Box 989000 West Sacramento, CA 95798
In case of an emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.	

Cuando reciba su tarjeta, confirme que su nombre y fecha de nacimiento son correctos.

Miembros de DSHP: Compruebe que el PCP indicado es el que usted eligió. Si su PCP no es correcto, no está asignado, o si desea cambiar de PCP en cualquier momento, llame a nuestra línea de Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) o visite nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.

Su tarjeta de identificación de miembro es prueba de que usted es miembro de Delaware First Health. Muestre esta tarjeta de identificación cada vez que necesite atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Citas médicas.
- Atención de urgencia.
- Citas de visión.
- Citas de salud conductual.
- Visitas de emergencia.
- Retiro de sus medicamentos recetados de la farmacia.

Cada vez que obtenga una nueva tarjeta de identificación de miembro, destruya la anterior. Si usted pierde su tarjeta de identificación de miembro de Delaware First Health, o no recibió una, podemos reemplazarla. Para reemplazar su tarjeta, visite el portal seguro para miembros en nuestro sitio web **DelawareFirstHealth.com** o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Conserve su tarjeta de ID con usted en todo momento. Asegúrese de que no le roben su tarjeta ni que la utilicen otras personas. La cobertura de Delaware First Health es para usted solamente. Depende de usted proteger su tarjeta de identificación de miembro. Nadie más puede utilizar su tarjeta de identificación de miembro. Está legalmente prohibido dar o vender su tarjeta de identificación de miembro a cualquier persona.

Miembros de DSHP: Asignación de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Si eligió a un PCP durante su inscripción, la información de su PCP estará en su tarjeta de identificación. Si usted no eligió un PCP, tendrá 30 días corridos a partir de la fecha de entrada en vigor de su inscripción para seleccionar un PCP. Si necesita ayuda para elegir a un PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). También puede visitar nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** para seleccionar o cambiar su PCP. Si usted no elige un PCP dentro de los 30 días corridos, nosotros elegiremos uno para usted y le enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación.

Miembros de DSHP Plus: Asignación de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Usted puede elegir un PCP durante su inscripción con el administrador de Beneficios de Salud. También



puede seleccionar o cambiar su PCP si llama a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) o si visita nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.

Su Inscripción

Según la elegibilidad, los programas Delaware Medicaid pueden ofrecer cobertura para niños, personas embarazadas, familias con niños, adultos mayores, adultos y niños con discapacidades. Si cree que puede ser elegible para la cobertura de Medicaid, puede solicitar los servicios ante Delaware Department of Health and Social Services. Existen varias formas de presentar su solicitud e inscribirse:

- **En línea:** Presente su solicitud en línea en el sitio web de Delaware Department of Health and Social Services en **assist.dhss.delaware.gov**.
- **Por correo:** Puede descargar el formulario y las instrucciones:
 - Solicitud en inglés en **assist.dhss.delaware.gov**
 - Solicitud en español en **assist.dhss.delaware.gov/?Language=es-US**.

¿Necesita Ayuda?

Para obtener ayuda con su solicitud de Medicaid, llame a la Unidad de Relaciones con el Cliente de Servicios Sociales y de Salud de Delaware al **1-866-843-7212** (TTY: **1-855-889-4325**).

Delaware First Health ofrece asistencia médica a familias elegibles de bajos ingresos y a personas mayores, ciegas y/o discapacitadas cuyos ingresos son insuficientes para cubrir el costo de los servicios médicos necesarios. Medicaid paga las visitas al médico, la atención hospitalaria, los laboratorios, los medicamentos recetados, el transporte médico sin carácter de emergencia, las vacunas de rutina para niños, los servicios de salud mental y el abuso de sustancias. Para inscribirse, los destinatarios elegibles deben completar una solicitud a través del portal de Delaware Health and Social Services ASSIST.

Fecha de Entrada en Vigor de la Inscripción

Una vez que se inscriba o esté inscrito en Delaware First Health, recibirá una carta con su tarjeta de identificación. Puede encontrar la fecha de entrada en vigor de su inscripción en nuestro portal para miembros en **DelawareFirstHealth.com**.

Cómo Obtener Ayuda

Puede encontrar lo siguiente en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**:

- Manual del Miembro actualizado.
- Directorio de proveedores.
- Información de la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)/formulario.
- **Información importante de Delaware First Health.**
- **Próximos eventos de Delaware First Health.**



Defensores de los Miembros

Delaware First Health tiene Defensores de los Miembros que pueden ayudarlo a usted (nuestro miembro) en diversos servicios. Nuestros Defensores de los Miembros pueden hacer lo siguiente:

- Ayudar a los miembros a planificar citas médicas u obtener servicios de traducción.
- Ayudar a los miembros a obtener transporte de ida y vuelta a sus citas médicas.
- Ayudar a los miembros a conocer los recursos comunitarios.
- Ayudar a los miembros a través del proceso de Apelaciones y Quejas.

Para comunicarse con un Defensor de los Miembros, le pedimos que llame a Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Notificación de Cambios

Los cambios importantes en su vida pueden afectar su elegibilidad con Delaware Medicaid. Asegúrese de informarle a DFH y DHSS cuando se produzca un cambio importante en su vida. Algunos ejemplos de cambios importantes en la vida son los siguientes:

- Un cambio en su nombre.
- Un cambio en su dirección.
- Si usted agrega o pierde otra cobertura de seguro.
- Si se le agrega o se le retira del seguro de otra persona.
- Un nuevo empleo.
- Su capacidad o discapacidad cambia.
- El número de integrantes de su familia cambia.
- Cambios en sus ingresos o activos.
- Queda embarazada. Llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health, al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) si está embarazada. Tenemos una ayuda especial para usted y su bebé.

Si usted tiene uno o más de estos cambios importantes en su vida, llame al DHSS Change Report Center al **1-866-843-7212** y a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



CAMBIO DE PLAN

Puede solicitar cambiar su MCO por cualquier motivo durante los 90 días corridos posteriores a su inscripción inicial. Después de eso, usted puede elegir una nueva MCO una vez al año durante la inscripción abierta sin causa justificada. Si desea cambiar su MCO, llame al Administrador de Beneficios de Salud al **1-800-996-9969**.

Los miembros pueden solicitar la transferencia entre MCO en cualquier momento por una causa justificada, según lo determine el Estado. No hay límite en el número de solicitudes de transferencia que usted puede iniciar por una causa justificada. Algunos ejemplos de causas justificadas son las siguientes:

- Su proveedor no está en la red de la MCO.
- Usted necesita servicios relacionados (por ejemplo, una cesárea y una ligadura de trompas) que se realicen al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de proveedores de su MCO. O bien su PCP u otro proveedor determinó que recibir los servicios por separado supondría un riesgo innecesario para usted.
- Falta de acceso a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades de atención médica.
- Su proveedor ha sido cancelado o ya no participa en su MCO.
- Falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato.
- Mala calidad de la atención prestada por su MCO.
- El plan MCO no cubre los servicios que usted necesita por objeciones religiosas o morales.

Inscripción Abierta Anual

Cada año, el Estado les dará a los miembros una oportunidad para que cambien su plan de salud durante un Período de Inscripción Abierta Anual. Este período transcurre durante el mes de octubre para la inscripción del año calendario que comienza el siguiente 1 de enero.

Usted puede elegir un nuevo plan de salud durante el Período de Inscripción Abierta Anual. Si decide cambiar de plan de salud, llame al Administrador de Beneficios de Salud al **1-800-996-9969**. Su Administrador de Beneficios de Salud lo ayudará a transferirse a un nuevo plan. Si decide no cambiarse de planes de salud, mantendrá la inscripción en su plan actual.

Transición del Cuidado

Si pertenecía a otro plan de salud antes de Delaware First Health, trabajaremos con su plan anterior para obtener los detalles de su salud, como su historial de servicios, autorizaciones de servicios y otros datos sobre su atención actual.

- Puede seguir obteniendo cualquier servicio que haya autorizado su plan de salud anterior. Después de eso, lo ayudaremos a encontrar un proveedor de nuestra red para que reciba cualquier servicio adicional.
- Delaware First Health tiene una gran red de proveedores, y estamos agregando nuevos proveedores todo el tiempo. Puede ocurrir que los proveedores de su antiguo plan también sean proveedores nuestros. Sin embargo, si uno o más de sus proveedores no forman parte de nuestra red, hay algunas ocasiones en las que puede continuar con el proveedor que tenía antes de unirse a Delaware First Health. Podrá continuar viendo a su proveedor en los siguientes casos:



- En el momento de unirse a Delaware First Health, usted está obteniendo un tratamiento continuo o padece una condición especial actual. En ese caso, puede solicitar mantener su proveedor hasta por 120 días.
- Está embarazada de más de tres meses cuando se inscribe en Delaware First Health y está obteniendo atención médica prenatal. En ese caso, puede seguir con su proveedor hasta después del parto y por hasta 60 días de atención posparto.
- Está recibiendo servicios del paquete de beneficios DSHP Plus LTSS. En ese caso, puede continuar los servicios autorizados en el mismo nivel y con el mismo proveedor durante un mínimo de 30 días corridos.
- Si desea continuar obteniendo la atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted o su proveedor debe comunicarse con nosotros a través de las siguientes formas:
 - Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).
 - Envíe una solicitud mediante Provider Portal.
 - Envíe por fax un formulario de solicitud de autorización a Delaware First Health al **1-833-967-0502**.

Los médicos y enfermeras de Delaware First Health revisan la solicitud de autorización. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas acerca de los servicios que requieren autorización previa.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Derechos y Responsabilidades de los Miembros

Como miembro, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Delaware First Health respeta sus derechos. No sufrirá discriminación por ejercer sus derechos. Esperamos que nuestros proveedores también respeten sus derechos.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir un trato digno, respetuoso y con privacidad.
- Tener acceso a la creación y el uso de una instrucción anticipada.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento y las alternativas de atención relacionadas con su condición médica de una manera que usted pueda entender.
- Tomar decisiones sobre su atención, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Ser libre de cualquier forma de restricción o reclusión como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica y pedir que se modifique o corrija.
- Ejercer sus derechos sin que ello afecte el trato que le brindan Delaware First Health, sus proveedores o el estado de Delaware.
- Recibir servicios culturales y lingüísticamente apropiados de forma gratuita.
- Mantener la privacidad de su información personal y médica.



- Presentar reclamos (quejas) o apelaciones sobre nosotros o el cuidado que proporcionamos.
- Elegir a un representante que lo ayude a tomar decisiones sobre el cuidado.
- Tener una charla sincera acerca de las opciones de tratamiento médicamente necesarias y apropiadas para sus afecciones, independientemente del costo de la cobertura de beneficios.
- Recibir información acerca de Delaware First Health, sus servicios, profesionales y proveedores, además de los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Recibir una copia de los derechos y las responsabilidades de los miembros y el derecho a hacer recomendaciones sobre esta política.
- Solicitar el Manual del Miembro, otra información y folletos para miembros en otros formatos, tales como otros idiomas, letra grande, CD de audio o braille sin costo alguno.

Responsabilidades de los Miembros:

- Informar a Salud y Servicios Sociales de Delaware en los siguientes casos:
 - Usted se muda del estado de Delaware o tiene otros cambios de dirección.
 - Usted obtiene o tiene cobertura de salud en virtud de otra póliza, otro tercero, o si hay cambios en la cobertura que usted tiene registrada.
- Informar a Delaware First Health cuando vaya a la sala de emergencias o haya tenido un accidente de automóvil.
- Informar a Delaware First Health si pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro.
- Conocer su estado de salud, comprender su salud y participar en sus objetivos de tratamiento.
- Si habla con su proveedor sobre la autorización previa de los servicios que le recomienda.
- Si proporciona a Delaware First Health y a los proveedores participantes la información médica precisa y completa que necesitan para proporcionar la atención médica.
- Si sigue los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con sus profesionales.
- Conocer las responsabilidades de la distribución de costos y hacer los pagos de los que usted es responsable.
- Conocer los procedimientos, las reglas de cobertura y las restricciones de Delaware First Health lo mejor que pueda.
- Comunicarse con Delaware First Health cuando necesite información o tenga alguna pregunta.
- Hacer preguntas a sus proveedores para ayudarlo a entender el tratamiento. Participar activamente en su tratamiento. Conocer los posibles riesgos, beneficios y costos de las alternativas de tratamiento. Tomar decisiones cuidadosas después de haber pensado en todas estas cuestiones.
- Seguir el proceso de queja o apelación si tiene inquietudes acerca de su atención.

Nuestros Defensores de los Miembros pueden ayudarlo Para comunicarse con un Defensor de los Miembros, le pedimos que llame a Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



Fraude, Dispendio y Abusos

Delaware First Health se toma en serio la búsqueda y notificación de las ocasiones en que los fondos de Delaware Medicaid se usan de la manera incorrecta. Esto se llama fraude, dispendio y abuso.

Fraude significa que un miembro, proveedor u otra persona hace un uso indebido de los recursos del programa Delaware Medicaid. Esto podría incluir las siguientes situaciones:

- Dar a alguien su tarjeta de identificación de miembro para que pueda obtener servicios a su nombre.
- Utilizar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona para obtener servicios a su nombre.
- Un proveedor que factura dos veces el mismo servicio.
- Un proveedor que factura un servicio que nunca se ha proporcionado.

Se le proporcionan sus beneficios de atención médica porque cumplió con las reglas del programa. No están destinados a otras personas. Usted no debe compartir sus beneficios con nadie. Si hace un uso indebido de sus beneficios, podría perderlos. Delaware Division of Medicaid and Medical Assistance también podría tomar acciones legales contra usted si hace un uso indebido de sus beneficios.

Si cree que un proveedor, miembro u otra persona está haciendo un uso indebido de los beneficios de Delaware Medicaid, le pedimos que nos informe de inmediato. Delaware First Health tomará en serio su llamada. Usted no tiene que proporcionar su nombre.

- Llame a la Línea Directa de Fraude, Dispendio y Abusos de Delaware First Health al **1-866-685-8664**. Todas las llamadas son privadas.
- En caso de necesitar una línea TTY, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

También puede notificar la sospecha de fraude de Medicaid directamente a Delaware Division of Medicaid and Medical Assistance. Para hacerlo, llame a la Línea de Ayuda de Diamond State Health Plan al **1-800-372-2022**. Cuando llame, marque “1” para inglés o “2” para español. A continuación, marque “7” para fraude, dispendio o abuso.

CÓMO UTILIZAR SUS BENEFICIOS

Es hora de tomar el control de su salud, y este es el lugar para comenzar. Su nuevo plan de seguro médico con Delaware First Health ofrece atención médica y beneficios integrales. También incluye programas valiosos, herramientas educativas y apoyo.

Delaware First Health se compromete a proporcionar a nuestros miembros los recursos que necesitan para asegurar la mejor atención posible. Recuerde que usted también tiene acceso a herramientas útiles a través de su cuenta en línea de Delaware First Health en **DelawareFirstHealth.com**.

Beneficios de Delaware First Health

Beneficios y Servicios

En esta sección, usted puede conocer los beneficios de salud, los servicios de farmacia y los beneficios de valor agregado que Delaware First Health ofrece.



¿Necesita ayuda para comprender estos beneficios y servicios? Llámenos al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Su PCP trabajará con usted para asegurarse de que reciba los servicios que necesita. Estos servicios deben ser proporcionados por su PCP o por otro proveedor.

Algunos servicios pueden:

- Tener copagos.
- Tener límites de cobertura.
- Necesitar una indicación del médico.
- Necesitar aprobación previa.

**Es posible que algunos miembros de Medicaid no tengan todos los beneficios enumerados.*

Delaware Division of Social Services (DSS) determina los beneficios y servicios cubiertos que usted obtiene. Usted debe utilizar un proveedor de la red de Delaware First Health para obtener estos beneficios y servicios, a menos que suceda lo siguiente:

- Los servicios sean servicios de emergencia.
- Los servicios sean servicios de planificación familiar. Usted tiene la libertad de elegir cualquier proveedor de planificación familiar, incluidos aquellos que no pertenecen a la red de Delaware First Health (con la excepción de los miembros del Delaware Healthy Children Program).
 - Los miembros del Delaware Healthy Children Program deben utilizar un proveedor participante para los servicios de planificación familiar.
- Obtenga autorización previa (aprobación previa) para utilizar un proveedor que no está en la red de Delaware First Health.
- Está cubierto por una compañía de seguros primaria.

Elección del Proveedor

Como miembro de Delaware First Health, usted puede elegir a quién ver para sus necesidades de atención médica de nuestra red de proveedores. Si necesita ayuda para elegir a un proveedor de atención médica, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Delaware First Health proporciona los servicios de atención médica y beneficios que cubre su plan. Algunos servicios están cubiertos por el plan estatal Delaware Medicaid. Le pedimos que consulte la sección de *Beneficios del Estado* para obtener más información. Si necesita más información sobre cómo obtener estos servicios del Estado, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Algunos servicios no están cubiertos por el plan estatal Delaware Medicaid o por Delaware First Health. Consulte la sección *Beneficios sin Cobertura* para obtener más información. Para obtener una lista completa de servicios sin cobertura o para realizar preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Copagos

En algunas situaciones, los miembros deben compartir el costo del servicio prestado. Esto se llama **copago**. Es una cantidad fija que los miembros pagan cuando reciben un servicio. **Puede encontrar sus copagos en su tarjeta de identificación de miembro.**

Pago de Copagos y otros Pagos

- Usted debe hacer copagos directamente a los proveedores en el momento del servicio.



- Si usted no paga su copago, el proveedor y/o Delaware Medicaid podrán iniciar una acción legal para cobrarle el pago.
- Usted puede ser responsable de pagar por servicios sin cobertura si firma una autorización de pago de estos servicios antes de recibirlos. Tenga en cuenta que es probable que el costo de los servicios sin cobertura supere el copago de un servicio cubierto.

Exenciones

Los siguientes tipos de miembros siempre están exentos de copagos:

- Personas embarazadas.
- Personas que dieron a luz recientemente y están recibiendo servicios relacionados con el embarazo hasta 90 días después del parto.
- Miembros que obtienen cuidados para pacientes terminales.
- Niños (menores de 21 años).
- Al/AN (indígena americano/nativo de Alaska).
- Miembros de Chronic Renal Disease Program (CRDP).
- Grupo de centros de enfermería de atención a largo plazo o grupo de hospitales para enfermedades agudas.
- Servicios y suministros de planificación familiar.

Paquete de Beneficios DSHP

La siguiente es una lista de beneficios, servicios y limitaciones cubiertos para los miembros del Diamond State Health Plan (DSHP) y del Diamond State Health Plan Plus (DSHP Plus). Algunos servicios pueden requerir una autorización previa. Esta no es una lista completa de los servicios. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener información completa.

Tabla de Coberturas para Miembros de DSHP y DSHP Plus

Servicios	Cobertura y Limitaciones
Servicios de Salud Conductual	
Servicios de salud conductual para pacientes internados	Cubierto para miembros mayores de 18 años. Los servicios de salud conductual para pacientes internados para miembros menores de 18 años son proporcionados por el Delaware Department of Services for Children, Youth, and Families (DSCYF).
Tratamiento asistido por medicamentos (incluidos los servicios de adicción para pacientes ambulatorios y los servicios de adicción en el domicilio)	Cubierto para miembros mayores de 18 años. Los servicios de adicción en el domicilio para miembros menores de los 18 años son proporcionados por el DSCYF. Para los miembros que participan en el programa PROMISE (Promoting Optimal Mental Health for Individuals through Supports and Empowerment), estos servicios los cubre el Estado.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Servicios de Salud Conductual	
Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias (SUD)	Cubierto para miembros mayores de 18 años. 30 unidades del beneficio de salud conductual ambulatorio para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por el DSCYF). Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios, excepto la desintoxicación intensiva administrada, son responsabilidad del Estado.
Servicios licenciados de profesionales de la salud conductual (incluidos psicólogos licenciados, trabajadores sociales clínicos, consejeros profesionales y terapeutas de matrimonio y familia)	30 unidades del beneficio de salud conductual ambulatorio para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por el DSCYF). Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios los cubre el Estado.
Servicios conductuales para tratar el trastorno del espectro autista (ASD) de acuerdo con los Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos EPSDT	Cubierto para miembros menores de 21 años.
Servicios de respuesta ante la crisis y de salud mental subaguda	Cubierto.
Servicios de médicos	La supervisión del médico y la terapia directa se consideran parte de los siguientes servicios de PROMISE cubiertos por el Estado para los miembros participantes: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento asertivo comunitario. • Servicios de administración de casos intensivos. • Supervisión de servicios de hogar grupal.
Servicios Dentales	
Servicios dentales para adultos mayores de 21 años	Cubiertos con límites. Vea más detalles en la sección de Beneficios Dentales
Barniz de fluoruro	Aplicación tópica del barniz de fluoruro una vez en seis meses cuando se completa el mismo día de un control del niño sano para un miembro entre las edades de seis meses y 5 años.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Equipo Médico Duradero	
Equipos y suministros médicos	Cubierto.
Equipos y suministros para la diabetes	Cubierto.
Audífonos	Cubierto para miembros de 0 a 20 años.
Aparatos ortopédicos y prótesis	Cubierto.
Atención de Emergencia	
Ambulancia	Cubierto solo para servicios de emergencia.
Sala de emergencias independiente	Cubierto.
Sala de emergencias en un hospital	Cubierto.
Servicios de Exámenes de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)	
Servicios EPSDT, incluidos exámenes médicos preventivos periódicos y servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios	Cubierto para miembros menores de 21 años.
EPSDT: Servicios de rehabilitación, incluido el apoyo y tratamiento psiquiátrico en la comunidad (CPST), rehabilitación psicosocial (PSR), intervención en una crisis y servicios de apoyo entre familiares	Cubierto para miembros menores de 21 años. 30 unidades del beneficio de salud conductual ambulatorio para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por el DSCYF), consulte el Apéndice 1.
Servicios de Salud y Visitas a Domicilio y de Centro de Enfermería	
<p>Servicios de salud a domicilio, que incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería intermitente o a tiempo parcial • Servicios de ayuda médica a domicilio • Suministros médicos, equipos y aparatos adecuados para su uso en el hogar • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y servicios de audiología 	Cubierto.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Servicios de Salud y Visitas a Domicilio y de Centro de Enfermería	
Servicios en centro de enfermería	Cubierto durante un máximo de 30 días corridos, luego, los servicios se cubren como parte del paquete de beneficios de LTSS de DSHP Plus.
Servicios de relevo (descanso) pediátrico	<p>Cubierto para miembros menores de 21 años con una condición de salud física o conductual. Los servicios de relevo pediátrico se proporcionan a corto plazo para permitir el alivio temporal de las obligaciones de cuidado del cuidador primario no remunerado del niño, el padre o madre, el tutor designado por el tribunal o el padre de crianza temporal.</p> <p>El período cubierto es por un total de 285 horas o 15 días al año. Los cuidados de relevo pueden ser especializados o no especializados y prestarse a domicilio o fuera de él (por ejemplo, en un centro). El relevo de emergencia está limitado a un máximo de seis episodios de 72 horas al año.</p>
Enfermería privada	Cubierto.
Servicios de salud a domicilio	Cubierto.
Cuidado Autodirigido para Niños	Cubierto para miembros menores de 21 años que tienen una condición médica crónica, una discapacidad intelectual/ de desarrollo, o una condición de salud conductual que da como resultado la necesidad de asistencia en las actividades cotidianas propias de la edad.
Apoyo para el Cuidado Autodirigido para Niños	Cubierto para los miembros aprobados con el fin de recibir cuidado autodirigido para niños.
Centro de cuidado para pacientes terminales	
Servicios de cuidados para pacientes terminales	Cubierto.
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	
Alojamiento y comidas	Cubierto.
Servicios médicos para pacientes internados	Cubierto.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	
Suministros para pacientes internados	Cubierto.
Trasplantes de órganos y tejidos	Cubierto.
Servicios de Laboratorio y Radiología	
Mamografía	Cubierto.
Servicios de detección y diagnóstico de radiología de rutina	Cubierto.
Pruebas del estudio del sueño	Cubierto.
Servicios de Maternidad	
Servicios de doula	Con cobertura para miembros elegibles.
Servicios en un centro de nacimiento independiente	Cubierto.
Servicios de una partera autorizada	Cubierto.
Apoyo nutricional posparto	Con cobertura para miembros elegibles.
Coseguro de Medicare	
Deducible/coseguro de Medicare y el resto hasta el monto permitido de Medicaid.	Cubierto.
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	
Abortos	Las regulaciones federales permiten la cobertura siempre y cuando el embarazo sea el resultado de una violación o incesto, o si la persona sufre una condición física que pone en peligro la vida causada por el propio embarazo o que surja de él.
Centro de cirugía ambulatoria	Cubierto.
Servicios clínicos	Cubierto.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	
Diálisis	Cubierto.
Laboratorio de diagnóstico y radiología para pacientes ambulatorios	Cubierto.
Servicios de Terapia para Pacientes Ambulatorios	
Terapia ocupacional	Cubierto.
Fisioterapia	Cubierto.
Patologías del habla y del lenguaje	Cubierto.
Recetas	
Medicamentos recetados, incluidos los medicamentos administrados por el médico	Cubierto.
Servicios Preventivos	
Servicios preventivos	Cubierto.
Controles de rutina	Cubierto.
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	Cubierto para niños menores de 21 años.
Inmunizaciones	Cubierto.
Proveedor de cuidado primario	Cubierto.
Examen de audición de rutina	Cubierto en virtud de los EPSDT para niños menores de 21 años.
Visita al consultorio	Cubierto.
Servicios Profesionales de Consultorio	
Pruebas de detección de alergias	Cubierto.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Servicios Profesionales de Consultorio	
Servicios de centro de maternidad (independiente)	Cubierto.
Servicios de una enfermera partera certificada	Cubierto.
Quiropráctico	Cubierto.
Dispositivos anticonceptivos	Cubierto.
Servicios presenciales de asesoramiento para dejar de fumar	Cubierto.
Servicios de planificación familiar y servicios en relación con la planificación familiar	Cubierto.
Centros de Salud Habilitados Federalmente (FQHC)	Cubierto.
Pruebas de laboratorio	Cubierto.
Servicios de asesoramiento por lactancia	Cubierto.
Partera licenciada	Cubierto.
Visita al consultorio	Cubierto.
Optometrista	Cubierto.
Servicios de enfermería profesional pediátrica o familiar	Cubierto.
Podología	Cubierto.
Costo rutinario del paciente en ensayos clínicos calificados	Cubierto.
Visita al consultorio del especialista	Cubierto.
Servicios de asesoramiento para dejar de fumar	Cubierto.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Servicios de la Visión	
Examen ocular de rutina	Una vez cada 12 meses para miembros menores de 21 años.
Anteojos o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses para miembros menores de 21 años.
Reparaciones	Cubierto para miembros menores de 21 años.

Beneficios de la visión

Miembros de 20 años o menos: Los beneficios de EyeCare están disponibles para miembros menores de 21 años como beneficio estándar. Este beneficio incluye un examen ocular de rutina cada 12 meses y cobertura para anteojos o lentes de contacto cada 12 meses. Llame al oftalmólogo de su hijo para programar un examen ocular de rutina.

Miembros de 21 años o mayores: Los beneficios de EyeCare son un servicio de valor agregado para miembros de 21 años o mayores. Esto incluye un examen ocular rutinario cada 12 meses y cobertura para marcos, lentes y actualizaciones de lentes o lentes de contacto (incluido el ajuste) hasta \$160 al año. Si quiere obtener más información, llame a Servicios para Miembros, al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Beneficios dentales

Miembros de 20 años o menores: Los servicios dentales están disponibles para los miembros de Delaware Medicaid menores de 21 años a través del programa Delaware Medicaid FFS. Estos servicios no son parte de los proporcionados por Delaware First Health. Para realizar preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al Delaware Medicaid Customer Relations al **1-866-843-7212** o al **1-302-571-4900**.

Miembros de 21 años o mayores:

Beneficio dental estándar: Efectivo el 1 de octubre de 2020; los servicios dentales están disponibles para los miembros de Delaware Medicaid de 21 años o mayores. Esto incluye \$1,000 de cobertura por año para servicios dentales, tales como limpiezas, radiografías, empastes para caries y mucho más. Cada visita tiene un copago de \$3. Para obtener más información, visite **DelawareFirstHealth.com**.

Beneficio dental de emergencia: Los miembros de Delaware Medicaid mayores de 21 años también están inscritos en un beneficio dental de emergencia. Una vez que hayan agotado su beneficio estándar de \$1,000, pueden tener acceso a una cobertura de hasta \$1,500 por año para trabajos dentales que cumplan con los criterios de beneficios extendidos. Si quiere obtener más información, llame a Servicios para Miembros, al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). La extracción de las muelas de juicio con impacto óseo está cubierta por su beneficio médico.

Coordinación de la Atención

Si tiene necesidades sanitarias complejas, le resulta difícil desenvolverse en el sistema de salud o le gustaría recibir ayuda para encontrar recursos comunitarios, el Departamento de Coordinación de la Atención puede ayudarlo.

Los Coordinadores de Cuidados son enfermeras y trabajadores sociales que pueden asistirlo en muchas necesidades de salud y relacionadas con la asistencia sanitaria. Los Coordinadores de Cuidados pueden hablar con usted por teléfono o reunirse en persona para ayudarlo a obtener la atención médica, de salud conductual y por consumo de sustancias que necesita. Elaborarán un plan de cuidados con usted y trabajarán con su equipo asistencial para ayudarlo a alcanzar los objetivos del plan de cuidados.



Puede comunicarse con el equipo de Coordinación de la Atención si llama al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Un representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a responder cualquier pregunta y escuchar cualquier preocupación que pueda tener. Si necesita hablar con un Coordinador de Cuidados, él puede comunicarlo con alguien que lo pueda ayudar. El equipo de Coordinación de la Atención está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Tiene la opción de recibir servicios de un Coordinador de Cuidados y puede dejar de recibir los servicios en cualquier momento.

Su Coordinador de Cuidados puede ayudarlo a:

- Obtener información sobre su afección y medicamentos.
- Obtener un equipo médico duradero.
- Encontrar programas en su comunidad, tales como programas de nutrición y pérdida de peso.
- Acceder a recursos comunitarios como bancos de alimentos u otros programas que lo ayuden a satisfacer sus necesidades.
- Alcanzar sus objetivos relacionados con la atención médica.

Si sufre una hospitalización, puede ser difícil recordar todo lo que tiene que hacer. Para ayudarlo después de una hospitalización, la Coordinación de la Atención puede realizar lo siguiente:

- Llamarlo después del alta para asegurarse de que tiene todo lo que necesita.
- Ayudarlo a revisar las instrucciones de alta.
- Recordarle que pregunte sobre cualquier medicación que deba tomar.
- Recordarle que solicite una cita de seguimiento con su proveedor de atención médica.

Además, puede llamar también a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería fuera del horario laboral al **1-877-236-1341** (TTY **711**).

Paquete de Beneficios de DSHP Plus LTSS

Beneficios de DSHP Plus Long-Term Services and Support (LTSS)

Además de los beneficios mencionados anteriormente para los miembros de DSHP y DSHP Plus, los miembros de DSHP Plus obtienen los siguientes beneficios **si se determina que son médicamente necesarios**. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener más información.

Tabla de Coberturas para Miembros de DSHP Plus LTSS

Servicios	Cobertura y Limitaciones
Servicios diurnos para adultos	Cubierto.*
Servicios de cuidado de un asistente	Cubierto.*
Servicios cognitivos	Cubierto.* Se limita a 20 visitas por año.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Alternativas residenciales en la comunidad que incluyen centros de residencia asistida	Cubierto.
Servicios diarios de recuperación de las habilidades	Cubierto.*
Comidas entregadas a domicilio	Cubierto.* Límite de dos comidas por día.
Servicio independiente de actividades cotidianas (tareas)	Cubierto.*
Pequeñas modificaciones en el hogar (MHM)	<p>Cubierto.* Limitado a hasta \$6,000 por proyecto, \$10,000 por año de beneficios y \$20,000 por vida.</p> <p>Todos los servicios MHM deben brindarse de conformidad con los códigos para vehículos con motor vigentes en el Estado.</p> <p>Exclusiones: Se excluyen los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de salvaescaleras o ascensores • Adaptaciones que se consideran mejoras de la residencia o que son de utilidad general y no suponen un beneficio médico o curativo directo para el miembro, como la instalación, reparación o sustitución del tejado, techo, paredes o la alfombra u otro tipo de suelo; la instalación, reparación o sustitución de unidades o sistemas de calefacción o refrigeración; la instalación o compra de purificadores o humidificadores de aire o agua y la instalación o reparación de caminos de entrada, aceras, cercados, terrazas y patios. • Adaptaciones que aumentan la superficie total de la vivienda.
Servicios en centro de enfermería	Cubierto.
Apoyos nutricionales	Cubierto* para miembros con VIH/SIDA.



Servicios	Cobertura y Limitaciones
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Cubierto.*
Cuidados de relevo, tanto en el hogar como en centros de enfermería y de vida asistida	Cubierto.* Limitado a no más de 14 días corridos al año.
Equipos y suministros médicos especializados (sin cobertura del Plan Estatal de Medicaid)	Cubierto.
Apoyo para los servicios comunitarios y en el hogar (HCBS) autodirigidos	Cubierto.
Servicios de transición para aquellos que se mudan de un centro de enfermería a la comunidad	Cubierto, hasta \$2,500 por transición. Es posible que haya beneficios adicionales en virtud de los beneficios de valor agregado de Delaware First Health (ver abajo).

* Estos servicios no están disponibles para los miembros en centros de vida asistida y de enfermería.

A los miembros que reciben servicios LTSS se les asigna un administrados de casos.

Sistema de Apoyo a los Miembros de LTSS

Administración de Casos

Los administradores de casos son profesionales de la salud que actúan como defensores para apoyar, guiar y coordinar la atención para usted, su familia y sus cuidadores. Los administradores de casos coordinan toda su salud física y conductual con los servicios y apoyos a largo plazo.

Servicios de Administración de Casos

Si usted vive en un entorno comunitario, el administrador del caso se comunicará con usted por teléfono y se reunirá en persona para entender sus necesidades y desarrollar un plan de cuidados para cumplir sus objetivos. Su plan de cuidados incluirá todos los servicios que necesite, incluida la ayuda con las necesidades sociales relacionadas con la salud, tales como alimentos, transporte y vivienda.

Si usted vive en un centro de enfermería, el administrador del caso se reunirá con usted en persona por lo menos cada 180 días corridos para debatir sobre sus objetivos. El administrador del caso trabajará con usted y el centro de convalecencia para asegurarse de que todas sus necesidades estén cubiertas. El administrador del caso también le preguntará acerca de su interés y capacidad para mudarse a la comunidad y le hablará acerca de los servicios disponibles para ayudarlo con la mudanza.

El administrador del caso puede ayudarlo a hacer lo siguiente:

- Entender sus beneficios y responder preguntas.
- Obtener la atención y los servicios médicos que necesita.
- Lograr los objetivos que son importantes para usted.
- Obtener información sobre su afección y medicamentos.
- Coordinar su salud física, conductual y sus necesidades de LTSS.



- Organizar y coordinar los servicios.
- Solucionar los inconvenientes para acceder a los servicios necesarios.
- Actualizar su plan de cuidados cuando cambien sus necesidades.

Cómo Comunicarse con el Administrador del Caso

Puede llamar a su administrador del caso al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Los administradores de casos están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. fuera del horario laboral y los días festivos, para obtener más ayuda, las llamadas serán atendidas por la Línea de Asesoramiento de Enfermería.

Cómo Solicitar un Nuevo Administrador de Casos

Se le asignará un administrador de casos y le indicaremos cómo comunicarse por teléfono y por escrito. Si no está satisfecho con el administrador del caso, puede solicitar uno nuevo si llama al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Servicios Comunitarios y en el Hogar Autodirigidos (HCBS)

Los miembros de DSHP Plus LTSS pueden optar por autodirigir sus servicios de cuidado, tareas o relevo.

La atención Autodirigida le da la posibilidad de elegir a sus cuidadores personales y desarrollar un plan de asistencia personalizado para satisfacer sus necesidades. Puede elegir y contratar a personas que se adapten a sus necesidades y controlar la calidad de sus servicios.

El HCBS Autodirigido es opcional y usted puede elegir participar o retirarse del HCBS Autodirigido en cualquier momento.

Si elige la atención Autodirigida, tendrá autoridad para tomar decisiones sobre los empleados Autodirigidos. Estos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Contratación de empleados Autodirigidos.
- Selección de empleados Autodirigidos.
- Contratación de empleados Autodirigidos.
- Verificación de las calificaciones de los empleados Autodirigidos.
- Obtención de la verificación de antecedentes penales de empleados Autodirigidos.
- Inclusión de cualquier calificación especial basada en sus necesidades y preferencias.
- Evaluación del rendimiento de los empleados Autodirigidos.
- Requisitos de la Visita de Verificación Electrónica (EVV), incluida la verificación del tiempo trabajado y la aprobación de las hojas de asistencia.
- Baja de empleados Autodirigidos.

Apoyaremos su elección de HCBS Autodirigido, para ello, lo ayudaremos a seleccionar una entidad que lo ayude con este proceso. Hay una gran variedad de agencias disponibles para ayudar con el proceso de incorporación de sus empleados. Si desea ayuda para administrar a sus empleados, puede elegir a un representante de su confianza para que administre las tareas por usted. Hable con su administrador del caso para obtener más información sobre los HCBS Autodirigidos.



Servicios Comunitarios y en el Hogar

Los servicios comunitarios y en el hogar pueden ayudarlo a vivir en su casa o en otro entorno comunitario, como un centro de residencia asistida. Los servicios comunitarios y en el hogar incluyen asistencia, tareas domésticas, servicios de relevo y otros servicios que lo ayudarán a satisfacer sus necesidades cotidianas y lo mantendrán seguro. Su administrador de casos lo ayudará a recibir los servicios que necesita.

Servicios en Centro de Enfermería

Los servicios en un centro de enfermería incluyen cuidados de enfermería especializados y servicios relacionados, rehabilitación y cuidados a largo plazo relacionados con la salud. La atención especializada y/o rehabilitación a corto plazo se da cuando el plan consiste en que vuelva a su hogar. La solicitud de autorización previa debe presentarla el PCP, especialista u hospital. La autorización previa debe aprobarse antes de la admisión.

Los cuidados básicos a largo plazo en un centro de enfermería son un beneficio cubierto cuando no tiene necesidades de enfermería especializada, pero necesita ayuda con las actividades cotidianas.

Transición al Centro de Enfermería (NFT)

Delaware First Health desea que usted reciba la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar que prefiera. Si puede y quiere pasar de un centro a un entorno comunitario, el administrador del caso le informará sobre el programa NFT. El Programa NFT está disponible para ayudarlo a trasladarse desde un centro de cuidado a largo plazo que reúna los requisitos (centro de convalecencia, centro de cuidados intermedios para discapacidades del desarrollo u hospital estatal) a una residencia que reúna los requisitos en la comunidad. Puede recibir servicios comunitarios y en el hogar para ayudarlo. Su elección es importante para asegurarse de que la transición sea un éxito.

El administrador de casos trabajará con usted para completar las evaluaciones y asegurarse de que el lugar que elija para vivir cubra sus necesidades y le proporcione acceso a su comunidad. Usted puede obtener ayuda con los costos de la transición, hasta \$5,000. Este dinero se puede utilizar para las cuotas de solicitud de vivienda, depósitos de seguridad y/o asegurarse de que su casa está equipada con las necesidades básicas. Estos artículos pueden ser muebles, utensilios de cocina, objetos personales y otras necesidades que le permitan estar cómodo y seguro. El administrador de casos trabajará con usted y con las personas que lo ayudan para que todo esté listo antes de la mudanza. Esto puede incluir modificaciones menores en el hogar, servicios, proveedores, medicamentos y más.

Para conocer más sobre los servicios de transición desde un centro de enfermería, hable con su administrador de casos o llame a Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Responsabilidad de Pago del Paciente

Es posible que tenga que pagar parte de los gastos de sus cuidados en un centro de convalecencia o residencia asistida. Esto se denomina “responsabilidad de pago del paciente”. Es posible que el centro no le permita vivir allí si usted se niega a pagar. La cantidad que usted paga depende de sus ingresos. Hable con el administrador de casos si tiene preguntas o inquietudes.

Interrupciones del Servicio

La interrupción del servicio se produce cuando usted no recibe un servicio para el que está autorizado. Comuníquese con el administrador de casos si se produce una interrupción en los servicios aprobados. Esto



puede incluir cuando un proveedor no se presenta a trabajar. Es importante que trabaje con su administrador de casos para disponer de un buen plan de emergencia y de refuerzo en caso de interrupciones del servicio.

Verificación Electrónica de la Visita

Algunos servicios (como los cuidados de asistencia prestados a través de agencias o mediante la opción autodirigida, los servicios de relevo a domicilio y los servicios de tareas domésticas) están sujetos a la verificación electrónica de visitas (EVV). La EVV es un sistema con base en la web que verifica cuándo se producen las visitas de los proveedores y documenta la hora exacta en que comienzan y terminan los servicios. Garantiza que usted reciba los servicios aprobados. La EVV no afecta a la cantidad, el alcance y la duración de los servicios, ni a su elección de proveedor.

La EVV obtiene información detallada sobre las visitas a domicilio y los servicios prestados por los cuidadores a través de la opción HCBS Autodirigida. Su función es asegurarse de que los empleados estén presentes en el horario de entrada y salida en el sistema EVV y de que usted esté recibiendo los servicios aprobados. Comuníquese con el administrador de casos si tiene alguna pregunta o inquietud.

Long-Term Care Ombudsman Program

El Long-Term Care Ombudsman Program lo proporciona el Delaware Department of Health and Social Services (DHSS).

Ombudsman aboga por los residentes que viven en centros de atención a largo plazo, así como por aquellos que viven en otros entornos (como sus propios hogares) y obtienen servicios comunitarios y en el hogar. El programa Ombudsman investiga y resuelve los reclamos en nombre de estas personas. Los residentes, los miembros de la familia u otras partes interesadas pueden hacer los reclamos.

Se puede contactar con el Long-Term Care Ombudsman Program si llama al **1-855-773-1002** (TTY: **1-302-391-3505**) o si envía un correo electrónico a **DHSS_OSEC_Ombudsman@delaware.gov**.

Beneficios de Valor Agregado para DSHP y DSHP Plus

Como miembro de Delaware First Health, usted puede obtener servicios adicionales además de sus beneficios regulares. Estos se denominan beneficios de valor agregado.

Servicio	Descripción
Programa de venta libre (OTC)	\$120 por hogar por año (\$30 por trimestre) para gastar en artículos de OTC seleccionados, como pañales, productos para el período (como toallas femeninas y tampones) y mucho más. No se necesita receta.
Servicios de tutoría	Hasta \$200 por año en tutoría para los miembros en los grados K-12 en riesgo de quedarse atrás en una o más materias.
Servicios de GED	Los miembros mayores de 16 años que no estén matriculados actualmente en la escuela pueden obtener hasta \$200 en servicios seleccionados de pruebas GED y de tutoría.



Servicio	Descripción
Entrega de comida a domicilio después del alta hospitalaria	Entrega de comida después del alta hospitalaria a los miembros con alto riesgo de reingresos. Los miembros elegibles pueden recibir tres comidas al día durante siete días después de haber sido dados de alta del hospital u otro centro para pacientes internados.
Connections Plus®	Teléfono celular gratuito para los miembros con necesidades especiales que participen en la Coordinación de Atención o la Administración de Casos y que reúnan los requisitos necesarios.
Programa y aplicación de apoyo ante el aislamiento social	Programa Pyx de apoyo ante el aislamiento social para miembros a partir de los 18 años. Pyx puede llamar a los miembros de a partir de 18 años para invitarlos a unirse al programa.
Aplicación de apoyo para la salud conductual	Acceso a una aplicación móvil para ayudar a gestionar el estrés, la ansiedad, el dolor crónico y mucho más. La aplicación móvil proporciona aprendizaje en línea personalizado para abordar las condición de salud conductual más comunes.
Servicios de la visión para adultos	Cada dos años, los miembros mayores de 21 años son elegibles para un examen ocular completo con refracción y un subsidio para artículos para la visión de hasta \$160.
Transporte sanitario integral	Transporte a los beneficios de valor agregado (Weight Watchers, pruebas GED, etc.), así como transporte a los servicios adicionales relacionados con la salud, tales como reuniones de apoyo para la recuperación de trastornos por consumo de sustancias SUD, dispensa de alimentos y entrevistas de trabajo.
Programas de Bienestar Comunitarios	<p>Hasta \$250/año para programas que apoyan objetivos de bienestar específicos de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRÓXIMAMENTE. Niños (menores de 18 años): Conexiones sociales y actividades saludables mediante campamentos de verano u otros programas. • Adultos con IMC 25+: Weight Watchers • PRÓXIMAMENTE. Personas mayores: Miembros del centro para personas mayores y programas y servicios adicionales. <p>Visite DelawareFirstHealth.com para obtener actualizaciones sobre este beneficio.</p>



Servicio	Descripción
PRÓXIMAMENTE: Programa para la prevención de la diabetes	Programa de cambio de estilo de vida sobre alimentación sana y actividad física para miembros con diagnóstico de prediabetes que cumplan los requisitos. Visite DelawareFirstHealth.com para obtener actualizaciones sobre este beneficio.
Intervenciones en el hogar para el asma	Apoyo para el asma en el hogar. Esto incluye \$250 por año para necesidades no clínicas, en el hogar, tales como eliminación de moho, limpieza de alfombras, ropa de cama hipoalergénica, productos de limpieza de bajo VOC, purificadores de aire y control de plagas para los miembros que califican en Coordinación de Atención o Administración de Casos.
Subsidio de transición de vivienda	Hasta \$2,500 por miembro de por vida para ayudar a establecer una vivienda estable. Para los miembros a partir de los 18 años de edad que reciben servicios de Administración de Casos o Coordinación de Atención y que se encuentran sin hogar, en transición de un hogar de acogida a una vida independiente o en transición de un centro a la comunidad o a una vida independiente. Este servicio se suma a la prestación estándar de \$2,500 por transición ofrecida a los miembros de LTSS.
Visita odontológica en el consultorio para miembros adultos con I/DD — Solo para miembros LTSS	Visitas odontológicas en el consultorio para miembros a partir de los 21 años cuando este comience a ir a un nuevo dentista. La visita odontológica en el consultorio es una oportunidad para que el miembro se reúna con el equipo dental, exprese sus preferencias y preocupaciones y entienda lo que sucede en una visita odontológica antes de que se realice cualquier examen o tratamiento.

Programa de recompensas My Health Pays®

Con el programa de recompensas My Health Pays®, puede obtener recompensas cuando realiza actividades saludables, como ir a su visita anual de bienestar, vacunarse contra la gripe, visitar a su dentista y mucho más. Una vez que complete su primera actividad saludable que cumpla con los requisitos, obtendrá su tarjeta Visa prepagada* de My Health Pays® de parte de Delaware First Health. Las recompensas se añadirán a su tarjeta cada vez que complete una actividad válida.

*Esta tarjeta es emitida por The Bancorp Bank, Member FDIC, de acuerdo con una licencia de la Visa U.S.A. Inc. La tarjeta no se puede utilizar en todos los lugares donde se acepten tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo del Titular de la Tarjeta para ver las instrucciones de uso completas.



Recompensas de My Health Pays 2024:

Actividad	Recompensa	Frecuencia de Recompensa
Registrarse a través del portal para miembros.	\$10	Recompensa única.
Confirmación al PCP dentro de los 30 días de la inscripción.	\$15	Recompensa única.
Completar la Evaluación de Riesgos de Salud (HRA).	\$20	Recompensa única.
Completar la Notificación de Embarazo (NOP).	\$20	Una por embarazo.
Ir a su visita prenatal en su primer trimestre o dentro de 42 días de inscripción en Delaware First Health.	\$50	Una por embarazo.
Completar su tercera visita prenatal.	\$20	Una por embarazo.
Completar su sexta visita prenatal.	\$20	Una por embarazo.
Asistir a su chequeo posparto.	\$40	Una por embarazo.
Asistir a las visitas de control de los niños de 0 a 15 meses.	\$100	Recompensa única. Se requieren seis visitas o solicitudes para recibir una recompensa.
Obtener una prueba de detección de plomo a los 12 meses.	\$25	Recompensa única.
Obtener una prueba de detección de plomo a los 24 meses.	\$25	Recompensa única.
Asistir a la visita de niño sano, para niños de 2 a 18.	\$20	Una vez al año.
Asistir a una visita de adulto sano a partir de 18 años.	\$15	Una vez al año.
Vacunarse contra la gripe, a partir de los 6 meses.	\$15	Una vez al año.



Actividad	Recompensa	Frecuencia de Recompensa
Ir a la visita odontológica anual para adultos.	\$20	Una vez al año.
Completar la prueba de diabetes HbA1c, para personas de 18 a 75 años.	\$20	Una vez al año.
Completar la detección del cáncer de mama, para personas de 40 a 74 años.	\$15	Una vez al año.
Completar la detección del cáncer de cuello uterino, para personas de 21 a 64 años.	\$15	Recompensa única.
Completar la detección del cáncer colorrectal, para personas de 50 a 75 años.	\$15	Recompensa única.
Obtener su primer medicamento para dejar de fumar.	\$20	Una vez al año.
Acudir a la visita de seguimiento de hospitalización de salud conductual.	\$20	Una vez al año.
Ir a la visita de seguimiento de la residencia por trastornos por consumo de sustancias.	\$20	Una vez al año.

Beneficios del Estado

El Plan Estatal Delaware Medicaid proporciona servicios de atención médica y beneficios que no están cubiertos por los beneficios de DSHP o DSHP Plus.

Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Servicios dentales para niños menores de 21.
- Atención Prolongada Pediátrica Prescrita (PPEC).
- Transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT).
- Servicios especializados para residentes de centros de enfermería.
- Servicios adicionales de salud conductual para niños menores de 18 años.



Servicio	Definición/Limitación
Servicios dentales para niños	Delaware First Health no es responsable de los servicios dentales para miembros menores de los 21 años. Esto lo cubre el Estado.
Atención Prolongada Pediátrica Prescrita (PPEC)	<p>La PPEC es un paquete que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería. • Evaluación nutricional. • Evaluación del desarrollo. • Terapia del habla. • Fisioterapia. • Servicios de terapia ocupacional. <p>Estos servicios se proporcionan en un entorno ambulatorio, según lo indique un médico responsable. Esto lo cubre el Estado.</p>
Transporte médico no urgente (NEMT)	El transporte médico sin carácter de emergencia está disponible para todos los miembros de DSHP, DSHP Plus y DHCP. Esto lo cubre el Estado.
Servicios especializados para residentes de centros de enfermería no incluidos en los servicios cubiertos	El Estado proporcionará servicios especializados según lo determine necesario el mismo como parte del proceso de PASRR Nivel II que no están incluidos en el paquete de beneficios de DSHP o DSHP Plus LTSS.
Servicios de empleo y apoyo proporcionados a través de Pathways	<p>Servicios disponibles para los miembros que participan en Pathways con el fin de complementar los servicios cubiertos proporcionados por Delaware First Health. El Estado cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración y evaluación de la carrera profesional. • Apoyos para la colocación laboral. • Empleo asistido (individual). • Empleo asistido (grupo pequeño). • Asesoramiento de beneficios. • Orientación financiera. • Transporte no médico. • Cuidado personal. • Orientación, movilidad y tecnología de asistencia.



Servicio	Definición/Limitación
Servicios de salud conductual adicionales	<p>Servicios de salud conductual para niños menores de 18 años:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de salud conductual proporcionados a los miembros menores de 18 años, además de los incluidos en el paquete de beneficios de DSHP, están cubiertos por el Estado. Esto incluye servicios para pacientes ambulatorios, además de los que se incluyen en el paquete de beneficios de DSHP, así como servicios de salud conductual residenciales y para pacientes internados. <p>Servicios de salud conductual para miembros a partir de los 18 años que participan en PROMISE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Como se proporciona en el paquete de beneficios de DSHP anterior, Delaware First Health ya no será responsable de los siguientes servicios cuando un miembro esté participando en PROMISE. Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios están cubiertos por el Estado:<ul style="list-style-type: none">– Servicios de trastornos por consumo de sustancias (SUD) que no sean desintoxicación intensiva administrada médicamente para pacientes internados.– Servicios autorizados para profesionales de la salud conductual.• Los siguientes servicios están cubiertos por el Estado y disponibles para los miembros que participan en PROMISE para complementar los servicios cubiertos proporcionados por Delaware First Health:<ul style="list-style-type: none">– Administración de cuidados.– Asesoramiento de beneficios.– Tratamiento y apoyo psiquiátrico comunitario.– Apoyos residenciales comunitarios, sin incluir vida asistida.– Servicios de transición a la comunidad.– Orientación financiera.– Actividades de la vida diaria (IADL)/tareas.– Servicios de apoyo personalizado al empleo.– Transporte no médico.– Servicios de enfermería adicionales.– Apoyos entre pares.– Cuidado personal.– Rehabilitación psicosocial (PSR).– Cuidado de relevo.– Empleo asistido a corto plazo para grupos pequeños.



Servicio	Definición/Limitación
<p>Servicios de exención a lo largo de la vida de Delaware Division of Developmental Disabilities (DDDS)</p>	<p>Los siguientes servicios están cubiertos por el Estado y disponibles para los miembros que participan en la exención a lo largo de la vida de DDDS como complemento para los servicios cubiertos proporcionados por Delaware First Health:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecnología de asistencia. • Consulta para salud conductual. • Participación comunitaria. • Transición a la comunidad. • Servicios diurnos de recuperación de las habilidades. • Adaptaciones de accesibilidad para el hogar o el vehículo. • Consulta a profesionales de enfermería. • Cuidado personal. • Servicios prevocacionales. • Servicios residenciales de la recuperación de las habilidades. • Cuidado de relevo. • Equipos y suministros médicos especializados adicionales. • Empleo asistido. • Vivienda asistida.

Autorización Previa

Delaware First Health debe aprobar algunos servicios antes de que puedan ser proporcionados. Esto se llama autorización previa. Si no se obtiene la autorización, se pueden rechazar las reclamaciones administrativas. Los proveedores de Delaware First Health no pueden facturar a un miembro ningún servicio que fue denegado administrativamente por Delaware First Health porque el proveedor no obtuvo autorización a tiempo. Su proveedor puede solicitar una autorización por fax, teléfono o por un portal web seguro con toda la información clínica necesaria.

Compruebe si es necesaria una autorización previa mediante nuestra herramienta en línea en **DelawareFirstHealth.com**. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Servicios que Requieren Autorización Previa

Algunos de los servicios que necesitan autorización previa son los siguientes:

- Atención hospitalaria para pacientes internados.
- Atención en un centro de enfermería especializada.
- Atención de la salud a domicilio.



- Servicios de recuperación de las habilidades.
- DME, aparatos ortopédicos y prótesis.
- Tomografía computarizada (CT), imagen de resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), cardiología nuclear, radiología nuclear, exploraciones de tomografía por emisión de positrones (PET).
- Pruebas de diagnóstico genético y molecular.
- Análisis cuantitativo de drogas.
- Dispositivos auditivos implantables.
- Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla.
- Trasplantes.
- Cirugía bariátrica.
- Ciertas cirugías ortopédicas, como la artroplastia y la cirugía de la columna.
- Procedimientos de control del dolor.
- Estudios del sueño basados en centros.
- Ingresos psiquiátricos para pacientes internados.
- Ingresos por consumo de sustancias químicas y otras sustancias.
- Hospitalización parcial por salud conductual.
- Programa intensivo de salud conductual para pacientes ambulatorios.
- Centros residenciales de tratamiento de salud conductual.
- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Estimulación magnética transcraneal (TMS).
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.
- Servicios recibidos a través de un proveedor fuera de la red (excepto para atención de emergencia, posestabilización y algunos servicios de planificación familiar).

Esta no es una lista completa. Utilice nuestra herramienta en línea en **DelawareFirstHealth.com** con el fin de ver si se necesita una autorización previa para un procedimiento específico. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Servicios sin Cobertura

Algunos servicios no están cubiertos por el plan estatal Delaware Medicaid o por Delaware First Health. Estos incluyen lo siguiente:

- Servicios que no son médicamente necesarios.
- Abortos, excepto en ciertas circunstancias.
- Tratamientos de infertilidad.
- Servicios cosméticos (a menos que el servicio sea médicamente necesario).
- Servicios fuera de Estados Unidos continentales.



- Esterilización de una persona mentalmente incapacitada o internada.
- Enfermeras y sanitarios de ciencias cristianas.

Si Recibe una Factura

Si usted recibe una factura que usted cree que no debe pagar, no la ignore. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) de inmediato. Podemos ayudarlo a comprender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable del pago, Delaware First Health se comunicará con el proveedor y lo ayudará a resolver el problema.

Delaware First Health quiere asegurarse de que usted pueda obtener la atención médica más actualizada. Tenemos un equipo que se encarga de los avances en medicina. Esto puede incluir nuevos medicamentos, pruebas, cirugías u otras opciones de tratamiento. El equipo comprueba que los nuevos tratamientos sean seguros. Le informaremos a usted y a su PCP acerca de los nuevos servicios cubiertos por sus beneficios.

Servicios de Salud Conductual

Delaware First Health cubre los siguientes servicios de salud conductual para nuestros miembros. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) si tiene preguntas.

Servicio	Cobertura/Limitaciones
<p>Servicios de salud conductual en régimen de hospitalización en un hospital general, en una unidad psiquiátrica de un hospital general, en un hospital psiquiátrico. Se incluyen las instituciones para enfermedades mentales para los miembros mayores de 65 años y menores de 21 que estén A) en un centro privado de tratamiento residencial (PRTF) para menores de 21 años B) en tratamiento SUD para que sean residentes de corta duración en una institución para enfermedades mentales (IMD).</p>	<p>Cubierto para miembros mayores de 18 años. Para los miembros menores de 18 años, los servicios de salud conductual para pacientes internados son proporcionados por el Delaware Department of Services for Children, Youth and Families (DSCYF).</p>
<p>Tratamiento asistido por medicamentos (MAT), incluidos los servicios para las adicciones ambulatorios y residenciales</p>	<p>Cubierto. Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios son responsabilidad del Estado y de los FFS pagados a través de DMES del Estado. Sin embargo, el contratista es responsable del pago de los medicamentos cubiertos para pacientes ambulatorios.</p>



Servicio	Cobertura/Limitaciones
Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD), incluidos los servicios para las adicciones ambulatorios y residenciales que incluyen todos los niveles de American Society of Addiction Medicine (ASAM), además de los servicios residenciales a miembros que están recibiendo tratamiento para SUD que son residentes a corto plazo en una IMD	Cubierto. Incluidos en el beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por DSCYF). Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios son responsabilidad del Estado y de los FFS pagados a través de DMES del Estado, excepto para la desintoxicación intensiva administrada médicamente a pacientes internados.
Visitas al consultorio	Cubierto. Incluidos en el beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por DSCYF). Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios son responsabilidad del Estado y de los FFS pagados a través de DMES del Estado.
Salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Cubierto. Incluidos en el beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por DSCYF). Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios son responsabilidad del Estado y de los FFS pagados a través de DMES del Estado.
Servicios conductuales para tratar el trastorno del espectro autista (ASD) de acuerdo con los EPSDT	Cubierto para miembros menores de 21 años.
Servicios de respuesta ante la crisis y de salud mental subaguda	Cubierto.

Si está experimentando molestias o problemas emocionales o mentales, llame o envíe un mensaje de texto a la línea para crisis adecuada, en cualquier momento, con el fin de hablar con alguien que escuchará y brindará ayuda. **Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911.**

Línea Nacional de Prevención del Suicidio: **988**

Línea para crisis por mensaje de texto: **Envíe un mensaje de texto con la palabra DE al número 741741.**

Línea Directa de Northern Delaware: **1-800-652-2929**

Línea Directa de Southern Delaware: **1-800-345-6785**

Apoyo a la Crisis Juvenil del Delaware Department of Services for Children, Youth, and Families (DSCYF) 24/7: **1-800-969-4357**

Línea para Crisis de BH de Delaware First Health: **1-877-236-1341**



SUS PROVEEDORES

La atención médica administrada funciona como una base para coordinar sus necesidades de atención médica.

- Delaware First Health tiene un contrato para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Delaware Medicaid. Nos asociamos con un grupo de proveedores de atención médica (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención médica a domicilio y otros centros de atención médica) que conforman nuestra red de proveedores.
- Cuando usted se une a Delaware First Health, nuestra red de proveedores está aquí para ofrecerle apoyo. La mayoría de las veces, su contacto principal será su PCP. Si necesita realizar alguna prueba, ver a un especialista o ir al hospital, su PCP puede ayudarlo a gestionarlo. Su PCP está disponible para usted de día y de noche. Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Si bien su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, puede acudir a ciertos proveedores para recibir algunos servicios sin consultar primero a su PCP.
- Puede visitar **DelawareFirstHealth.com** para encontrar el directorio de proveedores en línea o llamar a Servicios para Miembros, al **1-877-236-1341** (TTY: **711**), para hacer que le envíen una copia del directorio de proveedores por correo.

Cómo Buscar un Proveedor

Cómo Elegir su PCP

Cuando se convierte en miembro de Delaware First Health, debe elegir un PCP en un plazo de 30 días corridos. Si no elige un PCP, seleccionaremos uno para usted.

Miembros de DSHP: Si usted no eligió un PCP, le informaremos sobre su PCP asignado cuando obtenga su tarjeta de identificación de miembro de Delaware First Health. Este correo incluirá el nombre, la ubicación y el número de teléfono del consultorio de su PCP asignado. Puede seleccionar un PCP diferente si no le gusta el que elegimos para usted.

Miembros de DSHP Plus: Si usted no eligió un PCP, Delaware First Health le asignará uno. Puede seleccionar un PCP diferente si no le gusta el que elegimos para usted.

Si desea obtener más información sobre un PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Podemos decirle qué idioma habla el proveedor, si está en la red, dónde está ubicado y sus adaptaciones de accesibilidad a la ubicación.

Cómo Cambiar su PCP

Existen dos maneras de cambiar su PCP:

1. Utilice el portal seguro para miembros en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.
2. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener ayuda. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de Delaware First Health después de que elija un nuevo PCP.

Puede ver nuestro directorio de proveedores en **DelawareFirstHealth.com** o llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para hacer que le envíen una copia por correo.



Derecho a Elegir un Proveedor

Su PCP será su médico principal. Puede ayudarlo a coordinar todas sus necesidades de salud. Usted puede elegir cualquier PCP en nuestra red y puede cambiar de PCP en cualquier momento. Puede elegir al mismo PCP para toda su familia o tener uno diferente para cada miembro de la familia.

Su PCP puede ser:

- Médico de familia o general.
- Proveedor de medicina interna.
- Profesional de enfermería avanzado.
- Ginecólogo u obstetra (obstetricia/ginecología).
- Pediatra.
- Asistente médico (bajo la supervisión de un médico).
- Centros de salud habilitados federalmente (FQHC) y clínicas de salud rural (RHCS).
- Médico especialista (para miembros que requieren atención especializada para sus enfermedades agudas o crónicas, o para una enfermedad relacionada con una discapacidad).

Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico, un asistente médico o una enfermera practicante. Ellos proveen o coordinan directamente sus servicios de salud. Un PCP es el proveedor principal que usted verá para controles, problemas de salud, exámenes de salud y derivaciones a especialistas. Su PCP también coordinará la atención con sus otros proveedores de salud.

A la hora de elegir un PCP, es aconsejable buscar uno que:

- Usted haya visto antes.
- Comprenda sus antecedentes médicos.
- Acepte pacientes nuevos.
- Pueda atenderlo en su idioma.
- Sea fácil para llegar.

Puede encontrar a todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otras entidades asociadas con Delaware First Health en nuestro directorio de proveedores. Consulte nuestro directorio de proveedores en **DelawareFirstHealth.com** o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para hacer que le envíen una copia por correo.

Para buscar en el Directorio de Proveedores, visite [DelawareFirstHealth.com](https://www.delawarefirsthealth.com) y utilice la herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor). Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre la red del proveedor, esto incluye, por ejemplo:

- Nombre.
- Dirección.
- Números de teléfono.



- Si aceptan nuevos pacientes.
- Cualificaciones profesionales.
- Idiomas que habla.
- Sexo.
- Especialidad y estado de certificación de la junta.

Para obtener más información sobre la formación y residencia de un proveedor, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Si elige un proveedor nuevo como su PCP, llame para concertar una primera cita. Esto les dará a ambos la oportunidad de conocerse. Su PCP puede darle atención médica, consejos e información sobre su salud. Planee una consulta con su PCP dentro de los tres meses desde que se inscribió en nuestro plan.

Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro de Delaware First Health y su tarjeta de identificación de Delaware Medicaid a la cita. Si necesita ayuda para conseguir una cita con su PCP, llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Cómo prepararse para su primera visita a un proveedor nuevo:

- Solicite una transferencia de la historia clínica de su proveedor actual a su nuevo PCP.
- Prepárese para hablar sobre su salud en general, enfermedades graves anteriores, cirugías, etc.
- Haga una lista de los problemas que tiene ahora.
- Haga una lista de las preguntas que desee hacerle a su PCP.
- Lleve una lista de los medicamentos y suplementos que esté tomando. No se olvide de incluir las vitaminas y los medicamentos OTC.

Si necesita recibir atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicarle su inquietud. Su PCP le dará una cita antes para abordar esa inquietud médica en particular. De todas maneras, debe mantener su primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas.

Hospital

Delaware First Health cubre los servicios hospitalarios para pacientes internados. Si necesita ser admitido en un hospital y no es una emergencia, su PCP o especialista coordinará su traslado a un hospital de la red de Delaware First Health y seguirá su atención incluso si necesita otros médicos durante su estancia en el hospital. Delaware First Health debe aprobar todos los servicios.

Para averiguar si un hospital está en la red de Delaware First Health o si tiene alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). También puede ir al directorio de proveedores en **DelawareFirstHealth.com**. Si tiene una emergencia y lo internan en un hospital, usted o un miembro de su familia o amigo debe informar a su PCP lo antes posible, antes de las 24 horas después de haber ingresado al hospital.

Importante: Puede realizar una cantidad de visitas ilimitadas con su PCP. Esto no le representará ningún costo. Solicite una cita cuando se sienta enfermo. También debe hacerse un control de bienestar cada año.



Puede solicitar cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si desea cambiar de PCP, podemos ayudarlo a encontrar o elegir otro PCP en su área. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). También puede cambiar de PCP en nuestro portal seguro para miembros en **DelawareFirstHealth.com**.

Si no recibe la atención que necesita dentro de los límites de tiempo descritos en el manual, llame a Servicios para Miembros, al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Estándares de las Citas

Guía de citas	
Si llama para este tipo de servicio...	Su cita debe realizarse...
Cita de atención rutinaria (servicios como exámenes del niño sano, exámenes físicos rutinarios o vacunas)	Dentro de las tres semanas.
Servicios de Atención de Urgencia (erupción cutánea persistente, dolor inespecífico o dolor de garganta o tos intensos)	Dentro de los dos días corridos.
Atención de emergencia o de urgencia solicitada fuera del horario de atención habitual	Vaya a la sala de emergencias (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a una clínica de atención de urgencia durante el horario de atención.
Cuidado de Maternidad	
Primera visita prenatal (primer trimestre)	Dentro de las tres semanas.
Primera visita prenatal (segundo trimestre)	Dentro de los siete días corridos.
Primera visita prenatal (tercer trimestre o embarazo de alto riesgo)	Dentro de los tres días corridos.
Salud Conductual	
Servicios de rutina	Dentro de los siete días corridos siguientes a la solicitud con un clínico que no lo expida para una evaluación inicial. Servicios ambulatorios que no sean de emergencia dentro de las tres semanas siguientes a la solicitud para prescribir servicios clínicos.
Servicios de atención de urgencia	En un plazo de 24 horas.



Guía de citas	
Si llama para este tipo de servicio...	Su cita debe realizarse...
Salud Conductual	
Servicios de emergencia (servicios para tratar una condición que pone en riesgo la vida)	Vaya a la sala de emergencias (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a una clínica de atención de urgencia durante el horario de atención.
Servicios de atención móviles para situaciones de crisis	En un plazo de 30 minutos.
Trastornos por Consumo de Sustancias	
Servicios de rutina	Dentro de los siete días corridos.
Servicio de atención de urgencia	En un plazo de 24 horas.
Servicios de emergencia (servicios para tratar una condición que pone en riesgo la vida)	Vaya a la sala de emergencias (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a una clínica de atención de urgencia durante el horario de atención.

Cómo Obtener una Segunda Opinión

Los miembros tienen derecho a pedir una segunda opinión sobre un diagnóstico, procedimiento o tratamiento sin costo alguno. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o de un proveedor que no sea de la red si no hay un proveedor de red disponible. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** o TTY **711** si necesita ayuda para encontrar otro proveedor y así obtener una segunda opinión.

Cómo Recibir Atención Fuera de la Red

Puede haber ocasiones en las que necesite obtener servicios fuera de nuestra red. Si Delaware First Health no tiene un proveedor que pueda tratar su condición cubierta o brindarle un servicio cubierto, puede pedir ver a un proveedor que no esté en la red de Delaware First Health. Usted debe hablar con su PCP sobre esto. Se requiere autorización previa para los proveedores que están fuera de la red.



ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA

Atención de emergencia son los servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios necesarios para evitar la muerte o daños graves de la salud.

Atención de Urgencia es cuando tiene una lesión o una enfermedad que no es una emergencia, pero que, de igual forma, requiere atención en el plazo de un día o dos.

¿Qué es una Emergencia?

Condición Médica de Emergencia

Una condición médica de emergencia es cuando podría morir o lesionarse de forma permanente si no recibe atención inmediata. Algunos ejemplos de una emergencia son los siguientes:

- Un ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho.
- Sangrado que no se detiene o una quemadura grave.
- Fracturas.
- Dificultad para respirar, convulsiones o desmayos.
- Cuando siente que usted u otras personas podrían resultar lastimadas.
- Si está embarazada y presenta dolor, sangrado, fiebre o vómitos.
- Una posible sobredosis de drogas.

Servicios de Emergencia

Los Servicios de Emergencia son servicios que obtiene para tratar evaluar, tratar o estabilizar su condición médica de emergencia. Siempre tiene cobertura para las emergencias.

Cómo Recibir Servicios de Emergencia

Si considera que tiene una emergencia, llame al **911** o vaya al departamento de emergencias más cercano. No necesita la aprobación de su plan ni de su PCP antes de recibir atención de emergencia. No tiene la obligación de utilizar nuestros hospitales o médicos.

Si no sabe qué hacer, llame a su PCP. Si es fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje para que alguien le devuelva la llamada. O puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería de Delaware First Health al 1-877-236-1341 (TTY: 711). La Línea de Asesoramiento de Enfermería se encuentra disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Nuestros profesionales de enfermería pueden hacer lo siguiente:

- Decirle cosas para que pruebe en casa.
- Indicarle que vaya al consultorio de su PCP al día siguiente.
- Indicarle que vaya a la clínica de atención de urgencia o ER más cercana.

Si se encuentra fuera del área en el momento de la emergencia, diríjase al departamento de emergencias más cercano.

Recuerde: Acuda al departamento de emergencias solo si tiene una. Algunos ejemplos de no emergencias incluyen lo siguiente:

- Resfriados
- Dolor de estómago
- Cortes y moretones menores



Otras situaciones que no son de emergencia pueden ser problemas familiares o una ruptura sentimental. Estos problemas pueden sentirse como una emergencia, pero no son una razón por la que ir a la sala de emergencias. A menos que corra un peligro inminente, no debe acudir al departamento de emergencias. Si tiene dudas, llame a su PCP o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Servicios Posteriores a la Estabilización

Después de una visita al departamento de emergencias, es posible que tenga que acudir a su PCP o especialista en salud conductual para recibir una atención de seguimiento. Los servicios médicamente necesarios se llaman servicios posestabilización. Están cubiertos y se proporcionan sin autorización previa. Su PCP puede organizar este tipo de atención de seguimiento o pruebas adicionales.

¿Qué es la Atención de Urgencia?

Atención de urgencia es cuando tiene una lesión o una enfermedad que no es una emergencia, pero que, de igual forma, requiere atención en el plazo de un día o dos. Esto podría ser lo siguiente:

- Un niño con dolor de oídos que se despierta en la mitad de la noche y no deja de llorar.
- Síntomas de gripe.
- Un corte que requiere puntos.
- Un esguince de tobillo.
- Una astilla que no se puede quitar.

Cómo Recibir Atención de Urgencia

Usted puede ir a una clínica de atención de urgencia a fin de recibir atención el mismo día o programar una cita para el día siguiente.

Si no sabe qué hacer, llame a su PCP. Si es fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje para que alguien le devuelva la llamada. O puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería de Delaware First Health al 1-877-236-1341 (TTY: 711). La Línea de Asesoramiento de Enfermería se encuentra disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Nuestros profesionales de enfermería pueden hacer lo siguiente:

- Decirle cosas para que pruebe en casa.
- Indicarle que vaya al consultorio de su PCP al día siguiente.
- Indicarle que vaya a la clínica de atención de urgencia o ER más cercana.

Si usted va a una clínica de atención de urgencia o a la ER, asegúrese de llamar a su PCP al día siguiente para solicitar una cita. Su PCP debe programar una cita para usted en el plazo de dos días corridos de su visita a una clínica de atención de urgencia.

Proveedores de Atención de Urgencia

Para encontrar un proveedor de atención de urgencia cerca suyo, use la herramienta “Find a Provider” (Encontrar un Proveedor) en **DelawareFirstHealth.com** o llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Cobertura Médica Fuera de los Estados Unidos

Los servicios fuera de los Estados Unidos no están cubiertos por el plan estatal Delaware Medicaid ni por Delaware First Health.



TELEMEDICINA

¿Qué es la Telemedicina?

La telemedicina, también conocida como *telesalud*, permite que su proveedor le brinde atención sin necesidad de una visita en persona al consultorio. La telemedicina se puede realizar por teléfono o en línea a través de su computadora, tableta o teléfono inteligente.

La telemedicina le brinda acceso las 24 horas del día a los proveedores dentro de la red de Delaware First Health para problemas de salud que no sean de emergencia. Está disponible para que la use cuando esté en casa, en la oficina o incluso de vacaciones.

Obtenga asesoramiento médico, un diagnóstico o incluso una receta durante su visita virtual. Si necesita medicamentos, su receta se puede enviar en forma electrónica a una farmacia de la red cerca suyo. Utilice la telemedicina cuando la necesite o programe una visita a un horario que se ajuste a su agenda.

Utilice la telemedicina para las siguientes cosas:

- Resfríos, tos y fiebre.
- Síntomas de gripe o COVID-19.
- Sinusitis o alergias.
- Infecciones respiratorias, asma o bronquitis.
- Sarpullidos, condiciones cutáneas, dermatitis de contacto por hiedra o roble venenosos, picaduras leves de insectos o mordeduras de animales.
- Infecciones de oído.
- Conjuntivitis aguda u orzuelos.
- Asesoramiento y tratamiento de la salud conductual.

La telemedicina no debe utilizarse durante una emergencia. Si se encuentra en una situación en la que su vida corre peligro, llame al 911.

¿Por qué la telemedicina es mejor que la atención de urgencia?

Si usted o un ser querido realmente no se sienten bien, le recomendamos utilizar la telemedicina en lugar de acudir a la atención de urgencia. De esa manera, puede ahorrarse el estrés adicional de ir a una clínica de atención de urgencia. Además, evitará que otras personas se enfermen si su condición es contagiosa.

¿Qué se necesita para una visita de telemedicina?

Para obtener mejores resultados, los miembros pueden acceder a un proveedor de telemedicina virtual de Delaware First Health en un teléfono inteligente, una tableta o una computadora con cámara y micrófono. Visite [DelawareFirstHealth.com/telehealth](https://www.delawarefirsthealth.com/telehealth).

¿Cuánto cuesta una visita virtual de telemedicina?

Cuando corresponda, las visitas de telemedicina están disponibles para los miembros de Delaware First Health sin costo alguno.

¿Cualquiera puede acceder a los proveedores de telemedicina?

Cualquier miembro de Delaware First Health califica para las visitas de telemedicina en caso de que necesite acceso a un proveedor para atención de urgencia.

Las visitas de Salud Conductual están limitadas a los miembros mayores de 18 años.

¿Cómo funcionan las recetas con la telemedicina?

Cuando se recete un medicamento durante su visita de telemedicina, la receta se enviará en forma



electrónica a su farmacia de la red. Podrá recogerlo allí cuando esté listo. Debido a las leyes Estatales y Federales, ciertas recetas y narcóticos no se pueden recetar durante las visitas de telemedicina.

CUIDADO DE MATERNIDAD

¡Felicidades por su embarazo! En cuanto sepa que está embarazada, asegúrese de hacer lo siguiente:

- Programar una cita con su obstetra/ginecólogo.
- Hacernos saber que está embarazada, para ello, complete una notificación de embarazo (NOP) en línea o por teléfono para obtener una recompensa.
- Llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para hablar con nuestro equipo de coordinación de atención maternal en caso de tener preguntas sobre su embarazo o su cobertura.

La atención de maternidad está cubierta por sus beneficios médicos, que incluyen lo siguiente:

- Atención prenatal: Atención durante el embarazo, incluye visitas, ecografías y exámenes de detección.
- Trabajo de parto y parto: Atención en el hospital o centro de maternidad cuando tenga a su bebé.
- Atención posparto: Atención después de dar a luz a su bebé, incluidas las visitas.

Atención Doula

Una doula es un profesional capacitado que puede apoyarla antes y después del parto y durante este. Pueden responder a sus preguntas sobre el embarazo, el parto y el posparto, ayudarle a planificar el parto y a controlar el dolor durante este y proporcionarle asistencia después de que tenga su bebé.

Como parte de sus beneficios, puede recibir:

- Tres (3) visitas doula durante el embarazo (prenatal).
- Apoyo durante el trabajo de parto y el parto.
- Tres (3) visitas doula después del embarazo (posparto).

Beneficio Nutricional Posparto

Usted puede ser elegible para recibir alimentos, pañales y toallitas a domicilio después de tener a su bebé. Comuníquese con nuestro equipo de coordinación de atención materna para conocer más sobre este beneficio y ver si califica.

Recursos y Apoyo para la Lactancia Materna

La lactancia materna tiene muchos beneficios tanto para usted como para el bebé. La leche materna es la mejor fuente de nutrición para la mayoría de los bebés y puede protegerlos de enfermedades a corto y largo plazo, tanto a usted como a su bebé. Si decide amamantar a su bebé, puede obtener un sacaleches eléctrico*, así como formación y apoyo en la lactancia como parte de sus beneficios.

*Beneficio limitado a un sacaleches cada tres años.



Programa Home Visiting

Si usted está embarazada, puede ser elegible para el Programa Home Visiting. Este programa gratuito le enseña cómo ayudar a su hijo a crecer, aprender y prosperar. Un profesional de enfermería o especialista de apoyo a los padres visitará su casa (o cualquier otro lugar que sea bueno para usted) durante su embarazo y después de que nazca su bebé. Irán en el momento que más le convenga para darle consejos y facilitarle los servicios. Pueden continuar con las visitas a medida que su bebé crece.

Para obtener más información sobre el Programa Home Visiting, vaya a dethrives.com/programs/home-visiting o llame al **211**. O comuníquese con nuestro equipo de coordinación de atención materna. Ellos pueden ayudarla a conectarse con un programa de visitas a domicilio.

Delaware First Health Start Smart for Your Baby

Un Programa de Administración de Atención a la Maternidad

Start Smart for Your Baby es un programa de administración de cuidados de la maternidad de Delaware First Health. Ayuda a las nuestras miembros embarazadas a mantenerse sanas antes y después del nacimiento de su bebé.

Nuestro personal de Start Smart está formado por un equipo especializado de enfermeras registradas, trabajadores sociales, trabajadores de la salud comunitarios y personal profesional que pueden ayudarla durante el embarazo y el posparto. Proporcionan información sobre su embarazo y salud, pueden comunicarla con diversos recursos, responder a preguntas sobre su cobertura y ayudar a coordinar su atención antes y después del embarazo.

Para aprender más sobre nuestro programa Start Smart e inscribirse, llame a nuestro número de Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Como miembro de DFH, puede ganar hasta \$150 en recompensas por realizar varias actividades. Esto incluye completar una notificación de embarazo (NOP) y asistir a sus visitas prenatales y posparto. Pregunte a su coordinador de cuidados de Start Smart sobre estas recompensas o llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es un beneficio cubierto para todos los miembros. Los miembros que tienen cobertura de Delaware Healthy Children Program (DHCP) deben utilizar un proveedor de la red. Todos los demás miembros pueden ver a cualquier proveedor de planificación familiar autorizado, incluidos los proveedores no participantes.

La planificación familiar ayuda a los individuos y a las familias a planificar la cantidad de hijos y el espaciamiento y el momento de los nacimientos. Hable con su profesional de la salud sobre las opciones que tiene para evitar que usted o su pareja quede embarazada y sobre la seguridad ante diversas enfermedades. También puede hablar sobre cuándo le gustaría quedar embarazada y cómo puede preparar su cuerpo para gestar un bebé. Si tuvo un bebé hace poco, se recomienda esperar 18 meses o más después del parto para volver a quedar embarazada.



EXÁMENES DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS (EPSDT)

El programa de Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) es un beneficio para niños y adultos jóvenes menores de 21 años. A través del programa de EPSDT, los niños y adolescentes pueden obtener exámenes médicos, dentales, de la visión y de la audición para detectar cualquier problema de salud temprano. Los problemas que se detectan temprano pueden tratarse lo antes posible.

Para identificar los problemas de salud, es importante que todos los niños y adolescentes asistan a todas las visitas recomendadas, también conocida como visita de niño sano. Estas visitas suelen comenzar a los pocos días del nacimiento de los niños y en ellas se realizan pruebas de detección y se administran vacunas importantes y necesarias. Estas citas también pueden ayudar al proveedor de atención médica de su hijo a saber si el niño o adolescente necesita servicios o apoyo adicionales.

Los niños pequeños crecen rápido, de modo que deben acudir al médico con más frecuencia durante los dos primeros años de vida.

Cuándo programar visitas de niño sano:	
La visita de la primera semana (de 3 a 5 días de edad)	12 meses de edad
1 mes de edad	15 meses de edad
2 meses de edad	18 meses de edad
4 meses de edad	2 años (24 meses) de edad
6 meses de edad	2 ½ años (30 meses) de edad
9 meses de edad	Para los mayores de 3 años, programe anualmente.

Las visitas de niño sano son un buen momento para hacer preguntas al PCP sobre su desarrollo, comportamiento y cualquier otra preocupación que pueda tener.

Si tiene una pregunta sobre los EPSDT, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Delaware First Health cubre medicamentos recetados para los miembros del Diamond State Health Plan y Diamond State Health Plan Plus. La lista de medicamentos cubiertos de Delaware First Health se denomina Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y cumple el formulario del estado de Delaware y las directrices de autorización previa. Los medicamentos de esta lista incluyen medicamentos genéricos y de marca que han sido cuidadosamente seleccionados con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos.

La PDL incluye algunos medicamentos de OTC que requieren una receta. Consulte la sección *Artículos de OTC Mejorados* para ver los artículos de OTC adicionales que no se encuentran en la PDL y que no requieren una receta. Pueden aplicarse reglas y restricciones de cobertura de medicamentos.

Los proveedores participantes de Delaware First Health conocen nuestra PDL, saben cómo solicitar una autorización previa y tienen procedimientos especiales para solicitudes urgentes. La red de farmacias de Delaware First Health sabe cómo presentar reclamaciones de farmacia a Delaware First Health.

Puede llamar al departamento de Servicios de Farmacia de Delaware First Health para averiguar qué medicamentos están cubiertos, cómo encontrar una farmacia de la red o cómo dispensar su receta. Puede comunicarse con Servicios de Farmacia al **1-833-236-1887** (TTY: **711**). También puede utilizar las herramientas “Drug Lookup” (Búsqueda de medicamentos) y “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en **DelawareFirstHealth.com**.

Acerca de los Medicamentos Recetados

Cuando su proveedor de Delaware First Health le da una receta, a continuación, incluimos algunas preguntas que debe hacer sobre su receta:

- ¿Cómo se llama el medicamento?
- ¿Por qué lo tomo?
- ¿Cuánto tomo?
- ¿Con qué frecuencia debo tomarlo?
- ¿Cuánto tiempo debo seguir tomándolo?
- ¿Hay algún efecto secundario? Por ejemplo, ¿me sentiré con sueño o tendré malestar estomacal?
- ¿Puedo tomar este medicamento recetado con mis otros medicamentos y suplementos?
- ¿Hay alimentos o bebidas que deba evitar?
- ¿Debo dejar de tomarlo cuando me sienta mejor?
- ¿Qué debo hacer si me olvido de tomarlo?
- ¿Qué debo hacer si tomo demasiado?
- ¿Puedo triturar, masticar o romper la pastilla?

Medicamentos Genéricos

Por lo general, un medicamento “genérico” actúa de igual manera que un medicamento de marca, pero cuesta menos. Cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca y se ha demostrado que es eficaz para la mayoría de las personas con su afección, las farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.



Sin embargo, su proveedor puede pedirle el medicamento de marca en los siguientes casos:

- Le ha dicho a Delaware First Health la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará para usted.
- Ha escrito “Marca Medicamente Necesaria” en su receta para un medicamento de marca.
- Nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que trate la misma condición funcionará para usted.

Cómo Obtener un Medicamento Recetado

Usted puede obtener su receta en cualquier farmacia de la red de Delaware First Health. Para obtener su receta:

- Vaya a una farmacia de la red de Delaware First Health.
- Muestre al empleado de la farmacia su tarjeta de identificación de Delaware First Health.
- Entregue la receta al empleado de la farmacia.

Llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-833-236-1887** (TTY: **711**) si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red. También puede encontrar las farmacias participantes con la herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en **DelawareFirstHealth.com**. Se puede encontrar en la sección *Farmacia* del sitio.

La farmacia de la red automáticamente facturará a Delaware First Health por el costo cubierto de los medicamentos recetados. Puede que tenga que pagarle un copago a la farmacia cuando recoja sus medicamentos.

Cómo Reponer su Medicamento

Cuando su medicamento tenga reposiciones disponibles y a usted se le esté por terminar su medicamento actual, llame o vaya a su farmacia y solicite una reposición. Delaware First Health sugiere que obtenga la reposición al menos unos días antes de quedarse sin el medicamento. Esto evita que usted se quede sin el medicamento que necesita.

Suministro para 90 Días

Usted puede obtener un suministro para 90 días de ciertos medicamentos que toma en forma regular y para anticonceptivos orales.

Con una receta de tres, seis o 12 meses de su médico, usted puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días en los siguientes lugares:

- Farmacias Minoristas:
 - Vaya a una farmacia de la red que participa en el programa de suministro para 90 días de Delaware First Health. Puede encontrar las farmacias que participan con la herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en **DelawareFirstHealth.com**.
 - Llame a Delaware First Health Pharmacy Services para obtener ayuda con el fin de encontrar una farmacia participante de suministros para 90 días. Llame al **1-833-236-1887** (TTY **711**).

Farmacia para pedidos por correo

Inscríbase en el programa de pedidos por correo para suministros de 90 días a través de Farmacia Express Scripts®.



Existen cuatro formas de comenzar el programa de pedidos por correo de la Farmacia Express Scripts®:

1. Pídale a su médico que envíe de manera electrónica o por fax una nueva receta a la Farmacia Express Scripts®. Su médico puede enviar un fax a la Farmacia Express Scripts® al **1-800-837-0959**. Este número es únicamente para uso del fax del proveedor.
2. Visite **express-scripts.com/rx**. Regístrese o inicie sesión y tenga su número de ID de miembro a mano. Siga los pasos indicados para solicitar una receta. Una vez que Express Scripts tenga su información, se comunicarán con su médico para la aprobación de su receta.
3. Llame a Farmacia Express Scripts® al **1-833-750-4300 (TTY: 711)**. La Farmacia Express Scripts® puede comunicarse con su médico para que le den una receta nueva como pedido por correo.
4. Envíe por correo un formulario de pedido de entrega a domicilio. Para obtener una copia del formulario, regístrese o inicie sesión en **express-scripts.com/rx**. Vaya al menú “Benefit” (Beneficio), haga clic en “Forms” (Formularios) y descargue el Formulario de Pedido de Entrega a Domicilio. Complete el formulario y envíelo por correo junto con su receta a la Farmacia Express Scripts®. Asegúrese de que su médico pida sus recetas de servicio por correo para un suministro de tres meses.

Para comprobar si su receta está disponible para un suministro de 90 días, consulte la PDL. Si el medicamento tiene “MP” después del nombre, está disponible para un suministro de 90 días. Consulte la siguiente sección.

Medicamentos Recetados Cubiertos

La PDL de Delaware First Health es una guía de medicamentos genéricos y de marca disponibles que están aprobados por Food and Drug Administration (FDA) y cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados. Se revisa y actualiza continuamente. La PDL incluye todos los medicamentos disponibles sin autorización previa, aquellos que requieren una y los que tienen restricciones de terapia escalonada. La PDL se aplica a los medicamentos que se obtienen en farmacias minoristas personalmente y a través de ventas por correo.

La PDL no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos recetados. Puede que no todas las presentaciones o concentraciones de un medicamento estén cubiertas. A veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en la PDL. Esto se debe a las diferentes maneras en que su médico puede usar el medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Cómo averiguar si un medicamento específico está en la PDL

Puede averiguar si un medicamento en particular está en la lista de medicamentos preferidos si realiza lo siguiente:

- Visualizar la PDL en línea en **DelawareFirstHealth.com**. La PDL en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicios de Farmacia al **1-833-236-1887 (TTY: 711)** para preguntar sobre un medicamento específico o para hacer que le envíen por correo una copia impresa de la PDL.

Autorización Previa de Algunos Medicamentos Recetados

Delaware First Health debe aprobar algunos medicamentos antes de que usted pueda obtenerlos. Debe preguntar a su proveedor si la receta necesita una aprobación. Si es así, debe preguntar si hay otro medicamento que pueda usarse y que no requiera autorización previa.



Su proveedor puede decidir si es necesario tomar un medicamento no preferido. Si es así, su proveedor debe proporcionar a Delaware First Health una solicitud de autorización previa. Si Delaware First Health no aprueba la solicitud, notificaremos a su proveedor y le enviaremos por correo una carta en la que se explique el motivo por el cual no aprobamos la solicitud de autorización previa. Delaware First Health incluirá información sobre cómo apelar la decisión y los procesos de la Audiencia Imparcial del Estado.

Delaware First Health puede requerir que usted pruebe por lo menos dos medicamentos preferidos antes de que usted pueda obtener un medicamento no preferido. Usted necesita pedirle a su proveedor que escriba primero una receta para un medicamento preferido.

Puede encontrar información sobre la autorización previa y la terapia escalonada de la siguiente manera:

- Visualizar la PDL en línea en **DelawareFirstHealth.com**. La PDL en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios de Farmacia al **1-833-236-1887** (TTY: **711**) para preguntar acerca de la autorización previa o terapia escalonada de un medicamento específico, o para hacer que le envíen por correo una copia impresa de la PDL.

Copagos de Medicamentos Recetados

Algunos miembros de Delaware First Health tendrán un copago por medicamentos recetados, basado en el costo del medicamento:

\$10.00 o menos	\$0.50
\$10.01 a \$25.00	\$1.00
\$25.01 a \$50.00	\$2.00
\$50.01 o más	\$3.00

El monto máximo que usted pagará por los copagos de medicamentos recetados, en un mes calendario, es de \$15. Una vez que alcance este límite, no tendrá que pagar copagos por el resto del mes calendario. Los copagos y el copago máximo de \$15 comenzarán de nuevo el próximo mes calendario.

Si tiene preguntas sobre los copagos de los medicamentos recetados, llame a Servicios para Farmacia al **1-833-236-1887** (TTY: **711**).

Miembros y servicios exentos de copagos:

- Niños menores de 21 años.
- Personas embarazadas y aquellas que han dado a luz en los últimos 12 meses.
- Miembros de Chronic Renal Disease Program (CRDP).
- Grupo de centros de enfermería de atención a largo plazo o grupo de hospitales para enfermedades agudas.
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios de cuidados para pacientes terminales.
- Medicamentos de rescate por sobredosis de opiáceos con Naloxone.
- Tratamiento Asistido con Medicamentos (MAT) utilizado para el trastorno por consumo de opiáceos.
- Productos para dejar de fumar.



Programa de Limitación del Miembro

Delaware First Health revisa los datos de reclamaciones de recetas de los miembros y trabaja con proveedores, farmacias y el estado de Delaware para encontrar oportunidades con el fin de apoyar a los miembros con regímenes de medicamentos complicados. Los miembros que pueden beneficiarse del apoyo de la limitación entrarán en el programa de limitación de Delaware First Health. A través de este programa aprobado por el estado, Delaware First Health puede designar a una farmacia participante única y/o a un solo proveedor para que escriba y dispense las recetas a un miembro.

Delaware First Health les informará a los miembros si califican para el programa de limitación. Esto significa que el miembro solo puede obtener su medicamento de un único proveedor y farmacia "limitados".

Cuando un miembro está limitado a un médico y/o farmacia, el miembro obtendrá información sobre cómo presentar una queja para la limitación cada año.

En caso de que el miembro no pueda dispensar su receta, debe llamar a Servicios de Farmacia de Delaware First Health. El equipo de Servicios de Farmacia ayudará al miembro a encontrar otra farmacia de la red. El miembro puede llamar a Delaware First Health para cualquier asunto relacionado con la limitación al **1-833-236-1887** (TTY: **711**).

Artículos de Venta Libre (OTC) Mejorados

Los afiliados pueden obtener hasta \$120 por hogar por año (\$30 por trimestre) para gastar en artículos de OTC como parte de nuestros Beneficios de Valor Agregado. Puede encontrar una lista de los artículos de OTC disponibles en **DelawareFirstHealth.com**. Estos artículos no requieren receta.

Para realizar un pedido:

- Llame al **1-888-628-2770** (TTY: **711**) para hablar con un representante de servicio al cliente o utilice la opción telefónica automatizada.
- Visite **cvs.com/otchs/DelawareFirstHealth**.

TRANSPORTE MÉDICO SIN CARÁCTER DE EMERGENCIA

Los servicios de transporte médico sin carácter de emergencia (NEMT) son proporcionados por Delaware Medicaid. Los miembros con necesidades de transporte pueden obtener servicios a través de ModivCare. Para obtener ayuda llame a Modivcare al **1-866-412-3778**. Los miembros deben llamar con 72 horas de anticipación para programar el transporte. Para obtener más información, visite **dhss.delaware.gov/dmma/medical.html**.

QUEJAS Y APELACIONES

Quejas

En esta sección, se proporcionan las reglas para presentar una queja o reclamo. La ley estatal dice que usted puede presentar una queja o reclamo sobre cualquier aspecto de su atención médica como miembro de Delaware First Health. El estado ha ayudado a establecer las reglas sobre lo que usted necesita hacer



para presentar una queja o reclamo. El estado también indica lo que debemos hacer cuando recibimos una queja o reclamo. Debemos ser justos en el manejo de su queja o reclamo. No se lo puede eliminar del plan por presentar una queja o reclamo. No recibirá una penalización por presentar una queja o reclamo.

Háganos saber de inmediato cualquier problema que tenga con sus servicios de atención médica. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Díganos si necesita un intérprete.

¿Qué es una Queja?

Una “queja” es un reclamo que usted hace a su plan acerca de su atención médica. Usted, o alguien que elija para que lo ayude, puede presentar una queja por teléfono o por escrito. Delaware First Health puede ayudarlo a completar formularios para presentar una queja o una apelación.

Una queja puede ser sobre cualquier cosa con la que usted no esté conforme mientras recibe servicios como miembro de Delaware First Health. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Información del personal confusa o errónea.
- Mala calidad de la atención o acceso a la atención.
- Falta de cortesía de un proveedor o empleado.
- No se respetan sus derechos de miembro.
- Facturas médicas no pagadas.
- Tiempo de espera para ver a su PCP/especialista.
- Problemas de elegibilidad.
- Problemas en relación con las farmacias.

Cómo Presentar una Queja

Usted puede presentar una queja en cualquier momento, para ello, haga lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este. También se ofrecen servicios de traducción en caso de ser necesario.
- Envíe un fax al **1-833-525-0054**.
- Escriba a:

Delaware First Health
ATTN: Appeals and Grievances
P.O. Box 10353
Van Nuys, CA 91410-0353

Asegúrese de incluir:

- Su nombre y apellido.
- Su número de identificación de Medicaid o Delaware First Health.
- Su dirección y número de teléfono.
- El motivo de su disconformidad.
- Dónde ocurrió el incidente.
- La información del proveedor (nombre, dirección y número de teléfono).
- Lo que le gustaría que sucediera.



También hay un formulario de quejas que puede utilizar en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.

Si desea que alguien presente una queja por usted, necesitamos su permiso por escrito o verbal. Tenemos un formulario que puede utilizar para dar este permiso a otra persona. Puede encontrarlo en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**. Asimismo, puede llamar a Servicios para Miembros para dar su consentimiento verbal y solicitar el formulario. El formulario se titula "Release of Information (ROI)" (Autorización de información). Los padres o tutores de menores de edad no necesitan completar este formulario.

Delaware First Health no le dará un trato diferente por presentar una apelación o queja.

Qué Esperar Después de Presentar una Queja

Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles posteriores a la presentación de una queja para informarle que la hemos recibido. Si tiene información que pueda ayudarnos a resolver su queja, envíenosla por teléfono, fax o correo. Puede solicitar copias de los documentos que hemos utilizado para resolver su queja sin costo alguno.

Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días corridos.

Si se necesita más información para resolver su queja, Delaware First Health puede solicitar una extensión de 14 días corridos. Solo solicitaremos una extensión si es lo mejor para usted. Si se necesita más tiempo, le informaremos por teléfono y por escrito al menos dos días corridos antes de que finalicen los 30 días corridos. Usted puede presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión. También puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para respaldar su queja. Si desea una extensión, comuníquese con Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Plazo para Presentar una Queja

Usted, o su representante o proveedor autorizado con su consentimiento por escrito, puede presentar una queja en cualquier momento. Delaware First Health debe resolver su queja dentro de los 30 días corridos de la recepción.

Dentro de los cinco días hábiles de recibir su queja, le enviaremos una carta por correo acusando recibo de dicha queja. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días corridos a partir de la recepción de su queja.

Apelaciones

¿Qué es una Apelación?

Una apelación es una solicitud para que su plan de salud revise una decisión tomada con el fin de denegar, terminar o reducir un beneficio. Usted, o su representante o proveedor autorizado con su consentimiento por escrito, puede solicitar una apelación realizando lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).
- Envíe un fax al **1-833-525-0054**.
- Escriba a:

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
P.O. Box 10353
Van Nuys, CA 91410-0353



Si está apelando los servicios de salud conductual, envíe su solicitud a:

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
P.O. Box 10378
Van Nuys, CA 91410-0378
Or fax 1-866-714-7991

Si está apelando el servicio de farmacia, envíe su solicitud a:

Delaware First Health
ATTN: Pharmacy Appeals
P.O. Box 31398
Tampa, FL 33631-3398
Fax: 1-888-865-6531

También puede presentar una solicitud de apelación en nuestro portal seguro para miembros en **DelawareFirstHealth.com**. Si no puede apelar por sí mismo, tiene la opción de designar a otra persona como representante autorizado para que lo haga en su nombre. Esta persona puede ser su proveedor, un miembro de la familia o un amigo. Usted debe tener una solicitud por escrito autorizándolos a apelar por usted.

Cuando presente su apelación, debe incluir lo siguiente:

- Su nombre y número de identificación de miembro.
- Su dirección.
- Su número de teléfono.
- Lo que usted está apelando.
- Por qué lo está haciendo.

Si necesita ayuda para solicitar una apelación o entender el proceso, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Podemos ayudarlo a presentar su apelación. Si usted necesita un traductor, podemos coordinar los servicios para usted de forma gratuita.

Solo hay un nivel de apelación con el plan. Le enviaremos una carta dentro de un plazo de cinco días hábiles para confirmarle que recibimos su apelación. La carta le proporcionará detalles adicionales sobre el proceso de apelación.

Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información relevante para su pedido con su solicitud de apelación. Usted o su representante autorizado tiene derecho a hablar o presentar información a la persona o personas que revisan su apelación. Esto se puede hacer en persona o por teléfono. Usted tiene derecho a solicitar la participación en el comité de apelación cuando solicite una. Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente de apelación sin costo alguno.

Un comité de apelación revisará su apelación y decidirá. El comité de apelación consiste en un miembro del personal del estado de Delaware, un director médico del plan y un profesional de enfermería del plan. Los miembros del comité no habrán participado en la decisión anterior.

Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días corridos a partir de la recepción de su solicitud de apelación para comunicarle nuestra decisión. Si no se aprueba su solicitud de apelación, en la carta de la decisión también se le explicarán sus derechos a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

Si el plan no toma una decisión de apelación dentro del plazo de 30 días corridos, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.



Plazo para Presentar una Apelación

Usted, o su representante o proveedor autorizado con su consentimiento por escrito, puede solicitar una apelación rápida (acelerada) o estándar dentro de los 60 días corridos posteriores a la notificación de Delaware First Health acerca de una decisión de denegar, terminar o reducir un servicio.

Apelaciones Aceleradas

Se puede solicitar una apelación rápida (acelerada) si el plazo normal para revisar su apelación podría causarle problemas de salud graves. Usted o su representante autorizado con consentimiento por escrito o el proveedor pueden solicitar una apelación rápida, para ello, realice lo siguiente:

- Llame al **1-877-236-1341** (TTY: **711**)
- Envíe un fax al **1-833-525-0054**
- Escriba a:

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
P.O. Box 10353
Van Nuys, CA 91410-0353

También puede presentar una solicitud de apelación en nuestro portal seguro para miembros en **DelawareFirstHealth.com**.

Si está apelando los servicios de salud conductual, envíe su apelación a:

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
P.O. Box 10378
Van Nuys, CA 91410-0378
Fax: 1-866-714-7991

Si acordamos que usted debe obtener una decisión de apelación rápida, obtendrá una decisión dentro de las 72 horas posteriores a que Delaware First Health reciba su solicitud. Si no estamos de acuerdo, le notificaremos por teléfono que su apelación seguirá el proceso de apelación estándar. También le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de dos días corridos. Su médico puede enviar notas de apoyo en las que solicite una apelación rápida para que Delaware First Health reconsidere darle una decisión rápida sobre su apelación.

Si necesita ayuda para solicitar una apelación o entender el proceso, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Podemos ayudarlo a presentar su apelación. Si usted necesita un traductor, podemos coordinar los servicios para usted de forma gratuita.

Proceso de Apelación Acelerada

Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información relevante para su pedido con su solicitud de apelación. El plazo para enviar información adicional es limitado debido al breve período para resolver una apelación acelerada. Usted o su representante autorizado tienen derecho a hablar o presentar información a la persona o personas que revisan su apelación. Esto se puede hacer en persona o por teléfono. Usted debe solicitar participar en la reunión de apelación cuando solicite una apelación.

Un comité de apelación revisará su apelación y decidirá. El comité de apelación consiste en un miembro del personal del estado de Delaware, un director médico del plan y un profesional de enfermería del plan. Los miembros del comité no habrán participado en la decisión anterior.

Le notificaremos la decisión por teléfono y por carta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación. Si no aprobamos su solicitud durante la revisión de la apelación, la carta de decisión de la apelación le explicará sus derechos para una Audiencia Imparcial del Estado.



Proceso de Extensión de 14 Días

Usted puede pedir una extensión o Delaware First Health puede pedir una extensión si se necesita información adicional.

Cuando Delaware First Health solicite una extensión, el plan hará lo siguiente:

1. Notificarlo por teléfono que se necesita una extensión.
2. Enviarle una notificación por escrito dentro del plazo de dos días corridos de la decisión de ampliar el plazo.
3. Informarle su derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.
4. Resolver la apelación lo más rápido posible, pero no más allá de la fecha de vencimiento de la extensión.

Continuación de los Beneficios

Si vamos a reducir o detener un servicio que ya hemos aprobado, usted puede seguir obteniendo beneficios durante las apelaciones y el proceso de la Audiencia Imparcial del Estado. Para que sus beneficios continúen, usted debe hacer lo siguiente:

- Presentar una apelación dentro de los 10 días corridos a partir de la fecha en que se envió por correo su carta de denegación.
- O BIEN presentar una apelación en la fecha en que sus servicios serán descontinuados o antes de esta.

El servicio se detendrá en los siguientes casos:

- Usted retira su apelación o solicitud de la Audiencia Imparcial del Estado.
- Usted no solicitó una Audiencia Imparcial del Estado para continuar con los beneficios dentro de los 10 días corridos posteriores al envío por correo de su carta de la decisión de la apelación.
- Se tomó una decisión de Audiencia Imparcial del Estado en su contra.

De acuerdo con la política federal, si la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado se toma en su contra, Delaware First Health puede recuperar el costo de los servicios que se le proporcionaron mientras su apelación o la Audiencia Imparcial del Estado estaban pendientes.

Audiencias Imparciales del Estado

Usted o su representante autorizado tienen derecho a solicitar una Audiencia Imparcial del Estado ante el estado de Delaware. Una Audiencia Imparcial del Estado es una reunión entre usted, su representante autorizado, un oficial de la audiencia y un representante de Delaware First Health.

Usted puede presentar pruebas, exponer su caso, examinar registros y hacer preguntas acerca de su solicitud durante el proceso de audiencia. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial del Estado dentro de los 90 días corridos posteriores a la carta de decisión de la apelación que le enviamos. Usted debe pasar por el proceso de apelación de Delaware First Health antes de solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Puede solicitar una audiencia si llama o escribe a la oficina Estatal de Division of Medicaid and Medical Assistance (DMMA) en:

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

Teléfono: **1-302-255-9500** o sin cargo al **1-800-372-2022**



Proceso de Audiencia Imparcial del Estado

Usted recibirá una carta de la oficina de Audiencia Imparcial del Estado en la que le informarán la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La audiencia se puede celebrar en persona o por teléfono. En la carta, se le dará más información sobre el proceso de la audiencia.

Usted o su representante pueden revisar toda la información relacionada con la Audiencia Imparcial del Estado. Delaware First Health también tendrá un representante en la audiencia.

De acuerdo con la política federal, si la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado se toma en su contra, Delaware First Health puede recuperar el costo de los servicios que se le proporcionaron mientras su apelación o la Audiencia Imparcial del Estado estaban pendientes.

OTRA INFORMACIÓN DEL PLAN

Confidencialidad

Sepa que su historia clínica y las conversaciones con sus proveedores serán privadas y confidenciales.

Nueva Tecnología

La tecnología de la salud cambia constantemente y nosotros queremos crecer con ella. Si pensamos que un nuevo avance médico puede beneficiar a nuestros miembros, lo evaluamos para su cobertura. Estos avances incluyen lo siguiente:

- Nuevas pruebas.
- Nuevos procedimientos médicos.
- Nuevas cirugías.
- Nuevos medicamentos.
- Nuevos dispositivos.
- Nueva aplicación de la tecnología existente.

Delaware First Health quiere asegurarse de que usted tenga acceso a la atención médica más actualizada. Tenemos un equipo que se encarga de los avances en medicina. El equipo comprueba que los nuevos tratamientos sean seguros. Le informaremos a usted y a su médico acerca de los nuevos servicios que cubren sus beneficios.

Comité Asesor de Miembros de LTSS

LTSS Member Advisory Council (MAC) de Delaware First Health es diverso e inclusivo, y representa una amplia sección transversal de la membresía de Delaware First Health con respecto a la raza, etnia, género, orientación sexual, identidad de género, idioma principal, ubicación geográfica, edad, discapacidad y estado de salud. El MAC de LTSS se reúne trimestralmente y cambia la ubicación de la reunión entre los tres condados de Delaware con la opción de que los asistentes participen en persona, por teléfono o a través de un seminario web. El MAC de LTSS solicitará comentarios directos de los miembros para dar forma a los programas, materiales y comunicaciones de Delaware First Health. Además, las reuniones de MAC de LTSS servirán como puntos de educación bidireccional para los miembros y defensores participantes para asegurarse de que estén al tanto de los recursos disponibles y para identificar formas de mejorar el acceso, la calidad de la atención, los servicios, las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN), la equidad en salud, la alfabetización sanitaria, la participación de los miembros y los resultados de los miembros.

Para conocer más sobre el MAC de LTSS hable con su CM o llame a Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



Instrucciones Anticipadas (Testamento Vital)

Planificación de su Testamento Vital

Creemos que usted es la persona más importante que participará en su atención. Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, lo que incluye el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico. Queremos que participe activamente en todas sus opciones de atención médica.

Es un pensamiento desagradable, pero ¿qué sucede si se enferma demasiado como para decirle al proveedor cuál desea que sea su atención? Una instrucción anticipada (también conocida como testamento vital) es una manera de asegurarse de que se conozcan sus deseos. Usted puede tomar decisiones sobre su atención por adelantado o nombrar a alguien, conocido como *apoderado legal médico*, para que haga esas elecciones si usted no puede hacerlo.

Cómo hacer su Testamento Vital

Delaware First Health recomienda que todos los miembros del plan hagan un testamento vital, designen un apoderado legal y proporcionen su instrucción anticipada a su PCP.

Una vez que haya completado su instrucción anticipada, pídale a su médico que ponga el formulario en su archivo. También puede hablar con su médico sobre el proceso de toma de decisiones de la creación de su testamento vital o instrucción anticipada. Juntos podrán tomar decisiones que le darán tranquilidad.

Usted puede cambiar su instrucción anticipada en cualquier momento. Debe asegurarse de que otros sepan que tiene una instrucción anticipada. Además, puede elegir designar un apoderado legal médico. También se debe informar a esa persona acerca de su instrucción anticipada o testamento vital.

Con una instrucción anticipada, usted puede asegurarse de recibir la atención que desea, en un momento en que no puede dar la información.

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener un formulario o acceda al formulario en línea en **DelawareFirstHealth.com**.

Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas o para presentar un reclamo si no se cumplieron sus deseos, puede llamar a la Division of Services for Aging and Adults with Physical Disabilities (DSAAPD) al **1-800-223-9074**.

Notificación de la Responsabilidad de Terceros (TPL)

Notifique a Servicios para Miembros al 1-877-236-1341 (TTY: 711) y a Relaciones con los Clientes de DSS y DMMA al 1-866-843-7212 en los siguientes casos:

- Obtiene o tiene cobertura de salud en virtud de otra póliza, otro tercero o si hay cambios en la cobertura que usted tiene registrada.
- Tiene una reclamación de compensación de trabajadores.
- Tiene una demanda pendiente de lesiones personales o negligencia médica.
- Ha estado involucrado en un accidente automovilístico.



Notificación de Sospecha de Abuso, Negligencia o Explotación de Niños y Adultos Dependientes

El abuso puede ser físico, emocional o sexual. Es el maltrato de un adulto o un niño.

Si usted sospecha que un niño menor de 18 años ha sido abusado o descuidado, llame a la Línea Directa de Abuso de Niños al **1-800-292-9582**. Puede obtener más información en línea en **dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html**.

Para denunciar un abuso, negligencia, explotación o autonegligencia de un adulto dependiente, llame al **1-800-223-9074**. Puede encontrar más información disponible en línea en **<https://dhss.delaware.gov/dhss/dsaapd/index.html>**.

Incidentes Críticos

Los miembros de Delaware First Health pueden denunciar incidentes críticos a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Los incidentes críticos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Muerte inesperada de un miembro;
- Sospecha de maltrato físico, mental o sexual, abuso y/o negligencia de un miembro;
- Sospecha de robo o explotación financiera de un miembro;
- Lesión grave padecida por un miembro cuando se desconoce el origen de la lesión y esta es sospechosa, o la lesión requiere el traslado a cuidados intensivos;
- Error u omisión de medicación o tratamiento que ponga en peligro la salud o la seguridad de un miembro; o
- Conducta inapropiada/poco profesional por parte de un proveedor que involucra a un miembro.



Declaración de No Discriminación

Delaware First Health cumple con las leyes de derechos civiles Federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Delaware First Health no excluye a personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Delaware First Health:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a:

- Delaware First Health: **1-877-236-1341** (TTY: **711**)

Si considera que Delaware First Health no le proporcionó estos servicios o sufrió discriminación de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

Delaware First Health
Appeals & Grievances
P.O. Box 10353
Van Nuys, CA 91410-0353
Número Gratuito: **1-877-236-1341**
Fax: **1-833-525-0054**

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Delaware First Health está disponible para brindarle asistencia.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711)

English: If you need this in another language, oral interpretation, auxiliary aids and services, or an alternative format, call us. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

Español (Spanish): Si necesita esto en otro idioma o en un formato alternativo, o si necesita interpretación oral o servicios y dispositivos auxiliares, llámenos. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

中文 (Chinese): 如您需要以其他語言、口譯、輔助工具和服務或其他文件格式檢閱此資訊，請致電我們。
Delaware First Health : 1-877-236-1341 (TTY: 711)。

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole): Si w bezwen sa nan yon lòt lang, entèpretasyon oral, èd ak sèvis oksilyè, oswa yon lòt fòm rele nou. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

ગુજરાતી (Gujarati): જો તમને આની બીજી ભાષા, મૌખિક ઇન્ટરપ્રિટેશન, સહાયક સહાયતા અને સેવાઓમાં અથવા વૈકલ્પિક ફોર્મેટમાં જરૂર હોય, તો અમને કોલ કરો. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

Français (French): Veuillez nous contacter si vous avez besoin de ces informations dans une autre langue ou un autre format, d'une interprétation orale ou d'aide ou de services auxiliaires. **Delaware First Health : 1-877-236-1341 (TTY : 711).**

한국어 (Korean): 다른 언어, 구두 해석, 보조 도구 및 서비스 또는 대체 형식으로 된 본 자료가 필요하신 경우 당사로 연락하십시오. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

Italiano (Italian): Se ha bisogno del presente in un'altra lingua, di un'interpretazione orale, di servizi ausiliari o altri, oppure di un formato alternativo, ci chiami. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

Tiếng Việt (Vietnamese): Nếu quý vị cần tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, phiên dịch lời nói, hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ, hoặc một định dạng thay thế, hãy gọi cho chúng tôi. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

Deutsch (German): Wenn Sie diese Informationen in einer anderen Sprache, eine mündliche Verdolmetschung, Hilfsmittel und zusätzliche Unterstützung oder ein alternatives Format benötigen, rufen Sie uns an. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ito sa ibang wika, sa pasalitang interpretasyon, sa mga pansuportang tulong at serbisyo, o sa isang alternatibong format, tawagan kami. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

हिन्दी (Hindi): यदि आपको यह किसी अन्य भाषा, मौखिक व्याख्या, सहायक उपकरण और सेवाओं के साथ चाहिए या आपको किसी अन्य फ़ॉर्मेट में चाहिए, तो हमें कॉल करें. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

اردو (Urdu): اگر آپ کو یہ کسی دوسری زبان میں، زبانی تشریح، معاون امداد و خدمات، یا کوئی متبادل صورت میں چاہیے تو ہم سے رابطہ کریں۔
Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

العربية (Arabic): إذا كنت تريد هذا المستند بلغة أخرى أو إذا كنت تريد ترجمة شفوية أو أدوات مساعدة وخدمات إضافية أو تنسيقاً بديلاً، فيرجى الاتصال بنا.
Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

తెలుగు (Telugu): మీకు ఇది ఇంకొక భాషలో, మౌఖిక వివరణగా, సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలుగా లేదా ఇది ఏ ఇతర రకంగానైనా కావాల్సివస్తే మాకు కాల్ చెయ్యండి.
Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Nederlands (Dutch): Als u dit in een andere taal nodig hebt, of behoefte heeft aan mondelinge vertolking, ondersteunende hulpmiddelen of diensten, of een ander formaat wenst, bel ons dan. **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).**

Delaware First Health

Notificación de Prácticas de Privacidad

EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

Entrada en vigor a partir del 05/02/2024

For help to translate or understand this, please call **1-877-236-1341** Hearing impaired TTY: **711**, Monday through Friday from 8:00 a.m. to 7:00 p.m. ET.

Si desea obtener ayuda para traducir o entender esto, llame al **1-877-236-1341**. Las personas con discapacidad auditiva pueden llamar al TTY: **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET.

Obligaciones de la Entidad Cubierta:

Delaware First Health es una Entidad Cubierta según se define y regula en virtud de la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Delaware First Health tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI), proporcionarle esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respetar los términos de la Notificación que se encuentra actualmente en vigor e informarle en caso de que se produzca una infracción de la seguridad de su PHI no protegida.

En esta Notificación, se describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Delaware First Health se reserva el derecho de modificar esta Notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la Notificación revisada o modificada para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Delaware First Health revisará y distribuirá de inmediato esta Notificación siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos:

- Los Usos o Divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en la notificación

Las Notificaciones revisadas se publicarán en nuestro sitio web o se enviarán por correo de manera separada.

Protecciones Internas de la PHI Oral, Escrita y Electrónica:

Delaware First Health protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de la información sobre su raza, etnia e idioma (REL); y orientación sexual e identidad de género (SOGI). Tenemos procesos de privacidad y seguridad que nos pueden ayudar para ese fin.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Formamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.

- Hablamos de su PHI solo por razones comerciales con personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o la almacenamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para evitar que personas indebidas accedan a su PHI.

Usos y Divulgaciones Permitidas de su PHI:

A continuación, se presenta una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previas relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Reglas de Privacidad federales para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, la determinación de la elegibilidad o la cobertura para los reclamos y la revisión de la necesidad médica de los servicios.
- **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir prestación de servicio al cliente, respuesta a reclamos y apelaciones, y administración de la atención y coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar la PHI a los asociados comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas de Privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Evaluación de la calidad y actividades de mejora
- Revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud
- Administración del cuidado y coordinación de la atención médica
- Detección o prevención de fraude y abuso en la atención médica

Su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y leyes del plan de salud. Esto significa que la información que proporciona es privada y segura. Solo podemos compartir esta información con proveedores de cuidado de la salud. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y servicios. Esta información nos ayuda a:

- Comprender mejor sus necesidades de cuidado de la salud
- Conocer su preferencia de idioma cuando visite a sus proveedores de cuidado de la salud
- Proporcionar información médica para satisfacer sus necesidades
- Ofrecer programas que lo ayuden a estar más saludable

Esta información no se utiliza con fines de suscripción ni para decidir si usted puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgaciones del Patrocinador del Plan/Plan de Salud Grupal:** Podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha acordado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información médica protegida (como el acuerdo de no usar la información médica protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas de su PHI:

- **Actividades de Recaudación de Fondos:** Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de rechazar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de Suscripción:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una decisión sobre una solicitud o reclamación de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita de tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo Requiera la Ley:** Si la ley federal, estatal y/o local requieren el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su información PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o reglamentos rigen el mismo conflicto de uso o divulgación, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Food and Drug Administration (FDA) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de Abuso y Negligencia:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal del Gobierno, incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir tales informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a un procedimiento judicial o administrativo. Es posible que también se nos solicite divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Aplicación de la Ley:** Podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite a fin de responder a un delito.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores funerarios, según sea necesario, para llevar a cabo sus deberes.
- **Donación de Órganos, Ojos y Tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de adquisición de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la adquisición, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.
- **Amenazas a la Salud y la Seguridad:** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones Gubernamentales Especializadas:** Si es miembro de las U.S. Armed Forces, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional, actividades de inteligencia; el Department of State para determinaciones de adecuación médica, la protección del Presidente; y otras personas autorizadas, según lo requiera la ley.

- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la falta.
- **Situaciones de Emergencia:** Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de su familia, amigo personal cercano, agencia de ayuda autorizada en caso de desastre o a cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia a fin de determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si la divulgación es lo más conveniente para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado.
- **Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de la ley, si tal información es necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y Divulgaciones de su PHI que Requieren su Autorización por Escrito:

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- **Venta de la PHI:** Le solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. Venta de PHI significa que recibimos un pago por divulgar la información médica personal.
- **Comercialización:** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de Psicoterapia:** Le pediremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener en el archivo con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.

Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

Derechos Individuales:

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta Notificación.

- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como de divulgaciones a personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado, como miembros de su familia o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y a quién se le aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que desee. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el lugar o el medio de comunicación. Debemos satisfacer su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativos en los que se debe entregar su PHI.
- **Derecho a Acceder y Recibir una Copia de su PHI:** Usted tiene el derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI contenidas en un conjunto de registros designado. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito y le indicaremos si es posible revisar las razones del rechazo. También le informaremos cómo se solicita la revisión o si el rechazo no es apto para su revisión.
- **Derecho a Modificar su PHI:** Usted tiene el derecho de solicitar que realicemos modificaciones o cambios a su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe enmendarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmienda de la información, haremos todo lo posible por informar de la enmienda a otras personas, incluidas las personas a las que usted nombre, y por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de dicha información.
- **Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones:** Tiene el derecho de recibir una lista de los casos, dentro del período de los últimos 6 años, en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o divulgaciones que usted autorizó y otras actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a Presentar un Reclamo:** Si usted considera que se violaron sus derechos de privacidad o que infringimos nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de esta Notificación.

También puede presentar un reclamo ante la Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al **1-800-368-1019**, (TTY: **1-800-537-7697**) o visitando **<https://www.hhs.gov/guidance/document/filing-complaint-0>**.

- **NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.**
- **Derecho a Recibir una Copia de esta Notificación:** Puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento usando la lista de información de contacto que se proporciona al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa de la Notificación.

Información de Contacto

Preguntas sobre esta Notificación: Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se indica a continuación.

Delaware First Health
Attn: Privacy/Compliance Official
750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713
Número de teléfono gratuito: **1-877-236-1341** (TTY: **711**)





DelawareFirstHealth.com

1-877-236-1341

TTY: 711 (Para personas con limitaciones auditivas)

**750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713**