



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Medicaid & Medical Assistance

Manual para Miembros del 2023

Diamond State
Health Plan

Diamond State
Health Plan-Plus

Servicios y Apoyos
a Largo Plazo



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

1-877-236-1341

TTY: 711 (Para personas con limitaciones auditivas)

CAD_112019S State Approved 11142022

© 2022 Delaware First Health. Todos los derechos reservados.

750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713

DE3CADMHB12020S_0922

Caid-MemberHandbook-DE-Spa-101222



Tabla de contenidos

Bienvenido	4
Números de teléfono importantes	5
Formatos alternativos	6
Servicios de interpretación y traducción.....	6
Ayudas y Servicios Especiales	6
Glosario de términos	6
Cómo empezar	10
Su tarjeta de identificación de miembro.....	10
Su inscripción.....	11
Cómo obtener ayuda	11
Defensores de los miembros	12
Administración de casos	12
Informar cambios	12
Cambiar su Plan	13
Transición del cuidado.....	14
Sistema de Apoyo a los Beneficiarios de LTSS	15
Información general.....	15
Inquietudes y preguntas sobre los LTSS	17
Asistencia para quejas y apelaciones	17
Sus derechos y responsabilidades	21
Derechos y responsabilidades de los miembros	21
Fraude y abuso	22
Cómo utilizar sus beneficios	23
Beneficios de MCO.....	23
Beneficios del estado.....	39
Beneficios mejorados de los LTSS	42



Transición desde un centro de convalecencia 44

Autorización previa 45

Servicios no cubiertos..... 46

Programas de Bienestar 47

Servicios de salud conductual 48

Responsabilidad de pago del paciente 50

Sus proveedores 50

 Encontrar un proveedor 50

 Derecho a elegir un proveedor 51

 Su proveedor de cuidado primario (PCP) 51

 Obtener una segunda opinión..... 52

 Atención de especialista 53

 Recibir atención fuera de la red 53

 Estándares de la cita..... 53

Atención de emergencia y de urgencia..... 55

 ¿Qué es una emergencia? 55

 Recibir servicios de emergencia..... 55

 ¿Qué es la atención de urgencia? 56

 Recibir atención de urgencia 56

 Proveedores de atención de urgencia 56

 Cobertura médica fuera de los Estados Unidos..... 57

Telemedicina 57

Cuidado de maternidad 59

Planificación familiar..... 59

Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) 60

Sus beneficios de medicamentos recetados 62

 Cómo obtener un medicamento recetado 62



Medicamentos recetados cubiertos.....	63
Autorización previa de algunos medicamentos recetados.....	64
Copagos de medicamentos recetados.....	65
Transporte para servicios médicos sin carácter de emergencia	67
Quejas y apelaciones.....	67
¿Qué es una queja?	68
Plazo para presentar una queja.....	68
¿Qué es una apelación?.....	68
¿Cuál es el plazo para presentar una apelación?	71
Apelaciones aceleradas	71
Audiencias imparciales del estado.....	72
Otra información del Plan	73
Confidencialidad	73
Comité Asesor de Miembros de LTSS	73
Directivas anticipadas (testamentos vitales).....	74
Informar Responsabilidad de Terceros (TPL).....	74
Declaración de No Discriminación	75
Notificación de sospecha de abuso, negligencia o explotación de niños y adultos dependientes.....	76
Incidentes críticos	76
Notificación de Prácticas de Privacidad	76



Bienvenido

¡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 el programa Medicaid. Trabajamos con muchos médicos, clínicas y hospitales para darle a usted y a su familia la atención que necesita. Este manual será su guía para la amplia gama de servicios de atención médica de Medicaid que están a su disposición. Si tiene alguna pregunta sobre la información incluida en su guía rápida, este manual o su nuevo plan de salud, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) o visite nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.

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

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

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

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

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

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

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

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



Números de teléfono importantes

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

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

- Preguntas sobre beneficios
- Asistencia para cambiar o seleccionar un PCP
- Vista
- Cuidado dental
- Servicios de farmacia
- Línea de Asesoramiento de Enfermería (24/7): Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería está lista para responder a sus preguntas de salud las 24 horas al día, todos los días del año.
- Manejo de la atención: El manejo de la atención y el entrenamiento de enfermedades son parte de sus beneficios de salud y se le proporcionan sin costo alguno.

Número gratuito de Servicios para Miembros para el acceso a TTY: **1-877-236-1341** (TTY: **711**)

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

- Línea para Crisis de Northern Delaware: **1-800-652-2929**
- Línea para Crisis de Southern Delaware: **1-800-345-6785**
- Línea directa para Crisis de DSCYF para Jóvenes: **1-800-969-4357**
- Línea Nacional de Prevención del Suicidio: **988**

Servicios de transporte de Modivcare: Los servicios de transporte sin carácter de emergencia son proporcionados por Delaware Medicaid. Este servicio no está disponible para los miembros del Programa de Niños Saludables de Delaware (DHCP).

A los miembros identificados con necesidades de transporte se les ofrecerán servicios de transporte a través de Modivcare. Los miembros deben trabajar con Servicios para Miembros para recibir estos servicios y revisar el número de viajes cubiertos. No se requerirá autorización previa ni copagos, si usted califica para recibirlos.

- Le pedimos que se comunique con Modivcare al **1-877-659-8416** para obtener ayuda con la programación del transporte sin carácter de emergencia.
- Línea directa Where's My Ride **1-877-659-8416**

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

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

Número de contacto gratuito para el agente de Inscripción de Medicaid o el gerente de Beneficios de Salud: 1-800-996-9969

- El administrador de Beneficios de Salud de Medicaid lo ayuda a inscribirse en una Organización de Atención Médica Administrada (MCO) y a entender sus beneficios y recetas.



Formatos alternativos

Servicios de interpretación y traducción

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

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

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

- Servicios de intérpretes por teléfono.
- Interpretación en las visitas al médico, con 24 horas de antelación.
- Este manual para miembros o cualquier otro material escrito en su idioma preferido.

Ayudas y Servicios Especiales

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

Llame a Delaware First Health a nuestro número gratuito, **1-877-236-1341** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 A.M. a 7 P.M. ET si necesita servicios de interpretación o traducción, o asistencia y servicios auxiliares.

Glosario de términos

Palabras/Frases

Apelación- Una solicitud para que su plan revise una decisión de denegar o reducir un beneficio.

Beneficios- Los artículos o servicios de atención médica cubiertos por su plan.

Copago- Un costo fijo que usted debe pagar para recibir 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.

Afección médica de emergencia- Un problema médico tan grave que debe buscar atención médica de inmediato para evitar daños graves.



Palabras/Frases

Transporte médico de emergencia-La ambulancia que lo lleva al hospital en caso de emergencia.

Atención en la sala de emergencias- Los servicios que recibe en una sala de emergencias para tratar una afección médica de emergencia.

Servicios de emergencia-Tratamiento de una afección 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 para la recuperación de habilidades-Servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

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

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

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

Servicios de cuidados paliativos-Servicios para proporcionar comodidad y apoyo a las personas que tienen una enfermedad en fase terminal y a sus familias.

Hospitalización-Atención brindada en un hospital donde usted es ingresado y generalmente se queda a pasar la noche. Una estadía 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 lo protege de enfermedades.



Palabras/Frases

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (Long Term Services and Supports, LTSS)- Atención médica y no médica proporcionada a personas que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria (ADL). Las ADL incluyen actividades como vestirse o bañarse. Los LTSS pueden proporcionarse en el hogar, en la comunidad, en los centros de vida asistida o en los centros de convalecencia.

Médicamente necesario-Servicios médicos, tratamientos o suministros que son necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con las normas de medicina aceptadas.

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 se llama Organización de Atención Médica Administrada (MCO).

Autorización previa- Aprobación de su plan para un servicio de atención médica.

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

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-Medicamentos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.



Palabras/Frases

Médico de Cuidado Primario-Un médico que proporciona o planifica directamente sus servicios de atención médica.

Proveedor de Cuidado Primario-Un médico, enfermera 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 recuperación de las habilidades-Dispositivos de atención médica que lo 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 recuperación de las habilidades-Servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento que necesita para la vida diaria que se ha perdido o se ha visto perjudicado por estar enfermo, herido o discapacitado.

Atención de enfermería especializada-Servicios de atención médica de enfermeras autorizadas 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 proporcionada por un médico que tiene capacitación especial para una afección o enfermedad específica.

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



Cómo empezar

Su tarjeta de identificación de miembro.

Cuando se inscriba, Delaware First Health le enviará por correo una tarjeta de identificación de miembro. Lleve su tarjeta de identificación a todas las citas.

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

Anverso:

	delaware first health	750 Prides Crossing, Suite 200 Newark, DE 19713
Member Name: XXXXXXXX	PCP Name: XXXXXX	
Member ID#: XXXXXXXXXXXX	PCP Phone Number: 1-XXX-XXX-XXXX	
DOB: XX/XX/XXXX	PCP Address: XXXXXXXX	
RXBIN: 004336	XXXXXXX	
RXPCN: MCAIDDE	XXXXXXX	
RXGROUP: RX5500	XXXXXXX	
For a full list of copays and exceptions visit: www.DelawareFirstHealth.com .		
Member Copays:	Prescriptions:	Diamond State Health Plan
Provider Visit: \$0;	\$10.00 or less = \$0.50	
Preventative Visit: \$0;	\$10.01 to \$25.00 = \$1.00	
Adult Dental Visit: \$3;	\$25.01 to \$50.00 = \$2.00	
Inpatient Hospital Stay: \$0	\$50.01 or more = \$3.00	

Reverso:

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

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

Anverso:

	delaware first health	750 Prides Crossing, Suite 200 Newark, DE 19713
Member Name:	Diamond State Health Plan-Plus	
Member ID#: XXXXXXXXXXXX	Long Term Services and Support (LTSS)	
Date of Birth:		
RXBIN: 004336		
RXPCN: MCAIDDE		
RXGROUP: RX5500		
For a full list of copays and exceptions visit: www.DelawareFirstHealth.com .		
Member Copays:	Prescriptions:	
Provider Visit: \$0;	\$10.00 or less = \$0.50	
Preventative Visit: \$0;	\$10.01 to \$25.00 = \$1.00	
Adult Dental Visit: \$3;	\$25.01 to \$50.00 = \$2.00	
Inpatient Hospital Stay: \$0	\$50.01 or more = \$3.00	

Reverso:

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

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

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



Cada vez que reciba una nueva tarjeta de ID, destruya la anterior. Si usted pierde su tarjeta de identificación de miembro de Delaware First Health, o no recibió una, podemos reemplazarla. Para reemplazar la tarjeta, visite el Portal Seguro para Miembros en nuestro sitio web con el fin de solicitar una nueva o llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono gratuito es **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Conserve su tarjeta de ID con usted en todo momento. Asegúrese de que no sea robada ni utilizada por otras personas. La cobertura de Delaware First Health es para usted solamente. Depende de usted proteger su tarjeta de identificación de miembro. Nadie más puede utilizar su tarjeta de identificación de miembro. Está legalmente prohibido dar o vender su tarjeta de identificación de miembro a cualquier persona. Si otra persona usa su tarjeta, es posible que se cancele su inscripción en Delaware First Health y el estado podría acusarlo de un delito.

Su inscripción

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

Fecha de entrada en vigor de la inscripción:

Se incluirá una nueva carta de socio con su tarjeta de identificación. Usted puede encontrar la fecha de entrada en vigor de su inscripción en Delaware First Health usando nuestro Portal para Miembros en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.

Miembros de DSHP: Su asignación de Médico de Cuidado Primario (PCP)

Si seleccionó a un PCP durante su inscripción, la información de su PCP estará en su tarjeta de identificación. Si usted no seleccionó un PCP, tendrá 30 días calendario a partir de la fecha de entrada en vigor de su inscripción para elegir un PCP. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**), y un representante lo ayudará a seleccionar un PCP o también puede visitar nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** para cambiar de PCP o seleccionar uno. Si no selecciona un PCP dentro de los 30 días calendario, se le asignará automáticamente un PCP y se le enviará una nueva tarjeta de identificación por correo.

Miembros de DSHP Plus: Su asignación de Médico de Cuidado Primario (PCP)

Usted puede seleccionar un PCP durante su inscripción con el gerente de Beneficios de Salud. También puede seleccionar o cambiar su PCP llamando a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**), y un representante de servicio al cliente le ayudará a seleccionar un PCP o puede visitar nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** para hacer un cambio de PCP o para seleccionar uno.

Cómo obtener ayuda

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

- Manual para Miembros actualizado
- Directorio de proveedores
- Información de la lista de medicamentos



Defensores de los miembros

Los defensores de los miembros ayudan a los miembros a acceder a la atención y navegar por los recursos, involucrar a miembros difíciles de contactar, trabajar con organizaciones comunitarias y proveer de personal en eventos saludables. El personal de administración de casos y/o defensor de los miembros (personal del Equipo de Atención) apoyará a los miembros que necesitan coordinación de citas e información personalizada. Ayudará a abordar las barreras identificadas como el idioma y el transporte organizando los servicios de intérpretes o coordinando los servicios de transporte. Tenemos un enfoque de “ventanilla única” para brindar asistencia.

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

Administración de casos

La función principal de los administradores de casos (CM) es apoyar a los miembros y ayudarles a acceder a los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) y a otros servicios. El CM es responsable de dirigir el proceso del Person-Centered Service Plan (PCSP). El CM identificará, coordinará y ayudará al miembro a acceder a todos los servicios necesarios, incluidos los servicios cubiertos y no cubiertos, médicos, sociales, de vivienda, educativos, y otros servicios y apoyos necesarios. El CM es responsable de localizar y coordinar a los servicios de proveedores, especialistas u otros servicios necesarios para la prestación de los mismos. Esto incluye la coordinación entre los servicios físicos, conductuales y de apoyo. El CM trabajará con el miembro para completar las actividades necesarias para mantener la elegibilidad de LTSS. El CM mantendrá informado al miembro durante el proceso de facilitación, localización y monitoreo de servicios y apoyo. Las alternativas de servicio y otras opciones serán tomadas en consideración, tales como la Atención Autodirigida de HCBS para miembros de DSHP Plus LTSS y la Atención Autodirigida con Asistente para Niños y otros servicios LTSS.

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

Informar cambios

Los cambios importantes en su vida pueden afectar su elegibilidad con Delaware First Health. Es importante que usted haga saber a DHSS y a Delaware First Health cuando se produzcan estos cambios en su vida. Si usted tiene un cambio importante en su vida, llame al Departamento de Relaciones con el Cliente de DHSS al **1-866-843-7212** y a Delaware First Health a nuestro número gratuito **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Algunos ejemplos de cambios importantes en la vida son:

- Cambiar su nombre.
- Un cambio en su seguro de salud.
- Si usted agrega o pierde otra cobertura de seguro.
- Si se le agrega o se le retira del seguro de otra persona.
- Cambiar de trabajo.



- Su capacidad o discapacidad cambia.
- Su familia cambia. Esto podría significar que la cantidad de miembros de su familia aumentó debido a un nacimiento o un matrimonio. O bien la cantidad de miembros de su familia se redujo. Esto puede deberse a que un miembro de la familia falleció o se mudó.
- Cambios en sus ingresos o activos.
- Queda embarazada. Llame a Delaware First Health si está embarazada. Tenemos una ayuda especial para usted y su bebé. Llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Cómo inscribirse en Medicaid

Los programas Delaware Medicaid pueden ofrecer cobertura para niños, mujeres embarazadas, familias con niños, ancianos, adultos con discapacidades y niños con discapacidades.

Si cree que puede ser elegible para recibir servicios, puede solicitar los servicios de Medicaid ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware.

Usted puede solicitar servicios de Medicaid e inscribirse en un plan de salud de varias maneras.



Por teléfono: Para solicitar servicios de Medicaid e inscribirse en un plan de salud, llame al:
Departamento de Relaciones con el Cliente de Delaware al **1-800-996-9969**



En línea: Presente su solicitud en línea en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware en <https://assist.dhss.delaware.gov/>

Descargar un formulario:

Puede utilizar un formulario que se encuentra en el sitio web de Salud y Servicios Sociales de Delaware en <https://assist.dhss.delaware.gov/> para solicitar el seguro de salud de Diamond State Health Plan o Diamond State Health Plan Plus para usted y para todos los familiares directos que viven con usted. Puede descargar la solicitud en inglés de Diamond State Health Plan en <https://assist.dhss.delaware.gov/> o la solicitud en español de Diamond State Health Plan en <https://assist.dhss.delaware.gov/?Language=es-US>. Complete la solicitud y envíela.

Si necesita ayuda para completar el formulario, llame a la Unidad de Relaciones con el Cliente de Delaware al **1-800-996-9969**.

- Llame a **1-800-372-2022** o **(302) 255-9500** para ser dirigido a la oficina de la División de Servicios Sociales (DSS) más cercana a su domicilio.

Cambiar su Plan

Los miembros pueden solicitar cambiar su MCO por cualquier razón durante los 90 días calendario posteriores a la inscripción inicial. Después de eso, usted puede seleccionar una nueva MCO una vez al año durante la inscripción abierta sin causa justificada. Si desea cambiar de plan, llame al gerente de Beneficios de Salud al **1-800-996-9969**.

Los miembros pueden solicitar la transferencia entre MCO en cualquier momento por una buena causa, según lo determine el Estado. No hay límite en el número de solicitudes de transferencia que un miembro puede iniciar por una buena causa. Algunos ejemplos de buenas causas son:



- Usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Su proveedor no está en la red de la MCO.
- Necesita que se realicen los servicios relacionados al mismo tiempo. No todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de proveedores de su MCO. Su proveedor de cuidado primario u otro proveedor determinó que recibir los servicios por separado lo sometería a un riesgo innecesario.
- 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.

Transición del cuidado

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

- Puede terminar de recibir cualquier servicio que haya autorizado su plan de salud anterior. Después de eso, si es necesario, lo ayudaremos a encontrar un proveedor de nuestra red para que reciba cualquier servicio adicional en caso de que lo necesite.
- En casi todos los casos, los proveedores de su plan anterior también serán proveedores de Delaware First Health. Si su proveedor no forma parte de nuestra red, hay algunas ocasiones en las que puede continuar con el proveedor que tenía antes de unirse a Delaware First Health. Podrá continuar viendo a su proveedor si:
 - En el momento de unirse a Delaware First Health, usted está recibiendo un tratamiento continuo o padece una afección especial actual. En ese caso, puede solicitar mantener su proveedor hasta por 120 días.
 - Tiene más de 3 meses de embarazo cuando se une a Delaware First Health y está recibiendo cuidado prenatal. En ese caso, puede seguir con su proveedor hasta después del parto y hasta por 60 días de atención posparto.
 - Si su proveedor abandona Delaware First Health, le indicaremos cómo puede elegir un nuevo PCP o cómo elegiremos uno por usted si no realiza su elección en un plazo de 30 días.
 - Si desea continuar recibiendo la atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted o su proveedor deben:
 - » Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).
 - » Enviar una solicitud a través del Portal para proveedores, o
 - » Envíe por fax un formulario de solicitud de autorización a Delaware First Health al **1-833-967-0502**



Necesitaremos la siguiente información para revisar su solicitud de servicio:

- Proveedor que solicita servicios con información de contacto
- El proveedor debe proporcionar servicios con información de contacto
- Servicios solicitados
- Lugar donde se prestarán los servicios (por ejemplo: en el hogar, en el consultorio del proveedor, etc.)
- Fechas en que se prestarán los servicios
- Información clínica adecuada que respalde la solicitud de autorización previa (por ejemplo: notas clínicas, resultados de laboratorio, resultados de radiografías, etc.)

Tomaremos una decisión con respecto a su solicitud en los siguientes plazos:

- Revisión estándar: Se tomará una decisión en un plazo de catorce (14) días desde la recepción de su solicitud.
- Revisión acelerada (rápida): Se tomará una decisión y usted recibirá una respuesta en un plazo de tres (3) días desde que envió su solicitud. Si se aprueba la solicitud, les informaremos a usted y a su proveedor de atención médica. Si no se aprueba la solicitud, usted y su proveedor de atención médica recibirán una carta en la que se incluirá el motivo de la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Sistema de Apoyo a los Beneficiarios de LTSS

Comuníquese con un gerente de Beneficios de Salud para obtener asistencia al 1-800-996-9969

Información general

Asesoramiento de elecciones

El asesoramiento de elecciones proporciona información y servicios diseñados para ayudar a los beneficiarios en la toma de decisiones; incluye responder preguntas e identificar factores a considerar al elegir inscribirse o cancelar la inscripción de un plan o si están pensando en pasar de un entorno a otro, como desde un centro de enfermería a la comunidad.

Delaware First Health es una Organización de Atención Médica Administrada (MCO). Un miembro es cualquier persona que recibe servicios de MCO. El propósito de una MCO es dar a los miembros acceso a todos los servicios de salud que necesitan a través de una compañía.

Como MCO, Delaware First Health le ayudará a coordinar sus necesidades individuales de atención médica. Al hacer esto, nuestra meta es mejorar los resultados de salud para cada residente de Delaware a los que tenemos el privilegio de brindar servicios.

Póngase en contacto con nosotros para solicitar información como:

- Beneficios, elegibilidad, reclamaciones o proveedores participantes.
- Cómo trabajamos con sus otros planes de salud (en el caso de tenerlo).



- Cómo pagamos a nuestros proveedores.
- Resultados de las encuestas de los miembros.

Si desea informarnos sobre maneras de mejorar o recomendarnos cambios en nuestras políticas, procedimientos o servicios, comuníquese con su gerente de Delaware First Health Care al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

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

Delaware First Health:

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

Si necesita estos servicios, llame a Delaware First Health 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, puede presentar un reclamo ante la siguiente entidad:

Delaware First Health
ATTN: Appeals & Grievances
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
Teléfono: 1-877-236-1341 (TTY: 711)
Fax: 1-844-273-2671

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

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono al:

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 reclamos están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>

Inquietudes y preguntas sobre los LTSS

Programa del Defensor para Asuntos de Cuidado a Largo Plazo

El Programa del Defensor para Asuntos de Cuidado a Largo Plazo es proporcionado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (DHSS).

El defensor 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 reciben Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad. El programa del Defensor investiga y resuelve los reclamos en nombre de estas personas. Las quejas pueden ser realizadas por residentes, miembros de la familia u otras partes interesadas.

Se puede comunicar con el Programa del Defensor para Asuntos de Cuidado a Largo Plazo llamando al **1-800-223-9074** (TDD **1-302-391-3505**) o por correo electrónico escribiendo a delawareadrc@state.de.us.

Usted, o alguien que elija para que lo ayude, puede presentar una apelación o queja por teléfono o por escrito. Delaware First Health puede ayudarlo a completar formularios para presentar una queja o una apelación. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a nuestro número gratuito **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Contamos con personal para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 A.M. a 7:00 P.M. ET. También se ofrecen servicios de traducción en caso de ser necesario. Delaware First Health no lo tratará de manera diferente para presentar una apelación o queja.

Asistencia para quejas y apelaciones

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

- La información del personal es confusa o errónea.
- Mala calidad de la atención.
- Falta de cortesía de un proveedor o empleado.
- No se respetan sus derechos de miembro.
- Usted no está de acuerdo con la decisión de prorrogar un plazo de apelación.
- Facturas médicas no pagadas.
- Cualquier otro asunto relacionado con el acceso a la atención médica.

Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a nuestro número gratuito **1-877-236-1341** (TTY **711**).
- Envíe un fax al **1-844-273-2671**.
- Envíe la queja por correo postal a:



Delaware First Health
ATTN: Appeals and Grievances
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

Asegúrese de incluir:

- Su nombre y apellido.
- Su número de identificación de Medicaid.
- Su dirección y número de teléfono.
- El motivo de su insatisfacción.
- Lo que le gustaría que sucediera.

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

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

Qué esperar después de presentar una queja

Le enviaremos una carta dentro de los tres días hábiles posteriores a la presentación de una queja para informarle que la hemos recibido. Si usted tiene información para ayudarnos con su queja, puede enviarla por fax o por correo. Usted puede solicitar copias de los documentos que utilizamos para resolver su queja sin costo alguno.

Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días calendario. Si se necesita información adicional para resolver su queja, Delaware First Health puede solicitar una extensión de 14 días calendario. Solo solicitaremos una extensión si es lo mejor para usted. Si necesita más tiempo, le informaremos por teléfono y por escrito al menos 2 días antes de que finalicen los 30 días calendario. Usted puede presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión. Los miembros también pueden solicitar una extensión si usted necesita tiempo adicional para respaldar su queja. Si desea una extensión, comuníquese con Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Apelaciones:

Una apelación es una solicitud para que Delaware First Health revise una decisión que tomamos sobre un servicio que fue denegado, reducido o limitado. El Plan solo ofrece un (1) nivel de apelación.

Los ejemplos de apelación incluyen:

- Atención o servicios solicitados denegados.
- Se aprobó una cantidad menor de un servicio de lo que había solicitado.
- Finaliza un servicio o atención que se habían aprobado anteriormente.

Estas decisiones se denominan “Determinaciones de beneficios adversas”. Recibirá una carta por correo que le dirá por qué se tomó esa decisión. Si no está de acuerdo con una decisión, tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que recibió para solicitar una apelación. Puede solicitar presentar una apelación por teléfono o por escrito.



Cómo presentar una apelación

Puede presentar una apelación hasta 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que indica qué decisión se tomó. Si necesita ayuda para presentar una apelación, llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health. Delaware First Health le ayudará a completar los pasos para presentar una apelación.

Las apelaciones pueden ser presentadas de la siguiente manera:

- Llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono gratuito es **1-877-236-1341** (TTY: **711**).
- Envíe un fax al **1-833-938-0831**.
- Envíenos la apelación por correo postal a:

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

Asegúrese de incluir:

- Su nombre y apellido.
- Su dirección y número de teléfono.
- Su número de identificación de Medicaid.
- El motivo de la apelación.

Hay un formulario de apelación que puede utilizar en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.

Este formulario también se incluirá con la carta que recibió. Usted o alguien que elija puede ayudarlo a presentar una apelación. Si desea que otra persona presente la apelación, necesitamos su permiso por escrito. Tenemos un formulario que puede utilizar para dar permiso a otra persona para que presente la apelación. Puede obtener este formulario en Servicios para Miembros de Delaware First Health o en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**. El formulario se titula “Designación de representante autorizado”. Este formulario también se incluirá con la carta que recibió. Los padres o tutores de los miembros menores de edad no necesitan completar este formulario.

Qué esperar después de solicitar una apelación

Le enviaremos una carta dentro de un plazo de 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Si usted tiene información para ayudarnos a resolver su apelación, le pedimos que nos la envíe. Puede enviar esa información por fax, correo electrónico o correo postal. Usted puede solicitar copias de los documentos utilizados para resolver la apelación sin costo alguno.

Plazo de procesamiento de apelaciones

Le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si se necesita información adicional para resolver su apelación, Delaware First Health puede solicitar una extensión de 14 días calendario. Solo solicitaremos una extensión si es lo mejor para usted. Si necesitamos más tiempo, le informaremos por teléfono y por escrito al menos 2 días antes de que finalicen los 30 días calendario. Usted puede presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión. También puede solicitar una extensión si necesita tiempo adicional para preparar su apelación. Si desea una extensión, comuníquese con Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



Usted puede solicitar que se complete una apelación acelerada en 72 horas si se trata de una situación que puede causarle daño físico o mental. Si acordamos que usted debe obtener una decisión de apelación rápida, recibirá una decisión dentro de las 72 horas posteriores a que Delaware First Health reciba su solicitud. Si no estamos de acuerdo, le notificaremos inmediatamente por teléfono que su apelación seguirá el proceso de apelación estándar. También le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de dos (2) días calendario. 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.

No lo trataremos de forma diferente por presentar una apelación.

Audiencias imparciales del estado

Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Los miembros deben completar una apelación ante Delaware First Health antes de que puedan solicitar una audiencia imparcial del estado. Usted recibirá una carta en la que se explica la decisión de la apelación. A partir de la fecha de la carta, usted tiene 90 días calendario para solicitar una audiencia imparcial del estado. Usted puede solicitar que los servicios continúen durante una audiencia imparcial del estado. Se pueden realizar solicitudes al Departamento de Servicios Humanos para una audiencia imparcial del estado.

Las solicitudes se pueden presentar en persona, por teléfono o por escrito a:

**Division of Medicaid & Medical Assistance (DMMA)
Fair Hearing Officer
1901 North DuPont Highway
P.O. Box 906, Lewis Building
New Castle, DE 19720**

Si necesita ayuda o desea presentar la solicitud por teléfono, llame al DMMA al **1-302-255-9500** o al **1-800-372-2022**.

Continuar recibiendo servicios

Usted puede solicitar que los servicios continúen mientras revisamos la apelación y durante el proceso de audiencia imparcial del estado. Usted debe solicitar que los servicios continúen dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de la carta que recibió sobre su denegación, reducción o limitación de servicio.

IMPORTANTE: Si la apelación o la audiencia imparcial del estado determina que nuestra decisión era correcta, es posible que usted deba pagar por el servicio que continuó recibiendo durante la apelación y la audiencia imparcial del estado.

Una determinación adversa ocurre cuando un servicio no se considera médicamente necesario, adecuado, o porque es experimental o se encuentra en investigación. Recibirá un aviso por escrito para informarle si hemos tomado una determinación adversa. En la notificación, usted recibirá información detallada sobre por qué se tomó la decisión, así como el proceso y el plazo que debe seguir para presentar las apelaciones.

Un defensor de los miembros es alguien del plan que puede ayudar a los miembros, los proveedores de atención médica y los administradores de casos a obtener atención, programar citas, y presentar quejas y apelaciones.

Llame a este número para hablar con un defensor de los miembros: **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



Sus derechos y responsabilidades

Derechos y responsabilidades de los miembros

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

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con dignidad, respeto y privacidad
- Tener acceso a la creación y el uso de una directiva anticipada
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento y las alternativas de atención relacionadas con su afección médica de una manera que usted pueda entender
- Poder tomar decisiones sobre su atención, incluido el derecho a rechazar un tratamiento
- Ser libre de cualquier forma de restricción o reclusión como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica y pedir que se modifique o corrija
- Ejercer sus derechos sin afectar la manera en que Delaware First Health, sus proveedores o el estado de Delaware lo trata
- Recibir servicios culturales y lingüísticamente apropiados de forma gratuita
- Mantener la privacidad de su información personal y médica
- Presentar reclamos (quejas) o apelaciones sobre nosotros o el cuidado que proporcionamos
- Poder elegir a un representante que lo ayude a tomar decisiones sobre el cuidado

Responsabilidades de los miembros:

- Informar a Delaware Human Services si:
 - Usted se muda del estado de Delaware o tiene otros cambios de dirección
 - Usted obtiene o tiene cobertura de salud en virtud de otra póliza, otro tercero, o si hay cambios en la cobertura que usted tiene registrada
- Informar a Delaware First Health cuando vaya a la sala de emergencias o haya tenido un accidente de automóvil
- Informar a Delaware First Health si pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro
- Conocer su estado de salud, comprender su salud y participar en sus objetivos de tratamiento
- Hablar con su proveedor sobre la autorización previa de los servicios que recomiendan
- Estar enterado de las responsabilidades de costo compartido y hacer los pagos de los que usted es responsable
- Conocer los procedimientos, las reglas de cobertura y las restricciones de Delaware First Health lo mejor que pueda



- Comunicarse con Delaware First Health cuando necesite información o tenga alguna pregunta
- Hacer preguntas a sus proveedores para ayudarlo a entender el tratamiento. Participar activamente en su tratamiento. Conocer los posibles riesgos, beneficios y costos de las alternativas de tratamiento. Tomar decisiones cuidadosas después de haber pensado en todas estas cosas.
- Seguir el proceso de queja o apelación si tiene inquietudes acerca de su atención.

Los defensores de los miembros ayudan a los miembros a acceder a la atención y navegar por los recursos, involucrar a miembros difíciles de contactar, trabajar con organizaciones comunitarias y proveer de personal en eventos saludables. Para comunicarse con un defensor de los miembros, le pedimos que llame a Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Cada año, el Estado proveerá una oportunidad para que los miembros cambien su plan de salud durante un Período de inscripción abierta anual, el cual será el mes de octubre para la inscripción durante el año calendario que comienza el siguiente 1 de enero. Durante este Período de inscripción anual, usted tiene la opción de elegir un nuevo plan de salud. Si decide cambiar su plan de salud, debe informar a su gerente de Beneficios de Salud (que lo ayudará a pasarse a un nuevo plan). Si decide no seleccionar un nuevo plan de salud, seguirá inscrito en su plan actual.

Fraude y abuso

Fraude, dispendio y abuso

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

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

- Dar a alguien su tarjeta de identificación de miembro para que pueda obtener servicios a su nombre
- Utilizar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona para obtener servicios a su nombre
- Un proveedor factura dos veces por el mismo servicio
- Un proveedor que factura por 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. La División de Medicaid y Asistencia Médica de Delaware también podría tomar acciones legales contra usted si usted 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 anónima y confidencial de Delaware First Health al **1-866-685-8664**
- En caso de necesitar la línea TTY, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

También puede denunciar una sospecha de fraude de Medicaid directamente a la División de Asistencia Médica de Medicaid de Delaware, comuníquese con la Línea de Ayuda de Diamond State Health Plan al **1-800-372-2022**.



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 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.

Delaware First Health ofrece planes de seguro de salud con beneficios integrales de atención médica y servicios que satisfacen las necesidades de familias e individuos en nuestras áreas de servicio en Delaware. Vea algunos de los beneficios y servicios de Delaware First Health que figuran más abajo.

Si necesita ayuda para comprender la información, llámenos al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Recuerde que usted también tiene acceso a herramientas útiles a través de su cuenta en línea de Delaware First Health en **DelawareFirstHealth.com**.

Beneficios de MCO

Beneficios y servicios

En esta sección, usted puede conocer los beneficios de salud, los servicios de farmacia y los servicios 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 Proveedor de Cuidado Primario (PCP) trabajará con usted para asegurarse de que reciba los servicios que necesita. Su PCP u otro proveedor al que su PCP lo derive debe proporcionarle estos servicios.

Algunos servicios pueden:

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

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

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (DSS) determina los beneficios y servicios cubiertos que usted recibe. Usted debe utilizar un proveedor de la red de Delaware First Health para obtener estos beneficios y servicios, a menos que:

- Los servicios son servicios de emergencia.
- Los servicios son servicios de planificación familiar. Usted tiene la libertad de elegir cualquier proveedor de planificación familiar, incluidos aquellos que no pertenecen a la red de Delaware First Health (con la excepción de los miembros del Programa de Niños Saludables de Delaware).
 - Los miembros del Programa de Niños Saludables de Delaware están obligados a utilizar a un proveedor participante para los servicios de planificación familiar.



- Usted obtiene autorización previa (aprobación previa) para utilizar un proveedor que no está en la red de Delaware First Health.

Elección del médico

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 médico, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Delaware First Health proporciona servicios de atención médica y beneficios cubiertos por su plan. Algunos servicios están cubiertos por el plan estatal Delaware Medicaid. Le pedimos que consulte la sección de Beneficios del estado para obtener más información.

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener más información sobre cómo obtener acceso a estos servicios del estado.

Algunos servicios no están cubiertos por el plan estatal Delaware Medicaid o por Delaware First Health. Consulte la sección Beneficios no cubiertos para obtener más información.

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener una lista completa de servicios no cubiertos o hacer preguntas.



La siguiente es una lista de beneficios, servicios y limitaciones cubiertos para los miembros de DSHP. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener información completa.

Tabla de coberturas

Paquete de beneficios de Delaware First Health DSHP	
Servicios preventivos	
Servicios Preventivos	Cubierta
Controles de rutina	Cubierta
Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)	Cubiertos para niños menores de 21 años
Inmunizaciones	Cubierta
Proveedor de Cuidado Primario	Cubierta
Examen de audición de rutina	Cubierto para EPSDT para niños menores de 21 años de edad
Visita al Consultorio	Cubierta
Servicios del consultorio del profesional	
Pruebas de alergia	Cubierta
Servicios de una enfermera partera certificada	Cubierta
Quiropráctico	Cubierta
Dispositivos anticonceptivos	Cubierta
Métodos de planificación familiar Servicios relacionados	Cubierta
Examen ginecológico	Cubierta
Pruebas de laboratorio	Cubierta
Podiatría	Cubierta

**Paquete de beneficios de Delaware First Health DSHP****Servicios del consultorio del profesional (continuación)**

Centros de salud con calificación federal (FQHC)	Cubierta
Una Clínica de Salud Rural (RHC)	Cubierta
Visita al Consultorio	Cubierta
Visita al consultorio del especialista	Cubierta

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Habitación y alojamiento	Cubierta
Servicios médicos para pacientes internados	Cubierta
Suministros para pacientes internados	Cubierta
Cirugía bariátrica para obesidad mórbida	Cubierta
Trasplantes de órganos	Cubierta Necesidad médica requerida

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Abortos	Cubierta Necesidad médica requerida
Centro quirúrgico ambulatorio	Cubierta
Diálisis	Cubierta
Laboratorio de diagnóstico y radiología para pacientes ambulatorios	Cubierta

Atención de Emergencia

Ambulancia	Cubierta Solo servicios de emergencia
Sala de emergencias independiente	Cubierta
Sala de emergencias en un hospital	Cubierta



Paquete de beneficios de Delaware First Health DSHP	
Servicios de salud conductual	
Servicios de salud conductual para pacientes internados	Cubierta para miembros mayores de 18 años DSCYF proporciona BH a los miembros internados menores de 18 años
Tratamiento asistido por medicamentos (incluidos los servicios de adicción para pacientes ambulatorios y los servicios de adicción en el domicilio)	Cubierta
Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias	beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (posteriormente es proporcionado por DSCYF)
Visita al Consultorio	beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (posteriormente es proporcionado por DSCYF)
Salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (posteriormente es proporcionado por DSCYF)
Servicios conductuales para tratar el trastorno del espectro autista (ASD) de acuerdo con EPSDT	Para miembros menores de 21 años
Servicios de salud mental subaguda y respuesta para situaciones de crisis	Cubierta
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios	
Rehabilitación cardíaca	Cubierta
Terapia ocupacional	Cubierta
Oxigenoterapia	Cubierta
Terapia física	Cubierta
Fisioterapia respiratoria	Cubierta
Terapia del habla	Cubierta



Paquete de beneficios de Delaware First Health DSHP	
Servicios de radiología	
Mamografía	Cubierta
Servicios de detección y diagnóstico de radiología de rutina	Cubierta
Pruebas del estudio del sueño	Cubierta
Servicios de laboratorio	
Examen de detección de cáncer colorrectal	Cubierta
Prueba de Papanicolaou	Cubierta
Pruebas de patología	Cubierta
Servicios de detección y diagnóstico de laboratorio de rutina	Cubierta
Pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI) y enfermedades de transmisión sexual (STD)	Cubierta
Equipo médico duradero	
Equipos y suministros médicos	Cubierta
Equipo y suministros para la diabetes	Cubierta
Audífonos	Cubiertos para edades de entre 0 y 20 años
Ortopédicos y prótesis	Cubierta
Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (LTSS) - Basados en la comunidad	
Exención de HCBS para la administración de la atención y poblaciones con viviendas de HCBS solamente	No está cubierto
Sección 1915(C), Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)	No está cubierto



Paquete de beneficios de Delaware First Health DSHP	
Sección 1915(I), Servicios de recuperación de las habilidades	No está cubierto
Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (LTSS) - Institucional	
Centro de enfermería	Cubierto hasta 30 días
Centro de enfermería para enfermos mentales (NF/MI)	Cubierto hasta 30 días
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	No está cubierto
Servicios de recuperación de las habilidades neuroconductuales basados en la comunidad	No está cubierto
Cuidados paliativos	
Cuidados paliativos	Cubierta
Atención médica a domicilio	
Servicios privados de enfermería/cuidado personal según la autoridad de EPSDT	Cubierta
Servicios de la visión	
Examen ocular de rutina	Una vez cada 12 meses de 0 a 20 años
Anteojos o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses de 0 a 20 años
Reparaciones	Cubiertas para menores de 21 años
Servicios dentales	
Servicios dentales para adultos mayores de 21 años	Cubre los cuidados dentales preventivos y correctivos con un límite de \$1,000, sin incluir la extracción de muelas del juicio impactadas. Se pueden aprobar \$1,500 adicionales para atención de emergencia.



La siguiente es una lista de beneficios, servicios y limitaciones cubiertos para los miembros de DSHP Plus. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener información completa.

Tabla de coberturas

Paquete de beneficios de DSHP Plus LTSS	
Servicios preventivos	
Servicios Preventivos	Cubierta
Controles de rutina	Cubierta
Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)	Cubiertos para niños menores de 21 años
Inmunizaciones	Cubierta
Proveedor de Cuidado Primario	Cubierta
Examen de audición de rutina	Cubierto por EPSDT para niños menores de 21 años
Visita al Consultorio	Cubierta
Servicios del consultorio del profesional	
Pruebas de alergia	Cubierta
Servicios de una enfermera partera certificada	Cubierta
Quiropráctico	Cubierta
Dispositivos anticonceptivos	Cubierta
Métodos de planificación familiar Servicios relacionados	Cubierta
Examen ginecológico	Cubierta
Pruebas de laboratorio	Cubierta
Podiatría	Cubierta



Paquete de beneficios de DSHP Plus LTSS	
Servicios del consultorio del profesional (continuación)	
Centros de salud con calificación federal (FQHC)	Cubierta
Una Clínica de Salud Rural (RHC)	Cubierta
Visita al Consultorio	Cubierta
Visita al consultorio del especialista	Cubierta
Servicios hospitalarios para pacientes internados	
Habitación y alojamiento	Cubierta
Servicios médicos para pacientes internados	Cubierta
Suministros para pacientes internados	Cubierta
Cirugía bariátrica para obesidad mórbida	Cubierta
Trasplantes de órganos	Cubierta Necesidad médica requerida
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Abortos	Cubierta Necesidad médica requerida
Centro quirúrgico ambulatorio	Cubierta
Diálisis	Cubierta
Laboratorio de diagnóstico y radiología para pacientes ambulatorios	Cubierta
Atención de Emergencia	
Ambulancia	Cubierta Solo servicios de emergencia
Sala de emergencias independiente	Cubierta
Sala de emergencias en un hospital	Cubierta



Paquete de beneficios de DSHP Plus LTSS	
Servicios de salud conductual	
Servicios de salud conductual para pacientes internados	Cubiertos para miembros mayores de 18 años. DSCYF proporciona BH a los miembros internados menores de 18 años
Tratamiento asistido por medicamentos (incluidos los servicios de adicción para pacientes ambulatorios y los servicios de adicción en el domicilio)	Cubierta
Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias	beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (posteriormente es proporcionado por DSCYF)
Visita al Consultorio	beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (posteriormente es proporcionado por DSCYF)
Salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (posteriormente es proporcionado por DSCYF)
Servicios conductuales para tratar el trastorno del espectro autista (ASD) de acuerdo con EPSDT	Para miembros menores de 21 años
Servicios de salud mental subaguda y respuesta para situaciones de crisis	Cubierta
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios	
Rehabilitación cardíaca	Cubierta
Terapia ocupacional	Cubierta
Oxigenoterapia	Cubierta
Terapia física	Cubierta
Fisioterapia respiratoria	Cubierta
Terapia del habla	Cubierta



Paquete de beneficios de DSHP Plus LTSS	
Servicios de radiología	
Mamografía	Cubierta
Servicios de detección y diagnóstico de radiología de rutina	Cubierta
Pruebas del estudio del sueño	Cubierta
Servicios de laboratorio	
Examen de detección de cáncer colorrectal	Cubierta
Prueba de Papanicolaou	Cubierta
Pruebas de patología	Cubierta
Servicios de detección y diagnóstico de laboratorio de rutina	Cubierta
Pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI) y enfermedades de transmisión sexual (STD)	Cubierta
Equipo médico duradero	
Equipos y suministros médicos	Cubierta
Equipo y suministros para la diabetes	Cubierta
Audífonos	Cubiertos para edades de entre 0 y 20 años
Ortopédicos y prótesis	Cubierta
Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (LTSS) - Basados en la comunidad	
Exención de HCBS para la administración de la atención y poblaciones con viviendas de HCBS solamente	Cubierta
Sección 1915(C), Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)	Cubierta
Sección 1915(I), Servicios de recuperación de las habilidades	Cubierta



Paquete de beneficios de DSHP Plus LTSS	
Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (LTSS) - Institucional	
Centro de enfermería	Cubierta
Centro de enfermería para enfermos mentales (NF/MI)	Cubierta
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Cubierta
Servicios de recuperación de las habilidades neuroconductuales basados en la comunidad	Cubierta
Cuidados paliativos	
Cuidados paliativos	Cubierta
Atención médica a domicilio	
Servicios privados de enfermería/cuidado personal según la autoridad de EPSDT	Cubierta
Servicios de la visión	
Examen ocular de rutina	Una vez cada 12 meses de 0 a 20 años
Anteojos o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses de 0 a 20 años
Reparaciones	Cubiertas para menores de 21 años
Servicios dentales	
Servicios dentales para adultos mayores de 21 años	Cubre los cuidados dentales preventivos y correctivos con un límite de \$1,000, sin incluir la extracción de muelas del juicio impactadas. Se pueden aprobar \$1,500 adicionales para atención de emergencia.



A continuación, se indican las ventajas adicionales que reciben los miembros:

Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos

Los miembros que viven o reciben servicios de un centro de atención médica autorizado pueden optar por obtener ciertos equipos médicos duraderos (DME) del proveedor. En algunos casos, el proveedor puede proporcionar el equipo al miembro durante la hospitalización. En otros casos, es posible que se proporcionen de manera permanente. El equipo proporcionado debe ser médicamente necesario y es posible que necesite autorización previa. Su proveedor lo ayudará a obtener cualquier DME que necesite. Para obtener más información, los miembros pueden comunicarse con Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Los suministros médicos generalmente son:

- Desechables.
- Necesarios para el cuidado de una afección médica.
- Se utilizan en el hogar.

No incluyen:

- Artículos de cuidado personal (como desodorante, talco en polvo, polvos para después del baño, jabón, pasta dentífrica, colirio o solución para lentes de contacto).
- Medicamentos orales o inyectables de venta libre y medicamentos.

El DME suele ser un dispositivo u otro artículo que:

- Se puede utilizar una y otra vez.
- Se utiliza principalmente con fines médicos.
- Se utiliza en el hogar.

Algunos ejemplos de DME son tanques de oxígeno, camas médicas especiales, andadores y sillas de ruedas. Los ejemplos de suministros incluyen pañales, catéteres y suministros para pruebas de diabetes. Algunos DME requerirán autorización previa. Su PCP o especialista le pedirá autorización previa a Delaware First Health antes de que usted reciba el DME.

Servicios en centro de enfermería

Delaware First Health cubre la atención especializada a corto plazo en un centro de enfermería cuando la idea es que el miembro regrese a su casa. Este tipo de cuidado necesita autorización previa de Delaware First Health. Su PCP o especialista pedirá una autorización previa para usted antes de que vaya al centro de enfermería. Delaware First Health cubre la atención a largo plazo en un centro de enfermería cuando Salud y Servicios Sociales de Delaware (DHSS) confirma que un miembro califica para ese nivel de atención.

Visitas a domicilio

Si usted está embarazada, puede ser elegible para recibir Visitas a domicilio. Visitas a domicilio es un programa gratuito que le enseña cómo ayudar a su hijo a crecer, aprender y prosperar. Una enfermera o especialista de apoyo a los padres visitará su casa, o cualquier otro lugar que sea propicio para usted. Le darán consejos y la conectarán con los servicios. El personal del programa Visitas a domicilio brinda ayuda cuando usted está embarazada. Además, la siguen ayudando después de que nazca su bebé. El personal del programa la visitará



cuando sea el momento propicio para usted. Y pueden seguir visitándola a medida que su hijo crece. Para saber más sobre Visitas a domicilio, visite <https://dethrives.com/home-visiting/help-at-home> o llame al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para hablar con un coordinador de Atención de Maternidad.

Beneficios de la vista

Los beneficios del cuidado de la vista están disponibles para miembros de todas las edades. Esto incluye un examen ocular de rutina cada 12 meses. Estos miembros también son elegibles para anteojos o lentes de contacto cada 12 meses. Llame a su oftalmólogo o al oftalmólogo de su hijo para programar un examen ocular de rutina. Llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener más información.

Beneficios dentales

Miembros mayores de 20 años

Los servicios dentales están disponibles para los miembros de Delaware Medicaid menores de 20 años a través del programa de Pago por Servicio (FFS) de Delaware Medicaid. Estos servicios no son parte de los proporcionados por Delaware First Health. Para preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al Departamento de Relaciones con el Cliente de Delaware Medicaid al **1-866-843-7212** o al **1-302-571-4900**.

Miembros mayores de 21 años

Beneficio estándar: Los servicios dentales están disponibles para los miembros de Delaware Medicaid mayores de 21 años, con fecha de entrada en vigor del 1 de octubre de 2020. Esto incluye \$1,000 de cobertura por año para servicios dentales, tales como limpiezas, radiografías, empastes para caries y mucho más. Cada consulta requiere un copago de \$3.

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, visite envolvedental.com.

Beneficio de emergencia: Los miembros de Delaware Medicaid mayores de 21 años también están inscritos en un beneficio dental de emergencia. Una vez que haya agotado su beneficio estándar de \$1,000, puede tener acceso a una cobertura de hasta \$1,500 por año para trabajos dentales que cumplan con los criterios de beneficios extendidos.

Llame a Servicios para Miembros de Delaware First Health, al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener más información.

Programa de recompensas My Health Pays®

Con el programa de recompensas My Health Pays de Delaware First Health, usted puede ganar recompensas cuando completa actividades saludables como un examen de bienestar anual, pruebas de detección anuales, pruebas y otras formas de proteger su salud. Una vez que complete su primera actividad saludable que cumpla con los requisitos, recibirá su tarjeta Visa® prepagada* de My Health Pays® de parte de Delaware First Health. Cada vez que realice una actividad que cumpla con los requisitos, se nos notificará y se agregarán sus dólares de recompensa a su tarjeta existente.

*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 obtener información completa sobre las instrucciones de uso.



Pruebas GED

¿Desea continuar su formación? Continuar estudiando puede ayudarlo a encontrar un mejor trabajo, ganar más dinero y mejorar su salud. Si no obtuvo su diploma de la escuela secundaria, podemos ayudarlo. Para los miembros mayores de 16 años, usted puede tomar las pruebas pre-GED y GED sin costo alguno.

Delaware First Health proporciona cupones a los miembros elegibles mayores de 16 años para que los utilicen con el fin de cubrir el costo de las pruebas GED.

* Delaware First Health solo cubrirá los costos de la prueba pre-GED y GED. Todos los demás costos, tales como las tarifas del programa GED, son responsabilidad del miembro.

Los servicios de valor agregado para los miembros de Delaware First Health incluyen:

Beneficio	Descripción
<p>Intervenciones en el hogar para el asma</p>	<p>Apoyo al asma en el hogar que incluye \$250 por año para necesidades no clínicas basadas en el hogar, tales como eliminación de moho, limpieza de alfombras, ropa de cama hipoalérgica, productos de limpieza con bajo contenido de VOC, purificadores de aire y control de plagas.</p>
<p>Entrega de comida a domicilio después del alta hospitalaria</p>	<p>Beneficios de entrega de comida después del alta a los miembros con alto riesgo de reingresos. Los miembros elegibles pueden recibir 3 comidas al día durante 7 días después de haber sido dados de alta del hospital u otro centro para pacientes internados.</p>
<p>SafeLink and ConnectionsPlus®</p>	<p>Asistencia para obtener un teléfono celular gratuito a través de SafeLink o de nuestro programa ConnectionsPlus®.</p>
<p>Apoyo al aislamiento social</p>	<p>Membresía a centros y clases locales para personas mayores para la realización de actividades sociales, recreativas y educativas destinadas a miembros mayores de 60 años. Apoyo virtual al aislamiento social. Los miembros también reciben un conjunto de herramientas de aislamiento social con materiales educativos.</p>
<p>Apoyo Virtual de Salud Conductual</p>	<p>Como miembro de Delaware First Health, usted tiene acceso a una aplicación móvil que le ayudará a gestionar el estrés, la ansiedad, el dolor crónico y mucho más. La aplicación móvil proporciona aprendizaje en línea personalizado para programas de terapia cognitiva en línea que abordan problemas de salud conductual comunes. Se puede acceder a ellos desde teléfonos inteligentes u otras plataformas de Internet.</p>
<p>Servicios de la visión para adultos</p>	<p>Cada dos años, los adultos (mayores de 21 años) son elegibles para un examen ocular completo con refracción y un subsidio para artículos para la visión de hasta \$160.</p>
<p>Servicios de la visión para los jóvenes en crianza temporal</p>	<p>Los niños en crianza temporal son elegibles para reemplazo de artículos para la visión tan a menudo como sea necesario.</p>



Beneficio	Descripción
Transporte de Whole Health	Transporte a Servicios de Valor Agregado (YMCA, Weight Watchers, pruebas GED, etc.), al hospital, así como la entrega a domicilio de recetas para miembros que no viven cerca de una farmacia, según corresponda.
YMCA	Membresía anual para miembros.
Membresía del Centro de Bienestar Comunitario	Delaware First Health ofrece a los miembros elegibles (edades entre 5 y 18) hasta \$250 por 1 de los siguientes servicios: membresía anual para YMCA por año calendario, campamentos de verano y/o equipos deportivos ofrecidos a través de YMCA y Boys & Girls Club.
Weight Watchers	Una membresía de 6 meses para apoyar estilos de vida saludables y mejorar los resultados de salud.
Programa de Prevención de la Diabetes	Los miembros con un diagnóstico de prediabetes pueden inscribirse en el Programa de Prevención de la Diabetes de la YMCA. También proporcionamos monitoreo remoto de la diabetes y comunicamos información a su proveedor.
Horas adicionales de cuidados de relevo para pacientes pediátricos	Servicios adicionales de relevo para pacientes pediátricos para aquellos que satisfacen la necesidad médica, proporcionaremos 48 horas adicionales de cuidado de relevo a las familias y a los cuidadores.
Programa de Venta sin Receta (OTC)	Proporciona artículos de OTC (sin receta) trimestralmente con una asignación de \$30. No se necesita receta.
Servicios de tutoría	Delaware First Health ofrece hasta \$200 por año en cupones para tutoría para los miembros de preescolar a 12.º grado que están en riesgo de quedarse atrás en una o más áreas principales.

Los servicios de valor agregado adicionales para los miembros de Delaware First Health Plus LTSS incluyen:

Beneficio	Descripción
Consulta odontológica en el consultorio para miembros adultos con I/DD	Consultas odontológica en el consultorio para adultos (mayores de 21 años) cuando comienzan a tratarse con un nuevo dentista para reunirse con el equipo dental, expresar sus preferencias e inquietudes, y comprender lo que sucede en una cita dental antes de cualquier examen o tratamiento.



Para servicios no cubiertos por la MCO debido a objeciones morales o religiosas, comuníquese con el Departamento de Relaciones con el Cliente de Delaware Medicaid al **1-866-843-7212** o al **1-302-571-4900**.

Copagos

En la mayoría de las situaciones, los miembros deben compartir el costo del servicio prestado.

Este es un **copago** o un monto establecido que los miembros pagan cuando reciben un servicio.

Puede encontrar sus copagos en su tarjeta de identificación de miembro

Pago de copagos y otros pagos

- Usted debe hacer copagos directamente a los proveedores en el momento del servicio.
- Si usted no paga su copago, el proveedor y/o Delaware Medicaid podrán iniciar una acción legal para cobrarle el pago.
- Usted puede ser responsable de pagar por servicios no cubiertos si firma una autorización de pago antes de que se reciban los servicios. Tenga en cuenta que es probable que el costo de los servicios no cubiertos supere el copago de un servicio cubierto.

Exenciones

Estos tipos de miembros siempre están exentos de copagos:

- AI/AN (indígena americano/nativo de Alaska)
- Mujeres embarazadas para servicios relacionados con el embarazo
- Miembros que reciben cuidados paliativos

Beneficios del estado

Delaware Medicaid State Plan proporciona servicios de atención médica y beneficios. Estos servicios incluyen lo siguiente:

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

Servicio	Definición/limitación
Servicios dentales para niños	Delaware First Health no es responsable de los servicios dentales para miembros menores de 21 años.



Servicio	Definición/limitación
Atención Prolongada Pediátrica Prescrita (PPEC)	La Atención Prolongada Pediátrica Prescrita (PPEC) es un paquete que incluye lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Personal de enfermería• Evaluación nutricional• Evaluación del desarrollo• Del habla• Física• Servicios de terapia ocupacional Estos servicios se proporcionan en un entorno ambulatorio, según lo indique un médico responsable.
Servicios Diarios de Recuperación de las Habilidades para Personas con Discapacidades del desarrollo	Los servicios diarios de recuperación de las habilidades se proporcionan a las personas con discapacidades del desarrollo en virtud de la Opción de Recuperación de las Habilidades de Delaware.
Transporte médico sin carácter de emergencia	El transporte médico sin carácter de emergencia está disponible para todos los miembros de DSHP y DSHP Plus, excepto los miembros de DHCP. (Consulte los beneficios de valor agregado para obtener más información, ya que se aplican algunas restricciones).
Servicios especializados para residentes de centros de enfermería no incluidos en los servicios cubiertos	El estado proporcionará Servicios Especializados según lo determine necesario el Estado como parte del proceso de PASRR Nivel II que no están incluidos en el paquete de beneficios de DSHP o DSHP Plus LTSS.
Servicios de empleo y apoyo proporcionados a través de Pathways	Los siguientes servicios están disponibles para los miembros que participan en Pathways con el fin de complementar los servicios cubiertos proporcionados por Delaware First Health. Los siguientes servicios se pagan a través de DMES del estado y son responsabilidad del estado: <ul style="list-style-type: none">• Exploración y evaluación de la carrera profesional• Apoyos para la colocación laboral• Empleo respaldado – individual;• Empleo respaldado – grupo pequeño;• Asesoramiento de beneficios;• Orientación financiera;• Transporte no médico.• Cuidado personal.• Orientación, movilidad y tecnología de asistencia



Servicio	Definición/limitación
<p>Servicios de salud conductual adicionales</p>	<p>Servicios de salud conductual para miembros menores de 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud conductual proporcionados a los miembros menores de 18 años además de los incluidos en el paquete de beneficios de DSHP son responsabilidad del Estado. Esto incluye servicios para pacientes ambulatorios además de los que se incluyen en el paquete de beneficios de DSHP, así como servicios de salud conductual residenciales y para pacientes internados. <p>Servicios de salud conductual para miembros mayores de 18 años que participan en PROMISE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tal y como se indica en el paquete de beneficios de DSHP anterior, Delaware First Health ya no será responsable de los siguientes servicios cuando un miembro esté participando en PROMISE. Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios pasan a ser responsabilidad del Estado y de los FFS pagados a través de DMES del Estado. <ul style="list-style-type: none"> – Servicios de trastornos por sustancias (SUD) que no sean desintoxicación intensiva administrada médicamente para pacientes internados; y – Servicios licenciados para profesionales de la salud conductual. • Los siguientes servicios están disponibles para los miembros que participan en PROMISE para complementar los servicios cubiertos proporcionados por Delaware First Health: <ul style="list-style-type: none"> – Administración del cuidado – Asesoramiento de beneficios – Tratamiento y apoyo psiquiátrico en la comunidad – Apoyos residenciales basados en la comunidad, sin incluir vida asistida – Servicios de transición a la comunidad – Orientación financiera – IADL/tareas – Servicios de apoyo personalizado al empleo – Transporte no médico – Servicios de enfermería adicionales – Apoyos entre pares – Cuidado personal – Rehabilitación psicosocial (PSR) – Cuidado Auxiliar – Empleo respaldado a corto plazo para grupos pequeños



Servicio	Definición/limitación
Servicios de Exención a lo Largo de la Vida de DDDS	<p>Los siguientes servicios están disponibles para los miembros que participan en la Exención a lo Largo de la Vida de DDDS como servicios cubiertos complementarios proporcionados por Delaware First Health:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecnología de asistencia • Consulta para salud conductual • Participación comunitaria • Transición comunitaria • Servicios diarios para recuperación de habilidades • Adaptaciones de accesibilidad para el hogar o el vehículo • Consulta al personal de enfermería • Cuidado personal • Servicios prevocacionales • Servicios residenciales para la recuperación de habilidades • Cuidado Auxiliar • Equipos y suministros médicos especializados adicionales • Empleo asistido • Vivienda con apoyo

Beneficios mejorados de los LTSS

Además de los beneficios indicados anteriormente, los miembros de DSHP Plus y DSHP Plus LTSS pueden ser elegibles para el siguiente servicio:

- Vivienda: Subsidio de transición de vivienda por única vez de hasta \$2,500 para miembros que se encuentran sin hogar a una vivienda con apoyo o independiente, o desde la crianza temporal a una residencia independiente.

Para obtener más información, llame al **1-800-996-9969** o visite: <https://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html>

Para solicitar el programa Delaware Medicaid ASSIST, visite: <https://assist.dhss.delaware.gov/>

Atención Autodirigida de HCBS y Atención Autodirigida con Asistente para Niños

Los miembros de DSHP Plus LTSS pueden optar por autodirigir sus servicios de atención con asistente, tareas o cuidado de relevo, y ciertos miembros menores de 21 años pueden ser elegibles para la Atención Autodirigida con Asistente para Niños. La Atención Autodirigida de HCBS o Atención Autodirigida con Asistente para Niños significa que usted elige a su(s) cuidador(es) personal(es). La Atención Autodirigida de HCBS o la Atención Autodirigida con Asistente para Niños le da control sobre un monto específico de dólares de Medicaid para que usted pueda desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades mediante la



contratación directa de empleados y/o la compra de otros bienes y servicios. La Atención Autodirigida de HCBS o la Atención Autodirigida con Asistente para Niños ofrece más opciones, control y flexibilidad sobre sus servicios y también incluye más responsabilidad. Esto le permitirá más dirección y flexibilidad con sus Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para permitirle permanecer en su hogar y comunidad. El programa de La Atención Autodirigida de HCBS o Atención Autodirigida con Asistente para Niños le permite tener control sobre cuándo se proporcionan sus servicios, cómo se proporcionan y quién será contratado para proporcionarle sus servicios. Esto le da la capacidad de tomar decisiones, seleccionar y emplear personal, y controlar la calidad de sus servicios. Si desea ayuda para gestionar a sus empleados y/o su presupuesto, puede delegar las tareas en otra persona en la que confíe para que gestione esto por usted. El administrador de casos puede colaborar con usted para delegar su autoridad presupuestaria. La Atención Autodirigida de HCBS o la Atención Autodirigida con Asistente para Niños puede ser adecuado para usted si responde sí a estas preguntas:

- ¿Desea más control sobre cómo se gastan los dólares de exención de Medicaid en sus necesidades?
- ¿Quiere ser el empleador de las personas que le brindan apoyo?
- ¿Quieres ser responsable de reclutar, contratar y despedir a sus trabajadores y proveedores de servicios?
- ¿Desea ser responsable de la formación, gestión y supervisión de sus trabajadores y proveedores de servicios?
- ¿Desea la flexibilidad de poder comprar bienes o servicios para satisfacer sus necesidades?

Funciones y responsabilidades

Si desea elegir esta opción, solo informe a su administrador de casos (CM) que está interesado. Trabjará con su CM para determinar los servicios disponibles para la autodirección y desarrollar un Person-Centered Service Plan (PCSP). Usted elegirá un agente de apoyos que le ayudará a desarrollar su presupuesto individual, organizar sus servicios y ayudarlo a contratar empleados. También trabajará con un Servicio de Gestión Financiera (FMS) que lo ayudará a gestionar sus tareas como empleador. Este servicio completará las revisiones de antecedentes de sus empleados y utilizará su presupuesto para pagar a sus trabajadores en su nombre. Usted será responsable de contratar y capacitar a sus empleados. Sus cuidadores deberán aprobar una revisión de antecedentes y ser mayores de 18 años. Usted indica cómo se brindará su atención. Su cuidador trabaja para usted. Usted firmará las planillas de horarios y supervisará cómo se proporcionan los servicios. El cuidador puede ayudarlo con el vendaje, la limpieza, la preparación de comidas u otras necesidades de atención identificadas en su evaluación. Su CM completará una herramienta de autoevaluación con usted para determinar si cumple los requisitos para autodirigir sus servicios. Pregunte a su CM para obtener más información.

Para ser elegible para recibir la Atención Autodirigida con Asistente para Niños, un miembro debe ser menor de 21 años y tener una afección médica crónica, una discapacidad intelectual/de desarrollo, o una enfermedad de salud conductual que dé como resultado la necesidad de asistencia con ADL/IADL apropiadas para su edad.

La asistencia con las IADL debe ser esencial para la salud y el bienestar del miembro y debe proporcionarse únicamente al miembro y no debe estar destinada al uso general dentro del hogar. El representante del empleador del miembro dirigirá este servicio en nombre del miembro. Los miembros pueden contratar a un vecino, amigo o familiar, incluido un miembro de la familia legalmente responsable, que cumpla con



todas las calificaciones del empleado verificadas por el contratista. Los miembros de la familia legalmente responsables que proveen atención autodirigida con asistente para niños deben designar a otra persona para que actúe como representante del empleador. Los miembros de la familia legalmente responsables están limitados a proporcionar 40 horas de servicio a la semana.

Tenga en cuenta que algunos servicios pueden estar sujetos a la verificación electrónica de visitas (EVV), un sistema de seguimiento que verifica cuando una persona recibe un servicio de atención personal financiado por Medicaid. Actualmente, esto es aplicable a la Atención Autodirigida de HCBS o la Atención Autodirigida con Asistente para Niños y el trabajo doméstico. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de EVV o sobre su función como miembro en relación con ellos, póngase en contacto con el CM asignado. Si usted siente que la Atención Autodirigida de HCBS o la Atención Autodirigida con Asistente para Niños son adecuados para usted, hable con su CM para conocer más.

Usted puede optar por dejar de dirigir su propia atención en cualquier momento. Su CM puede ayudarlo con el proceso para detener la autodirección de sus servicios. Solo hable con su CM.

Para obtener más información sobre los servicios de atención autodirigida con asistente, pregunte a su CM o llame a Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Transición desde un centro de convalecencia

La siguiente cobertura de servicios de transición puede estar disponible para los miembros de DSHP Plus LTSS:

La cobertura de hasta \$2,500 en servicios de transición de centros de enfermería a corto plazo para apoyar la transición de un miembro de DSHP Plus desde un centro de enfermería a un centro de HCBS incluye:

- Pago para asegurar una vivienda basada en la comunidad:
 - Los miembros de DSHP Plus pueden recibir servicios por los costos asociados con la obtención de una vivienda basada en la comunidad que no estén cubiertos en virtud de Medicaid. Estos costos pueden incluir la solicitud de apartamento y honorarios administrativos, así como bienes y servicios esenciales de HCBS para la transición.
- Pago por actividades antes de la transición desde un centro de enfermería:
 - Los miembros de DSHP Plus pueden recibir servicios y actividades tales como modificaciones de accesibilidad en el hogar, adaptaciones de vehículos, apoyos de previos al arrendamiento, servicios de transición comunitaria y administración de casos antes de que una persona haga la transición desde un centro de enfermería. Su CM puede autorizar las excepciones de solicitudes de servicio por encima del límite de \$2,500.
- Suplemento de transición de vivienda:
 - Delaware First Health proporcionará un financiamiento de transición de vivienda por única vez de hasta \$2,500 además del beneficio de transición de \$2,500 del Paquete de Beneficios de DSHP Plus LTSS para miembros que hacen la transición desde centros de enfermería a la vida comunitaria.

Delaware First Health se asegurará de que todos los miembros reciban la atención adecuada, en el momento adecuado y en el entorno más integrado de su elección. La elección de los miembros y lo que



es importante para ellos son siempre factores clave para garantizar una transición exitosa. Durante las evaluaciones iniciales y posteriores, el administrador de casos (CM) evaluará si la residencia del miembro es elegida por el individuo, si está integrada y respalda el acceso total a la comunidad en general. Si se determina que el miembro necesita o desea HCBS alternativo y/o un entorno institucional, el CM registrará los entornos de HCBS alternativos que consideró el individuo en el Person Centered Plan, e incluirá una justificación por escrito de la necesidad específica e individualizada evaluada de HCBS alternativos o atención institucional, así como los pasos que se tomarán para la transición del miembro al entorno menos restrictivo, apropiado y seguro de la elección del miembro.

Los CM informarán a los miembros y a sus cuidadores sobre el derecho del miembro a recibir atención en el entorno más integrado. Los CM evaluarán el interés de transición del miembro durante las evaluaciones exhaustivas en persona y, si se determina que el miembro desea realizar la transición a un nuevo entorno residencial, el CM se asegurará de que el miembro cumpla con los estándares para las transiciones institucionales a HCBS y luego contratará a los proveedores de los miembros para solicitar derivaciones apropiadas para los servicios según sea necesario.

Para obtener más información sobre los servicios de transición desde un centro de convalecencia, pregunte a su CM o llame a Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Autorización previa

Tenga en cuenta que, si no se obtiene la autorización, se pueden rechazar las reclamaciones administrativas. Los proveedores de Delaware First Health tienen prohibido por contrato responsabilizar financieramente a cualquier participante por cualquier servicio denegado administrativamente por parte de Delaware First Health debido a que el proveedor no obtuvo la autorización oportuna.

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

Servicios que necesitan autorización previa

Algunos de los servicios que necesitan autorización previa son:

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Centro de enfermería especializada
- Atención médica a domicilio
- Servicios de recuperación de las habilidades
- Equipo médico duradero (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



- Terapia: terapia física, terapia ocupacional y 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
- Cirugías posiblemente estéticas o plásticas
- 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 la atención de emergencia, posterior a la estabilización, y algunos servicios de planificación familiar)

Esta no es una lista completa. Consulte nuestra herramienta en línea en **DelawareFirstHealth.com** para revisar los requisitos de un procedimiento específico y comprobar si es necesaria una autorización previa. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Servicios no cubiertos

Algunos servicios que no están cubiertos por el plan estatal Delaware Medicaid o Diamond State Health Plan. Algunos de estos servicios incluyen:

- Servicios que no son médicamente necesarios
- Aborto, excepto en ciertas circunstancias
- Tratamientos de infertilidad
- Servicios cosméticos
- Servicios fuera de Estados Unidos continentales. (Están prohibidos los pagos directos o indirectos a personas y/o entidades fuera del país).

Si recibe una factura

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



Programas de Bienestar

Delaware First Health está comprometido a ayudar a los miembros a satisfacer sus necesidades de salud y bienestar y ofrece los siguientes servicios ampliados y beneficios de valor agregado a nuestros miembros. Consulte las descripciones en la sección Servicios de valor agregado del manual.

- Control de la diabetes en el hogar
- Programa de Prevención de la Diabetes
- Programa de Embarazo
- Programa Healthy Weight
- Programa de Recompensas My Health Pays
- Consulta odontológica en el consultorio
- Horas de cuidado de relevo para niños con problemas médicos complejos
- Servicios de la visión

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. 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 médico acerca de los nuevos servicios cubiertos por sus beneficios.



Servicios de salud conductual







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

Servicio	Cobertura/Limitaciones
Servicios de salud conductual para pacientes internados en un hospital general, en una unidad psiquiátrica de un hospital general, en un hospital psiquiátrico (incluida una institución para enfermedades mentales) para miembros mayores de 65 años y menores de 21 años A) y en un centro privado de tratamiento residencial (PRTF) para menores de 21 años B) y el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) a los miembros que estén recibiendo principalmente tratamiento para la SUD que sean residentes de corta duración en una institución para enfermedades mentales (IMD)	Cubierta 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).
Tratamiento asistido por medicamentos (MAT), incluidos los servicios de adicciones ambulatorias y los servicios de adicciones residenciales.	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.
Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluidos los servicios ambulatorios y residenciales para la adicción que incluyen todos los niveles de la Sociedad Americana de la Medicina de la Adicción (ASAM), incluidos los servicios residenciales a miembros que están recibiendo tratamiento para SUD que son residentes a corto plazo en una IMD.	Cubierto. Incluidos en el beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por DSCYF). Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios, excepto para la desintoxicación intensiva administrada médicamente a pacientes internados, son responsabilidad del Estado y se pagan a través de DMES del Estado.



Servicio	Cobertura/Limitaciones
Visita al consultorio.	Cubierto. Incluidos en el beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por DSCYF). Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios son responsabilidad del Estado y de los FFS pagados a través de DMES del Estado.
Salud Mental y Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios.	Cubierto. Incluidos en el beneficio de salud conductual para pacientes ambulatorios de 30 unidades para miembros menores de 18 años (proporcionados posteriormente por DSCYF). Para los miembros que participan en PROMISE, estos servicios son responsabilidad del Estado y de los FFS pagados a través de DMES del Estado.
Servicios conductuales para tratar el trastorno del espectro autista (ASD) de acuerdo con 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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para hablar con alguien que lo escuchará y le brindará ayuda. **Si se encuentra en peligro o necesita recibir 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 para Crisis de Northern Delaware: **1-800-652-2929**
-  Línea para Crisis de Southern Delaware: **1-800-345-6785**
-  Línea directa para Crisis de DSCYF para Jóvenes: **1-800-969-4357**
-  Línea para Crisis de BH de Delaware First Health: **1-877-236-1341**



Responsabilidad de pago del paciente

La responsabilidad del paciente es cuando es posible que deba pagar una parte del costo de su atención por LTSS. El monto de la responsabilidad de pago del paciente depende de sus ingresos y es calculado por DHSS. Usted está obligado a pagar el monto de la responsabilidad de pago del paciente al proveedor de servicios de su centro si vive en un centro de enfermería o de residencia asistida. Si usted tiene responsabilidad de pago del paciente y recibe servicios, su administrador de casos determinará a quién paga el monto de responsabilidad de pago del paciente.

Si usted tiene la responsabilidad de pago del paciente y no paga, puede haber consecuencias. Esto puede incluir la pérdida de su centro de enfermería o proveedor de centro de vida asistida.

Si tiene preguntas sobre la responsabilidad de pago del paciente, hable con su administrador de casos o llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Sus proveedores

Managed Care funciona como una casa central para coordinar sus necesidades de atención médica.

- Delaware First Health tiene un contrato para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Delaware Medicaid. Nos asociamos con un grupo de proveedores de atención médica (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención médica domiciliaria 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 apoyarlo. La mayoría de las veces, su contacto principal será su Proveedor de cuidado primario (PCP). Si necesita realizarse una prueba, ver a un especialista o ir a un hospital, su PCP lo podrá ayudar a organizarlo. 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 e indique cómo puede comunicarse con usted. Su PCP se comunicará con usted tan pronto como pueda. Si bien su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, puede acudir a ciertos médicos para recibir algunos servicios sin comunicárselo a su PCP.
- Puede visitar nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** para encontrar el directorio de proveedores en línea o llamar a Servicios para Miembros, al **1-877-236-1341** (TTY: **711**), para obtener una copia del directorio de proveedores.

Encontrar un proveedor

Elegir su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Cuando se convierte en miembro de Delaware First Health, debe elegir un médico de familia. Este médico se llama Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Usted debe elegir un PCP dentro de los 30 días calendario a partir de su inscripción inicial. Si no elige uno, se lo asignaremos.

Miembros de DSHP: Si usted no eligió un PCP, le informaremos sobre su PCP asignado cuando reciba su tarjeta de identificación de miembro de Delaware First Health. Este correo incluirá el nombre, la ubicación y el número de teléfono del consultorio de su PCP asignado, así como también le ofrecerá la oportunidad de seleccionar un PCP diferente, si no está satisfecho con el PCP asignado por el Plan.



Miembros de DSHP Plus: Si usted no eligió un PCP, Delaware First Health le asignará uno. Usted tiene la oportunidad de seleccionar un PCP diferente si no está satisfecho con el PCP asignado por el Plan.

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

Cómo cambiar un PCP

Existen dos maneras de cambiar su PCP:

1. Utilice el Portal Seguro para Miembros en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**
2. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para que lo ayuden. Después de que nos informe quién es su nuevo PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de Delaware First Health.

Puede ver nuestro directorio de proveedores en el sitio web de Delaware First Health en **DelawareFirstHealth.com** o llamar a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) si necesita ayuda para encontrar un proveedor o para solicitar una copia del directorio de proveedores.

Derecho a elegir un proveedor

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

Su PCP puede ser:

- Médico de familia o general.
- Especialista en medicina interna.
- Profesional de enfermería avanzado.
- Ginecólogo u obstetra (obstetricia/ginecología).
- Pediatra.
- Asistente médico (bajo la supervisión de un médico).
- Centros de Salud con Calificación Federal (FQHC) y Clínicas de Salud Rural (RHCS).
- Médico especialista (para miembros que requieren atención especializada para sus enfermedades agudas o crónicas, o enfermedad relacionada con una discapacidad).

Su proveedor de cuidado primario (PCP)

Un Proveedor de Cuidado primario (PCP) es un médico, un asistente médico o una profesional de enfermería, que proporciona o coordina directamente sus servicios de atención médica. 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.



Cuando deba decidir qué PCP elegir, es posible que desee encontrar un PCP que:

- Usted haya visto antes
- Comprenda sus antecedentes médicos
- Acepte pacientes nuevos
- Pueda prestarle servicio en su idioma
- Sea fácil de contactar

Puede encontrar la lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otras entidades asociadas con Delaware First Health en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** para ver el directorio de proveedores en línea. También puede llamar a Servicios para Miembros, al **1-877-236-1341** (TTY: **711**), para obtener una copia del directorio de proveedores.

Después de elegir a su PCP, si es un proveedor nuevo, llame para hacer una primera cita con él. Esto les dará a ambos la oportunidad de conocerse. Su PCP puede darle atención médica, consejos e información sobre su salud. Recuerde traer su tarjeta de identificación de miembro de Delaware First Health y su tarjeta de identificación de Delaware Medicaid. 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**) y nosotros lo ayudaremos.

Cómo prepararse para su primera consulta con un proveedor nuevo:

- Solicite una transferencia de historia clínica de su proveedor actual a su nuevo PCP.
- Haga una lista de los problemas que tiene en este momento y esté preparado para hablar sobre su salud general, enfermedades pasadas importantes, cirugías, etc.
- Haga una lista de las preguntas que desee hacerle a su PCP.
- Lleve los medicamentos y suplementos que está tomando a su primera cita.
- Lo mejor es asistir a una consulta con su PCP dentro de los tres meses desde que se inscribió en el plan.

Si necesita recibir atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicarle su duda. 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.

Importante: Puede realizar una cantidad de consultas ilimitadas con su PCP. Esto no le representará ningún costo. Solicite una cita con él 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**) y un representante lo ayudará. También puede hacer un cambio de PCP en el Portal 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**).

Obtener una segunda opinión

Los miembros tienen el derecho de pedir una segunda opinión sin costo para el miembro sobre el diagnóstico o las opciones para la cirugía u otro tratamiento de una afección médica. 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. Le pedimos que llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



Atención de especialista

Si necesita recibir atención especializada que su PCP no puede brindarle, lo derivará a un especialista que pueda hacerlo. Un especialista es un médico que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano).

Para hacer una derivación, su PCP puede:

- Llamar al **1-877-236-1341** (TTY **711**).
- Completar un formulario en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.

Si su PCP lo deriva a un especialista, nosotros pagaremos por su atención. La mayoría de los especialistas son proveedores de Delaware First Health. Hable con su PCP para asegurarse de que usted comprende cómo funcionan las derivaciones.

Recibir atención fuera de la red

Puede haber ocasiones en las que necesite obtener servicios fuera de nuestra red. Si es un servicio necesario y cubierto que no está disponible dentro de la red, es posible que esté cubierto fuera de la red sin mayor costo para usted que si se proporcionara dentro de la red.

Si Delaware First Health no tiene un proveedor que pueda tratar su afección, puede pedir que se le consulte a un proveedor que no esté en la red de Delaware First Health. Usted debe hablar con su PCP sobre esto. Se requiere autorización previa para los proveedores que están fuera de la red.

Estándares de la cita

Guía de citas	
Si llama para recibir este tipo de servicio	Su cita debería realizarse
Cuidado preventivo para adultos (servicios como controles médicos de rutina o vacunas)	en un plazo de 30 días
Cuidado preventivo para pacientes pediátricos (servicios como controles rutinarios de niño sano)	en un plazo de 14 días para los miembros menores de 6 meses; en un plazo de 30 días para los miembros de 6 meses en adelante
Servicios de atención de urgencia (atención para problemas como esguinces, síntomas de gripe o cortes y heridas sin importancia)	en el plazo de 24 horas
Atención de emergencia o urgente solicitada fuera del horario de atención habitual	Diríjase de inmediato a la sala de emergencias de un hospital (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a una clínica de atención de urgencia



Guía de citas	
Si llama para recibir este tipo de servicio	Su cita debería realizarse
Primera visita prenatal (primer o segundo trimestre)	en un plazo de 14 días
Primera visita prenatal (3er trimestre o embarazo de alto riesgo)	en un plazo de 5 días
Salud conductual	
Servicios de rutina	en un plazo de 14 días
Servicios de cuidado urgente	en el plazo de 24 horas
Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección que pone en peligro la vida del paciente)	Diríjase de inmediato a la sala de emergencias de un hospital (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a una clínica de atención de urgencia
Servicios de administración móviles para situaciones de crisis	en un plazo de 30 minutos
Trastornos por consumo de sustancias	
Servicios de rutina	en un plazo de 14 días
Servicio de atención de urgencia	en el plazo de 24 horas
Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección que pone en peligro la vida del paciente)	Diríjase de inmediato a la sala de emergencias de un hospital (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año) o vaya a una clínica de atención de urgencia



Atención de emergencia y de urgencia

Atención de emergencia significa los servicios hospitalarios de pacientes internados y ambulatorios necesarios para evitar la muerte o el deterioro grave de la salud del receptor.

Atención de urgencia es cuando tiene una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero que, de igual forma, requiera atención rápida.

¿Qué es una emergencia?

Afección médica de emergencia

Una afección médica de emergencia es una situación en la que su vida podría estar en peligro o en la que podría verse dañado de forma permanente si no recibe atención inmediata.

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia son servicios que recibe para tratar evaluar, tratar o estabilizar su afección médica de emergencia.

Recibir servicios de emergencia

Si cree que tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de urgencias más cercana.

Usted no necesita la aprobación de su plan ni de su PCP antes de recibir atención de emergencia y no es necesario que acuda a nuestros hospitales o médicos.

Si no está seguro, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Informe a la persona con la que hable lo que le está sucediendo. Su PCP hará lo siguiente:

- Le indicará qué hacer en casa;
- Le indicará que se dirija al consultorio de su PCP; o
- Le indicará que vaya a la sala de atención de urgencia o a la sala de emergencias más cercana.

Si se encuentra fuera del área en el momento de la emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: Utilice la sala de emergencias solo si tiene una emergencia. Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Servicios para Miembros de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Siempre tiene cobertura por emergencias. Una afección médica de emergencia es una situación en la que su vida podría estar en peligro o en la que podría verse dañado de forma permanente si no recibe atención inmediata. Los siguientes son algunos ejemplos de una emergencia:

- Ataque cardíaco o dolores fuertes en el pecho
- Sangrado que no se detiene o una quemadura grave
- Fracturas
- Dificultad para respirar, convulsiones o pérdida de la consciencia



- Cuando siente que usted u otras personas podrían resultar lastimadas
- Si está embarazada y presenta signos de dolor, sangrado, fiebre o vómitos
- Sobredosis de drogas

Algunos ejemplos de casos sin carácter de emergencia son resfriados, dolor de estómago, cortes pequeños y moretones. Las separaciones o los problemas familiares también son casos sin carácter de emergencia. Estos problemas pueden sentirse como una emergencia, pero no son una razón para ir a la sala de emergencias, a menos que esté en peligro inmediato de daño.

¿Qué es la atención de urgencia?

Puede tener una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero que, de igual forma, requiera atención rápida. Esto podría ser:

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

Usted puede dirigirse a una clínica de atención de urgencia a fin de recibir atención el mismo día o programar una cita para el día siguiente. Ya sea que esté en casa o lejos, llame a su PCP en todo momento, de día o de noche.

Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**). Informe a la persona que responde lo que sucede. Le dirán qué hacer.

Recibir atención de urgencia

La atención de urgencia es cuando usted necesita atención o tratamiento médico dentro de las 48 horas. Esto sucede cuando necesita atención de un proveedor, pero no en la sala de emergencias. Si necesita atención de urgencia pero no está seguro de si se trata de una emergencia, llame primero a su PCP o especialista en salud conductual. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana de Delaware First Health al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Si usted va a un centro de atención de urgencias o a la ER, asegúrese de llamar a su PCP al día siguiente para hacer una cita. Su PCP debe programar una cita para usted dentro de los dos días calendario posteriores a su consulta para una cita de atención de urgencia.

Proveedores de atención de urgencia

Usted puede visitar una clínica de atención de urgencia a fin de recibir atención el mismo día o programar una cita para el día siguiente. Para encontrar un proveedor de atención de urgencia cerca de su domicilio, visite nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** y utilice nuestra herramienta Find a Provider (Encontrar un Proveedor).



Cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Los servicios fuera de los Estados Unidos continentales no están cubiertos por el plan estatal de Delaware Medicaid ni por Delaware First Health. Esto incluye que los pagos directos o indirectos a personas fuera del país y/o entidades están prohibidos.

Telemedicina

Los servicios virtuales de telemedicina están disponibles para el acceso las 24 horas del día, los 7 días a la semana.

¿Qué es la telemedicina?

Las consultas virtuales de telemedicina son una forma de telesalud que consiste en la prestación de servicios de atención médica clínica mediante videoconferencia segura en tiempo real para permitir y apoyar los servicios de los proveedores a los individuos de forma remota y para supervisar y abordar las afecciones médicas.

Las consultas virtuales de telesalud son un acceso conveniente, las 24 horas, a los proveedores de atención médica de Delaware First Health dentro de la red para los problemas de salud que no son de emergencia a través de la transmisión segura de video desde la ubicación del miembro y la ubicación del proveedor. Está disponible para que lo use cuando esté en casa, en la oficina o incluso de vacaciones.

- Los servicios de telesalud se proporcionan a través de una consulta virtual con un médico de la red a través de videoconferencia mediante una aplicación en línea o un enlace proporcionado por el proveedor de consultas virtuales de telesalud.
- Después de registrarse, puede programar su consulta en la aplicación en línea o en el enlace de correo electrónico donde proporcionará su información de miembro y firmará electrónicamente un formulario de consentimiento.
- Luego, usted y un médico se pueden reunir para hablar sobre su problema de salud, inquietudes, o hacer preguntas.

Obtenga asesoramiento médico, o un diagnóstico durante su consulta virtual o una receta, si se indican, que se puede enviar electrónicamente a una farmacia de la red cercana a su domicilio. Utilice las consultas virtuales de telesalud cuando lo necesite. O programe una cita para un momento que se adapte a su horario.

Póngase en contacto con telemedicina para enfermedades como:

- Resfríos, gripe y fiebre,
- Tos y COVID-19 o síntomas similares,
- Sinusitis, alergias,
- Infecciones respiratorias, asma, bronquitis,
- Sarpullido, afecciones cutáneas, dermatitis de contacto por hiedra venenosa o roble venenoso, picaduras leves de insectos o mordeduras de animales,



- Infecciones del oído,
- Conjuntivitis aguda, orzuelos,
- Asesoramiento y tratamiento de la salud conductual.

Las consultas virtuales de telesalud no deben utilizarse cuando se trata de una situación de emergencia que amenaza la vida, le pedimos que se comunique directamente al 911 en esas situaciones.

¿En qué medida son mejores las consultas virtuales de telesalud que la atención de urgencia?

Si usted o un ser querido realmente no se sienten bien, le recomendamos utilizar la Telesalud en vez de acudir a la Atención de Urgencia.

De esa manera, puede ahorrarse el estrés adicional de llegar a la clínica. Además, si su afección es contagiosa, no enfermará a otras personas.

¿Qué se necesita para una consulta virtual de telesalud?

Para obtener los mejores resultados, los miembros pueden acceder a un proveedor de servicios virtuales de telesalud de Delaware First Health mediante un teléfono inteligente, tableta, computadora portátil con cámara y micrófono o una computadora de escritorio con cámara y micrófono conectados a wifi. Si es posible, cierre cualquier otra aplicación que esté ejecutándose o abierta en segundo plano.

Para obtener los mejores resultados, conéctese a un enlace de correo electrónico o a una aplicación que utilice Google Chrome si es posible. Si no está disponible, el acceso también se puede obtener utilizando Explorer o Firefox.

Después de registrarse, puede programar su consulta en la aplicación en línea o en el enlace de correo electrónico donde proporcionará su información de miembro y firmará electrónicamente un formulario de consentimiento.

Luego, usted y un médico se pueden reunir para hablar sobre su problema de salud, inquietudes, o hacer preguntas.

¿Cuánto cuesta una consulta virtual de telesalud?

Cuando corresponda, las consultas virtuales de telesalud para los miembros de Delaware First Health son gratuitas.

¿Alguien puede acceder a los proveedores de servicios virtuales de telesalud?

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

Las consultas de salud conductual están limitadas a los miembros mayores de 13 años. Se requerirá el consentimiento de los padres o tutores para aquellos que no sean mayores de 18 años o estén emancipados por la corte.

¿Cómo se reciben las recetas si se solicitan durante la consulta virtual de telesalud?

Cuando se receten medicamentos durante su consulta con un proveedor de servicios virtuales de telesalud, la receta se enviará electrónicamente a su farmacia de la red, donde podrá recoger sus medicamentos cuando estén listos. Ciertos medicamentos y narcóticos no pueden ser recetados por ley estatal y federal cuando se utilizan consultas virtuales de telesalud.



Cuidado de maternidad

Los cuidados de maternidad incluyen lo siguiente:

- Cuidado durante el embarazo
- Clases educativas sobre partos
- Hablar sobre los métodos anticonceptivos y las opciones de anticoncepción
- Obstetricia/ginecología y servicios hospitalarios
- Una consulta posparto médicamente necesaria y a domicilio para brindar atención al recién nacido y evaluación después del alta, pero no más de 60 días después del parto
- Servicios de gestión de la atención para embarazos de alto y bajo riesgo durante el embarazo y durante dos meses después del parto

Start Smart for Your Baby de Delaware First Health: Un Programa de Administración del Cuidado de la Maternidad

Start Smart for Your Baby de Delaware First Health es un programa de administración del cuidado de la maternidad. Ayuda a que las mujeres embarazadas que son miembros se mantengan saludables antes y después del nacimiento de su bebé.

Start Smart está disponible para todos los miembros de alto y bajo riesgo hasta el parto y después de este. Los miembros pueden ingresar al programa de distintas formas. Un miembro puede inscribirse por sí mismo, solicitarle a su médico que lo derive o aceptar unirse cuando lo llame el coordinador de Start Smart.

El equipo de atención de Start Smart incluye enfermeras registradas, coordinadores de cuidados, trabajadores de salud comunitarios y dolas. A cada miembro se le asigna un administrador de cuidados primarios, quien le brinda acompañamiento durante todo el embarazo.

El programa también conecta a los miembros con servicios comunitarios. Por último, hay recompensas disponibles cuando los miembros visitan a su médico antes y después del nacimiento del bebé. Consulte a su administrador de cuidados o coordinador de cuidados de Start Smart sobre estas recompensas.

Planificación familiar

A todos los miembros, excepto los del Programa de Niños Saludables de Delaware (DCHP), se les permitirá libertad de elección de proveedores de planificación familiar y pueden recibir tales servicios de cualquier proveedor de planificación familiar, incluidos los proveedores no participantes que son proveedores inscritos en DMAP.

Los miembros del Programa de Niños Saludables de Delaware están obligados a utilizar a un proveedor participante para los servicios de planificación familiar.



Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)

El Programa de Niños Saludables de Delaware es un programa de seguro médico de bajo costo para los niños sin seguro médico de Delaware. El Programa de Niños Saludables de Delaware ofrece la misma cobertura de alta calidad que obtendría con algunos de los mejores planes de seguro privado, que incluye un conjunto especial de beneficios llamados servicios de Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). Miembros que necesitan beneficios de EPSDT:

Pueden obtener servicios de EPSDT a través de su plan de salud;

No tienen que pagar ningún copago por los servicios de EPSDT; y

Pueden obtener ayuda para programar citas y organizar el transporte gratuito de ida y vuelta a las citas.

El Programa de Niños Saludables de Delaware cubre todo, desde controles de rutina hasta exámenes de la vista, y servicios médicos y hospitalarios. Las familias cubiertas por el Programa de Niños Saludables de Delaware disfrutan de una extensa lista de servicios por una sola tarifa mensual baja y sin copagos. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Controles de bebé sano y niño sano
- Tratamiento para el abuso de drogas/alcohol
- Terapia del habla/audición
- Inmunizaciones
- Terapia física
- Exámenes oculares
- Servicios de ambulancia
- Medicamentos con receta
- Atención hospitalaria
- Servicios de médicos
- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Tecnología de asistencia
- Asesoramiento de salud mental
- Atención limitada de salud en el hogar y de enfermería
- Administración y coordinación de casos
- Cuidados de atención para pacientes terminales
- Servicios dentales integrales: Exámenes orales, radiografías, limpiezas, aplicaciones de fluoruro, empastes, y otros servicios de restauración y especialidad. La atención de ortodoncia también está disponible para los niños que cumplen con las directrices específicas del programa.



Algunos de los servicios de EPSDT pueden requerir una autorización previa. EPSDT incluye servicios que pueden ayudar a tratar, prevenir o mejorar el problema de salud de un miembro, que incluye, entre otros:

- Antecedentes de salud e inmunizaciones
- Exámenes físicos
- Varias evaluaciones de salud y asesoramiento
- Pruebas de laboratorio y de detección
- Atención de seguimiento necesaria
- Servicios de análisis del comportamiento aplicados (ABA)

¿Qué personas califican?

- No tienen seguro médico integral,
- Son menores de 19 años y residen en el estado de Delaware,
- Son ciudadanos de EE. UU. o no son ciudadanos que residen legalmente,
- No son dependientes de un empleado permanente del estado de Delaware, y
- Cumplen con los requisitos de elegibilidad de ingresos; la cantidad de personas de su familia (niños y adultos en conjunto) y el ingreso total de su familia determina la elegibilidad y el costo de la prima para su familia.

¿Cómo solicitarlos?

- Es fácil y cómodo. Los padres o cuidadores pueden completar y enviar por correo un formulario de solicitud en papel, o completar y presentar una solicitud en Internet. Se puede obtener un formulario de solicitud en papel llamando al Programa de Niños Saludables de Delaware (DHCP) al **1-800-996-9969** o imprimiendo una copia del formulario de solicitud de DHCP. El formulario de solicitud también está disponible en español.
- En Internet, usted puede averiguar si su hijo puede ser elegible para la cobertura médica de DHCP y completar una solicitud en línea usando ASSIST, la aplicación para los Programas de Servicios Sociales del estado de Delaware.
- Prueba de los ingresos familiares (talones de pago del mes completo, cartas de adjudicación o declaración fiscal más reciente si es autónomo), prueba de identidad y ciudadanía o estado legal de extranjero (copia del anverso y reverso de la tarjeta de extranjero o de la documentación del INS), y una prueba de embarazo (si alguien en el hogar está embarazada) también debe enviarse por correo con su solicitud.
- Obtenga más información sobre el Programa de Niños Saludables de Delaware en nuestra página de Preguntas Frecuentes. También puede imprimir el folleto de DHCP o ver el contenido del folleto como una página web. Para cualquier otra pregunta o para obtener ayuda para completar una solicitud, puede llamar a DHCP al **1-800-996-9969**.
- Envíe por correo la solicitud completada y los documentos de apoyo a:



Delaware Healthy Children Program
PO Box 950
New Castle, DE 19720

Hable con el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) de su hijo si tiene dudas sobre los servicios de EPSDT. También puede encontrar más información sobre los servicios de EPSDT en línea visitando nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** visitando la página web de EPSDT de DE Medicaid en **<https://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html>**.

Sus beneficios de medicamentos recetados

Delaware First Health cubre medicamentos recetados para los miembros del Diamond State Health Plan y Diamond State Health Plan Plus. La lista de medicamentos cubiertos de Delaware First Health se denomina Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y cumple con la lista de medicamentos del estado de Delaware y las directrices de autorización previa.

La lista PDL incluye algunos medicamentos de venta libre (OTC) que requieren una receta. Consulte la sección Artículos de OTC mejorados para ver los artículos OTC adicionales que no se encuentran en la lista de medicamentos preferidos y que no requieren receta.

Pueden aplicarse reglas y restricciones de cobertura de medicamentos.

Los médicos participantes de Delaware First Health conocen los medicamentos cubiertos, saben cómo solicitar una autorización previa y los procedimientos especiales para solicitudes urgentes. La red de farmacias de Delaware First Health sabe cómo presentar reclamaciones de farmacia a Delaware First Health.

Puede llamar al Departamento de Servicios de Farmacia de Delaware First Health para obtener ayuda con el fin de determinar qué medicamentos están cubiertos, cómo encontrar una farmacia de la red o cómo dispensar su receta. Puede comunicarse con los Servicios de Farmacia al **1-833-236-1887**. También puede utilizar las herramientas “drug lookup” (búsqueda de medicamentos) y “Find a Pharmacy” (Buscar una farmacia) en **DelawareFirstHealth.com**.

Cómo obtener un medicamento recetado

Si su médico de Delaware First Health le da una receta, incluimos algunas preguntas que debe hacer sobre su receta:

- ¿Cómo se llama el medicamento?
- ¿Por qué tengo que tomarlo?
- ¿Cuánto tomo?
- ¿Con qué frecuencia debo tomarlo?
- ¿Cuánto tiempo debo seguir tomándolo?
- ¿Me sentiré somnoliento o mal?
- ¿Puedo tomarlo con mis otros medicamentos?
- ¿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?



Usted puede obtener su receta en una farmacia de la red de Delaware First Health.

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

Los Servicios de Farmacia de Delaware First Health (**1-833-236-1887**) pueden ayudarlo a encontrar una farmacia de la red. También puede encontrar una farmacia de la red usando la función “Find A Pharmacy” (Buscar una farmacia) en el sitio web de Delaware First Health en **DelawareFirstHealth.com**, en la sección Pharmacy (Farmacia).

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

Medicamentos genéricos

Por lo general, un medicamento “genérico” actúa de igual manera que un medicamento de marca y regularmente cuesta menos. Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible 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, si su médico le ha dicho a Delaware First Health la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará para usted y ha escrito “Marca médicamente necesaria” en su receta para un medicamento de marca O BIEN nos ha comunicado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que traten la misma afección funcionarán para usted, entonces Delaware First Health permitirá un medicamento de marca aprobado.

Cómo reponer su medicamento

Cuando su medicamento tiene 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 usted obtenga la reposición unos días antes de que se quede sin el medicamento.

Una vez que haya usado el 83% de su medicamento (sobre la base del suministro diario), puede dispensar su medicamento antes, si:

- Es la misma receta,
- Para el mismo medicamento, y
- El medicamento permite una reposición.

Esto evita que usted deba quedarse sin un medicamento que necesita.

Medicamentos recetados cubiertos

Puede llamar a Servicios de Farmacia de Delaware First Health para obtener ayuda con el fin de determinar qué medicamentos están cubiertos. Puede comunicarse con los Servicios de Farmacia al **1-833-236-1887**. También puede utilizar las herramientas “drug lookup” (búsqueda de medicamentos) en nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com**.



Delaware First Health tiene una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) que está aprobada por el estado de Delaware. Los medicamentos de esta lista incluyen medicamentos genéricos y de marca cuidadosamente seleccionados con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos.

La PDL 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. La PDL incluye todos los medicamentos disponibles sin autorización previa (PA), aquellos que requieren autorización previa (PA) y aquellos medicamentos que tienen las restricciones de la terapia escalonada (ST). La PDL se aplica a los medicamentos que usted recibe en farmacias minoristas y de venta por correo. La PDL es evaluada continuamente por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de Delaware First Health para promover el uso apropiado y rentable de medicamentos.

La PDL no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos recetados. No todas las presentaciones o concentraciones de un medicamento pueden estar cubiertas. Esta lista se revisa y actualiza periódicamente.

A veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en la PDL de Delaware First Health. Esto se debe a que existen diferentes restricciones o factores como la concentración, cantidad o formulación del medicamento recetado por su médico (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg; uno por día comparado con dos por día; tableta comparada con medicamento líquido).

Cómo averiguar si un fármaco específico está en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)

Puede averiguar si un fármaco en particular está en la Lista de Medicamentos Preferidos, realizando lo siguiente:

- Visite el sitio web de Delaware First Health en **DelawareFirstHealth.com**. La Lista de Medicamentos Preferidos en el sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame y pida a Servicios de Farmacia que averigüen si el medicamento está en la Lista de Medicamentos Preferidos de Delaware First Health al **1-833-236-1887**.
- Llame y pida a Servicios de Farmacia una copia de la Lista de Medicamentos Preferidos al **1-833-236-1887**.

Autorización previa de algunos medicamentos recetados

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

Su médico puede decidir si es necesario tomar un medicamento no preferido. Si es así, él debe proporcionar a Delaware First Health una solicitud de autorización previa. Si Delaware First Health no aprueba la solicitud, notificaremos a su médico solicitando la autorización previa y le enviaremos por correo una carta en la que se explique la razón por la cual no aprobamos la solicitud de autorización previa. Delaware First Health incluirá información sobre cómo apelar y los procesos de la audiencia imparcial del estado.

Delaware First Health puede requerir que usted pruebe por lo menos 2 medicamentos preferidos antes de que usted pueda obtener un medicamento no preferido. Usted necesita pedirle a su médico que escriba primero una receta para un medicamento preferido.



Puede encontrar la Lista de Medicamentos Preferidos y los indicadores de autorizaciones previas requeridas y terapia escalonada si:

- Visite el sitio web de Delaware First Health en **DelawareFirstHealth.com**. La Lista de Medicamentos Preferidos se encuentra en el sitio web.
- Llame y pida a Servicios de Farmacia que averigüen si el medicamento requiere una autorización previa o terapia escalonada. Llame al **1-833-236-1887**.
- Llame y pida a Servicios de Farmacia una copia de la Lista de Medicamentos Preferidos. Llame al **1-833-236-1887**.

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 los \$15 de copagos de medicamentos recetados acumulados en un mes calendario, los copagos no se aplicarán por el resto del mes calendario cuando alcance el máximo de \$15. Los copagos y el copago máximo de \$15 comenzarán de nuevo el próximo mes calendario.

Si tiene alguna pregunta sobre los copagos de medicamentos recetados, llame a Servicios de Farmacia al **1-833-236-1887**.

Miembros y servicios exentos de copagos:

- Niños menores de 21 años
- Mujeres embarazadas, incluido el período posparto (90 días)
- Miembros del Programa de Enfermedades Renales Crónicas (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 paliativos
- Medicamentos de rescate por sobredosis de opiáceos con Naloxone
- Tratamiento Asistido con Medicamentos (MAT) utilizado para el trastorno por consumo de opiáceos

Suministro para 90 días

Usted tiene la opción de dispensar ciertos medicamentos que toma regularmente y anticonceptivos orales hasta un suministro para 90 días.



Con una receta de 3, 6 o 12 meses de su médico, usted puede recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días:

Farmacias Minoristas

- Vaya a una farmacia de la red que participa en el Programa de Suministro para 90 Días de Delaware First Health. Puede encontrar estas farmacias participantes en la herramienta de búsqueda de farmacias en el sitio web de Delaware First Health en **DelawareFirstHealth.com**
- Llame a Servicios de Farmacias de Delaware First Health y ellos le ayudarán a encontrar una farmacia participante que tenga suministros para 90 días. Llame al **1-833-236-1887**.

Farmacia de pedidos por correo

- Inscríbase en el programa de pedidos por correo de suministros para 90 días a través de CVS Caremark.

Hay cuatro formas de comenzar con el programa de Pedidos por Correos de CVS Caremark:

1. Pídale a su médico que envíe una receta electrónica a la farmacia de servicio por correo de CVS Caremark. Esta es la forma más fácil de empezar. Su receta será procesada y su medicamento será enviado entre 7 y 10 días hábiles.
2. Inicie sesión en Caremark.com y seleccione Start Rx Delivery by Mail (Iniciar la entrega de medicamento por correo). CVS Caremark se pondrá en contacto con su médico y comenzará el proceso para usted. Una vez que su médico haya sido contactado y la aprobación haya sido recibida, tomará entre 7 y 10 días hábiles para procesar y enviar su pedido.
3. Complete un formulario de solicitud de servicio por correo y envíelo por correo con su receta para un suministro 90 días. Descargue el formulario en la sección Pharmacy (Farmacia) en **DelawareFirstHealth.com**.
4. Llame al **1-888-624-1139** para obtener ayuda en vivo de un representante de Atención al Cliente (TTY: **711**).

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

Programa de Limitación del Miembro

Delaware First Health revisa los datos de reclamaciones de recetas de los miembros, trabaja con médicos, farmacias y el estado de Delaware encontrando oportunidades para apoyar a los miembros con regímenes de medicamentos complicados. Los miembros que pueden beneficiarse del apoyo de la limitación de médicos y farmacias 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 médico para que escriba y dispense las recetas para un miembro.

Delaware First Health informará al miembro de la intención de limitación de una farmacia y/o un médico. Se notificará al miembro la intención de limitar a un miembro. Esto significa que el miembro solo puede obtener un medicamento a causa de la limitación del médico y/o recibir un medicamento a causa de la limitación de una farmacia de la red.



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

En caso de que el miembro no pueda dispensar el medicamento en la farmacia a la que el miembro está limitado, el miembro debe llamar a Servicios de Farmacia de Delaware First Health. El equipo de Servicios de Farmacia ayudará a que el miembro identifique otra farmacia de la red. El miembro puede llamar a Delaware First Health para cualquier asunto relacionado con la limitación al **1-833-236-1887**.

Artículos de venta libre mejorados (OTC)

Los miembros son elegibles para artículos adicionales de venta libre (OTC) hasta un beneficio máximo trimestral de \$30 por hogar. Una lista de los artículos de OTC disponibles se puede encontrar en el sitio web de Delaware First Health en **DelawareFirstHealth.com**. Estos artículos no requieren receta.

Para solicitar productos de OTC de beneficio mejorado:

a. Llame al **1-888-628-2770**

- i Haga un pedido con un representante del servicio de atención al cliente, o
- ii Utilice la opción de teléfono automatizado

b. En línea: **<https://www.cvs.com/otchs/DelawareFirstHealth>**

Transporte para servicios médicos sin carácter de emergencia

Los servicios de transporte sin carácter de emergencia son proporcionados por Delaware Medicaid. Este servicio no está disponible para los miembros del Programa de Niños Saludables de Delaware (DHCP).

A los miembros identificados con necesidades de transporte se les ofrecerán servicios de transporte a través de Modivcare. Los miembros deben trabajar con Servicios para Miembros para recibir estos servicios y revisar el número de viajes cubiertos. No se requerirá autorización previa ni copagos, si usted califica para recibirlos. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) para obtener ayuda con la programación del transporte.

Los miembros que usan Servicios de Transporte deben cumplir con las políticas de conducta de los proveedores de transporte. Cualquier conducta que ponga en peligro la seguridad de otros pasajeros o del conductor puede dar como resultado la suspensión de los servicios de transporte. Según las circunstancias, no cancelar un viaje o cancelarlo con menos de 24 horas de antelación puede dar como resultado que usted no se presentó. Las inasistencias repetidas puede dar como resultado una suspensión de los servicios de transporte.

Quejas y apelaciones

Esta sección proporciona las reglas para presentar una queja/reclamo. La ley estatal dice que usted puede presentar una queja/reclamo acerca de cualquier parte de su atención médica como miembro de Delaware



First Health. El estado ha ayudado a establecer las reglas sobre lo que usted necesita hacer para presentar una queja/reclamo. El estado también indica lo que debemos hacer cuando recibimos una queja/reclamo. Debemos ser justos en el manejo de su queja/reclamo. No se le puede eliminar del plan por presentar una queja/reclamo. No lo penalizaremos por presentar un reclamo.

Háganos saber de inmediato acerca de los problemas con sus servicios de atención médica. Llámenos, si tiene alguna pregunta. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

Háganos saber 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 incluir un reclamo sobre la calidad de la atención o los servicios proporcionados, aspectos de las relaciones interpersonales como la falta de cortesía de un proveedor o empleado, o el incumplimiento de sus derechos. Usted puede presentar una queja, o su representante autorizado o su proveedor puede presentar una queja en su nombre, siempre y cuando usted les dé su consentimiento por escrito. Usted, o su representante o proveedor autorizado con su consentimiento por escrito, puede presentar una queja llamando al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) o enviándola por correo a:

Delaware First Health
ATTN: Appeals and Grievances
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

Si en algún momento necesita ayuda para presentar una queja, llámenos.

Usted puede presentar una queja llamando a Servicios para Miembros. Si necesita ayuda para presentar su queja, los Servicios para Miembros pueden ayudarlo. Intentaremos solucionar el problema por teléfono. También puede escribirnos.

Plazo para presentar una queja

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

Dentro de los cinco (5) días hábiles de recibir su queja, le enviaremos una carta por correo. Le informaremos si recibimos su queja.

Le enviaremos otra carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la queja con nuestra resolución de su queja.

¿Qué es una apelación?

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



- Llame a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**)
- Por correo postal en la siguiente dirección:

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

- Por fax: **1-833-938-0831**

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

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
Fax: **1-866-714-7991**

También puede enviar una solicitud de apelación a su Portal para Miembros visitando nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** e iniciando sesión en su cuenta de miembro.

Usted puede pedir a otra persona que apele por usted (representante autorizado). Esta persona puede ser un proveedor, un miembro de la familia o un amigo. Usted debe poner por escrito que quiere que la persona apele por usted.

Cuando presente su apelación, estas son las cosas que debe incluir:

- Su nombre y número de identificación de miembro
- Su número de teléfono
- Su dirección
- ¿Qué es lo que está apelando?
- ¿Por qué está apelando?

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 coordinar los servicios para usted de forma gratuita.

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:

- Presentar una apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que se envió por correo su carta de denegación, o
- Presentar una apelación en la fecha en que sus servicios serán discontinuados o antes de la misma
- Usted debe solicitar que el servicio continúe



El servicio se detendrá si:

- 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 calendario posteriores al envío por correo de su carta de denegación
- Se toma una decisión de audiencia imparcial del estado en su contra

De acuerdo con la política estatal, 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.

Proceso de apelación

Solo hay un (1) nivel de apelación con el Plan.

Le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. La carta le dará más información sobre el proceso de apelación.

Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información relevante a su pedido con su solicitud de apelación. 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. 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 una enfermera del plan. Los miembros del comité no han participado en la decisión anterior.

Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días calendario 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.

Si el Plan no toma una decisión de apelación dentro del plazo de 30 días, usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado.

Proceso de extensión de 14 días:

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

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

1. Notificar por teléfono que se necesita una extensión
2. En un plazo de 2 días calendario, enviar una notificación por escrito de la razón de la decisión de extender 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.



¿Cuál es el plazo para presentar una apelación?

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

Apelaciones aceleradas

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



Llame al **1-877-236-1341** (TTY: **711**).



Envíe un correo: **Delaware First Health**
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353



Fax: **1-833-938-0831**

También puede enviar una solicitud de apelación a su Portal para Miembros visitando nuestro sitio web en **DelawareFirstHealth.com** e iniciando sesión en su cuenta de miembro.

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

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
Fax: **1-866-714-7991**

Si acordamos que usted debe obtener una decisión de apelación rápida, recibirá una decisión dentro de las 72 horas posteriores a que Delaware First Health reciba su solicitud. Si no estamos de acuerdo, le notificaremos inmediatamente por teléfono que su apelación seguirá el proceso de apelación estándar. También le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de dos (2) días calendario. 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.

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:**

- Presentar una apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que se envió por correo su carta de denegación, o



- Presentar una apelación en la fecha en que sus servicios serán descontinuados o antes de la misma
- Usted debe solicitar que el servicio continúe

El servicio se detendrá si:

- 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 calendario posteriores al envío por correo de su carta de denegación
- Se toma una decisión de audiencia imparcial del estado en su contra

De acuerdo con la política estatal, 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.

Proceso de apelación abreviada

Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información relevante a su pedido con su solicitud de apelación. El plazo para enviar información adicional es limitado debido al breve período de tiempo 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 tomará una decisión. El comité de apelación consiste en un miembro del personal del estado de Delaware, un director médico del plan y una enfermera del plan. Los miembros del comité no han 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:

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

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

1. Notificar por teléfono que se necesita una extensión.
2. En un plazo de 2 días calendario, enviar una notificación por escrito de la razón de la decisión de extender 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.

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 tiene la oportunidad de presentar pruebas, presentar su caso, examinar registros y hacer preguntas con respecto a su solicitud durante el proceso de audiencia. Usted debe solicitar una audiencia imparcial del estado dentro de los 90 días calendario 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 llamando o escribiendo a la oficina de la División de Medicaid y Asistencia Médica del Estado (DMMA) en:

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

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

Proceso de audiencia imparcial del estado

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

Usted o su representante pueden revisar toda la información relacionada con la audiencia imparcial del estado. Usted puede recibir información o evidencia de Delaware First Health que se analizará durante la audiencia. Delaware First Health también tendrá un representante en la audiencia.

El oficial de la audiencia imparcial del estado de DMMA le enviará una carta con su decisión dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha de su solicitud. Si usted solicitó una audiencia imparcial del estado rápida, ellos le enviarán una carta dentro de los 3 días laborables (hábiles) a partir de la fecha de la audiencia.

Otra información del Plan

Confidencialidad

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

Comité Asesor de Miembros de LTSS

El Comité Asesor de Miembros (MAC) de LTSS de Delaware First Health es diverso e inclusivo, y representa una amplia sección transversal de la membresía de Delaware First Health con respecto a la raza, etnia, género, orientación sexual, identidad de género, idioma principal, ubicación geográfica, edad, discapacidad y estado de salud. El MAC de LTSS se reúne trimestralmente y cambia la ubicación de la reunión entre los tres condados de Delaware con la opción de que los asistentes participen en persona, por teléfono o a través de un seminario web. El MAC de LTSS solicitará comentarios directos de los miembros para dar forma a los programas, materiales y comunicaciones de Delaware First Health. Además, las reuniones de MAC de LTSS servirán como puntos de educación bidireccional para los miembros y defensores



participantes para asegurarse de que estén al tanto de los recursos disponibles y para identificar formas de mejorar el acceso, la calidad de la atención, los servicios, HRSN, la equidad en salud, la alfabetización sanitaria, la participación de los miembros y los resultados de los miembros.

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

Directivas anticipadas (testamentos vitales)

Planificación de su testamento vital

Creemos que usted es la persona más importante que participará en su atención. Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención. Queremos que sea activo en todas sus opciones de atención médica.

Es un pensamiento desagradable, pero ¿qué sucede si se enferma demasiado como para decirle al médico cuál desea que sea su atención? Una directiva anticipada (también conocida como testamento vital) es una manera de asegurarse de que se conozcan sus deseos.

Usted puede tomar decisiones antes de recibir la atención o nombrar a alguien, conocido como poder legal médico, para que haga esas elecciones si usted no puede hacerlo.

Crear su testamento vital

Delaware First Health recomienda que todos los miembros de nuestro plan tomen el tiempo para crear un testamento vital, designen un poder legal y le proporcionen su directiva anticipada a su médico de cuidado primario.

Una vez que haya completado su directiva 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 creación de su testamento vital o directiva anticipada. Con la ayuda de su médico, usted puede tomar decisiones que lo tranquilizará.

Si alguna vez necesita o desea, puede cambiar su directiva anticipada en cualquier momento. Usted debe asegurarse de que otros sepan que tiene una directiva anticipada. Además, usted puede elegir designar un poder legal médico. Se debe informar a esa persona acerca de su directiva anticipada o testamento vital también.

Con una directiva anticipada, usted puede estar seguro de que se le atiende como desea, en un momento en que no puede dar la información.

Informar Responsabilidad de Terceros (TPL)

Notifique a Servicios para Miembros al **1-877-236-1341** (TTY: **711**) o a Relaciones con el Cliente de DSS y DMMA al **1-866-843-7212** si:

- El número de integrantes de su familia cambia;
- 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 hay cambios en esa cobertura, o si tiene una reclamación de compensación para trabajadores, o una demanda pendiente de daños personales o negligencia médica, o ha estado involucrado en un accidente de automóvil.

Declaración de No Discriminación

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

Delaware First Health:

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

Si necesita estos servicios, llame a:

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

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

Delaware First Health
Appeals & Grievances
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
Toll Free Number: 1-877-236-1341
Fax: 1-833-938-0831

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

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono al:

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 reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



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/dhss/dsaapd/index.html>**.

Incidentes críticos

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

Los incidentes críticos incluyen, entre otros, los siguientes:

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

Notificación de Prácticas de Privacidad

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN.

LÉALO ATENTAMENTE.

Entrada en vigor: 07.01.2017

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al **1-877-236-1341**.

Personas con discapacidad auditiva, TTY, **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

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

Los servicios de interpretación se proporcionan sin costo alguno para usted.

Obligaciones de las Entidades Cubiertas:

Delaware First Health es una entidad cubierta según se define y regula en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Delaware First Health tiene la obligación legal



de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI), proporcionarle esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respetar los términos de la Notificación que se encuentra actualmente en vigor e informarle en caso de que se produzca una infracción de la seguridad de su PHI no protegida.

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.

Pondremos a disposición de los miembros cualquier Notificación revisada a petición de los mismos, a través del Manual para Miembros y del sitio web de Delaware First Health.

Delaware First Health puede ser multado por no cumplir con los requisitos federales y estatales en relación con la protección de su privacidad y el mantenimiento de su información segura, y también por no denunciar las infracciones de manera oportuna. Delaware First Health también puede ser considerado financieramente responsable de todos los costos asociados con no mantener su información privada y segura.

Usos y Divulgaciones Permitidas de su PHI:

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

- **Tratamiento** - Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previas relacionadas con sus beneficios.
- **Pago** - Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Reglas de Privacidad federales para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir lo siguiente:
 - procesar reclamaciones
 - determinar la elegibilidad o cobertura de las reclamaciones
 - emitir facturas de primas
 - revisar los servicios para determinar las necesidades médicas
 - realizar una revisión de utilización de las reclamaciones
- **Operaciones de Atención Médica** - Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:



- proporcionar servicios a los clientes
- responder a quejas y apelaciones
- brindar administración de casos y coordinación de la atención
- realizar una revisión médica de las reclamaciones y otras evaluaciones de calidad
- actividades de mejora

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 y coordinación de casos
- detección o prevención de fraude y abuso en la atención de la salud.

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

Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas de su PHI:

- **Fines de Suscripción** – Podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una decisión sobre una solicitud o reclamación de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento** - Podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle una cita para tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar.
- **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.
- **Víctimas de Abuso y Negligencia** - Podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal del Gobierno, incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir tales informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.



• **Procedimientos Judiciales y Administrativos** - Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:

- una orden de un tribunal
- tribunal administrativo
- una citación
- órdenes de comparecencia
- orden judicial
- solicitud de presentación de pruebas
- solicitud legal similar.

• **Aplicación de la Ley** - Podemos divulgar su PHI relevante para la aplicación de la ley cuando se nos exija hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:

- una orden judicial
- una orden de detención del tribunal
- una citación
- órdenes de comparecencia emitidas por un funcionario judicial
- una citación del gran jurado

También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

• **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 personas que trabajan en adquisiciones, actividades bancarias o trasplantes de:

- órganos cadavéricos
- ojos
- tejidos

• **Amenazas a la Salud y la Seguridad** - Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

• **Funciones Gubernamentales Especializadas** - Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, 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
- a actividades de inteligencia
- al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica
- a los servicios de protección del presidente, o a otras personas autorizadas

• **Compensación de Trabajadores** - Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la falta.



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

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

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

Venta de la PHI– Le solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. “Venta de PHI” significa que recibimos un pago por divulgar la información médica personal.

Comercialización – Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de Psicoterapia – Le pediremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener en el archivo con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.



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 revocar una autorización** - Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito. La revocación entrará en vigor inmediatamente, salvo que ya hayamos tomado medidas en virtud de la autorización y antes de haber recibido su revocación por escrito.
- **Derecho a Solicitar Restricciones** - Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones relacionadas con la atención médica, así como de divulgaciones a personas involucradas 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 el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que 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 el derecho, con excepciones limitadas, de 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 rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si las razones de la denegación pueden revisarse y cómo solicitar tal revisión o si la denegación no puede revisarse.
- **Derecho a Enmendar su PHI** - Usted tiene el derecho de 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 enmendarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmienda de la información, haremos todo lo posible por informar de la enmienda a otras personas, incluidas las personas a las que usted nombre, y por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de dicha información.
- **Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones** - Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos dentro del período 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 usted autorizó y otras actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

- **Derecho a Presentar una Queja** - Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de este Aviso.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20201

o llamando: 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989)

o visitando el sitio web: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

- **Derecho a Recibir una Copia de esta Notificación** - Usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento usando la lista de información de contacto que se proporciona al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa de la Notificación.

Información de Contacto

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

Delaware First Health

Attn: Privacy/Compliance Official

750 Prides Crossing

Suite 200

Newark, DE 19713

Número de teléfono gratuito: 1-877-236-1341 (TTY: 711)



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

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

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

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

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

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

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

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

ગુજરાતી (Gujarati): જો તમને આની બીજી ભાષા, મૌખિક ઇન્ટરપ્રેટિશન, સહાયક સહાયતા અને સેવાઓમાં અથવા વૈકલ્પિક ફોર્મટમાં જરૂર હોય, તો અમને કોલ કરો.

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

Français (French): Veuillez nous contacter si vous avez besoin de ces informations dans une autre langue ou un autre format, d'une interprétation orale ou d'aide ou de services auxiliaires.

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

한국어 (Korean): 다른 언어, 구두 해석, 보조 도구 및 서비스 또는 대체 형식으로 된 본 자료가 필요하신 경우 당사로 연락하십시오.

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

Italiano (Italian): Se ha bisogno del presente in un'altra lingua, di un'interpretazione orale, di servizi ausiliari o altri, oppure di un formato alternativo, ci chiami.

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

Tiếng Việt (Vietnamese): Nếu quý vị cần tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, phiên dịch lời nói, hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ, hoặc một định dạng thay thế, hãy gọi cho chúng tôi.

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

Deutsch (German): Wenn Sie diese Informationen in einer anderen Sprache, eine mündliche Verdolmetschung, Hilfsmittel und zusätzliche Unterstützung oder ein alternatives Format benötigen, rufen Sie uns an.

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



Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ito sa ibang wika, sa pasalitang interpretasyon, sa mga pansuportang tulong at serbisyo, o sa isang alternatibong format, tawagan kami.

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

हिन्दी (Hindi): यदि आपको यह किसी अन्य भाषा, मौखिक व्याख्या, सहायक उपकरण और सेवाओं के साथ चाहिए या आपको किसी अन्य फॉर्मेट में चाहिए, तो हमें कॉल करें.

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

اردو (Urdu): اگر آپ کو یہ کسی دوسری زبان میں، زبانی تشریح، معاون امداد و خدمات، یا کوئی متبادل صورت میں چاہیے تو ہم سے رابطہ کریں۔

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

العربية (Arabic): إذا كنت تريد هذا المستند بلغة أخرى أو إذا كنت تريد ترجمة شفوية أو أدوات مساعدة وخدمات إضافية أو تنسيقاً بديلاً، فيرجى الاتصال بنا.

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

తెలుగు (Telugu): మీకు ఇది ఇంకొక భాషలో, మౌఖిక వివరణగా, సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలుగా లేదా ఇది ఏ ఇతర రకంగానైనా కావాల్సివస్తే మాకు కాల్ చెయ్యండి.

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

Nederlands (Dutch): Als u dit in een andere taal nodig hebt, of behoefte heeft aan mondelinge vertolking, ondersteunende hulpmiddelen of diensten, of een ander formaat wenst, bel ons dan.

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



DelawareFirstHealth.com

1-877-236-1341

TTY: 711 (Para personas con limitaciones auditivas)

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

© 2022 Delaware First Health. Todos los derechos reservados.