Highmark Health Options Duals (HMO D-SNP) Resumen de beneficios de 2027

1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Para inscribirse en los siguientes planes, debe vivir en uno de estos condados:

Kent, New Castle, o Sussex.

HIGHMARK

Because Life.™

H7710_26_7175_M

Highmark Health Options Duals (HMO D-SNP) Resumen de beneficios de 2027

Este resumen de beneficios no incluye todos los servicios, limitaciones ni circunstancias especiales. Excepto en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en los directorios de proveedores).

Visítenos en **www.Highmark.com/HHODuals/DE** para obtener más información sobre los beneficios, incluyendo:

- Evidencia de Cobertura (lista completa de beneficios)
- Directorios de Proveedores y Farmacias
- Formulario (lista completa de medicamentos recetados de la Parte D)

Si necesita copias impresas, llámenos al **1-855-401-8251** (TTY: 711). Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. - 8:00 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. - 8:00 p.m.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare y usted" vigente. Consúltelo en línea en medicare.gov o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227**), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048.

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios que cubre Highmark Health Options Duals. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de Highmark Health Options Duals. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la Evidencia de Cobertura (EOC).

Tabla de contenido

A. Descargo de responsabilidad **2**

B. Preguntas frecuentes (FAQ) **3**

C. Lista de servicios cubiertos **7**

D. Beneficios cubiertos fuera de Highmark Health Opciones Duales **15**

E. Servicios que Highmark Health Options Duals, Medicare, y Diamond State Health Plan no cubren **16**

F. Sus derechos como miembro de el plan **17**

G. Cómo presentar una queja o apelar una servicio denegado **19**

H. Qué hacer si sospecha de fraude **19**

A. Descargo de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Highmark Health Options Duals para 2027. Es solo un resumen. Lea la Evidencia de Cobertura para ver la lista completa de beneficios. Para recibir una copia de la Evidencia de Cobertura de Highmark Health Options Duals, llame al **1-855-401-8251**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., de lunes a viernes. O visite **www.Highmark.com/HHODuals/DE**.

Highmark Health Options Duals ofrece planes HMO con contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

Highmark BCBSD Inc. d/b/a Highmark Blue Cross Blue Shield es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association. Highmark Blue Cross Blue Shield ofrece Highmark Health Options Duals.

Todas las referencias a "Highmark" en este documento se refieren a la compañía Highmark que proporciona los beneficios de salud del afiliado o la administración de dichos beneficios, y/o a una o más de sus compañías afiliadas Blue.

Los proveedores que no pertenecen a nuestra red o que no tienen contrato con nosotros no están obligados a atender a los miembros del Plan, excepto en casos de emergencia. Para obtener más información, incluyendo el copago aplicable a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su Resumen de Cobertura.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para más información, llame al **1-888-567-0914** (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., de lunes a viernes.

TruHearing® es una marca registrada de TruHearing, Inc. TruHearing es una empresa independiente que administra el examen de audición de rutina y el beneficio de audífonos.

- Para más información sobre Medicare, puede leer el manual Medicare y Usted. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),** 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar **1-877-486-2048**.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-401-8251**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- Los miembros también pueden solicitar una solicitud permanente para recibir este documento por correo postal cada año llamando al 1-855-401-8251. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Para obtener información sobre Highmark Health Options Duals, puede consultar el sitio web de la División de Medicaid y Asistencia Médica en www.dhss.delaware.gov/dmma/dsnp o llamar al 302-571-4900, de lunes a viernes de 8:00 a.m. - 4:30 p.m. También puede llamar al Defensor del Pueblo especial para personas con Medicare y Medicaid al 1-855-773-1002, de lunes a viernes de 8:00 a.m. - 4:30 p.m.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla enumera las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Highmark Health Options Duals AIP HIDE HMO SNP?	Nuestro plan combina sus servicios de Medicare y Diamond State Health Plan Plus (DSHP Plus). Combina a sus médicos, hospital, farmacias, atención médica domiciliaria, atención en residencias de ancianos y otros proveedores de atención médica en un sistema de atención coordinada. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita. Nuestro plan se llama Highmark Health Options Duals.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid en Highmark HealthOptions Duals que recibo ahora?	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid a través de Highmark Health Options Duals. Después de inscribirse, trabajará con un coordinador de atención y sus proveedores para comprender sus necesidades de salud y apoyo. Juntos, crearán un Plan de Atención Individualizado basado en sus necesidades, preferencias y objetivos. Algunos servicios que recibe actualmente podrían mantenerse. Otros podrían cambiar si su equipo de atención determina que un servicio o apoyo diferente se adaptaría mejor a sus necesidades. Algunos beneficios podrían seguir proporcionándose fuera de Highmark Health Options Duals, directamente a través de la División de Medicaid y Asistencia Médica, de la misma manera que se hace actualmente. Si usted toma un medicamento de la Parte D de Medicare que Highmark Health Options Duals normalmente no cubre, podría obtener un suministro temporal. También le ayudaremos a cambiar a otro medicamento cubierto o a solicitar una excepción si el medicamento es médicamente necesario. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Miembro al número que aparece al final de la página de este documento.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo utilizar los mismos médicos que utilizo ahora?	Este es el caso a menudo. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros profesionales de la salud) trabajan con Highmark Health Options Duals y tienen contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están "dentro de la red". Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Esto significa que aceptan miembros de nuestro plan y brindan los servicios que cubre. **Debe usar los proveedores de la red de Highmark Health Options Duals.** Si usa proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no cubra estos servicios o medicamentos. • Si consulta a un proveedor fuera de la red, Highmark Health Options Duals le autorizará a continuar con este proveedor durante 90 días mientras trabajamos para que se transfiera a un proveedor de la red. Si no hay ningún proveedor en la red que pueda brindarle los servicios que recibe del proveedor fuera de la red, Highmark Health Options Duals seguirá autorizando los servicios fuera de la red siempre que sean médicamente necesarios. • Si necesita atención urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de cobertura, puede utilizar proveedores fuera de Highmark Health Options Duals plan. • Nuestras redes de Medicaid y Medicare se superponen en al menos un 80% para la mayoría de los tipos de proveedores, lo que facilita encontrar y conservar a sus proveedores. Para saber si sus proveedores están dentro de la red, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números están en el pie de página) o consulte el Directorio de Proveedores de Highmark Health Options Duals en www.highmark.com/hhoduals/de. • Si Highmark Health Options Duals es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar planes de atención que aborden sus necesidades.
¿Qué es un coordinador de atención de Highmark Health Options Duals?	Un coordinador de atención de Highmark Health Options Duals es su principal contacto. Esta persona le ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que reciba lo que necesita.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?	El plan Diamond State Health Plus (DSHP Plus) brinda cobertura para servicios y apoyos a largo plazo, a veces llamados LTSS. Los servicios y apoyo a largo plazo son ayuda para las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o comunidad, pero también podrían prestarse en una residencia de ancianos o un hospital. En algunos casos, un condado u otra agencia puede administrar estos servicios, y su coordinador de atención o equipo de atención trabajará con esa agencia. Puede encontrar más información sobre LTSS visitando **Highmark.com/Health-Options-DE/Medicaid/Benefits-Programs/LTSS-Benefits.**
¿Qué sucede si necesito un servicio pero nadie en la red de Highmark Health Options Duals puede brindarlo?	Nuestras redes de Medicaid y Medicare comparten muchos proveedores, lo que facilita encontrar y mantener a sus médicos. Si usted necesita atención médica necesaria que no está disponible dentro de la red, su plan cubrirá a un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible Highmark Health Options Duals?	El área de servicio del plan incluye los condados de Kent, New Castle, y Sussex en Delaware. Debe residir en una de estas áreas para unirse al plan.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es autorización previa?	Autorización previa significa la aprobación de Highmark Health Options Duals para solicitar servicios tanto dentro como fuera de nuestra red, o para obtener servicios que no están cubiertos habitualmente por nuestra red **antes de** recibirlos. Es posible que Highmark Health Options Duals no cubra el servicio, procedimiento, artículo, o medicamento si no obtiene una autorización previa cuando esta sea necesaria para el servicio. **Si necesita atención urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita autorización previa.** Highmark Health Options Duals puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren autorización previa de Highmark Health Options Duals antes de que se presten. Consulte el **Capítulo 3** de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios requieren autorización previa. Si tiene preguntas sobre si se requiere autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Miembro a los números que aparecen al pie de este documento para obtener ayuda. Si tiene alguna pregunta sobre si se requiere autorización previa para servicios específicos, procedimientos, artículos o medicamentos, llame al Servicio de Atención al Cliente al número que aparece al final de esta página para obtener ayuda.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) bajo el plan Highmark Health Options Duals?	No. Debido a que tiene Medicaid, no pagará ninguna prima mensual, incluida la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
¿Pago un deducible como miembro de Highmark Health Options Duals?	No. No paga deducibles en Highmark Health Options Duals.
¿Cuál es el monto máximo de desembolso que pagaré por servicios médicos como miembro de Highmark Health Options Duals?	En Highmark Health Options Duals no hay costos compartidos para los servicios médicos, por lo que sus costos anuales de desembolso serán de $0.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que puede necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que puedes necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita atención hospitalaria	Estancia hospitalaria para pacientes internados	$0	Se requiere autorización previa.
	Servicios hospitalarios ambulatorios, incluida la observación	$0	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	$0	Se requiere autorización previa.
	Atención médica o quirúrgica	$0	Se requiere autorización previa.
Quieres visitar a un médico.	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	
	Atención médica para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe y exámenes de detección de cáncer.	$0	
	Visitas de bienestar, como un examen físico	$0	
	"Bienvenido a Medicare" (visita preventiva solo una vez)	$0	
	Atención de especialista	$0	

Continúa en la página siguiente.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que puedes necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita atención de emergencia	Servicios de sala de emergencias	$0	Los servicios de atención en la sala de emergencias se brindan tanto dentro como fuera de la red de proveedores sin necesidad de autorización previa.
	Atención de urgencias	$0	Los servicios de atención de urgencia se prestan tanto dentro como fuera de la red de proveedores sin necesidad de autorización previa.
Necesitas pruebas médicas	Imágenes básicas y avanzadas (por ejemplo, radiografías u otros servicios de imágenes, como tomografías computarizadas (CAT) o resonancias magnéticas (MRIs)	$0	Se requiere autorización previa.
	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre.	$0	Se requiere autorización previa.
Necesita servicios de audición/ auditivos	Exámenes de audición	$0	
	Audífonos	$0	Los miembros tienen derecho a un audífono por oído cada 3 años.

Continúa en la página siguiente.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que puedes necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre **beneficios** (reglas sobre beneficios)
Necesitas cuidado dental	Revisiones dentales y cuidados preventivos	Asignación anual combinada de $3000	Para obtener más información sobre los beneficios y proveedores dentales, visite **www.Highmark.com/HHODuals/DE**.
	Cuidado restaurativo	$0	Se requiere autorización previa. Para obtener más información sobre los beneficios y proveedores dentales, visite **www.Highmark.com/HHODuals/DE**.
Necesitas cuidado ocular	Examen de la vista anual	$0	
	Gafas o lentes de contacto	$0	Subsidio anual de $400 para marcos o lentes de contacto
Necesita servicios de salud conductual	Atención hospitalaria y ambulatoria y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental.	$0	No hay límite de beneficios para los servicios de salud mental y el tratamiento de drogas y alcohol cuando sea médicamente necesario. Para más información, comuníquese con Servicio al Miembro o con la coordinación de atención.

Continúa en la página siguiente.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que puedes necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	$0	No hay límite de beneficios para los servicios de salud mental y el tratamiento de drogas y alcohol cuando sea médicamente necesario. Para más información, comuníquese con Servicio al Miembro o con la coordinación de atención.
Necesitas un lugar para vivir con personas disponibles para ayudarte.	Atención de enfermería especializada	$0	Se requiere autorización previa.
	Atención en residencias de ancianos	$0	Se requiere autorización previa.
Necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente.	Terapia ocupacional, física o del habla	$0	Se requiere autorización previa.
Necesita ayuda para llegar a los servicios de salud.	Servicios de ambulancia	$0	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de emergencia	$0	Puede requerirse autorización previa.

Continúa en la página siguiente.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que puedes necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre **beneficios** (reglas sobre beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos de la Parte B de Medicare **Nivel 1:** Medicamentos genéricos preferidos **Nivel 2:** Medicamentos genéricos **Nivel 3:** Medicamentos de marca preferidos **Nivel 4:** Medicamentos no preferidos **Nivel 5:** Medicamentos especializados	Coaseguro del 0 al 20% Su deducible de la Parte D es $700. Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), no paga un deducible. Usted paga $0 por los medicamentos de Nivel 1. Los medicamentos de los niveles 2 a 5 tienen copagos de medicamentos LIS/ Ayuda adicional que van desde $0-$5.80 para medicamentos genéricos y $0-$14.40 para medicamentos de marca/no preferidos. Los copagos de medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (LIS) que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. Si no recibe Ayuda Adicional (LIS), los costos de las recetas son $0 para el Nivel 1, luego 25% de coaseguro por surtido de medicamento para los Niveles 2-5. *Tenga en cuenta que la insulina que se usa para una bomba puede tener un copago de hasta $35 por un suministro de un mes.	Se requiere autorización previa. Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos medicos. Leer la **Evidencia de Cobertura** para más información sobre estos medicamentos. Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la Lista de medicamentos cubiertos de Highmark Health Options Duals (Lista de medicamentos del formulario) para obtener más información.

Continúa en la página siguiente.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que puedes necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición *continuación*	Medicamentos de la Parte B de Medicare **Nivel 1:** Medicamentos genéricos preferidos **Nivel 2:** Medicamentos genéricos **Nivel 3:** Medicamentos de marca preferidos **Nivel 4:** Medicamentos no preferidos **Nivel 5:** Medicamentos especializados	Usted paga $0 por los medicamentos de Nivel 1. Los copagos de medicamentos de LIS/Ayuda Adicional varían de $0–$5.80 para medicamentos genéricos y $0–$14.40 para medicamentos de marca/no preferidos. Los copagos de medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (LIS) que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. Si no recibe Ayuda Adicional (LIS), los costos de las recetas son $0 para el Nivel 1, luego 25% de coaseguro por surtido de medicamento para los Niveles 2–5. *Tenga en cuenta que la insulina que se usa para una bomba puede tener un copago de hasta $35 por un suministro de un mes.	Una vez que sus gastos de bolsillo anuales acumulados para medicamentos cubiertos (medicamentos de la Parte D) alcancen los $2400, ingresará a la etapa de cobertura catastrófica, donde tendrá una reducción significativa en los costos compartidos (copagos/ coseguro) para sus medicamentos cubiertos de la Parte D por el resto del año del plan. Lea la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta etapa. Para muchos medicamentos, puede obtener un suministro de hasta 100 días en una farmacia minorista o por correo por el costo de un copago.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos de venta libre (OTC)	$0	Consulte Tarjeta Flex en Servicios adicionales en la página 14 para obtener información adicional.

Continúa en la página siguiente.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que puedes necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades de salud especiales.	Servicios de rehabilitación	$0	Se requiere autorización previa.
	Equipos médicos	$0	Se requiere autorización previa.
	Servicios de diálisis	$0	
Necesitas cuidado de los pies	Servicios de podología	$0	
	Servicios de ortesis	$0	Para servicios cubiertos.
Necesita equipo médico duradero (DME) Nota: Esta no es una lista completa de equipos médicos duraderos cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Miembro o consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.	Sillas de ruedas, muletas, y andadores	$0	Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos.
	Nebulizadores	$0	Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos.
	Equipos y suministros de oxígeno	$0	Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos.
Necesitas ayuda para vivir en casa.	Servicios de salud a domicilio	$0	Se requiere autorización previa.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que puedes necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Servicios adicionales	Tarjeta flexible	$0	Asignación mensual de $212 para beneficiarios de SSBCI* para gastar en alimentos saludables, servicios públicos, artículos de primera necesidad, gasolina (pago en el surtidor), medicamentos de venta libre y artículos de seguridad para el hogar y el baño. Asignación mensual de $33para beneficiarios no calificados de SSBCI para gastar en medicamentos de venta libre y artículos de seguridad para el hogar y el baño. Todos los fondos vencen al final del mes. Consulte el EOC para obtener más detalles.
	Beneficio de fitness	$0	El plan ofrece una membresía programa de SilverSneakers, beneficiosa para personas elegibles para Medicare, independientemente de su nivel físico. Los miembros tienen acceso a varios gimnasios. Consulte la EOC para obtener más información.

El resumen de beneficios anterior se proporciona únicamente con fines informativos y no constituye una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede consultar la Evidencia de Cobertura de Highmark Health Options Duals. Si no tiene una Evidencia de Cobertura, llame a Servicio al Miembro de Highmark Health Options Duals a los números que aparecen al pie de este documento para obtenerla. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar a Servicio al Miembro o visitar **www.Highmark.com/HHODuals/DE**.

*Los beneficios suplementarios especiales están destinados a personas con enfermedades crónicas o afecciones de larga duración, como diabetes, asma, obesidad, etc. Highmark le ayudará a determinar si reúne los requisitos para estos beneficios y es posible que le formule otras preguntas de elegibilidad. No todas las personas cumplen necesariamente con los requisitos.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. ©2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tivity Health, Inc. es una compañía independiente que administra el programa SilverSneakers.

D. Beneficios cubiertos fuera de Highmark Health Options Duals

Hay algunos servicios que puede obtener que no están cubiertos por Highmark Health Options Duals, pero que sí están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame al Servicio de Atención al Cliente a los números que aparecen en el pie de página de este documento para preguntar si usted califica para acceder a alguno de estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Diamond State Health Plan, o una agencia estatal	Sus costos
Ciertos servicios de cuidados paliativos cubiertos fuera de Highmark Health Options Duals.	$0
Servicios de salud diurnos para adultos, servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) u otros servicios de apoyo.	$0
Servicios a domicilio, como limpieza o mantenimiento del hogar, o modificaciones en el hogar como barras de apoyo.	$0
Transporte médico no urgente.	$0
Servicios de habilitación diurna.	$0
Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta (servicios de atención médica domiciliaria o servicios de asistente de cuidado personal).	$0
Cuidado de adultos en hogares de acogida y cuidado de adultos en grupos.	$0

E. Servicios que Highmark Health Options Duals, Medicare, y Diamond State Health Plan no cubren.

Esta no es una lista completa. Para obtener información sobre otros servicios excluidos, llame a Servicio al Miembro a los números que aparecen al pie de este documento.

Servicios que Highmark Health Options Duals, Medicare y Diamond State Health Plan no cubren
Servicios no considerados "razonables y necesarios" según los estándares de Medicare y Asistencia Médica.
Tratamientos, artículos o medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio clínico aprobado por Medicare.
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario.
Procedimientos de mejora electivos o voluntarios.
Cirugía estética u otro trabajo cosmético a menos que se cumplan los criterios.
Cirugía Lasik.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Highmark Health Options Duals, tiene ciertos derechos. Puede ejercerlos sin ser sancionado. También puede usarlos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, por favor lea la Evidencia de Cobertura. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Tienes derecho al respeto, la justicia y la dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir servicios cubiertos sin importar su condición médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, historial de reclamos, historial médico, discapacidad (incluyendo discapacidad mental), estado civil, edad, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública.
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) de forma gratuita.
  - Estar libre de cualquier forma de restricción física o aislamiento.
- **Tiene derecho a obtener información sobre su atención médica.**
  Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones. Esta información debe estar en un idioma y formato que pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información en:
  - Descripción de los servicios que cubrimos.
  - Cómo obtener los servicios.
  - Cuánto le costarán los servicios.
  - Nombres de proveedores de atención médica y del coordinador de atención.
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica, incluido el rechazo del tratamiento.**
  Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento durante el año.
  - Utilizar un proveedor de atención médica para mujeres sin una derivación.
  - Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente.
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertas.
  - Rechazar el tratamiento, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja no hacerlo
  - Dejar de tomar medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja no hacerlo.
  - Solicitar una segunda opinión. Highmark Health Options Duals cubrirá el costo de su visita de segunda opinión.
  - Comunique sus deseos sobre el cuidado de su salud mediante una directiva anticipada.

F. Sus derechos como miembro del plan continuación

- **Tiene derecho a acceder oportunamente a atención médica sin barreras de comunicación ni acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener atención médica oportuna.
  - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa acceso sin barreras para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).
  - Tener intérpretes para facilitar la comunicación con sus proveedores de atención médica y su plan de salud.
  - **Tiene derecho a buscar atención de emergencia y urgencia cuando la necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Obtener servicios de emergencia sin autorización previa en caso de emergencia.
  - Utilizar un proveedor de atención de emergencia o urgencia fuera de la red, cuando sea necesario.
- **Tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Solicitar y obtener una copia de su historial médico de una manera que pueda entender y solicitar que se modifiquen o corrijan sus registros.
  - Que su información médica personal se mantenga privada.
  - Tener privacidad durante el tratamiento.
- **Tiene derecho a presentar quejas sobre sus servicios o atención cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Presentar una queja ante la División de Medicaid y Asistencia Médica al 302-571-4900. Sitio web de Highmark Health Options Duals
  - **www.Highmark.com/Health-Options-DE/Legal/ DSNP-Appeals-Grievances**.
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por el Departamento Estatal de Atención Médica Administrada o nuestros proveedores.
  - Solicitar una Audiencia Estatal.
  - Obtener una razón detallada de por qué se denegaron los servicios.

Para más información acerca de sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura**. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicio al Miembro de Highmark Health Options Duals a los números que aparecen al pie de este documento. También puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de Medicaid al **1-855-773-1002**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. - 4:30 p.m.

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que Highmark Health Options Duals debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Miembro a los números que aparecen al pie de este documento. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Para preguntas acerca de quejas y apelaciones, puede leer **Capítulo 9** de La Evidencia de Cobertura. También puede llamar a Servicio al Miembro a los número que aparecen al pie de este documento.

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, puede comunicarse con la agencia estatal de Medicaid. Puede comunicarse con la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) llamando al **(302) 255-9500** o al **1-800-372-2022** de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede visitar **dhss.delaware.gov/dhss/dmma**.

H. Qué hacer si sospecha fraude

La mayoría de los profesionales de la salud y las organizaciones que prestan servicios son honestos. Lamentablemente, puede haber algunos que actúen de forma deshonesta.

Si cree que un médico, hospital u otra farmacia está haciendo algo mal, por favor, contáctenos.

- Llámenos a Servicio al Miembro de Highmark Health Options Duals. Los números de teléfono se encuentran al pie de este documento.
- O llame al Centro de Servicio al Cliente de Medicaid al **1-855-401-8251**. Los usuarios de TTY pueden llamar 711.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis.
- O llame a la línea de Denuncia de Fraude de Delaware Diamond State Health Plan al **1-800-372-2002** o envíe un correo electrónico a **SURreferrals@delaware.gov**.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación de miembro, llame a Servicio al Miembro de Highmark Health Options Duals 1-855-401-8251 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. -8:00p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. -8:00p.m., de lunes a viernes. El Servicio para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. -8:00p.m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. -8:00p.m., de lunes a viernes.

Tienes preguntas sobre su salud. Llame a su médico de cabecera (PCP). Siga las instrucciones de su médico de cabecera para recibir atención cuando el consultorio esté cerrado. Si el consultorio de su médico de cabecera está cerrado, también puede llamar a la Línea de Enfermería de Highmark Health Options Duals. Una enfermera escuchará su problema y le indicará cómo obtener atención (por ejemplo, atención de urgencias, sala de emergencias). El número de la Línea de Enfermería de Highmark Health Options Duals es:

1-855-805-9420 (usuarios de TTY: 711). Las llamadas a este número son gratuitas y la Línea de Enfermería está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Highmark Health Options Duals también ofrece servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés.

Si necesita atención de salud conductual inmediata, llame al número de Servicio al Miembro de Highmark Health Options Duals 1-855-401-8251. Las llamadas a este número son gratuitas y la Línea de Enfermería está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Highmark Health Options Duals también ofrece servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés.

HIGHMARK

Because Life.™

08/26 MXS6965860

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

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

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información en formatos diferentes, como por ejemplo, letra grande, audio y braille.

Highmark Health Options Duals brinda servicios gratuitos de idioma a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Highmark Health Options Duals al 1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si considera que Highmark Health Options Duals no ha cumplido en brindar estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja a Highmark Health Options Duals o a la División de Derechos Humanos y Civiles de Delaware, por correo postal, teléfono o formulario en el sitio web.

Highmark Health Options Duals
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 890416
Camp Hill, PA 17089-0416
1-855-401-8251

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

Si necesita ayuda para presentar una queja, Highmark Health Options Duals y la División de Derechos Humanos y Civiles están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en línea en OCRPortal.hhs.gov, y por correo postal, teléfono o correo electrónico:

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

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

Highmark BCBSD Inc., que opera comercialmente como Highmark Blue Cross Blue Shield, es titular de una licencia independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Highmark Health Options Duals es ofrecido por Highmark Blue Cross Blue Shield. Highmark BCBSD Inc., que opera comercialmente como Highmark Blue Cross Blue Shield, ofrece planes HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de traducción e interpretación de idiomas. También hay disponibles ayudas y servicios auxiliares adecuados (como letra grande, audio y Braille) para proporcionar información en formatos accesibles sin cargo. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711) si necesita ayuda.

ATTENTION: If you speak English, free language translation and interpretation services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services (such as large print, audio, and Braille) to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711) for help.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungs- und Dolmetscherdienste zur Verfügung. Außerdem sind kostenlos entsprechende Hilfsmittel und Dienstleistungen (wie Großdruck, Audio und Blindenschrift) zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten erhältlich. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis tradiksyon ak entèpretasyon aladispozisyon w gratis nan lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye (tèlke gwo lèt, odyo, Braille) pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo ki sou do Kat ID w lan (TTY: 711) pou jwenn èd.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги перевода на другой язык. Также предоставляется дополнительная бесплатная помощь и услуги отображения информации в доступных форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи). Для получения помощи позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili servizi gratuiti di traduzione e interpretariato. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi ausiliari (ad esempio caratteri grandi, audio e Braille) per fornire informazioni in formati accessibili. Per assistenza, chiami il numero riportato sul retro della Sua tessera di identificazione (TTY: 711).

ATTENTION : si vous parlez français, des services de traduction et d'interprétation gratuits sont à votre disposition. Vous pouvez aussi bénéficier gratuitement de l'accès à des outils et services auxiliaires appropriés (affichage en gros caractères, audio et le braille) dans des formats accessibles. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711) pour obtenir de l'aide.

ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá nsọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ ìtumọ ati òǵbufọ èdè wà ní àrọwọtó lọ́fẹ̀ẹ́ fún ọ. Awọn iṣẹ ìtójú ati ìrànlọ́wọ́ tó yẹ (bíi titẹwé nla, gbigbọ ohùn, ati ìwé afọ́jú) lati pèsè iwifúnni ni awọn ọna ìráàyè si wà pẹlu lọ́fẹ̀ẹ́. Pe nọmba tó wà lẹhin kaádì ìdánimọ rẹ (TTY: 711) fún ìrànlọwọ.

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, קענט איר באקומען שפראך איבערזעצונג און דאלמעטשונג סערוויסעס פריי פון אפצאל. געהעריגע הילפסמיטלען און סערוויסעס (אזויווי גרויסע דרוק, אודיא און ברעיל) צו צושטעלן אינפארמאציע אין צוגענגליכע פארמאטן זענען אויך דא צו באקומען פריי פון אפצאל. רופט דעם נומער אויף די אנדערע זייט פון איישר ידענטיטעט קארטל (TTY: 711) פאר הילף.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات الترجمة التحريرية والترجمة الفورية مجانًا. تتوفر أيضًا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة (مثل الطباعة الكبيرة، والوسائل الصوتية، وطريقة برايل) لتقديم المعلومات بتنسيقاتٍ يمكن الوصول إليها من دون أي تكلفة. اتصل على الرقم المدوّن على ظهر بطاقة هويتك (TTY: 711) للحصول على المساعدة.

注意：如果您说中文，我们将为您提供免费的语言翻译和口译服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务（如大字体、音频和盲文），以便您获取无障碍格式的信息。如需帮助，请拨打您的 ID 卡背面的号码（听障人士专用号码： 711）。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ, તો તમારા માટે નિઃશુલ્ક ભાષા અનુવાદ અને ઇન્ટરપ્રિટેશન સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનસામગ્રી અને સેવાઓ (જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિયો અને બ્રેઇલ) પણ નિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. મદદ માટે તમારા આઇડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ biên dịch và phiên dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp (như chữ in lớn, tệp âm thanh và chữ nổi) để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711) để được trợ giúp.

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाई नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईलाई निःशुल्क भाषा अनुवाद र दोभासे सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक प्रविधि र सेवाहरू (जस्तै ठूलो प्रिन्ट, अडियो र ब्रेल) पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको लागि तपाईको ID कार्डको पछाडिको नम्बरमा कल गर्नुहोस् (TTY: 711)।

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ़्त भाषा अनुवाद और व्याख्या संबंधी सेवाएं उपलब्ध हैं। एक्सेस करने योग्य फ़ॉर्मेट में सूचना उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक सामग्री और सेवाएं (जैसे बड़े प्रिंट, ऑडियो और ब्रेल) भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। सहायता के लिए अपने पहचान कार्ड के पीछे लिखे नंबर (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 번역 및 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공받을 수 있는 적절한 보조 수단 및 서비스(예: 큰 활자, 오디오, 점자)도 무료로 이용할 수 있습니다. 도움이 필요하시면 ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오(TTY: 711).