



2026 Manual del Miembro

Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) de Diamond State Health Plan Plus



DelawareFirstHealth.com
1-877-236-1341 (TTY: 711)

750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713



ÍNDICE

BIENVENIDO A DELAWARE FIRST HEALTH	4
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	5
FORMATOS ALTERNATIVOS	6
Servicios de Interpretación y Traducción	6
Servicios y Asistencia Auxiliares	7
GLOSARIO DE TÉRMINOS	7
CÓMO EMPEZAR	7
Su Tarjeta de identificación (ID) de Miembro	7
Cree su Cuenta de Miembro en Línea	8
Cómo Obtener Ayuda	9
Defensores de los Miembros	9
Consejo Asesor de Miembros	10
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	10
Derechos y Responsabilidades de los Miembros	10
Notificación de Cambios	12
Fraude, Dispendio y Abusos	12
CÓMO UTILIZAR SUS BENEFICIOS	13
Beneficios de Delaware First Health	13
Copagos	14
Servicios Alternativos	14
Coordinación de Beneficios	15
Paquete de Beneficios de DSHP Plus LTSS	15
Paquete de Beneficios de Standard DSHP	17
Beneficios Dentales y de la Visión	24
Servicios de Salud Conductual	25
Beneficios de Valor Agregado	27
Programa de Recompensas My Health Pays®	29
Beneficios Cubiertos por el Estado	32
Transporte Médico que No Es de Emergencia	35
Programa Defensor del Pueblo para Asuntos de Cuidado a Largo Plazo	36
Autorización Previa	36
Servicios No Cubiertos	37
SISTEMA DE APOYO A LOS MIEMBROS DE LTSS	38
Administración de Casos	38
Servicios Comunitarios y en el Hogar (HCBS)	38



Servicios Comunitarios y en el Hogar Autodirigidos	39
Verificación Electrónica de la Visita	40
Servicios en Centro de Enfermería	40
Consentimiento Informado	41
Instrucciones Anticipadas (Testamento Vital)	42
SUS PROVEEDORES	43
Cómo Buscar un Proveedor	43
Derecho a Elegir un Proveedor	44
Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)	44
Estándares de las Citas	46
Tiempos de Espera en el Consultorio	47
Asistencia para Citas	47
Cómo Obtener una Segunda Opinión	47
Atención de Especialista	47
Servicios Hospitalarios	48
Recibir Atención Fuera de la Red	48
Atención de Emergencia Fuera de la Red	48
Atención Fuera de la Red que No Es de Emergencia	48
Atención Fuera de los Estados Unidos	49
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA	49
¿Qué es una Emergencia?	49
¿Qué es la Atención de Urgencia?	50
Cómo Recibir Atención de Urgencia	50
Proveedores de Atención de Urgencia	51
TELEMEDICINA	51
CUIDADO DE MATERNIDAD	52
Atención de Doula	52
Beneficio Nutricional Posparto	53
Recursos y Apoyo para la Lactancia Materna	53
Programa de Visitas a Domicilio	53
Delaware First Health Start Smart for Your Baby®: Un Programa de Administración de Cuidados de la Maternidad	53
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	54
EXÁMENES DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS (EPSDT)	54
SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	55
Acerca de los Medicamentos Recetados	56



Medicamentos Genéricos.....	56
Cómo Obtener un Medicamento Recetado	56
Medicamentos Recetados Cubiertos	57
Autorización Previa de Algunos Medicamentos Recetados	58
Copagos de Medicamentos Recetados.....	58
Programa de Limitación del Miembro	59
Artículos de Venta Libre (OTC) Mejorados.....	59
QUEJAS Y APELACIONES	60
Quejas	60
Apelaciones	62
Audiencias Imparciales del Estado.....	65
CALIDAD DE LA ATENCIÓN	66
Inquietudes sobre la Calidad de Atención	66
¿Qué es una Inquietud sobre la Calidad de Atención?.....	66
Cómo Manejamos las Inquietudes sobre la Calidad de Atención	66
¿Qué Es La Revisión por Pares?.....	66
Capacitación de Nuestro Equipo	66
Cómo Informar una Inquietud	66
CAMBIO DE PLAN	67
Transferencia por Causa Justificada.....	67
Inscripción Abierta Anual	67
Su Inscripción	67
Continuidad de la Atención	68
OTRA INFORMACIÓN DEL PLAN.....	69
Confidencialidad	69
Nueva Tecnología.....	69
Notificación de la Responsabilidad de Terceros (TPL).....	69
Notificación de Sospecha de Abuso, Negligencia o Explotación de Niños y Adultos Dependientes	70
Incidentes Críticos.....	70
CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIA	71
Condado de New Castle.....	71
Condado de Kent	72
Condado de Sussex	73
Maryland	74
GLOSARIO DE TÉRMINOS	75
Declaración de No Discriminación	78
Notificación de Prácticas de Privacidad	82



BIENVENIDO 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. Nuestro personal administrará sus servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), y nuestra misión es asegurar que usted reciba la atención personalizada que necesita para vivir su vida al máximo. Tanto si necesita ayuda con las actividades diarias, planificación a largo plazo o simplemente para mantenerse conectado, asumimos el compromiso de brindar la más alta calidad de servicio.

Como miembro valioso de Delaware First Health, tiene acceso a una amplia gama de recursos diseñados para ayudarle a mantener su independencia, bienestar y dignidad. Nuestro equipo dedicado está aquí para escuchar, apoyar y trabajar con usted en cada paso del camino, a lo largo de su proceso de atención médica.

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 este manual o sobre sus beneficios de Medicaid, 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 a nan yon lòt lang, entèpretasyon oral, èd ak sèvis oksilyè, oswa nan yon lòt fòm, rele nou.

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



NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al **911**.

En caso de emergencia de salud conductual o mental, llame o envíe un mensaje de texto a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al **988**.

Línea de Asistencia de Delaware First Health	
Servicio:	Información de Contacto:
Servicios para Miembros: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Llame a este número para todas las necesidades relacionadas con Servicios para Miembros, tales como: • Preguntas sobre beneficios. • Ayuda para cambiar o seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP). • Servicios dentales y de visión. • Servicios de farmacia. • Defensores de los Miembros.	1-877-236-1341 (TTY: 711)
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas: Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, todos los días del año, para responder a sus preguntas sobre salud.	1-877-236-1341 (TTY: 711)
Coordinación de la Atención/Administración de Casos: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La coordinación de la atención y la administración de casos son parte de sus beneficios y se le proporcionan sin costo alguno.	1-877-236-1341 (TTY: 711)
Líneas Directas gratuitas de Delaware para Salud Mental y Conductual	
Servicio:	Información de Contacto:
Línea Directa de Northern Delaware.	1-800-652-2929
Línea Directa de Southern Delaware.	1-800-345-6785
Apoyo a la Crisis Juvenil del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Familias de Delaware (DSCYF) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	1-800-969-4357

**Servicios de Medicaid y Asistencia Médica de Delaware****Servicio:****Información de Contacto:****Servicios de transporte médico que no es de emergencia:**

- Comuníquese con Modivcare a fin de obtener ayuda para programar el transporte médico que no es de emergencia (NEMT). Debe llamar con 72 horas de anticipación para programar el transporte.
- Para obtener más información, visite **dhss.delaware.gov/dmma/medical.html**.

1-866-412-3778**Unidad de Relaciones con los Clientes de la División de Servicios Sociales (DSS) y la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA):**

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

1-866-843-7212**Administrador de Beneficios de Salud de Medicaid:**

Lo ayuda a inscribirse en una organización de atención médica administrada (MCO) y a entender los beneficios.

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:

- | | | | | |
|--------------------|------------|--------------|----------|--------------|
| • Inglés | • Guyaratí | • Italiano | • Tagalo | • Árabe |
| • Chino | • Francés | • Vietnamita | • Hindi | • Télugu |
| • Criollo haitiano | • Coreano | • Alemán | • Urdu | • 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 inmediatos 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 Asistencia 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 del Este, si necesita servicios de interpretación o traducción, o asistencia y servicios auxiliares.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Si necesita ayuda para entender alguno de los términos que se utilizan aquí, puede consultar el glosario en el reverso del manual. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener ayuda.

CÓMO EMPEZAR

Su Tarjeta de identificación (ID) de Miembro

Cuando se inscriba, Delaware First Health le enviará por correo una tarjeta de identificación (ID) de miembro. Lleve su tarjeta de identificación (ID) a todas sus citas médicas. Muestre su tarjeta al personal de la oficina cuando llegue para su cita médica.

Su tarjeta de identificación (ID) de Delaware First Health para DSHP Plus LTSS tendrá la información que aparece a continuación. Su tarjeta real puede tener un aspecto diferente al de este ejemplo.

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: DSH 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
• 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, verifique que su nombre y fecha de nacimiento sean correctos.

Compruebe que el PCP indicado es el que usted eligió. Su PCP es un médico, profesional de enfermería o asistente médico (PA) que proporciona, planifica y/o lo ayuda a acceder a los servicios de atención médica.

Si eligió un PCP durante su inscripción en Medicaid, encontrará la información de su PCP en su tarjeta de identificación (ID). Si no eligió un PCP, dispondrá de 30 días calendario a partir de la fecha de entrada en vigor de su inscripción para elegirlo. Si necesita ayuda para elegir a un PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Además, puede visitar nuestro portal seguro para miembros en **Member.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 (ID).



Su tarjeta de identificación (ID) de miembro es prueba de que usted es miembro de Delaware First Health. Muestre esta tarjeta de identificación (ID) cada vez que necesite atención médica. Se incluyen los siguientes:

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

Cada vez que obtenga una nueva tarjeta de identificación (ID) de miembro, destruya la anterior. Si usted pierde su tarjeta de identificación (ID) 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 **Member.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 (ID) de miembro. Está legalmente prohibido dar o vender su tarjeta de identificación (ID) de miembro a cualquier persona.

Cree su Cuenta de Miembro en Línea

SIGA LOS PASOS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN PARA CREAR SU CUENTA DEL PORTAL PARA MIEMBROS:

Obtener su información médica en línea es fácil. También puede obtener una **recompensa de \$10 en su tarjeta de recompensas My Health Pays®**. Para comenzar, visite **Member.DelawareFirstHealth.com** y haga clic en “Create New Account” (Crear Cuenta Nueva) para crear una cuenta con EntryKeyID. Si ya tiene una cuenta de EntryKeyID, puede utilizar el mismo correo electrónico y contraseña para el portal para miembros de Delaware First Health.

Para crear una cuenta, necesitará lo siguiente:

- Una dirección de correo electrónico.
- Su identificación (ID) de miembro, tal y como aparece en su tarjeta de miembro.
- Su nombre, apellido y fecha de nacimiento.

PASO 1:

Siga los pasos que aparecen en la pantalla para crear su cuenta y contraseña. Para continuar, tendrá que verificar su dirección de correo electrónico mediante un código de verificación.

**PASO 2:**

Después de iniciar sesión, tendrá que introducir su ID de miembro y su fecha de nacimiento para vincular su nuevo EntryKeyID.

PASO 3:

Una vez que su cuenta esté configurada en el portal para miembros de Delaware First Health, podrá ver su tarjeta de identificación (ID), estado de elegibilidad, datos de salud, reclamaciones, evaluaciones de riesgo y mucho más. Su EntryKeyID también se puede utilizar para acceder a sus datos médicos desde aplicaciones de terceros que admiten el acceso de pacientes.

Ahora puede acceder a su cuenta en el portal para miembros. Para ello, vaya a **Member.DelawareFirstHealth.com** e inicie sesión.

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) y del formulario.
- Boletín de noticias para miembros de Whole You.
- Información actualizada sobre beneficios y cobertura.
- Próximos eventos de Delaware First Health.

Defensores de los Miembros

Delaware First Health cuenta con defensores de los miembros que pueden ayudarlo con diversos servicios. La principal función de un defensor de los miembros es actuar como intermediario entre usted, el plan de salud, los proveedores y los recursos de la comunidad. Nuestros defensores de los miembros pueden hacer lo siguiente:

- Ayudarlo a programar citas médicas y servicios de transporte (viajes).
- Informarle sobre los beneficios del plan y los recursos de la comunidad.



- Ayudarlo a conectar con recursos de Find Help (Buscar Ayuda).
- Brindarle información y ayudarlo durante el proceso de apelaciones y quejas.

Para comunicarse con un defensor de los miembros, llame a Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Consejo Asesor de Miembros

El Consejo Asesor de Miembros (MAC) de Delaware First Health es diverso e inclusivo. Es nuestro espacio principal para los aportes de los miembros, y eso incluye la participación de los miembros y partes interesadas de LTSS. Nuestro MAC representa a una amplia sección transversal de miembros 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 se reúne trimestralmente y cambia la ubicación de las reuniones entre los tres condados de Delaware con la opción de asistir en persona, por teléfono o a través de un seminario web. El MAC solicitará comentarios directos de los miembros para dar forma a los programas, los materiales y las comunicaciones de Delaware First Health.

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

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:

- Dignidad, respeto y privacidad por parte del plan de salud y de nuestros proveedores.
- Tener acceso a la creación y el uso de una instrucción anticipada.
- Obtener información acerca de la organización, los servicios, los profesionales y proveedores, además de los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento y las alternativas de atención relacionadas con su condición médica de una manera que usted pueda entender.
- Asociarse con profesionales para 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 obtener una copia gratuita de su historia clínica, así como pedir que se modifique o corrija. Una vez solicitada, se entregará la historia clínica dentro de los 10 días calendario de efectuada la solicitud.
- Solicitar y obtener una copia de nuestras pautas de práctica, que son seguidas por Delaware First Health y sus proveedores, y se basan en sus necesidades de salud.
- Modificar los datos de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las leyes estatales.
- Ejercer sus derechos sin que ello afecte el trato que le brindan Delaware First Health, sus proveedores o el estado de Delaware.



- Obtener 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.
- Hablar con franqueza sobre las opciones de tratamiento médicamente necesarias y apropiadas para sus afecciones, independientemente del costo de la cobertura de beneficios.
- Obtener 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, así como otra información y folletos para miembros en otros formatos, tales como otros idiomas, letra grande, CD de audio o Braille, sin ningún costo.

Responsabilidades de los Miembros:

- Informar a Salud y Servicios Sociales de Delaware (DHSS) 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 acuda a la sala de emergencias (ER) o haya tenido un accidente de automóvil.
- Informar a Delaware First Health si pierde o le roban su tarjeta de identificación (ID) 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.
- Proporcionar a Delaware First Health y a los proveedores participantes la información médica precisa y completa que necesitan para proporcionar la atención médica.
- Seguir los planes de atención médica y las instrucciones acordadas con su proveedor.
- 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 si necesita información o tiene 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 sobre la atención después de haber considerado todas estas cuestiones.
- Seguir el proceso de queja o apelación si tiene inquietudes acerca de su atención.

Como se indicó anteriormente, nuestros defensores de los miembros pueden brindarle ayuda. Para comunicarse con un defensor de los miembros, 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 Delaware First Health 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.

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**).

Fraude, Dispendio y Abusos

Delaware First Health está obligado a informar cuando los fondos de Medicaid se utilicen de forma indebida. 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 Medicaid. Esto podría incluir las siguientes situaciones:

- Dar a alguien su tarjeta de identificación (ID) de miembro para que pueda obtener servicios a su nombre.
- Utilizar la tarjeta de identificación (ID) 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. Llame a la Línea de Ayuda de Diamond State Health Plan al **1-800-372-2022**.

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, 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 cumplan con los requisitos para recibir todos los beneficios enumerados. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre su elegibilidad.

La División de Servicios Sociales de Delaware (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 (excepto los miembros del Programa de Niños Saludables de Delaware).
 - Los miembros del Programa de Niños Saludables de Delaware 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. Sin embargo, el Delaware Medicaid State Plan cubre algunos servicios directamente. Le pedimos que consulte la sección de *Beneficios Cubiertos por el 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. Para obtener más información, consulte la sección **Servicios No Cubiertos**. 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 (ID) 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).
- AI/AN (indígena americano/nativo de Alaska).
- Miembros de Chronic Renal Disease Program (CRDP).
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Grupo de centros de enfermería de atención a Largo Plazo o grupo de hospitales para enfermedades agudas.

Servicios Alternativos

Qué son los Servicios Alternativos (ILOS)

Los Servicios Alternativos (ILOS) son alternativas rentables, médicamente adecuadas a los servicios de salud física y conductual que usted puede obtener de Delaware First Health. Nos ayuda a darle más opciones para su atención. Un ejemplo de esto puede ser que, en lugar de los servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital general o en una unidad psiquiátrica de un hospital general, Delaware First Health proporciona servicios de salud mental en una IMD (Institución de Enfermedades Mentales).



Qué debe saber sobre ILOS:

- Los ILOS son voluntarios.
- Puede haber muchos tipos diferentes de servicios ofrecidos como ILOS.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

Conservar todas sus garantías y protecciones como miembro de Delaware First Health y elegir obtener o rechazar cualquier ILOS ofrecido por Delaware First Health. El uso de un ILOS en el pasado o el presente no le prohíbe obtener servicios o entornos cubiertos por el plan estatal. Tiene el derecho a presentar una apelación y/o queja en relación con la recepción o negación de un ILOS, igual que cualquier otro servicio cubierto.

Coordinación de Beneficios

Si tiene otro seguro médico, incluido Medicare:

- Asegúrese de mostrar todas sus tarjetas de identificación (ID) médica a sus proveedores de atención médica y farmacias.
- Recuerde que se le debe facturar a otros seguros médicos antes de facturar a Delaware First Health.

Asegúrese de informar al Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (DHSS) si tiene otra cobertura de seguro médico llamando al **1-800-372-2022**.

Paquete de Beneficios de DSHP Plus LTSS

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

LTSS de Diamond State Health Plan Plus

Beneficios de LTSS	Detalles
Servicios diurnos para adultos.	Ofrece cuidados supervisados y servicios personales durante el día, en un entorno comunitario. También pueden estar disponibles terapias y comidas*.
Cuidado de un asistente.	Ayuda a los miembros con las tareas diarias, como bañarse, vestirse, otras tareas de higiene personal (limpieza), trasladarse de un lugar a otro, ir al baño y comer*.
Servicios cognitivos.	Se ofrecen a los miembros y sus familias que tienen problemas con sus allegados o déficits cognitivos, como los que pueden ocurrir después de una lesión cerebral. Estos servicios incluyen terapia o asesoramiento, con un límite de 20 visitas al año y una evaluación*.
Alternativas residenciales comunitarias.	Entornos domésticos, como centros de vida asistida, que ofrecen servicios para satisfacer sus necesidades, así como programas de socialización y recreación.



Beneficios de LTSS	Detalles
Servicios diurnos de recuperación de las habilidades.	Servicios para ayudar a los miembros a aprender y desarrollar habilidades para vivir de manera independiente dentro y fuera del hogar. Estos servicios tienen lugar en un entorno no residencial, y lejos del hogar del miembro. Los servicios diarios de recuperación de habilidades están destinados a miembros que tienen problemas con sus allegados (también conocidos como conflictos interpersonales) o déficits cognitivos, como los que pueden ocurrir después de una lesión cerebral. En algunos casos, se pueden incluir comidas y terapias**.
Comidas entregadas a domicilio.	Ofrece hasta dos comidas al día, aptas para una dieta equilibrada, y se entregan en el hogar del miembro*.
Actividades independientes de la vida diaria.	Ofrece ayuda con las tareas diarias, como la limpieza ligera, la preparación de comidas (cocinar) y las compras, entre otras*.
Pequeñas modificaciones en el hogar.	En función de las necesidades médicas, se pueden realizar cambios en el hogar del miembro para ayudarlos a vivir de forma independiente. Los cambios incluyen modificaciones como ensanchar las puertas para una silla de ruedas, adaptar la bañera, o colocar una rampa para sillas de ruedas o una barra de sujeción. Este beneficio cubre hasta \$6,000 por proyecto, \$10,000 por año calendario y \$20,000 de por vida. Delaware First Health debe aprobar a los proveedores de servicios*.
Centro de enfermería.	Un entorno en el que los miembros reciben cuidado de enfermería especializada y otros servicios, como servicios de rehabilitación y relacionados con la salud.
Suplementos nutricionales para el HIV / AIDS.	Ayuda para combatir la pérdida de peso y la desnutrición asociadas al HIV / AIDS mediante suplementos orales*.
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS).	Se trata de un dispositivo electrónico conectado al teléfono del miembro que le da acceso a un servicio de respuesta en caso de emergencia las 24 horas del día. Al pulsar el botón del dispositivo, se envía una señal a alguien que está disponible para ayudar al miembro*.
Cuidados de relevo.	Cuidados personales prestados a los miembros en su domicilio o en un centro de enfermería o vida asistida, para que los cuidadores no remunerados puedan descansar*. Este servicio está limitado a 14 días por año calendario. Nota importante: Los centros de vida asistida no proporcionan servicios de relevo.



Beneficios de LTSS	Detalles
Servicio de cuidado autodirigido (SDAC).	Ofrece a los miembros administración financiera y apoyo general si eligen el SDAC en forma de Agente Fiscal Empleador. El SDAC se presta cuando el miembro actúa como empleador legal de un cuidador remunerado, y también puede elegir a alguien que desempeñe esta función en su lugar, conocido como Representante del Empleador del miembro. El Agente Fiscal Empleador del miembro se encarga de los impuestos, las retenciones de nómina y los cheques de pago del empleado. También ayuda a encontrar y capacitar a un Empleado de Atención Asistida, para ayudar al miembro con las tareas diarias*.
Equipo médico especializado.	Los miembros disponen de elementos de ayuda, como las pinzas. Este beneficio cubre únicamente artículos que no cubre el estado.
Servicios de transición al centro de enfermería (NFT).	Ofrece ayuda con los costos de traslado desde un centro de enfermería o de vida asistida hacia una comunidad o a una vivienda. Estos costos pueden incluir comestibles, muebles, depósito de seguridad, tarifas de conexión telefónica/a Internet, etc. Es posible que haya beneficios adicionales disponibles en el marco de los beneficios de valor agregado de Delaware First Health (consulte a continuación).

*** Estos servicios no están disponibles para los miembros que se encuentren en centros de vida asistida o de enfermería.**

**** No disponible para miembros que viven en centros de vida asistida o de enfermería con lesiones cerebrales no adquiridas (ABI).**

Paquete de Beneficios de Standard DSHP

Beneficios de Standard Medicaid	Cobertura y Limitaciones
Servicios de Salud Conductual.	
Servicios de salud conductual de 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 Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Familias de Delaware (DSCYF).



Beneficios de Standard Medicaid	Cobertura y Limitaciones
Medicamentos para el tratamiento de la adicción (MAT) y medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD), incluidos los servicios de tratamiento ambulatorio por adicciones y los servicios residenciales para adicciones.	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 (Promoción de la Salud Mental Óptima para las Personas mediante Apoyos y Empoderamiento), estos servicios los cubre el estado.
Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (SUD).	Cubierto para miembros mayores de 18 años. Cubre 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, el estado cubre estos servicios, excepto la desintoxicación intensiva administrada médicamente a pacientes internados.
Servicios autorizados de profesionales de la salud conductual, incluidos psicólogos con licencia, trabajadores sociales clínicos, consejeros profesionales, y terapeutas de matrimonio y familia.	Cubre 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 los cubre el estado.
Servicios conductuales para tratar el trastorno del espectro autista (ASD) de acuerdo con 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 forman parte de los siguientes servicios de PROMISE cubiertos por el estado para los miembros participantes: • Servicios de tratamiento comunitario asertivo. • Servicios de administración de casos intensivos. • Supervisión de servicios de hogar grupal.



Beneficios de Standard Medicaid	Cobertura y Limitaciones
Servicios Dentales	
Beneficios dentales.	Cubiertos con límites. Consulte más detalles en la sección <i>Beneficios Dentales</i> .
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 Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (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), la rehabilitación psicosocial (PSR), la intervención en una crisis y servicios de apoyo entre familiares.	Cubierto para miembros menores de 21 años. Cubre el beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por DSCYF).



Beneficios de Standard Medicaid	Cobertura y Limitaciones
Servicios de Salud, Visitas a Domicilio y de Centro de Enfermería	
Servicios de atención de salud a domicilio, que incluyen lo siguiente: • 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 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.	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. 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.
Servicios de enfermería privada.	Cubierto.
Servicios de visitas 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 afección de salud conductual que requiera asistencia para 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.



Beneficios de Standard Medicaid	Cobertura y Limitaciones
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.
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 maternidad independiente.	Cubierto.
Servicios de una partera con licencia.	Cubierto.
Apoyos nutricionales posparto.	Con cobertura para miembros elegibles.
Coseguro de Medicare	
Deducible/coseguro de Medicare y el resto hasta el monto permitido de Medicaid.	Cubierto.



Beneficios de Standard Medicaid	Cobertura y Limitaciones
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.
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.
Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT).	Cubierto para niños menores de 21 años.
Inmunizaciones.	Cubierto.



Beneficios de Standard Medicaid	Cobertura y Limitaciones
Proveedor de atención primaria.	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 de un 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.
Análisis de laboratorio.	Cubierto.
Servicios de asesoramiento por lactancia.	Cubierto.
Partera con licencia.	Cubierto.
Visita al consultorio.	Cubierto.
Optometrista.	Cubierto.
Servicios de enfermería profesional pediátrica o familiar.	Cubierto.



Beneficios de Standard Medicaid	Cobertura y Limitaciones
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 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 Dentales y de la Visión

Beneficios de la visión

Miembros menores de 20 años: los beneficios oftalmológicos están disponibles para los miembros de Delaware Medicaid 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 mayores de 21 años: Delaware First Health proporciona beneficios oftalmológicos adicionales como un **beneficio de valor agregado** para los miembros mayores de 21 años, además del beneficio estándar del estado. Esto incluye un examen ocular de rutina 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

Beneficio dental estándar para miembros, menores de 20 años:

Delaware First Health cubre servicios dentales para miembros menores de 20 años. Los miembros pueden utilizar su tarjeta de identificación (ID) de Delaware First Health para recibir servicios dentales en la red dental de Delaware First Health.

Los miembros pueden obtener los siguientes servicios:

- Cuidado preventivo: dos exámenes dentales al año, incluidas limpiezas, tratamientos con fluoruro y selladores.
- Cuidado restaurador: cuidado de cavidades, empastes, coronas y conductos radiculares.



- Examen de ortodoncia: exámenes realizados por un ortodoncista.
- Trabajo de ortodoncia (como aparatos ortopédicos): cubierto si es médicamente necesario.

Para obtener una lista de los proveedores participantes, visite **DelawareFirstHealth.com** y utilice la herramienta “Find a Provider” (Encontrar un Proveedor). Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Beneficio dental estándar para miembros, mayores de 21 años:

Los servicios dentales están disponibles para los miembros de Delaware Medicaid mayores de 21 años. 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 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**).

Nota: Delaware First Health cubrirá la extracción de las muelas de juicio con impacto óseo para miembros adultos de acuerdo con el beneficio médico.

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
Servicios de salud conductual en régimen de hospitalización en un hospital general, en una unidad psiquiátrica de un hospital general o en un hospital psiquiátrico. Se incluyen las instituciones para enfermedades mentales para los miembros mayores de 65 años y menores de 21 que se encuentren: • En un centro privado de tratamiento residencial (PRTF) para menores de 21 años; o • En tratamiento para SUD para quienes son residentes de corta duración en una institución para enfermedades mentales (IMD).	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 Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Familias de Delaware (DSCYF).
Medicamentos para el tratamiento de la adicción (MAT) y medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD), incluidos los servicios de tratamiento ambulatorio por adicciones y los servicios residenciales para adicciones.	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.



Servicio	Cobertura/Limitaciones
Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (SUD), incluidos servicios ambulatorios y residenciales para el tratamiento de adicciones, los cuales incluyen todos los niveles de la Sociedad Americana de la Medicina de la Adicción (ASAM), además de los servicios residenciales para miembros que principalmente están recibiendo tratamiento para SUD y que son residentes a corto plazo en una institución para enfermedades mentales (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 como parte del 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 como parte del 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 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana: **1-800-969-4357**

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

Beneficios de Valor Agregado

Como miembro de Delaware First Health, podrá acceder a servicios adicionales además de los beneficios estándar de Medicaid Delaware. 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.
Teléfono celular.	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.
Visitas prenatales adicionales con una doula.	Dos visitas prenatales adicionales con una doula para miembros que hayan tenido tres visitas prenatales cubiertas con una doula y desean apoyo adicional durante el embarazo.
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 condiciones de salud conductual más comunes. Para miembros de 13 años o más.



Servicio	Descripción
Servicios de la visión para adultos.	Cada 12 meses, 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 al año.
Transporte sanitario integral.	Transporte a los eventos y beneficios de valor agregado de Delaware First Health (pruebas GED, etc.), así como transporte a los servicios adicionales relacionados con la salud, tales como reuniones de apoyo para la recuperación de SUD, despensas de alimentos y entrevistas de trabajo.
Programas comunitarios de bienestar.	Hasta \$250/año para programas que apoyan objetivos de bienestar específicos de la población. Los miembros pueden elegir una organización por año: Para miembros mayores de 5 años: • Membresías YMCA. (Requiere una visita anual de bienestar.) Niños (de entre 5 y 18 años): • Programas y membresías de los Boys & Girls Clubs. Adultos (mayores de 18 años) con un IMC mayor de 25: • Programa presencial de Elementos Esenciales para la Actividad y la Nutrición de por Vida (LEAN) de 12 semanas en YMCA. (Requiere el formulario del proveedor de atención primaria.) Personas mayores de 60 años: • Membresía del centro para personas mayores y programas adicionales.
Programa de prevención de la diabetes.	Programa de cambio en el estilo de vida centrado en la alimentación saludable y la actividad física para miembros mayores de 18 años que califiquen con prediabetes.
Intervenciones en el hogar para el asma.	Hasta \$250 por año para apoyo no clínico en el hogar para el asma, como ropa de cama hipoalérgica, purificadores de aire y control de plagas para miembros calificados con un diagnóstico de asma. Formulario de PCP o especialista requerido.



Servicio	Descripción
Subsidio de transición de vivienda.	Hasta \$2,500 por miembro de por vida en recursos de vivienda para ayudar a establecer una vivienda estable. Para los miembros que reciben servicios de Administración de Casos y que se encuentran sin hogar, en transición de un hogar de acogida a una vida independiente (de entre 18 a 26 años) 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 dental en el consultorio.	Las visitas dentales en el consultorio dan a los miembros tiempo para reunirse con el equipo dental y hacer preguntas antes de una cita dental. Para todos los miembros menores de 21 años y para adultos con discapacidades intelectuales y de desarrollo. Hasta cuatro visitas de por vida. No se puede utilizar el mismo día que una cita dental.
Programa de Automonitoreo de la Presión Arterial.	Programa de dieciséis semanas para ayudar a reducir y controlar la presión arterial alta. Para miembros mayores de 18 años con presión arterial alta (hipertensión).
Beneficio de alimentos saludables para personas mayores.	Para los miembros mayores de 65 años, hasta \$150 al año para comprar alimentos saludables seleccionados.

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 Visa® 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 el Bancorp Bank, Miembro de la 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® 2026:**

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 una visita prenatal en el primer trimestre o dentro de los 42 días desde su 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.
Vacuna prenatal contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap).	\$15	Una por embarazo.
Vacuna prenatal contra el virus respiratorio sincitial (RSV).	\$15	Una por embarazo.
Asistir a su chequeo posparto.	\$40	Una por embarazo.
Asistir a tres visitas de control, para niños de 0 a 15 meses.	\$50	¡Esta recompensa se puede obtener dos veces! Se requieren tres visitas o reclamaciones para obtener \$50 de recompensa. \$100 por ambas recompensas.
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 control para niños de 15 a 30 meses.	\$25	¡Esta recompensa se puede obtener dos veces! \$25 por visita.
Asistir a la visita de niño sano, para niños de 3 a 18.	\$25	Una vez al año.



Actividad	Recompensa	Frecuencia de Recompensa
Obtener una receta para su medicamento para controlar el asma.	\$25 por receta surtida	Puede conseguir esta recompensa hasta seis veces al año. Si surte el medicamento para controlar el asma seis veces en un año, ganará \$150.
Asistir a una visita de adulto sano, a partir de los 18 años de edad en adelante.	\$25	Una vez al año.
Vacunarse contra la gripe, a partir de los 6 meses.	\$20	Una vez al año.
Ir a la visita odontológica anual para adultos.	\$20	Una vez al año.
Completar la prueba de diabetes HbA1c, para miembros mayores de 18 años que padezcan diabetes.	\$20	Una vez al año.
Completar un examen de retina, para miembros de 18 a 75 años que padezcan diabetes.	\$25	Una vez al año.
Completar el examen de detección del cáncer de mama, para personas mayores de 40 años.	\$25	Cada dos años.
Completar el examen de detección del cáncer de cuello uterino, para personas mayores de 21 años.	\$30	Cada tres años.
Completar el examen de detección del cáncer colorrectal, para personas mayores de 50 años.	\$20	Recompensa única.
Obtener su primer medicamento para dejar de fumar.	\$20	Una vez al año.
Vacuna contra el HPV para adolescentes (de entre 9 a 13 años).	\$15	Recompensa única.
Vacuna contra el rotavirus infantil (antes de cumplir 2 años).	\$15	Recompensa única.
Visita de seguimiento después de la hospitalización.	\$20	Una vez al año.
Prueba de HbA1c para personas con esquizofrenia o trastorno bipolar que toman medicamentos antipsicóticos.	\$20	Una vez al año.
Tratamiento con opioides.	\$50	Dos veces al año.



Actividad	Recompensa	Frecuencia de Recompensa
Recetas de aspirina en dosis baja para miembros embarazadas.	\$10	Hasta cuatro veces 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 Cubiertos por el Estado

El Delaware Medicaid State Plan proporciona servicios de atención médica y beneficios que no están cubiertos por los beneficios estándar de DSHP o DSHP Plus LTSS. Para obtener estos beneficios, llame al Departamento de Administración de Cuidados al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). El equipo de Administración de Cuidados trabajará con los proveedores para ayudarle a conectarse con estos beneficios.

Estos servicios incluyen los siguientes:

- Atención Prolongada Pediátrica Prescrita (PPEC).
- Introducción temprana de alérgenos, como el maní y los huevos.
- Transporte médico que no es 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
Atención prolongada pediátrica prescrita (PPEC).	La PPEC es un paquete que incluye lo siguiente: • Personal de enfermería. • Evaluación nutricional. • Evaluación del desarrollo. • Terapia del habla. • Fisioterapia. • Servicios de terapia ocupacional. Estos servicios se proporcionan en un entorno ambulatorio, según lo indique un médico responsable. Esto lo cubre el estado.



Servicio	Definición/Limitación
Introducción temprana de alérgenos, como el maní y los huevos.	La introducción de proteínas de maní y huevo en la dieta de un bebé antes de los 6 meses de edad —y regularmente durante el primer año— puede reducir significativamente el riesgo de desarrollar alergias a estos alimentos, a menos que una razón médica lo impida. Cuando se prescribe, los bebés pueden recibir un suplemento de maní y un suplemento de huevo para alergias sin costo alguno para apoyar la introducción temprana.
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT).	El transporte médico que no es de emergencia está disponible para todos los miembros de DSHP, DSHP Plus y DHCP. Esto lo cubre el estado. Los horarios de transporte deben solicitarse con al menos 72 horas de anticipación a una cita programada. Modivcare verificará que el beneficiario cumple con los requisitos de Medicaid Delaware, y que el transporte es necesario para recibir un servicio cubierto. Una vez confirmados ambos criterios, Modivcare organizará el transporte para el servicio médico cubierto por uno de sus proveedores de transporte contratados. Los clientes elegibles de Medicaid Delaware que necesiten transporte para casos que no son de emergencia deben llamar a Modivcare al 1-866-412-3778.
Servicios especializados para residentes de centros de enfermería no incluidos en los servicios cubiertos.	El estado proporcionará los servicios especializados que determine necesarios como parte del proceso PASRR Nivel II, que no estén incluidos en el paquete de beneficios de DSHP Plus LTSS.
Servicios de empleo y apoyo proporcionados a través de Pathways.	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: • Exploración y evaluación de la carrera profesional. • Apoyos para la colocación laboral. • Empleo asistido para individuos. • Empleo asistido para grupos reducidos. • Asesoramiento de beneficios. • Orientación financiera. • Transporte no médico. • Cuidado personal. • Orientación, movilidad y tecnología de asistencia.



Servicio	Definición/Limitación
Servicios de salud conductual adicionales.	Servicios de salud conductual para niños menores de 18 años: - Los servicios de salud conductual proporcionados a los miembros menores de 18 años, además de los incluidos en el paquete de beneficios estándar de DSHP, son responsabilidad del estado. Esto incluye servicios para pacientes ambulatorios, además de los que se incluyen en el paquete de beneficios estándar de DSHP, así como servicios de salud conductual residenciales y para pacientes internados. Servicios de salud conductual para miembros a partir de los 18 años que participan en PROMISE: - Según lo dispuesto en el paquete de beneficios estándar de DSHP anterior, Delaware First Health ya no cubrirá los siguientes servicios cuando un miembro participe en PROMISE. Para los miembros que participan en PROMISE, el estado cubre estos servicios: - 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. - El estado cubre los siguientes servicios, disponibles para los miembros que participan en PROMISE, como complemento de los servicios cubiertos que proporciona Delaware First Health: - 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
Servicios de exención a lo largo de la vida de la División de Discapacidades del Desarrollo de Delaware (DDDS).	El estado cubre los siguientes servicios, disponibles para los miembros que participan en la exención a lo largo de la vida de la DDDS, como complemento de los servicios cubiertos que proporciona Delaware First Health: • 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.
Lista de medicamentos excluidos de la DMMA.	Delaware First Health no cubre determinados medicamentos que, en su lugar, los cubre el estado. Una lista de estos medicamentos se puede encontrar en “Pharmacy Corner” (Rincón de Farmacia) del Portal de Medical Assistance de Delaware del estado en medicaid.dhss.delaware.gov.

Transporte Médico que No Es de Emergencia

Los miembros de Medicaid Delaware pueden obtener servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT). Los servicios de NEMT los proporciona el estado de Delaware a través de Modivcare. Para obtener ayuda con los NEMT, llame a MovidCare al **1-866-412-3778**. Los miembros deben llamar, al menos, con 72 horas de anticipación para programar un traslado. Para obtener más información, visite **dhss.delaware.gov/dmma/medical.html**.



Programa Defensor del Pueblo para Asuntos de Cuidado a Largo Plazo

El Programa del Defensor del Cuidado a Largo Plazo lo proporciona el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (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 comunicar con el Programa Defensor del Pueblo para Asuntos de Cuidado a Largo Plazo llamando al **1-855-773-1002** (TTY: **1-302-391-3505**) o enviando un correo electrónico a **DHSS_OSEC_Ombudsman@delaware.gov**.

Autorización Previa

Delaware First Health debe aprobar algunos servicios antes de que puedan ser proporcionados. Esto se denomina 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:

- Cuidado en hospital para pacientes internados.
- Servicios dentales.
- 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 No Cubiertos

Algunos servicios no están cubiertos por Delaware Medicaid State Plan ni por Delaware First Health. Estos incluyen lo siguiente:

- Servicios que no son médicamente necesarios.
- Tratamientos de infertilidad.
- Servicios cosméticos (a menos que el servicio sea médicamente necesario).
- Servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos continentales.
- Esterilización de una persona mentalmente incapacitada o internada.
- Enfermeras y sanitarios de ciencias cristianas.
- Exámenes en hospital para pacientes internados que no hayan sido ordenados por el médico a cargo u otro profesional autorizado (excepto en caso de emergencia).
- Algunos servicios relacionados con la farmacia, como los siguientes:
 - Cualquier medicamento o dispositivo comercializado por un fabricante que no forme parte del Programa de Reembolso de Medicamentos de Medicaid.
 - Medicamentos que son medicamentos para el estilo de vida o que no son médicamente necesarios.
 - Todos los medicamentos de “Implementación de Estudios de Eficacia de Medicamentos” (DESI), según la definición de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
 - Cualquier medicamento, dispositivo o clase de medicamentos enumerados en la Sección 1927(d)(2) (B), (C), (H) o (K) de la Ley de Seguro Social.

Si Recibe una Factura

Si usted recibe una factura que 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.



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 su salud física y conductual con los servicios y apoyos a largo plazo.

Servicios de Gestión de Casos

Si vive en un entorno comunitario, su administrador de casos se pondrá en contacto con usted por teléfono y se reunirá con usted en persona. El propósito de la visita es completar una evaluación integral para ayudar a entender sus necesidades y desarrollar un plan de atención, llamado plan integrado para el miembro (IMP), que cumpla con sus metas. Su IMP incluirá todos los servicios que necesite, incluida ayuda para abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud, tales como alimentos, transporte (traslados) y vivienda.

Si vive en un centro de enfermería, el administrador de casos se reunirá con usted en persona para completar una evaluación integral y analizar sus objetivos. El administrador del caso trabajará con usted y el centro de convalecencia para asegurarse de que todas sus necesidades estén cubiertas. Su administrador de casos 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.

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.

Servicios Comunitarios y en el Hogar (HCBS)

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



Servicios Comunitarios y en el Hogar Autodirigidos

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

El cuidado autodirigido (SDAC) 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.

Después de una autoevaluación, su administrador de casos puede determinar que usted necesita ayuda para dirigir sus servicios. En este caso, tendrá que nombrar un representante para que desempeñe las responsabilidades del empleador en su nombre. Usted y la persona seleccionada firmarán un Acuerdo de Representante del Empleador.

Los servicios comunitarios y en el hogar (HCBS) autodirigidos son opcionales, y usted puede elegir participar o retirarse de los HCBS autodirigidos en cualquier momento.

Si elige cuidados autodirigidos, tendrá autoridad para tomar decisiones sobre los empleados autodirigidos.

Estos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

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

Las calificaciones mínimas necesarias para el empleado previsto incluyen las siguientes:

- Debe tener al menos 18 años.
- Debe tener las habilidades necesarias para prestar los servicios requeridos.
- Debe tener un número del Seguro Social (SSN) válido.
- Debe estar dispuesto a presentar una verificación de antecedentes penales.

Para ayudarle a elegir un SDAC, podrá elegir un proveedor de Servicios de Gestión Financiera (FMS).

Las funciones y responsabilidades del proveedor de FMS son las siguientes:

- Completar la capacitación inicial y continua de los empleados de SDAC.
- Mantener una lista de empleados de SDAC.
- Ayudar a llenar formularios relacionados con los empleadores.



- Llevar a cabo y pagar la verificación de antecedentes penales.
 - FMS le proporcionará una copia cuando se le solicite. En caso de que la persona no apruebe la verificación de antecedentes, se le alertará sobre el riesgo de emplear a la persona y se firmará un acuerdo de riesgos.
- Proporcionar información sobre las relaciones entre el empleador y el empleado.
- Ayudar en la resolución de problemas.
- Ayudar en la ejecución del plan de respaldo del miembro.

Trabajaremos juntos para asegurarnos de que reciba los servicios necesarios, entre los que se incluyen los siguientes:

- Calidad del servicio prestado y de la salud, la seguridad y el bienestar de los miembros que eligen SDAC.
- La atención se brinda en función del plan de atención del miembro, de acuerdo con todas las especificaciones.
- Implementación del plan de respaldo por parte del miembro o proveedor.
- Participación de los miembros en el programa.
- El éxito del miembro dentro del programa.
- Patrones dentro del programa que requieren la intervención del administrador de casos.

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 recibir ayuda para manejar a sus empleados, puede elegir a un representante de su confianza para que maneje las tareas por usted. Hable con su administrador de casos para obtener más información sobre los HCBS autodirigidos.

Delaware First Health se reserva el derecho de cancelar la inscripción de los miembros del HCBS autodirigido si las necesidades de salud, seguridad o bienestar del miembro no se satisfacen a través del programa. o si los miembros no pueden llevar a cabo las tareas necesarias para autodirigir los servicios o si se produce un uso fraudulento de los fondos de Medicaid a través de este programa.

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 la cantidad, el alcance y la duración de los servicios, ni 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 autodirigido. 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.

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. Se debe brindar autorización previa antes de la admisión.

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

Transición al Centro de Enfermería (NFT)

Queremos que usted reciba la atención adecuada, en el momento preciso y en el entorno que prefiera. Si puede y quiere pasar de un centro a un entorno comunitario, su administrador de casos le informará sobre el programa NFT. El programa NFT está disponible para ayudarlo a trasladarse de 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 elegible 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.

Su administrador de casos trabajará con usted para completar las evaluaciones y asegurarse de que el lugar que elija para vivir satisfaga sus necesidades y le proporcione acceso a su comunidad. Es posible que pueda obtener ayuda con los costos de la transición, hasta \$2,500. Este dinero es aportado por el Estado de Delaware y se puede utilizar para las cuotas de solicitud de vivienda o los depósitos de seguridad, y/o para asegurarse de que su vivienda está equipada con lo necesario para satisfacer sus necesidades de la vida cotidiana. Estos artículos incluyen muebles, utensilios de cocina, objetos personales y otros elementos necesarios 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.

Consentimiento Informado

Es importante que los adultos mayores y las personas con discapacidades que utilizan los servicios LTSS sepan lo que está pasando con su atención médica para ayudar en la toma de decisiones. *Consentimiento informado* significa que usted tiene el derecho de conocer y entender todos los detalles importantes sobre cualquier tratamiento, procedimiento o servicio médico antes de aceptarlo. Esto incluye saber para qué sirve el tratamiento o servicio, cómo puede ayudarlo, cualquier riesgo o efecto secundario potencial y cualquier otra opción que pudiera tener. Puede hacer preguntas para asegurarse de que entiende todo antes de decidir si desea o no seguir adelante con un tratamiento o servicio determinado. Su consentimiento demuestra que acepta el tratamiento o servicio después de contar con toda esta información. A continuación, se ofrece un desglose de lo que esto implica:

Comprensión de la Información

- Se le deben dar detalles claros, integrales y accesibles sobre la naturaleza, los beneficios, los riesgos y las alternativas del tratamiento, procedimiento o acción propuestos.
- La información debe presentarse de una manera comprensible, considerando cualquier deterioro cognitivo o sensorial que pueda afectar la comprensión.



Capacidad para Decidir

- La persona debe tener la capacidad mental de comprender la información proporcionada y de comprender plenamente las consecuencias de sus decisiones.
- La evaluación de la capacidad es particularmente importante para los adultos mayores y las personas con discapacidades, ya que afecciones como la demencia, los trastornos cognitivos o los problemas de salud mental pueden afectar su capacidad para dar el consentimiento informado.

Voluntariedad

- El consentimiento debe brindarse de manera voluntaria, sin ninguna forma de coerción, influencia indebida o presión. Siéntase libre de hacer preguntas y tomarse el tiempo para considerar las opciones.
- Esto es crucial para los adultos mayores y las personas con discapacidades, quienes pueden ser más vulnerables a la influencia de los cuidadores, sus familiares o los proveedores de atención médica.

Comunicación y Apoyo

- Se proporcionará apoyo específico para garantizar que pueda comunicar su decisión. Esto puede incluir el uso de dispositivos de asistencia, intérpretes o explicaciones simplificadas.
- Los familiares, los tutores legales o los defensores pueden estar involucrados, pero el foco debe permanecer en las preferencias y la autonomía del individuo.

Proceso en Curso

- El consentimiento informado no es un acontecimiento puntual; debe ser una conversación continua, especialmente si la afección de la persona cambia con el tiempo. Se necesita una reevaluación regular de la comprensión y disposición de la persona.

Consideraciones Legales y Éticas

- Para aquellos que no son capaces de dar consentimiento informado, es posible que se necesite un tutor legal o apoderado para tomar decisiones en su nombre, siempre dando prioridad al interés superior del individuo.
- Los proveedores de atención médica deben cumplir con las normas legales y las pautas éticas para garantizar que el consentimiento sea válido y respete los derechos y la dignidad de los adultos mayores y las personas con discapacidades.

Este proceso es para proteger la autonomía (autogobierno) y los derechos de los adultos mayores y de las personas con discapacidades, lo que asegura que estén plenamente informados y participen en forma activa en las decisiones que afectan sus vidas.

Instrucciones Anticipadas (Testamento Vital)

Planificación de su Testamento Vital

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 hagan un testamento vital, designen a un apoderado y proporcionen sus instrucciones anticipadas 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.

Puede acceder a este formulario en línea a través de un enlace en **DelawareFirstHealth.com**. En nuestro sitio web, haga clic en “Member Resources” (Recursos para Miembros); luego, desplácese hacia abajo hasta “Member Rights and Responsibilities” (Derechos y Responsabilidades de los Miembros), donde encontrará la sección “Advance Directive” (Instrucciones Anticipadas) que le llevará a los formularios que necesita. Para obtener más información, también puede llamar al Centro de Recursos de Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Delaware al **1-800-223-9074**.

Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas o para presentar un reclamo si no se cumplieron sus deseos, puede llamar a la División de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades Físicas (DSAAPD) al **1-800-223-9074**.

SUS PROVEEDORES

Las organización de atención médica administrada, como Delaware First Health, trabajan para coordinar sus necesidades de atención médica.

- Delaware First Health tiene un contrato con el estado de Delaware para abordar las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. Nos asociamos con un grupo de proveedores de atención médica (médicos, dentistas, 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 Plus LTSS: si 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 **Member.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 (ID) 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 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 un PCP 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 Atención Primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico o un profesional de enfermería avanzado con licencia. 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://delawarefirsthealth.com) y utilice la herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor). Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre la red de proveedores, esto incluye, por ejemplo:

- Su 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 (ID) de miembro de Delaware First Health y su tarjeta de identificación (ID) 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 de venta libre (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.



Estándares de las Citas

Tipo de Cita	Requisito de Programación
Proveedores de Atención Primaria y Obstetricia/Ginecología	Plazo
Condición médica de emergencia.	Mismo día.
Condición médica urgente.	Dentro de los dos días corridos.
Citas de atención de rutina.	No debe superar las tres semanas.
Especialistas	Plazo
Proveedores especializados: urgente.	En un plazo de 48 horas.
Proveedores especializados: de rutina.	Dentro de las tres semanas.
Cuidado de Maternidad	Plazo
Atención durante el primer trimestre.	En un plazo de tres semanas a partir de la solicitud del miembro.
Atención durante el segundo trimestre.	En un plazo de siete días calendario a partir de la solicitud del miembro.
Atención durante el tercer trimestre.	En un plazo de tres días calendario a partir de la solicitud del miembro.
Embarazos de alto riesgo.	En un plazo de tres días calendario a partir de la identificación de alto riesgo por Delaware First Health o un proveedor de cuidado de maternidad, o inmediatamente si existe una emergencia.
Salud Conductual	Plazo
Salud conductual: de rutina.	Servicios para pacientes ambulatorios de rutina dentro de los siete días calendario a partir de 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.
Salud conductual: emergencia que no pone en peligro la vida.	En un plazo de una hora a partir de la solicitud, o se le debe indicar al miembro que acuda a un centro de crisis o a la sala de emergencias.



Tipo de Cita	Requisito de Programación
Salud Conductual	Plazo
Salud conductual: evaluación móvil para situaciones de crisis.	Tratamiento inmediato para los miembros que tienen una crisis de salud conductual, incluido un equipo móvil. Respuesta basada en la agudeza del miembro, que no debe exceder una hora a partir de la solicitud.
Servicios Ambulatorios	Plazo
Servicios para pacientes ambulatorios de seguimiento.	En un plazo de dos días hábiles para los miembros que son dados de alta de un centro residencial o para pacientes internados a una colocación en la comunidad o miembros atendidos en una sala de emergencias, o por un proveedor de crisis de salud conductual por una afección de salud conductual.
Servicios para pacientes ambulatorios de rutina.	Dentro de los siete días corridos siguientes a la solicitud con un clínico que no lo expida para una evaluación inicial.
Servicios para pacientes ambulatorios sin carácter de emergencia.	En un plazo de tres semanas a partir de la solicitud para prescribir servicios clínicos.

Tiempos de Espera en el Consultorio

Si tiene una cita médica, no debe tener que esperar más de una hora. Si el médico u otro proveedor llega tarde, se le debe informar inmediatamente para que lo sepa. Si tiene que esperar más de 90 minutos, se le debe ofrecer una nueva cita médica.

Asistencia para Citas

Si necesita ayuda para conseguir una cita con su PCP o Especialista, llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

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** (TTY **711**) si necesita ayuda para encontrar otro proveedor y así obtener una segunda opinión.

Atención de Especialista

Si necesita recibir atención que su PCP no puede brindarle, este lo remitirá a un especialista. Un especialista es un proveedor con una capacitación especial para una afección o enfermedad específica (como un cardiólogo o cirujano dental). No necesita una remisión del médico para consultar a un especialista de la red. Si necesita ayuda para comprobar si un especialista pertenece a la red, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



Servicios Hospitalarios

Delaware First Health cubre los servicios hospitalarios para pacientes internados. Si necesita ser hospitalizado 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 consultar con otros proveedores durante su hospitalización. No se necesita autorización previa para los servicios de emergencia. Delaware First Health debe aprobar todos los demás 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, un miembro de su familia o un amigo debe informar a su PCP lo antes posible, antes de las 24 horas después de haber ingresado al hospital.

Importante: Tiene un número ilimitado de visitas a 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**).

Recibir Atención Fuera de la Red

Puede haber ocasiones en las que necesite obtener servicios fuera de nuestra red.

Si es nuevo en Delaware First Health y ya recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red, trabajaremos con este para que pueda terminar su tratamiento.

Atención de Emergencia Fuera de la Red

Si se encuentra fuera del área en el momento de la emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana. La atención de emergencia incluye cualquier servicio hospitalario necesario para prevenir daños graves a la salud. Como miembro de Medicaid, puede recibir atención de emergencia de cualquier proveedor de atención médica en los Estados Unidos. Asegúrese de comunicarse con su PCP lo antes posible después de su visita de emergencia.

Atención Fuera de la Red que No Es de Emergencia

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. Antes de acudir a un proveedor fuera de la red, consulte con su PCP para obtener una remisión del médico. El proveedor fuera de la red deberá obtener la aprobación de Delaware First Health. Esta aprobación se conoce como autorización previa, y es obligatoria para los proveedores fuera de la red.



Atención Fuera de los Estados Unidos

El seguro de salud de Medicaid no cubre los gastos médicos fuera de los Estados Unidos. Por lo tanto, Delaware First Health no puede cubrir ninguna atención médica que usted reciba fuera del país.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de atención médica fuera de la red, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

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 cree que tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. 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. También puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas 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 a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: acuda a la sala de emergencias solo si tiene una emergencia. 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 parecer 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 a la sala de emergencias. Si tiene dudas, llame a su PCP o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Servicios Posteriores a la Estabilización

Después de visitar la sala de emergencias, es posible que tenga que acudir a su PCP o a un especialista en salud conductual para recibir 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 las 24 horas 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 la información más actualizada sobre proveedores de atención de urgencia cerca suyo, utilice 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**). Al final del manual encontrará una lista con algunas de nuestras *Centros de Atención de Urgencia*.

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 no se sienten bien, le recomendamos utilizar la telemedicina. 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. Para obtener más información, visite **DelawareFirstHealth.com/telehealth**.



¿Cuánto cuesta una visita virtual de telemedicina?

Las visitas de telemedicina para los servicios cubiertos 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 puede solicitar una visita de telemedicina si necesita acceder 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 completando una notificación de embarazo (NOP), disponible en línea o por teléfono. Puede obtener una recompensa si nos informa.
- 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.
- Si está consumiendo sustancias como opioides (heroína, oxicodona), marihuana, alcohol o tabaco, hable con su proveedor o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda con el tratamiento y los recursos mientras está embarazada y después del parto.

El cuidado de maternidad está cubierto por sus beneficios de Medicaid, lo que incluye 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 de 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:

- Cinco visitas prenatales en total:
 - Tres visitas con una doula durante el embarazo (prenatales).
 - Dos visitas prenatales adicionales disponibles como beneficio de valor agregado de Delaware First Health.
- Apoyo durante el trabajo de parto y el parto.



- Ocho visitas posparto en total:
 - Tres visitas con una doula después del embarazo (posparto).
 - Hasta cinco consultas posparto adicionales disponibles si su proveedor lo recomienda.

Beneficio Nutricional Posparto

Es posible que pueda 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 de Visitas a Domicilio

Si usted está embarazada, puede ser elegible para el Programa de Visitas a Domicilio. 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 de Visitas a Domicilio, vaya a **dethrives.com/programs/home-visiting** o llame al **211**. También puede comunicarse con nuestro equipo de coordinación del cuidado de maternidad para obtener esta información. 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 Cuidados de 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 recompensas por hacer varias actividades. Puede ganar hasta \$180 en recompensas para usted y hasta \$215 en recompensas para el momento en que su bebé tenga 30 meses de edad. 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 menores de 20 años que están cubiertos por el Programa de Niños Saludables de Delaware (DHCP) deben usar un proveedor de la red. Los miembros mayores de 21 años pueden consultar a cualquier proveedor de planificación familiar con licencia, incluidos los proveedores no participantes.

La planificación familiar ayuda a las personas y las familias a decidir la cantidad de hijos que desean, así como el intervalo y el momento de los nacimientos. Incluye una amplia variedad de servicios, entre los que se encuentran los servicios básicos para la infertilidad, los anticonceptivos, y la prevención, las pruebas y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (STI). Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted.

Su proveedor de atención médica puede revisar con usted varias opciones para evitar un embarazo. Si tuvo un bebé hace poco, se recomienda esperar 18 meses o más después del parto para volver a quedar embarazada. Hable con su proveedor de atención médica sobre cuándo le gustaría quedar embarazada y cómo puede preparar su cuerpo para gestar un bebé.

Los proveedores de planificación familiar con licencia pueden ser los siguientes:

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

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.	2.5 años (30 meses) de edad.
9 meses de edad.	Una vez al año a partir de los 3 años.

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 el PCP de su hijo o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Para obtener más información sobre la cobertura dental para niños, consulte la sección *Beneficios Dentales y de la Visión*.

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 respeta la lista de medicamentos del Estado de Delaware y las pautas 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 de Delaware First Health conocen nuestra PDL. Saben cómo solicitar autorización previa y cuáles son los procedimientos especiales para solicitudes urgentes. La red de farmacias de Delaware First Health también 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 Medicamento Necesaria” en su receta para un medicamento de marca.
- Ha informado a Delaware First Health 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 (ID) 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. Puede encontrar las farmacias que participan 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 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 de la red:
 - 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**.
 - También puede llamar a los Servicios de Farmacia de Delaware First Health para obtener ayuda y encontrar una farmacia participante que le suministre durante 90 días. Llame al **1-833-236-1887** (TTY: **711**).
- Farmacia de pedidos por correo postal:

Puede inscribirse en el programa de pedidos por correo para suministros de 90 días a través de Express Scripts® Pharmacy. Existen cuatro formas de comenzar el programa de pedidos por correo de Express Scripts® Pharmacy:

1. Pídale a su médico que envíe de manera electrónica o por fax una nueva receta a Express Scripts® Pharmacy. Su médico puede enviar un fax a la Express Scripts® Pharmacy al **1-800-837-0959**. Este número es únicamente para uso del fax del proveedor.
2. Visite **express-scripts.com/rx** para registrarse o inicie sesión y tenga a mano su número de ID de miembro. 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 Express Scripts® Pharmacy al **1-833-750-4300** (TTY: **711**). Express Scripts® Pharmacy 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 a “Benefit Menu” (Menú de beneficios), 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 Express Scripts® Pharmacy. 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 Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) de Delaware First Health es una guía de medicamentos genéricos y de marca disponibles que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (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 es siempre 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 es siempre 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 de 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 del Programa de Enfermedad Renal Crónica (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.
- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (MAT) y medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD).
- 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 los miembros solo pueden obtener su medicamento de un único proveedor y farmacia “limitados”.

Cuando un miembro está “limitado” a un médico y/o farmacia, 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 buscar otra farmacia de la red. Para cualquier asunto relacionado con la limitación, llame a Delaware First Health al **1-833-236-1887** (TTY: **711**).

Artículos de Venta Libre (OTC) Mejorados

Los miembros pueden obtener hasta \$120 por grupo familiar por año (\$30 por trimestre) para gastar en artículos OTC como parte de nuestros Beneficios de Valor Agregado. Estos artículos no requieren receta.

Para ver una lista completa de artículos OTC, visite [DelawareFirstHealth.com/VAB](https://delawarefirsthealth.com/VAB). Los pedidos se pueden hacer:

- En línea en **[DelawareFirstHealth.com/VAB](https://delawarefirsthealth.com/VAB)**.
- En la aplicación Soluciones de Salud OTC, disponible en iOS App Store o Google Play.
- Por teléfono llamando al **1-888-628-2770** (TTY: **711**).



QUEJAS Y APELACIONES

Quejas

Esta sección proporciona las reglas para presentar una queja (reclamo). Las leyes estatales indican que puede presentar una queja sobre cualquier parte de su atención médica como miembro de Delaware First Health. El estado ha ayudado a establecer las reglas sobre cómo debe proceder para hacer un reclamo. El estado también indica lo que debemos hacer cuando recibimos una queja. Debemos ser justos en el manejo de su queja. No pueden dar de baja del plan a quien presenta una queja. 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. Una queja puede ser sobre cualquier cosa con la que usted no esté conforme, excepto por una determinación adversa de beneficios hecha a Delaware First Health por un miembro o su representante autorizado. Los miembros pueden presentar quejas con respecto a la calidad de la atención o el servicio recibido. Usted, o alguien que elija para que lo ayude, puede presentar una queja por teléfono o por escrito. Delaware First Health puede ayudarle 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 (ID) 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/Grievance**.

Si desea que alguien presente una queja por usted, necesitamos su permiso por escrito. De este modo, se convertirá en su representante autorizado. Tenemos un formulario que tiene que utilizar para dar permiso a otra persona. Puede encontrarlo en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**. Asimismo, puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar el formulario. El formulario se titula “Designación de Representante Autorizado de Quejas y Apelaciones”. 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, en la que le informaremos nuestra decisión.

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, su representante autorizado o su proveedor (con su consentimiento por escrito) pueden 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 calendario 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, su representante autorizado o su proveedor (con su consentimiento por escrito) pueden solicitar una apelación del siguiente modo:

- 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:

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

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

- Por escrito a:
Delaware First Health
ATTN: Pharmacy Appeals
P.O. Box 31398
Tampa, FL 33631-3398
- Por 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 su cuenta, 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 presentar una solicitud por escrito en la que los autorice a apelar en su nombre.

Cuando presente su apelación, debe incluir lo siguiente:

- Su nombre y número de identificación (ID) de miembro.
- Su número de teléfono.
- Su dirección.
- 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 necesita un traductor, podemos buscar uno 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 tomará una decisión. 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 la que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación. 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 del Estado.

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, su representante autorizado o su proveedor (con su consentimiento por escrito), pueden solicitar una apelación rápida (acelerada) o estándar dentro de los 60 días calendario posteriores a la notificación de Delaware First Health acerca de una decisión de denegar, finalizar 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, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar una apelación rápida del siguiente modo:

- 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

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 solicitud a:

- Por escrito a:
Delaware First Health
P.O. Box 10378
Van Nuys, CA 91410-0378
- Por fax: **1-866-714-7991**



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

- Por escrito a:

Delaware First Health
ATTN: Pharmacy Appeals
P.O. Box 31398
Tampa, FL 33631-3398

- Por fax: **1-888-865-6531**

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

Si se necesita más información, usted o Delaware First Health pueden solicitar una extensión.

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 120 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, envía un correo electrónico o escribe a la oficina estatal de la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA):

- Por escrito a:

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

- Por fax: **1-302-255-9614**.
- Por Teléfono: **1-302-255-9500** o sin cargo al **1-800-372-2022**.

Para español u otros idiomas, llame al **1-866-843-7212**.

若需中文或其他語言，請致電 **1-866-843-7212**。

Pou Kreyòl Ayisyen, oswa lòt lang, rele **1-866-843-7212**.

لغة العربية أو للغات الأخرى، اتصل على الرقم **1-866-843-7212**.

Para otros idiomas, llame al **1-866-843-7212**.

Para solicitar una audiencia imparcial por correo electrónico, envíe su solicitud a **DHSS_DSS_FHRequest@delaware.gov**.

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.



CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Inquietudes sobre la Calidad de Atención

¿Qué es una Inquietud sobre la Calidad de Atención?

Una Inquietud sobre la calidad de atención corresponde a un reclamo sobre la calidad de su atención médica. También puede tratarse de si recibió el tratamiento apropiado. Esta situación también se conoce como una inquietud sobre la calidad de atención. Existen distintas inquietudes sobre la atención, por ejemplo:

- Que le hagan un diagnóstico incorrecto.
- Que le retrasen su atención.
- Que le hagan un procedimiento o cirugía que salió mal o no era el indicado para usted.
- Que le den de alta de un hospital antes de tiempo.
- Que no le entreguen el medicamento correcto o en la cantidad suficiente.
- Hubo un error en los fármacos.

Cómo Manejamos las Inquietudes sobre la Calidad de Atención

En Delaware First Health, nos tomamos su atención con seriedad. Por eso, tenemos un Programa de Calidad para revisar las inquietudes sobre la atención que reciben nuestros miembros. Se llama “revisión por pares”.

¿Qué Es La Revisión por Pares?

La revisión por pares consiste en que los profesionales de cuidado de la salud calificados, como médicos o enfermeras, revisan las inquietudes sobre la atención para asegurarse de que cumplan altos estándares. Cuando un miembro informa una inquietud, estos expertos examinan cuidadosamente lo que sucedió y cómo podemos mejorar.

Capacitación de Nuestro Equipo

Capacitamos a nuestro personal para que sepan cómo funcionan las revisiones por pares y cómo manejar las inquietudes sobre la atención. Nos ayuda a asegurarnos de estar siempre trabajando para mejorar la atención que recibe.

Estamos comprometidos con garantizar que tanto usted como todos nuestros miembros reciban la mejor atención posible. Si tiene alguna pregunta, estamos aquí para ayudarlo.

Cómo Informar una Inquietud

Tomamos en consideración todas las inquietudes. Si tiene alguna inquietud, puede informarla y la revisaremos de manera exhaustiva. Para informar una inquietud sobre la atención, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando sin cargo al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

También puede presentar una queja. No es necesario que presente una queja para que revisemos su inquietud sobre la Calidad de atención.



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 durante el período de inscripción abierta o si tiene un motivo para solicitar una transferencia por causa justificada.

Transferencia por Causa Justificada

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.

Si desea cambiar su MCO y aún no han transcurrido los 90 días del período de inscripción inicial o tiene motivos para solicitar una transferencia por causa justificada, puede llamar al Administrador de Beneficios de Salud al **1-800-996-9969**.

Inscripción Abierta Anual

Cada año, el estado brinda una oportunidad para que los miembros cambien su plan de salud. Este período se conoce como el período de inscripción abierta y ocurre durante el mes de octubre para la cobertura que comienza el 1 de enero. Durante el período de inscripción abierta, los miembros pueden cambiar su plan por cualquier motivo, sin una causa justificada.

Si decide cambiar de plan de salud durante el período de inscripción abierta, 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 automáticamente la inscripción en su plan actual.

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 el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware. Existen varias formas de presentar su solicitud e inscribirse:

- **En línea:** Presente su solicitud en línea en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware 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 los Clientes del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware al **1-866-843-7212** (TTY: **1-855-889-4325**).

Delaware First Health ofrece asistencia médica a familias elegibles con bajos ingresos, personas mayores, ciegas y/o con discapacidad cuyos ingresos no son suficientes para pagar los servicios médicos necesarios. Medicaid paga las visitas al médico, la atención hospitalaria, los laboratorios, los medicamentos recetados, el transporte médico que no es 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 ASSIST del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware.

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 (ID). Puede encontrar más información sobre su fecha de entrada en vigor en nuestro portal para miembros en **DelawareFirstHealth.com**.

Continuidad de la Atención

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.

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 de 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 recibiendo la atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted o su proveedor deben 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 el portal para proveedores.
- Envíe por fax un formulario de solicitud de autorización a Delaware First Health al **1-833-967-0502**.

Los médicos y el personal de enfermería de Delaware First Health revisarán la solicitud de autorización. Si tiene preguntas sobre los servicios que requieren autorización previa, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



OTRA INFORMACIÓN DEL PLAN

Confidencialidad

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

Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnia e idioma (REL), orientación sexual e identidad de género (SOGI). Además de las protecciones mencionadas, usamos los siguientes métodos para resguardar su información:

- Guardar los documentos impresos en archivadores cerrados con llave.
- Exigir que toda la información electrónica se mantenga en medios físicamente seguros.
- Guardar la información electrónica en archivos protegidos con contraseña.

Podemos usar o divulgar su información REL y SOGI para realizar nuestras operaciones. Estas actividades pueden incluir:

- Diseñar programas de intervención.
- Diseñar y distribuir materiales de divulgación.
- Informar a los profesionales y los proveedores de atención médica sobre sus necesidades de idioma.
- Evaluar las disparidades en la atención médica.

Nunca usaremos su información sobre REL y SOGI para procesos de contratación, fijación de tarifas o determinación de beneficios, ni divulgaremos su información sobre REL y SOGI a personas no autorizadas.

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.

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**. Hay más información disponible en línea en **<https://dhss.delaware.gov/dsaapd/>**.

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 su origen y es sospechosa, o cuando 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.
- Conducta inapropiada/poco profesional por parte de un proveedor que involucra a un miembro.



CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIA

Condado de New Castle			
Bear	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 1011 E Songsmith Dr. Bear, DE 19701 1-302-546-5538		
Greenville	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 360 Buckley Mill Rd. Ste. B Greenville, DE 19807 1-302-504-0253		
Middletown	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 749 Middletown Warwick Rd. Middletown, DE 19709 1-302-273-1614		
Newark	Go-Care Urgent Care at Abby Medical 1 Centurian Dr. Ste. 106 Newark, DE 19713 1-302-999-0003	Newark 24/7 Emergency 324 East Main St. Newark, DE 19711 1-302-738-4300	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 200 Hygeia Dr. Newark, DE 19713 1-302-273-1701
	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 1 Chestnut Hill Plaza Ste. C Newark, DE 19713 1-302-267-7534	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 550 S College Ave. Ste 115 Newark, DE 19713 1-302-273-0727	PM Pediatric Urgent Care 3180 Fashion Center Blvd. Newark, DE 19702 1-302-500-5437

**Condado de New Castle (continuación)**

Wilmington	Go-Care Urgent Care at Silverside Medical 2700 Silverside Rd. Wilmington, DE 19810 1-302-225-6868	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 2305 Concord Pike Wilmington, DE 19803 1-302-467-3588
	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 4724 Limestone Rd. Wilmington, DE 19808 1-302-467-3595	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 3926 Kirkwood Hwy. Wilmington, DE 19808 1-302-455-2730

Condado de Kent

Dover	Coastal Medical Center Walk-In & Primary Care 4601 S DuPont Hwy. Ste. 2 Dover, DE 19901 1-302-698-1100	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 200 Banning St. Ste. 170 Dover, DE 19904 1-302-546-5533
Milford	Bayhealth Walk-in Medical Care 800 N. DuPont Blvd. Milford, DE 19963 1-302-430-5705	
Milton	Bayhealth Emergency and Urgent Care Center, Total Care - Milton 18383 Hudson Rd. Milton, DE 19968 1-302-725-3500	
Smyrna	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 300 Jimmy Dr. Smyrna, DE 19977 1-302-273-1163	



Condado de Sussex	
Georgetown	Beebe Medical Group Walk-In Georgetown 21635 Biden Ave. Unit 101 Georgetown, DE 19947 1-302-856-9729
Laurel	TidalHealth Immediate Care 30549 Sussex Hwy. Laurel, DE 19956 1-302-297-2585
Lewes	AtraCare Walk-In 18068 Coastal Hwy. Lewes, DE 19958 1-302-567-1500
Millsboro	Beebe Medical Group Walk-In Millsboro 28538 Dupont Blvd. #1 Millsboro, DE 19966 1-302-934-5052
Millville	Beebe Medical Group Walk-In Millville 32550 Docs Place Extension Unit 1 Millville, DE 19967 1-302-541-4175
Milton	Beebe Medical Group Walk-In Milton 23900 Milton Ellendale Hwy. Milton, DE 19968 1-302-684-5635
Rehoboth Beach	Beebe Medical Group Walk-In Rehoboth Beach 19161 Healthy Way Unit 100 Rehoboth Beach, DE 19971 1-302-645-3010

**Condado de Sussex (continuación)**

Seaford	Ambient Medical Care 24459 Sussex Hwy. Unit 2 Seaford, DE 19973 1-877-629-2621	TidalHealth Immediate Care 8472 Herring Run Rd. Seaford, DE 19973 1-302-297-2510
Selbyville	Lower Shore Immediate Care of Selbyville 38229 DuPont Blvd. Selbyville, DE 19975 1-302-433-6440	

Maryland

Delmar	Best Remedy Urgent Care LLC 9315 Ocean Hwy. Ste. B Delmar, MD 21875 1-410-896-5550	
Elkton	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 310 E Pulaski Hwy. Elkton, MD 21921 1-443-485-6213	
North East	ChristianaCare GoHealth Urgent Care 101 North East Plaza North East, MD 21901 1-410-656-7867	



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.

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.



Palabras/Frases

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 cuidados para pacientes terminales: servicios para proporcionar confort y apoyo a las personas que están enfermas terminales 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.

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

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS): atención médica y no médica para personas que no pueden realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ADL), 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*.



Palabras/Frases

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.

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 atención primaria (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.

Declaración de No Discriminación

Delaware First Health cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Delaware First Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

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

Si considera que Delaware First Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

1557 Coordinator
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631
Teléfono: **1-855-577-8234** (TTY: **711**)
Fax: **1-866-388-1769**
Email: **SM_Section1557Coord@centene.com**

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **1557 Coordinator** está disponible para ayudarlo.

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

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 **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**.

Esta notificación está disponible en el sitio web de Delaware First Health:

<https://www.delawarefirsthealth.com/non-discrimination.html>.

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

English: If you need this in another language, or need auxiliary aids and services, large font, oral translation, or other alternative formats, we can provide them to you free of charge. Call **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711)**.

Español (Spanish): Si necesita esta información en otro idioma o necesita ayudas y servicios auxiliares, letra grande, interpretación oral u otros formatos alternativos, podemos proporcionarlos para usted de manera gratuita. Llame a **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711)**.

中文 (Chinese): 如您需要以其他語言，或需要輔助工具和服務、較大的字型、口譯服務或其他替代格式檢閱此資訊，我們可以免費提供給您。請致電 **Delaware First Health : 1-877-236-1341 (TTY : 711)**。

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole): Si ou bezwen sa nan yon lòt lang, oswa si ou bezwen aparèy ki bay asistans ak sèvis oksilyè, dokiman ki ekri ak gwo lèt, tradiksyon nan bouch, oswa lòt fòm altènatif, nou kapab ba ou yo gratis. Rele **Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): જો તમને બીજી ભાષામાં આની જરૂર હોય અથવા સહાયક સહાય અને સેવાઓ, મોટા ફોન્ટ, મૌખિક અનુવાદ અથવા અન્ય વૈકલ્પિક ફોર્મેટની જરૂર હોય, તો અમે તમને તે મફતમાં પ્રદાન કરી શકીએ છીએ. **Delaware First Health**ને આના પર કૉલ કરો: **1-877-236-1341 (TTY: 711)**.

Français (French): Si vous avez besoin de ce document dans une autre langue, d'aides et de services auxiliaires, de polices de caractères plus grandes, d'une traduction orale ou d'autres formats, nous pouvons vous les fournir gratuitement. Contactez **Delaware First Health : 1-877-236-1341** (TTY : **711**).

한국어 (Korean): 다른 언어, 보조 도구 및 서비스, 큰 글씨, 구두 번역 또는 기타 대체 형식으로 필요한 경우 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. **Delaware First Health: 1-877-236-1341**(TTY: **711**)로 전화해 주십시오.

Kiswahili (Swahili): Ikiwa unahitaji hii katika lugha nyingine, au unahitaji usaidizi na huduma za usaidizi, fonti kubwa, ukalimani, au maumbizo mengine mbadala, tunaweza kuzitoa bila malipo. Pigia **Delaware First Health: 1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Yorùbá (Yoruba): Bí o bá nílò èyí ní èdè mǐràn, tàbí o nílò àwọn ìrànwọ̀ arannilọ́wọ̀ àti àwọn isẹ̀, lẹ̀tà kíkọ̀sílẹ̀ títóbi, ìtumọ̀-èdè aláfẹ̀nuso, tàbí àwọn ọ̀nà ìkọ̀sílẹ̀ àfirópò mǐràn, a leè pèsè wọn fún ọ̀ lẹ̀fẹ́ lǎàisan owó rárá. Pe **Delaware First Health: 1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Deutsch (German): Wenn Sie diese Informationen in einer anderen Sprache oder zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen wie Großdruck, Verdolmetschung oder alternative Formate benötigen, stellen wir Ihnen dies kostenfrei zur Verfügung. Wenden Sie sich dazu an **Delaware First Health** unter: **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ito sa ibang wika, o kung kailangan ninyo ng mga karagdagang tulong at serbisyo, malalaking font, o iba pang alternatibong format, maibibigay namin sa inyo ang mga ito nang libre. Tawagan ang **Delaware First Health: 1-877-236-1341** (TTY: **711**).

हिंदी (Hindi): अगर आपको यह किसी अन्य भाषा में चाहिए या सहायक साधन और सेवाओं, बड़े फ़ॉन्ट, मौखिक अनुवाद, या अन्य वैकल्पिक फ़ॉर्मेट की आवश्यकता है, तो हम उन्हें आपको निःशुल्क प्रदान कर सकते हैं। **Delaware First Health** को इस पर कॉल करें: **1-877-236-1341** (TTY: **711**)।

اردو (Urdu): اگر آپ کو یہ کسی دوسری زبان میں چاہیے، یا معاون امداد اور خدمات، بڑے فونٹ، زبانی ترجمہ، یا دیگر متبادل فارمیٹس کی ضرورت ہے، تو ہم انہیں آپ کو مفت فراہم کر سکتے ہیں۔ **Delaware First Health** کو اس پر کال کریں: **1-877-236-1341** (TTY: **711**)۔

العربية (Arabic): إذا كنت بحاجة إلى ذلك بلغة أخرى، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدات وخدمات إضافية أو ملف بخط كبير أو ترجمة شفوية أو تنسيقات بديلة أخرى، فيمكننا تزويدك بذلك مجانًا. اتصل بـ **Delaware First Health** على الرقم: **1-877-236-1341** (TTY: **711**)۔

తెలుగు (Telugu): మీకు ఇది మరొక భాషలో కావాలంటే లేదా సహాయక టూల్స్ మరియు సేవలు, పెద్ద ఫాంట్, మౌఖిక అనువాదం లేదా ఇతర ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్స్ అవసరమైతే, మీకు ఎలాంటి ఛార్జీలు లేకుండా ఉచితంగా మేము వాటిని అందించగలము. ఈ నంబర్లో **Delaware First Health** కి కాల్ చేయండి: **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Nederlands (Dutch): Als u dit in een andere taal nodig hebt, of aanvullende hulpmiddelen en diensten, een groot lettertype, gesproken vertaling of een ander formaat nodig hebt, kunnen wij deze gratis leveren. Bel **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.

Entra en vigor a partir del 1/1/2026

For help to translate or understand this, please call **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Si necesita ayuda para traducir o comprender esta información, llame al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

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 segura.

Esta Notificación 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

Publicaremos las Notificaciones revisadas 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), como de su 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, ya sea para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa 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 Normas 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 utilizar su PHI y divulgarla a fin de llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir la prestación de servicio al cliente, la respuesta a reclamos y apelaciones, y la administración y la administración de cuidados.

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 de casos y coordinación de la atención
- 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 las leyes del plan de salud. Esto significa que la información que proporciona es privada y está segura. Solo podemos compartir esta información con los proveedores de atención médica. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y los servicios.

Esta información nos ayuda a lo siguiente:

- Comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- Conocer su idioma de preferencia cuando acuda a proveedores de atención médica.
- Proporcionar información médica para satisfacer sus necesidades de atención de la salud.
- Ofrecer programas para ayudarle a estar más saludable.

Esta información no se utiliza para fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgaciones al Patrocinador del Plan o Plan de Salud Grupal** — Podemos divulgar su PHI a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le proporcione un programa de atención médica, si el patrocinador aceptó ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información médica protegida (como aceptar no utilizar 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 usar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como tomar una decisión sobre una solicitud o reclamo 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 o Alternativas de Tratamientos** — Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle acerca de una cita para un tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamientos 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA. Esto incluye los registros de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD).
- **Víctimas de Abuso y Negligencia** — Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, 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 su PHI pertinente a un funcionario cuando se nos solicite a fin de responder a un delito.
- **Registros de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD)** — No utilizaremos ni divulgaremos sus registros de SUD en procedimientos legales contra usted, a menos que ocurra lo siguiente:
 - Hayamos recibido su consentimiento por escrito, o
 - Hayamos recibido una orden judicial, usted haya sido informado de la solicitud y se le haya dado la oportunidad de ser escuchado. La orden judicial debe incluir una citación o un documento legal similar que requiera una respuesta.
- **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 su uso o divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o de la comunidad.
- **Funciones Gubernamentales Especializadas** — Si usted 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; para actividades de inteligencia; al Department of State para determinaciones de adecuación médica; para la protección del Presidente; y a otras personas autorizadas, según lo requiera la ley.
- **Indemnización para Trabajadores** — Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de indemnización para 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 bien si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de su familia, amigo cercano, agencia de ayuda autorizada en caso de desastre o a cualquier otra persona que haya identificado previamente. 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 pediremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibiremos una compensación por divulgar la PHI de esta manera..
- **Marketing** — Le pediremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de marketing con excepciones limitadas, como cuando tengamos comunicaciones de marketing en persona o cuando ofrezcamos 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 realizar ciertas funciones de operaciones de tratamiento, pago o 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** — Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, así como las divulgaciones a personas que participen en su cuidado o el pago de su cuidado, como miembros de su familia o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que usted solicita y a quién se aplican las restricciones. 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** — Usted tiene derecho a 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 usted desea. 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 a su PHI y Recibir una Copia de Esta** — Usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver su PHI contenida en un conjunto de registros designado u obtener copias de esta. Usted 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 denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito y le indicaremos si es posible revisar las razones de la denegación. También le informaremos cómo se solicita la revisión o si el rechazo no es apto para su revisión.
- **Derecho a Enmendar su PHI** — Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos, o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe modificarse. 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 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 las Divulgaciones** — Usted tiene derecho a recibir una lista de los casos, dentro de los últimos 6 años, en los que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que 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 sus derechos de privacidad fueron violados 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.

Además, puede presentar un reclamo ante la Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al **1-800-368-1019**, (TTY: **1-800-537-7697**), o ingrese a **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**.

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 información de contacto que se proporciona al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (email), 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.

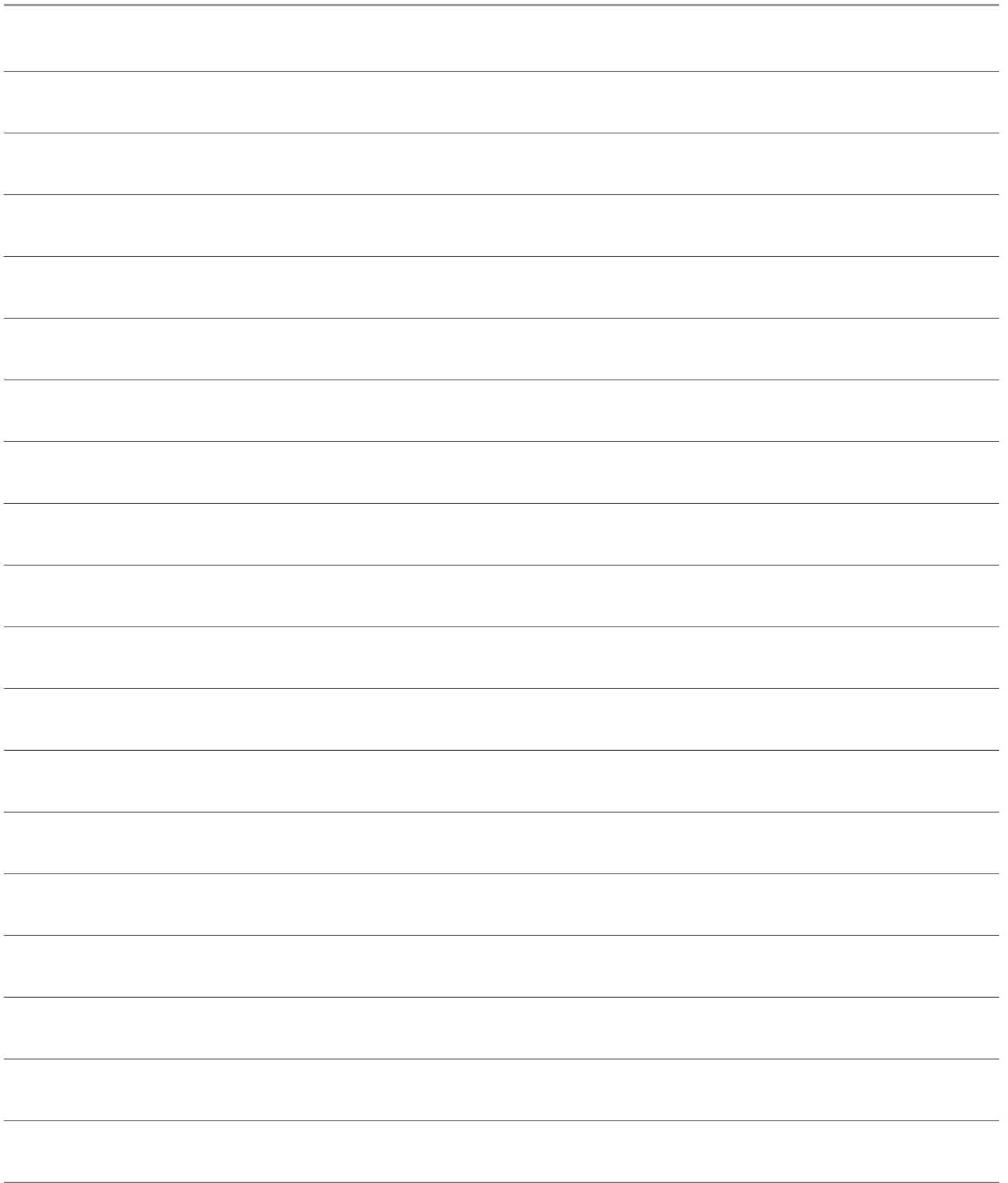
Delaware First Health

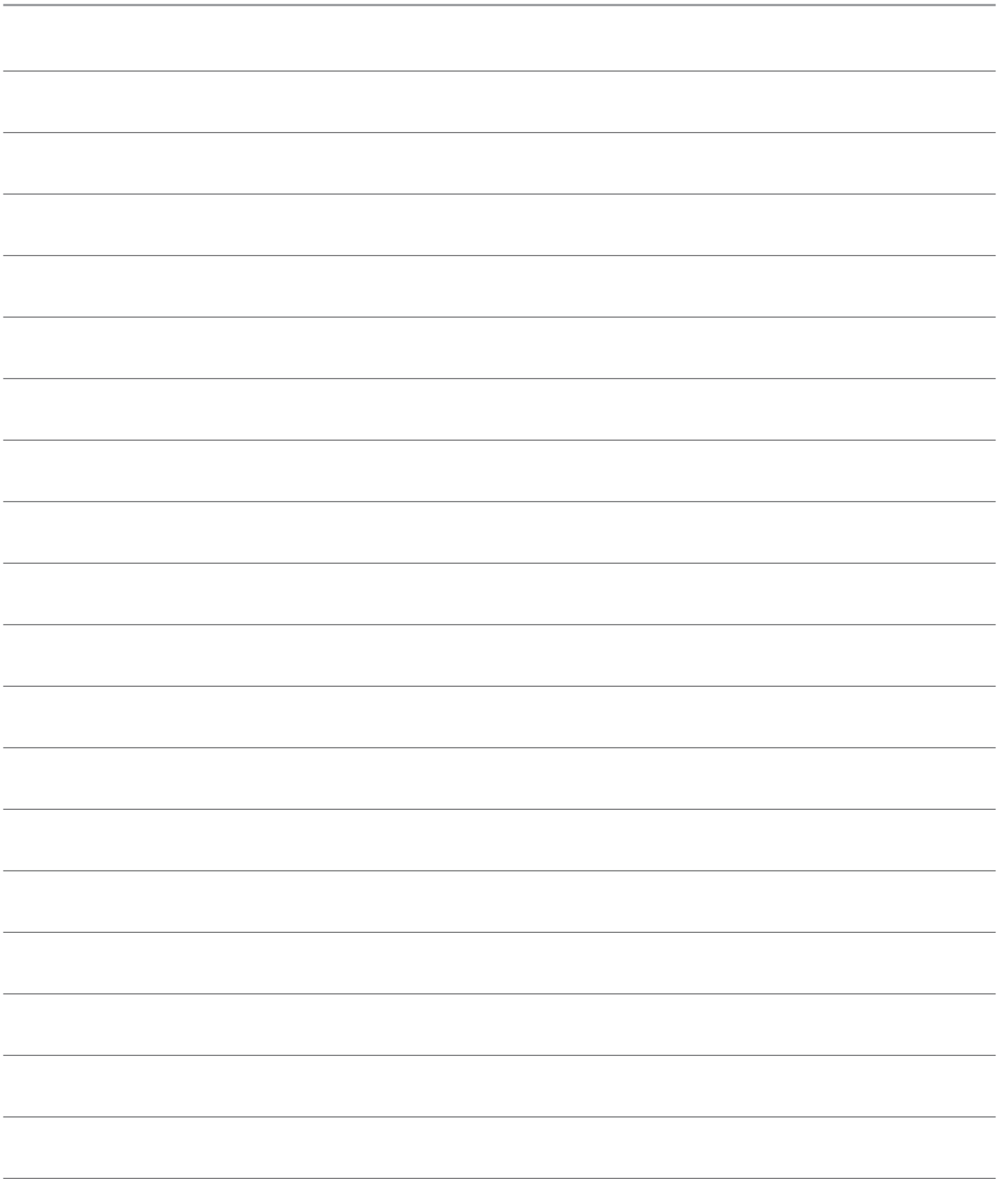
Attn: Privacy Official

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)

©2025 Delaware First Health

750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713