



Manual para Miembros

Health Partners Plans Medicaid

1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477)



ÍNDICE

Haga clic en los números de página para ir a la sección

Sección 1: Bienvenido	4	¿Qué debo hacer si recibo una factura?	14
Introducción	4	Responsabilidad de terceros	14
¿Qué es HealthChoices?	4	Coordinación de beneficios	14
Bienvenido a Health Partners Plans Medicaid	4	Programa Lock-in/Restricción del beneficiario	15
Servicios para Miembros	5	¿Cómo funciona?	15
Tarjetas de identificación de miembro	5	Denuncia de fraude o abuso	15
Información de contacto importante	6	¿Cómo denuncio el fraude o abuso por parte del miembro?	15
Emergencias	6	¿Cómo denuncio el fraude o abuso por parte del proveedor?	15
Información de contacto importante: A simple vista	6		
Otros números de teléfono	7		
Servicios de comunicación	7		
Inscripción	7	Sección 3: Servicios de salud física	16
Servicios de inscripción	7	Servicios cubiertos	16
Cómo cambiar tu plan de HealthChoices	8	Servicios no cubiertos	21
Cambios en el hogar	8	Segundas opiniones	21
Qué sucede si me mudo	8	¿Qué es la autorización previa?	21
Pérdida de beneficios	8	¿Qué significa médicamente necesario?	21
Información sobre proveedores	9	Cómo solicitar la autorización previa	22
Cómo elegir tu proveedor de atención primaria (PCP)	9	¿Qué servicios, artículos o medicamentos necesitan autorización previa?	23
Cómo cambiar tu PCP	9	Autorización previa de un servicio o artículo	23
Visitas al consultorio	9	Autorización previa de medicamentos cubiertos	24
Cómo concretar una cita con tu PCP	9	¿Qué ocurre si recibo un aviso de denegación?	24
Normas de citas	10	Proceso de excepción del programa	24
Remisiones	10	Descripciones del servicio	24
Autoremisiones	10	Planificación familiar	31
Atención después del horario habitual	11	Atención de maternidad	31
Participación de los miembros	11	Ampliación de servicios	35
Sugerir cambios a las políticas y servicios	11		
Comité asesor de educación sobre salud (HEAC) de Health Partners Plans	11	Sección 4: Servicios fuera de la red y fuera del plan	38
Mejora de la calidad de Health Partners Plans Programa	11	Proveedores fuera de la red	38
		Recibir atención médica mientras te encuentras fuera del área de servicio de Health Partners Plans	38
Sección 2: Derechos y responsabilidades	12	Servicios fuera del plan	38
Derechos y responsabilidades de los miembros	12	Transporte médico que no sea de emergencia	38
Derechos de los miembros	12	Programa de Transporte de Asistencia Médica (MATP)	39
Responsabilidades del miembro	13	Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)	40
Privacidad y confidencialidad	13	Crisis de violencia doméstica y prevención	40
Copagos	13	Violencia sexual y crisis por violación sexual	41
¿Qué ocurre si se me cobra un copago y estoy en desacuerdo?	14	Servicios de intervención temprana	41
Información de facturación	14		
¿Cuándo puede cobrarme un proveedor?	14		

Sección 5: Unidad de apoyo mejorada para miembros.....42

Unidad de apoyo mejorada para miembros.....	42
Coordinación de la atención.....	42
Administración de la atención.....	42
Exenciones basadas en el hogar y en la comunidad y servicios y ayuda a largo plazo Servicios y apoyos.....	43
Crianza temporal médica.....	43

Sección 6: Directivas por anticipado.....43

Directivas por anticipado.....	43
Testamentos vitales.....	43
Poder notarial de atención médica.....	43
Qué hacer si un proveedor no sigue tu directiva por anticipado.....	44

Sección 7: Servicios de salud conductual.....45

Atención de salud conductual.....	45
-----------------------------------	----

Sección 8: Quejas, reclamos y audiencias justas.....47

Quejas.....	47
¿Qué es una queja?.....	47
Queja de primer nivel.....	47
¿Qué debo hacer si tengo una queja?.....	47
¿Cuándo debería presentar una queja de primer nivel?.....	48
¿Qué ocurre después de presentar una queja de primer nivel?.....	49
¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Health Partners Plans?	49
Queja de segundo nivel.....	50
¿Qué debo hacer si quiero presentar una queja de segundo nivel?.....	50
¿Qué ocurre después de presentar una queja de segundo nivel?.....	50
¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Health Partners Plans sobre mi queja de segundo nivel?.....	50
Revisión externa de la queja.....	51
¿Cómo solicito una revisión externa de la queja?.....	51
¿Qué ocurre después de solicitar una revisión externa de la queja?.....	51
Reclamos.....	51
¿Qué es un reclamo?.....	51
¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?.....	51
¿Cuándo debo presentar un reclamo?.....	52
¿Qué ocurre después de presentar un reclamo?.....	52

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Health Partners Plans?	52
Revisión del reclamo externo.....	52
¿Cómo solicito una revisión externa del reclamo?.....	52
¿Qué ocurre después de solicitar una revisión externa del reclamo?.....	53
Quejas y reclamos acelerados.....	53
¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inmediato?.....	53
Queja acelerada y queja externa acelerada.....	53
Reclamo acelerado y reclamo externo acelerado.....	54
¿Qué tipo de ayuda puedo recibir en cuanto a los procesos de quejas y reclamos?.....	54
Personas que no tienen al inglés como idioma principal.....	55
Personas con discapacidades.....	55
Audiencias justas del Departamento de Servicios Humanos.....	55
¿Sobre qué puedo solicitar que se trate la audiencia justa y cuándo debo solicitar una audiencia justa?.....	55
¿Cómo puedo solicitar una audiencia justa?.....	55
¿Qué ocurre después de solicitar una audiencia justa?.....	56
¿Cuándo se tomará una decisión respecto de la audiencia justa?.....	56
Audiencia justa acelerada.....	56
¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inmediato?.....	56
Sección 9: Apéndice.....57	
Servicios de intervención de crisis.....	57
Oficinas de asistencia del condado.....	59

Sección 1: Bienvenido

Introducción

¿Qué es HealthChoices?

HealthChoices es un Programa de Atención Administrado por la Asistencia Médica de Pennsylvania. La Oficina de Programas de Asistencia Médica (OMAP) del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Pennsylvania supervisa la parte de salud física de HealthChoices. Los servicios de salud física se brindan a través de las Organizaciones de Atención Administrada de Salud Física (PH-MCO). Los servicios de salud conductual se brindan a través las Organizaciones de Atención Administrada de Salud Conductual (BH-MCO). Para obtener más información sobre servicios de salud conductual, consulta la página 45.

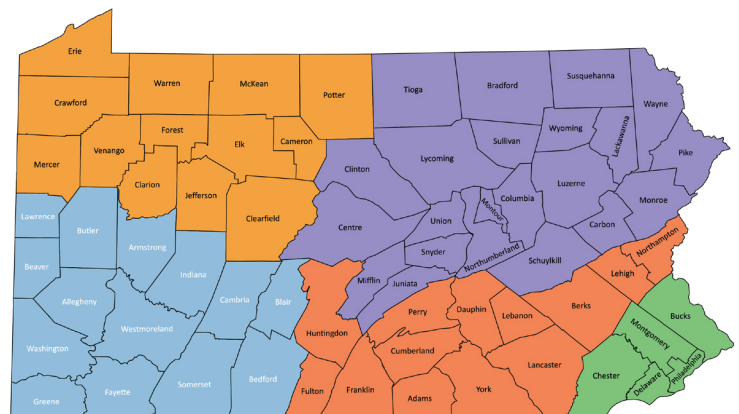


Bienvenido a Health Partners Plans Medicaid

iHealth Partners Plans te da la bienvenida como miembro en HealthChoices y Health Partners Plans! Health Partners Plans es el plan de salud que prioriza tus necesidades. Ha servido a la población de asistencia médica desde 1985.

Te brindamos los beneficios de atención médica que necesitas para ti y tu familia, y el servicio de calidad que esperas, todo entregado con el respeto que te mereces. De hecho, Health Partners Plans es sistemáticamente uno de los planes de Medicaid mejor calificados en Pennsylvania. Continuaremos manteniendo este alto nivel de calidad en la atención y el servicio al cliente.

Health Partners Plans sirve a miembros de la Mancomunidad:



Health Partners Plans tiene una red de proveedores contratados, instalaciones y proveedores para proporcionar servicios de salud física cubiertos a los miembros. Como miembro de Health Partners Plans, debes utilizar nuestros proveedores, hospitales y farmacias participantes para toda tu atención médica en la mayoría de las situaciones (excepto si te encuentras fuera del área, necesitas atención de emergencia o servicios de planificación familiar). Entre estos proveedores participantes, se incluyen PCP y especialistas, quienes forman parte de la red de Health Partners Plans. Hemos investigado a estos proveedores, especialistas, hospitales y farmacias con mucho cuidado, para asegurarnos de que trabajen en conjunto a fin de que recibas los servicios de atención médica necesarios.

Servicios para Miembros

El personal de Servicios para Miembros puede ayudarte de la siguiente manera:

- Explicar las operaciones y beneficios de Health Partners Plans.
- Asistir a los miembros en la elección/cambio de un PCP.
- Asistir a los miembros a programar citas y obtener servicios.
- Asistir a los miembros de dominio limitado del inglés con servicios de intérprete.
- Asistir a los miembros a gestionar el transporte a través del Programa de Transporte de Asistencia Médica.
- Conectar a los miembros con la Unidad de apoyo mejorada para miembros/los servicios de administración de casos.
- Derechos y Responsabilidades de los Miembros.

Servicios para Miembros de Health Partners Plans están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para toda comunicación:

1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o
contact@hpplans.com

Los Servicios para Miembros también pueden ser contactados por escrito en:

Health Partners Plans
 1101 Market Street, Suite 3000
 Philadelphia, PA 19107

Si recibes una llamada de Health Partners Plans, el representante te informará que llama en nombre de Health Partners Plans y se identificará por su nombre y cargo

También puedes comunicarte con nosotros enviando mensajes seguros a través de nuestro portal para miembros. Una vez que inicies sesión, tendrás acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a tu información médica, beneficios y mucho más. ¡Visita www.HPPlans.com/portal para empezar.

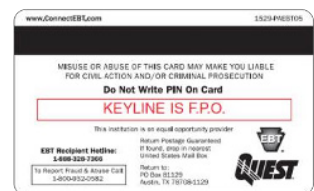
Tarjetas de identificación del miembro

Tu Tarjeta de identificación de membresía de Health Partners Plans les informa a todos que eres miembro de Health Partners Plans. El nombre y número de teléfono de tu PCP están en tu tarjeta. Tu tarjeta es importante. Debes mostrarla cuando vayas a las visitas del proveedor, para obtener medicamentos y para obtener otros beneficios y servicios. Si no tienes tu tarjeta, tu proveedor puede llamarnos. Le haremos saber que eres miembro de Health Partners Plans. Si pierdes tu tarjeta o te la roban, llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Alguien está a tu disposición para ayudarte las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puedes solicitar una tarjeta de reemplazo a través del portal para miembros en www.HPPlans.com/portal. Si pierdes o te roban tu tarjeta, continuarán todos los servicios que recibes y todos los servicios seguirán estando disponibles mientras esperas que te entreguen una nueva tarjeta.

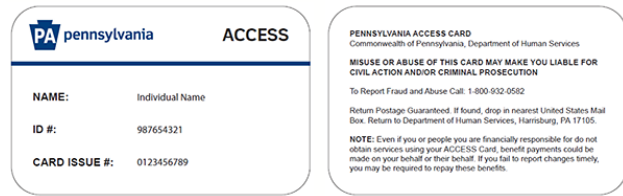


También recibirás una tarjeta ACCESS o de transferencia electrónica de beneficios (EBT). Necesitarás presentar esta tarjeta junto con tu Tarjeta de identificación de Health Partners Plans en todas tus citas. Si pierdes tu tarjeta ACCESS o EBT, llama a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). El número de teléfono de la CAO está indicado más adelante en la sección **Información de contacto importante**. Recibirás la siguiente tarjeta.

Las tarjetas de Asistencia Médica (MA) con el Capitolio y las flores de cerezo pueden utilizarse para asistencia en efectivo, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y MA. Además, si un miembro es elegible para recibir asistencia en efectivo, es automáticamente elegible para MA. Por lo general, esta tarjeta se emite a la persona a la que se dirige la asistencia en efectivo o el beneficio de SNAP, o para MA se emite al jefe de familia.



Las “Tarjetas azules” se emiten solo para MA a todos los demás miembros del hogar.



Aquí se muestran las tarjetas MA más antiguas que aún pueden estar activas.



La tarjeta verde/azul con “ACCESS” amarillo también puede servir como tarjeta EBT del jefe de familia para SNAP y asistencia de efectivo, y tu tarjeta MA. La tarjeta amarilla es solo para MA para todos los demás miembros del hogar. Hasta que obtengas tu Tarjeta de identificación de Health Partners Plans, usa tu tarjeta ACCESS o EBT para los servicios de atención médica que recibes a través de HealthChoices.

Información de contacto importante

La siguiente es una lista de números de teléfono importantes que puedes necesitar. Si no estás seguro de a quién llamar, comunícate con Servicios para Miembros para obtener ayuda: 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Emergencias

Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulta la Sección 3, Servicios de salud física, al comienzo de la página 16. Si tienes una emergencia, puedes obtener ayuda acudiendo al departamento de emergencia más cercano, llamando al 911 o llamando a tu servicio de ambulancia local.

Información de contacto importante: A simple vista

Nombre	Información de contacto: Número de teléfono o sitio web	Apoyo brindado
Números de teléfono del Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania		
Oficina de Asistencia del Condado/ COMPASS	1-877-395-8930 o 1-800-451-5886 (TTY/TTD) o en www.compass.state.pa.us o en la aplicación para teléfonos inteligentes myCOMPASS PA	Cambia tu información personal para la elegibilidad de Asistencia Médica. Para obtener más información, consulta la página 8 de este Manual.
Línea Directa para Denuncias de Fraude y Abuso, Departamento de Servicios Humanos	1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477)	Denuncia de fraude o abuso por parte del miembro o proveedor en el Programa de Asistencia Médica. Para obtener más información, consulta la página 15 de este Manual.
Otros números de teléfono importantes		
Teladoc®	1-800-Teladoc (835-2362) 1-800-877-8973 (TTY)	Habla con un médico o enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sobre asuntos de salud de urgencia. Para obtener información, consulta la página 11 de este Manual.
Programa de Asistencia para la Inscripción	1-800-440-3989 1-800-618-4225 (TTY)	Cómo elegir o cambiar un plan de HealthChoices. Para obtener más información, consulta la página 8 de este Manual.
Pennsylvania Insurance Department, Bureau of Consumer Services	1-877-881-6388	Solicita un formulario de queja, presenta una queja o habla con un representante de servicios al consumidor.
Servicios de protección	1-800-490-8505	Denuncia cualquier sospecha de abuso, negligencia, explotación o abandono de un adulto mayor de 60 años y un adulto entre 18 y 59 años que tenga una discapacidad física o mental.

Otros números de teléfono	
Childline	1-800-932-0313
Servicios de salud conductual	Consulta la página 45
Oficinas de Asistencia del Condado	Consulta la página 59
Servicios de Intervención de Crisis	Consulta la página 57
Asistencia legal	1-800-322-7572
Programa de Transporte de Asistencia Médica	Consulta la página 39
Servicios de Salud Mental/ Discapacidad Intelectual	1-888-565-9435
Línea de ayuda contra el suicidio y la crisis El número de 988 Línea de ayuda contra el suicidio y la crisis está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Llama: 988 Envía un mensaje de texto: 988 Visita o chatea en: 988lifeline.org Si necesitas atención o apoyo de salud mental, puedes obtener más información sobre los servicios en PA en www.dhs.pa.gov/Services/Mental-Health-In-PA/Pages/default.aspx .

Servicios de comunicación

Health Partners Plans puede proporcionar este Manual y otra información que necesites en idiomas distintos al inglés sin costo para ti. Health Partners Plans también puede proporcionar tu Manual y otra información que necesites en otros formatos, como discos compactos, braille, letra grande, DVD, comunicación electrónica y otros formatos, si los necesitas, sin costo para ti. Comunícate con Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para solicitar la ayuda que necesitas. Dependiendo de la información que necesites, Health Partners Plans puede tardar hasta 5 días hábiles en enviarte la información.

Health Partners Plans también proporcionará un intérprete, incluso para el lenguaje de señas americano o servicios de TTY, si no hablas o entiendes inglés o si eres sordo o tienes problemas de audición. Estos servicios están disponibles sin costo para ti. Si necesitas un intérprete, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 y ellos te conectarán con un servicio de intérprete que satisfaga tus necesidades. Para los servicios TTY, llama a nuestro número especializado al 1-877-454-8477 o llama a Servicios para Miembros para que te conecten con la siguiente línea TTY disponible.

Si tu PCP u otro proveedor no pueden proporcionarte un intérprete, Health Partners Plans trabajará con tu proveedor para proporcionarte un intérprete. Llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) si necesitas un intérprete para una cita.

Inscripción

Para poder recibir servicios en HealthChoices, debes seguir siendo elegible para Asistencia Médica. Obtendrás documentación o una llamada telefónica para renovar tu elegibilidad. Es importante que sigas las instrucciones para que tu Asistencia Médica no termine. Si tienes preguntas sobre cualquier documentación que recibas o si no estás seguro de si tu elegibilidad para recibir Asistencia Médica está actualizada, llama a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o a tu CAO.

Servicios de inscripción

El Programa de Asistencia Médica trabaja con el Programa de Asistencia para la Inscripción (EAP) para ayudarte a inscribirte en HealthChoices. Recibiste información acerca del EAP con la información que recibiste sobre la selección de un plan de HealthChoices. Los especialistas en inscripción pueden darte información sobre todos los planes de HealthChoices disponibles en tu área para que puedas decidir cuál es el mejor para ti. Si no eliges un plan de HealthChoices, te elegirán un plan de HealthChoices para ti. Los especialistas en inscripción también pueden ayudarte si deseas cambiar tu plan de HealthChoices o si te mudas a otro condado.

Los especialistas en inscripción pueden ayudarte a:

- elegir un plan de HealthChoices;
- cambiar tu plan de HealthChoices;
- elegir un PCP cuando te inscribes por primera vez en un plan de HealthChoices;
- responder preguntas sobre todos los planes de HealthChoices;
- determinar si tienes necesidades especiales, lo que podría ayudarte a decidir qué plan de HealthChoices elegir;
- brindarte más información sobre tu plan de HealthChoices.

Para comunicarte con el EAP, llama al 1-800-440-3989 o al 1-800-618-4225 (TTY).

Cómo cambiar tu plan de HealthChoices

Puedes cambiar tu plan de HealthChoices por cualquier motivo, en cualquier momento. Para cambiar tu plan de HealthChoices, llama al EAP al 1-800-440-3989 o al 1-800-618-4225 (TTY). Te informarán cuándo comenzará el cambio a tu nuevo plan de HealthChoices, y permanecerás en Health Partners Plans hasta entonces. Pueden pasar hasta 6 semanas para que surta efecto un cambio en tu plan de HealthChoices. Usa tu Tarjeta de identificación de Health Partners Plans en tus citas hasta que comiences tu nuevo plan.

Cambios en el hogar

Llama a tu CAO y a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) si hay algún cambio en tu hogar.

Por ejemplo:

- Alguien en tu hogar está embarazada o tiene un bebé.
- Tu dirección o número de teléfono cambian.
- Tú o un miembro de tu familia que vive contigo obtiene otro seguro de salud.
- Tú o un miembro de tu familia que vive contigo se enferma o queda discapacitado.
- Un miembro de la familia se muda dentro o fuera de tu casa.
- Hay una muerte en la familia.

Una vez nacido, el nuevo bebé se asigna automáticamente al plan actual de HealthChoices de la madre. Puedes cambiar el plan de tu bebé llamando al EAP al 1-800-440-3989. Una vez que se realice el cambio, recibirás una nueva Tarjeta de identificación de miembro de HealthChoices para tu bebé.

Recuerda que es importante llamar a tu CAO de inmediato si tienes algún cambio en tu hogar porque el cambio podría afectar tus beneficios.

¿Qué sucede si me mudo?

Si te mudas de tu condado, es posible que debas elegir un nuevo plan de HealthChoices. Si te mudas, contacta a tu CAO. Si Health Partners Plans también presta servicios a tu nuevo condado, puedes quedarte con Health Partners Plans. Si Health Partners Plans no presta servicios en tu nuevo condado, el EAP puede ayudarte a seleccionar un nuevo plan.

Si te mudas fuera del estado, notifica a tu CAO ya que no podrás recibir servicios a través de HealthChoices. La persona que esté trabajando en tu caso finalizará tus beneficios en Pennsylvania. Deberás solicitar los beneficios en tu nuevo estado.

Pérdida de beneficios

Hay algunas razones por las cuales puedes perder tus beneficios por completo.

Entre estas se incluyen:

- Tu Asistencia Médica termina por cualquier motivo. Si vuelves a ser elegible para Asistencia Médica dentro de los 6 meses, se te volverá a inscribir en el mismo plan de HealthChoices a menos que elijas un plan diferente de HealthChoices.
- Vas a un asilo de ancianos fuera de Pennsylvania.
- Has cometido fraude de Asistencia Médica y has terminado todas las apelaciones.
- Vas a prisión o te colocan en un centro de desarrollo juvenil.

También hay razones por las cuales es posible que ya no puedas recibir servicios a través de una Organización de Atención Administrada (MCO) de salud física y se te colocará en el Programa de Plan de pago por servicio.

Entre estas se incluyen:

- Eres colocado en un centro de detención juvenil por más de 35 días seguidos.
- Tienes 21 años de edad o más y comienzas a recibir la Parte D de Medicare (Cobertura de medicamentos con receta).
- Vas a un hospital de salud mental.

También puedes ser elegible para Community HealthChoices. Si eres elegible para la cobertura de Medicare o eres elegible para un centro de enfermería o servicios basados en el hogar y la comunidad, serás elegible para Community HealthChoices. Para obtener más información sobre Community HealthChoices, visita www.healthchoices.pa.gov.

Recibirás un aviso del DHS si pierdes tus beneficios o si ya no puedes recibir servicios a través de una MCO de salud física y comenzarás a recibir servicios a través del sistema de Plan de pago por servicio o Community HealthChoices.

Información sobre proveedores

El directorio de proveedores de Health Partners Plans tiene información sobre los proveedores en la red de Health Partners Plans. El directorio de proveedores se encuentra en línea aquí: www.HPPlans.com/HPdocs.

Puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para solicitar que se te envíe una copia del directorio de proveedores o para solicitar información relacionada con la escuela de medicina a la que asistió tu médico o su programa de residencia.

También puedes llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor. El directorio de proveedores incluye la siguiente información sobre proveedores de la red:

- Nombre, dirección, dirección del sitio web, dirección de correo electrónico, número de teléfono.
- Si el proveedor acepta nuevos pacientes o no.
- Días y horas de funcionamiento.
- Las credenciales del proveedor y las certificaciones de la junta.
- La especialidad del proveedor y los servicios ofrecidos por el proveedor.
- Si el proveedor habla idiomas distintos del inglés o no, y de ser así, qué idiomas.
- Si las ubicaciones de los proveedores son accesibles en silla de ruedas o no.

*La información en el directorio impreso puede cambiar. Puedes llamar a Servicios para Miembros para verificar si la información en el directorio de proveedores está actualizada. Health Partners Plans actualiza el directorio de proveedores impreso cada mes. El directorio en línea te actualiza al menos mensualmente.

Cómo elegir tu proveedor de atención primaria (PCP)

Tu PCP es el médico o grupo de médicos que brinda y trabaja con tus otros proveedores de atención médica para asegurarte de que recibas los servicios de atención médica que necesitas. Tu PCP te remite a los especialistas que necesitas y realiza un seguimiento de la atención que recibes de todos tus proveedores.

Un PCP puede ser un médico de familia, un médico de práctica general, un pediatra (para niños y adolescentes) o un internista (médico de medicina interna). También puedes elegir un enfermero practicante registrado y certificado (CRNP) como PCP. Un CRNP funciona bajo la dirección de un médico y puede hacer muchas de las mismas cosas que un médico puede hacer, como recetar medicamentos y diagnosticar enfermedades.

Algunos médicos tienen otros profesionales médicos que pueden atenderte y brindarte atención y tratamiento bajo la supervisión de tu PCP.

Algunos de estos profesionales médicos pueden ser:

- Asistentes médicos
- Médicos residentes
- Enfermeras parteras certificadas

Si tienes Medicare, puedes quedarte con el PCP que tienes ahora, incluso si tu PCP no está en la red de Health Partners Plans. Si no tienes Medicare, tu PCP debes estar en la red de Health Partners Plans.

Si tienes necesidades de atención médica especiales, puedes solicitar que un especialista sea tu PCP. El especialista debe aceptar ser tu PCP y debe estar en la red de Health Partners Plans.

Los especialistas en inscripción pueden ayudarte a elegir tu primer PCP con Health Partners Plans. Si no eliges un PCP a través del EAP dentro de los 14 días posteriores a la fecha en que elegiste Health Partners Plans, Health Partners Plans seleccionará tu PCP por ti.

Cómo cambiar tu PCP

Si deseas cambiar tu PCP por cualquier motivo, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para solicitar un nuevo PCP. También puedes cambiar tu PCP a través del portal para miembros: HPPlans.com/portal. Si necesitas ayuda para encontrar un nuevo PCP, puedes visitar www.HPPlans.com/HPdocs, que incluye un directorio de proveedores, o pedir a Servicios para Miembros que te envíe un directorio de proveedores impreso.

Health Partners Plans te enviará una nueva Tarjeta de identificación con el nombre y el número de teléfono del nuevo PCP. El representante de Servicios para Miembros te informará cuándo puedes comenzar a ver a tu nuevo PCP.

Cuando cambies tu PCP, Health Partners Plans puede ayudar a coordinar el envío de tus registros médicos de tu proveedor anterior al nuevo. En situaciones de emergencias, Health Partners Plans te ayudará a transferir tus registros médicos lo antes posible.

Si tienes un pediatra o especialista en pediatría como PCP, puedes pedir ayuda para cambiar a un PCP que brinde servicios para adultos.

Visitas al consultorio

Cómo concretar una cita con tu PCP

Para programar una cita con tu PCP, llama al consultorio de tu PCP. Si necesitas ayuda para programar una cita, llama a Servicios para Miembros de Health Partners al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Si necesitas ayuda para ir a tu cita con el médico, consulta la sección Programa de Transporte de Asistencia Médica (MATP) en la página 39 de este Manual o llama a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al número de teléfono que aparece arriba. Si no tienes tu Tarjeta de identificación de Health Partners Plans para el momento de tu cita, lleva contigo tu tarjeta ACCESS o EBT. También debes informarle a tu PCP que seleccionaste Health Partners Plans como tu plan de HealthChoices.

Normas de citas

Los proveedores de Health Partners Plans deben cumplir con las siguientes normas de citas:

- Tu PCP debe atenderte dentro de los 10 días hábiles posteriores a tu llamada para programar una cita de rutina.
- No deberías tener que esperar en la sala de espera durante más de 30 minutos, a menos que el médico tenga una emergencia.
- Si tienes una condición médica urgente, tu proveedor debe atenderte dentro de las 24 horas posteriores a tu llamada para programar una cita.
- Si tienes una emergencia, el proveedor debe atenderte de inmediato o remitirte a una sala de emergencias.
- Si estás embarazada y
 - En el primer trimestre, tu proveedor debe atenderte en un plazo de 10 días hábiles a partir del momento en que Health Partners Plans se entere de que estás embarazada.
 - En el segundo trimestre, tu proveedor debe atenderte en un plazo de 5 días hábiles a partir del momento en que Health Partners Plans se entere de que estás embarazada.
 - En tu tercer trimestre, tu proveedor debe atenderte en un plazo de 4 días hábiles a partir del momento en que Health Partners Plans se entere de que estás embarazada.
 - Tienes un embarazo de alto riesgo, tu proveedor debe atenderte en un plazo de 24 horas a partir del momento en que Health Partners Plans se entere de que estás embarazada.

Remisiones

Una remisión es cuando tu PCP te envía a un especialista. Un especialista es un médico (o un grupo de médicos) o un CRNP que enfoca su práctica en el tratamiento de una enfermedad o condición médica o una parte específica del cuerpo. Si acudes a un especialista sin una remisión de tu PCP, es posible que tengas que pagar la factura.

Si Health Partners Plans no tiene al menos 2 especialistas en tu área y no deseas ver al especialista en tu área, Health Partners Plans trabajará contigo para consultar a un especialista fuera de la red sin costo para ti. Tu PCP debe comunicarse con Health Partners Plans para informarnos que deseas ver a un especialista fuera de la red y obtener la aprobación de Health Partners Plans antes de ver al especialista.

Tu PCP te ayudará a programar la cita con el especialista. El PCP y el especialista trabajarán contigo y entre ustedes para asegurarse de que recibas la atención médica que necesitas.

A veces puedes tener una condición médica especial en la que necesites ver al especialista con frecuencia. Cuando tu PCP te remite a un especialista para varias visitas, esto se denomina remisión permanente.

Para obtener una lista de especialistas en la red de Health Partners Plans, consulta el directorio de proveedores en nuestro sitio web en www.HPPlans.com/HPdocs o llama a Servicios para Miembros para solicitar un directorio de proveedores impreso.

Autoremisiones

Las autoremisiones son servicios que organizas para ti mismo y no requieren que tu PCP haga los arreglos para que recibas el servicio. Debes usar un proveedor de la red de Health Partners Plans a menos que Health Partners Plans apruebe a un proveedor fuera de la red.

Los siguientes servicios no requieren la remisión de tu proveedor:

- Atención prenatal
- Atención obstétrica (OB) de rutina
- Atención ginecológica (GYN) de rutina
- Servicios de rutina de planificación familiar (puedes ver un proveedor fuera de la red sin aprobación)
- Servicios dentales de rutina
- Exámenes oftalmológicos de rutina
- Servicios de emergencia

No necesitas una remisión de tu PCP para los servicios de salud conductual. Puedes llamar a tu organización de atención administrada de salud conductual para obtener más información.

Consulta la sección 7 del Manual, en la página 45 para obtener más información.

Atención después del horario habitual

Puedes llamar a tu PCP para problemas médicos que no sean de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los profesionales de atención médica de guardia te ayudarán con cualquier atención y tratamiento que necesites.

Health Partners Plans trabaja con Teladoc para conectarte con médicos que pueden ayudarte con muchas condiciones médicas que no son de emergencia. Teladoc es una línea gratuita de asesoramiento al 1-800-Teladoc (835-2362), 1-800-877-8973 (TTY) a la que también puedes llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Un médico o una enfermera hablarán contigo sobre tus asuntos de salud urgentes. Visita [TeladocHealth.com](https://www.teladochealth.com) para configurar una cuenta para un acceso más fácil.

Participación de los miembros

Sugerir cambios a las políticas y servicios

A Health Partners Plans le gustaría conocer tu opinión sobre cómo mejorar tu experiencia con HealthChoices. Si tienes sugerencias sobre cómo mejorar el programa o cómo brindar servicios de manera diferente, comunícate con Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Comité asesor de educación sobre salud (HEAC) de Health Partners Plans

Health Partners Plans tiene un Comité asesor de educación sobre salud (HEAC) que incluye a miembros y proveedores de la red. El Comité brinda asesoramiento a Health Partners Plans sobre las experiencias y necesidades de miembros como tú. Para obtener más información sobre el Comité, llama al 1-833-878-2226 o visita el sitio web en www.HPPlans.com/CHEAC.

Programa de mejora de la calidad de Health Partners Plans

El Programa de Mejora de Calidad y Desempeño (QIP) de Health Partners Plans se centra en mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de nuestros miembros.

El Equipo de mejora de la calidad desarrolla y supervisa una variedad de iniciativas de calidad, como la difusión para ayudar a los miembros a programar citas, la coordinación de eventos de salud con proveedores y socios proveedores, la coordinación de visitas domiciliarias y envíos de kits, la vinculación con determinantes sociales de recursos de salud, la gestión de medicamentos, la mejora de las disparidades de salud y más. El Equipo de mejora de la calidad trabaja directamente con los proveedores en iniciativas para mejorar la experiencia general de los miembros y mejorar la atención centrada en el paciente. Para obtener más información, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).



Sección 2: Derechos y responsabilidades

Derechos y responsabilidades de los miembros

Health Partners Plans y su red de proveedores no discriminan a los miembros por motivos de raza, sexo, religión, nacionalidad, discapacidad, edad, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra razón prohibida por la ley.

Como miembro de Health Partners Plans, tienes los siguientes derechos y responsabilidades.

Derechos de los miembros

Tienes el derecho:

1. A ser tratado con respeto, reconociendo tu dignidad y necesidad de privacidad, por el personal de Health Partners Plans y los proveedores de la red.
2. A obtener información de una manera que puedas entender fácilmente y encontrar ayuda cuando la necesites.
3. A obtener información que puedas comprender fácilmente sobre Health Partners Plans, tus servicios y los médicos y otros proveedores que te atiendan.
4. A elegir a los proveedores de atención médica de la red con los que deseas ser tratado.
5. A obtener servicios de emergencia cuando los necesites de cualquier proveedor sin la aprobación de Health Partners Plan.
6. A obtener información que puedas comprender fácilmente y hablar con tus proveedores sobre tus opciones de tratamiento, riesgos de tratamiento y pruebas que pueden ser autoadministrados sin ninguna interferencia de Health Partners Plans.
7. A tomar todas las decisiones sobre tu atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento. A que otra persona te ayude a tomar decisiones o tome decisiones por ti cuando tú no puedas tomar decisiones de tratamiento por ti mismo.
8. A hablar confidencialmente con los proveedores y que tu información y registros de atención médica se mantengan confidenciales.
9. A ver y obtener una copia de tus registros médicos y solicitar cambios o correcciones en tus registros.
10. A pedir una segunda opinión.
11. A presentar un reclamo si no estás de acuerdo con la decisión de Health Partners Plans de que un servicio no es médicamente necesario para ti.

12. A presentar una queja si no estás satisfecho con la atención o el tratamiento que recibiste.
13. A pedir una Audiencia Justa al DHS.
14. A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada para obligarlo a hacer algo o para disciplinarlo, para que sea más fácil para el proveedor o para castigarlo.
15. A obtener información sobre servicios que Health Partners Plans o un proveedor no cubre debido a objeciones morales o religiosas y sobre cómo obtener esos servicios.
16. A ejercer tus derechos sin que esto afecte negativamente la forma en que DHS, Health Partners Plans y los proveedores de la red te tratan.
17. A crear una directiva por anticipado. Para obtener más información, consulta la Sección 6 del Capítulo 43.
18. A hacer recomendaciones respecto de los derechos y las responsabilidades de los miembros de Health Partners Plans.

Responsabilidades de los miembros

Los miembros deben trabajar con sus proveedores de servicios de atención médica. Health Partners Plans necesita tu ayuda para que puedas obtener los servicios y el apoyo que necesitas.

Hay cosas que debes hacer:

1. Proporciona, en la medida en que puedas, la información que necesiten tus proveedores.
2. Sigue las instrucciones y pautas proporcionadas por tus proveedores.
3. Participa en las decisiones sobre tu atención médica y tratamiento.
4. Trabaja con tus proveedores para crear y llevar a cabo tus planes de tratamiento.
5. Diles a tus proveedores lo que quieres y necesitas.
6. Obtén información sobre la cobertura de Health Partners Plans, incluidos todos los beneficios y límites cubiertos y no cubiertos.
7. Usa solo proveedores de la red a menos que Health Partners Plans apruebe a un proveedor fuera de la red o tengas Medicare.
8. Obtén una remisión de tu PCP para ver a un especialista.
9. Respeta a otros pacientes, personal de los proveedores y trabajadores de los proveedores.
10. Haz un esfuerzo de buena fe para pagar tus copagos.
11. Denuncia la sospecha de fraude y el abuso a la Línea Directa de Denuncias de Fraude y Abuso de DHS.

Privacidad y confidencialidad

Health Partners Plans debe proteger la privacidad de tu Información de Salud Protegida (PHI). Health Partners Plans debe decirte cómo se puede usar o compartir tu PHI con otras personas. Esto incluye compartir tu PHI con los proveedores que te están tratando o para que Health Partners Plans pueda pagarles a tus proveedores. También incluye compartir tu PHI con el DHS. Esta información está incluida en el Aviso de prácticas de privacidad de Health Partners Plans. Para obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Health Partners Plans, llama al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o visita www.HPPlans.com/privacy-practices

Copagos

Un copago es el monto que pagas por algunos servicios cubiertos. Por lo general, es solo un pequeño monto. Se te pedirá que pagues tu copago cuando recibas el servicio, pero no se te puede negar un servicio si no puedes pagar un copago en ese momento. Si no pagaste tu copago en el momento del servicio, puedes recibir una factura de tu proveedor por el copago.

Los montos del copago se pueden encontrar en el cuadro de Servicios cubiertos en la página 17 de este Manual.

Los siguientes miembros no tienen que pagar copagos:

- Miembros menores de 18 años
- Mujeres embarazadas (incluso 1 año después de que nazca el niño: el período posterior al parto)
- Miembros que viven en un centro de atención a largo plazo, incluidos los centros de cuidado intermedio para discapacitados intelectuales y otras condiciones relacionadas u otra institución médica
- Miembros que viven en un hogar de cuidado personal u hogar de cuidado domiciliario
- Miembros elegibles para recibir beneficios del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer de Mama y Cervical
- Miembros elegibles para recibir beneficios bajo el Título IV-B de Crianza Temporal y Título IV-E de Crianza Temporal y Asistencia de Adopción

Los siguientes servicios no requieren un copago:

- Servicios de emergencia
- Servicios de laboratorio
- Servicios de planificación familiar, incluyendo suministros
- Servicios hospitalarios
- Servicios de salud domiciliarios
- Servicios para dejar de fumar

¿Qué ocurre si se me cobra un copago y estoy en desacuerdo?

Si crees que un proveedor te cobró el monto incorrecto por un copago o por un copago que crees que no deberías haber pagado, puedes presentar una queja ante Health Partners Plans. Consulta la Sección 8, Quejas, reclamos y audiencias justas para obtener información sobre cómo presentar una queja o llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Información de facturación

Es posible que los proveedores de la red de Health Partners Plans no te facturen los servicios médicamente necesarios que cubre Health Partners Plans. Incluso si tu proveedor no ha recibido el pago o el monto total de tu cargo de Health Partners Plans, es posible que el proveedor no te facture. Esto se denomina facturación del saldo.

¿Cuándo puede cobrarme un proveedor?

Los proveedores pueden cobrarte si:

- No pagaste tu copago.
- Recibiste servicios de un proveedor fuera de la red sin la aprobación de Health Partners Plans y el proveedor te dijo antes de recibir el servicio que el servicio no estaría cubierto, y aceptaste pagar por dicho servicio.
- Recibiste servicios que no están cubiertos por Health Partners Plans y el proveedor te dijo antes de recibir el servicio que el servicio no estaría cubierto y aceptaste pagar por dicho servicio.
- Recibiste un servicio de un proveedor que no está inscrito en el Programa de Asistencia Médica.

¿Qué debo hacer si recibo una factura?

Si recibes una factura de un proveedor de la red de Health Partners Plans y crees que el proveedor no debería haberte facturado, puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Ábrelo de inmediato. No lo pagues. Simplemente escribe “Health Partners Plans” y tu número de identificación de Health Partners Plans que figura en tu Tarjeta de Identificación en la factura. Envía la factura al consultorio que te la envió. La dirección del consultorio generalmente se encuentra en la esquina superior izquierda o en la esquina inferior derecha de la factura.

Si recibes una factura de un proveedor por una de las razones anteriores de que un proveedor puede facturarte, debes pagar la factura o llamar al proveedor.

Responsabilidad de terceros

Es posible que tengas Medicare u otro seguro de salud. Medicare o tu otro seguro de salud es tu seguro primario. Este otro seguro se conoce como “responsabilidad de terceros” o TPL. Tener otro seguro no afecta tu elegibilidad de Asistencia Médica. En la mayoría de los casos, tu Medicare u otro seguro les pagará a tu PCP u otro proveedor antes de que pague Health Partners Plans. A Health Partners Plans solo se le puede facturar el monto que tu Medicare u otro seguro de salud no pagan.

Debes informar tanto a tu CAO como a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) si tienes Medicare u otro seguro de salud. Cuando vayas a un proveedor o a una farmacia, debes informarle al proveedor o a la farmacia sobre todas las formas de seguro médico que tienes y debes mostrarle al proveedor o a la farmacia tu tarjeta de Medicare u otro seguro de atención médica, tarjeta de ACCESS o EBT y tu Tarjeta de Identificación de Health Partners Plans. Esto ayuda a asegurar que tus facturas de atención médica sean pagadas a tiempo y correctamente.

Coordinación de beneficios

Si tienes Medicare y el servicio u otra atención que necesitas está cubierto por Medicare, puedes recibir atención de cualquier proveedor de Medicare que elijas. El proveedor no tiene que estar en la red de Health Partners Plans. Tampoco tienes que obtener una autorización previa de Health Partners Plans ni remisiones de tu PCP de Medicare para ver a un especialista. Health Partners Plans trabajará con Medicare para decidir si debes pagar al proveedor después de que Medicare pague primero, si el proveedor está inscrito en el Programa de Asistencia Médica.

Si necesitas un servicio que no está cubierto por Medicare, pero está cubierto por Health Partners Plans, debes obtener el servicio de un proveedor de la red de Health Partners Plans. Todas las reglas de Health Partners Plans, como la autorización previa y las remisiones a especialistas, se aplican a estos servicios.

Si no tienes Medicare pero tienes otro seguro de salud y necesitas un servicio u otra atención que esté cubierta por tu otro seguro, debes obtener el servicio de un proveedor que se encuentre tanto en la red de tu otro seguro como en la red de Health Partners Plans. Debes seguir las reglas de tu otro seguro y de Health Partners Plans, como la autorización previa y las remisiones a especialistas. Si tu otro seguro de salud cubre una remisión a un especialista u otro servicio que esté cubierto en la Lista de tarifas de asistencia médica, con o sin autorización previa, no necesitarás la aprobación adicional de la PH-MCO. Su PH-MCO aceptará tu remisión de terceros o autorización previa si el servicio está cubierto por tu otro

seguro médico. Health Partners Plans trabajará con tu otro seguro para decidir si debes pagar los servicios después de que tu otro seguro pague primero al proveedor. Si necesitas un servicio que no está cubierto por tu otro seguro, debes obtener el servicio de un proveedor de la red de Health Partners Plans. Todas las reglas de Health Partners Plans, como la autorización previa y las remisiones a especialistas, se aplican a estos servicios.

Programa Lock-in/Restricción del beneficiario

El Programa Lock-In/Restricción del beneficiario y miembro requiere que un miembro use proveedores específicos si el miembro ha abusado o ha usado en exceso sus beneficios de atención médica o medicamentos con receta. Health Partners Plans trabaja con el DHS para decidir si se pone un límite al médico, farmacia, hospital, dentista u otro proveedor de un miembro.

¿Cómo funciona?

Health Partners Plans revisa los servicios de atención médica y medicamentos con receta que has utilizado. Si Health Partners Plans encuentra uso excesivo o abuso de la atención médica o de los servicios de recetas, Health Partners Plans le solicita al DHS que apruebe poner un límite a los proveedores que puedes utilizar. Si DHS lo aprueba, Health Partners Plans te enviará un aviso por escrito que explique el límite.

Puedes elegir los proveedores o Health Partners Plans los elegirá por ti. Si deseas un proveedor diferente al que Health Partners Plans eligió para ti, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477). El límite durará 5 años incluso si cambias los planes de HealthChoices.

Si no estás de acuerdo con la decisión de limitar a tus proveedores, puedes apelar la decisión solicitando una Audiencia Justa del DHS, dentro de los 30 días a partir de la fecha de la carta que te informa que Health Partners Plans ha limitado a tus proveedores.

Debes firmar la solicitud **escrita** para una Audiencia Justa y enviarla a:

Department of Human Services
Office of Administration
Bureau of Program Integrity - DPPC
Recipient Restriction Section
P.O. Box 2675
Harrisburg, Pennsylvania 17105-2675

Si necesitas ayuda para solicitar una Audiencia Justa, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o comunícate con la oficina local de asistencia legal.

Si tu apelación tiene fecha de envío dentro de los 10 días de la fecha del aviso de Health Partners Plans, los límites no te aplicarán hasta que se decida tu apelación. Si tu apelación tiene sello postal de más de 10 días, pero dentro de los 30 días posteriores a la fecha del aviso, los límites estarán vigentes hasta que se decida tu apelación. La Oficina de Audiencias y Apelaciones te informará por escrito la fecha, hora y lugar de tu audiencia. No puedes presentar una queja o reclamo a través de Health Partners Plans sobre la decisión de limitar tus proveedores.

Cada 5 años, mientras la restricción esté vigente, Health Partners Plans revisará nuevamente tus servicios para decidir si los límites deben eliminarse o continuarse y enviará los resultados de su revisión al DHS. Health Partners Plans te informará los resultados de la revisión por escrito.

Denuncia de fraude o abuso

¿Cómo denuncio el fraude o abuso por parte del miembro?

Si crees que alguien está utilizando tu tarjeta de Health Partners Plans o la de otro miembro para obtener servicios, equipos o medicamentos, está falsificando o cambiando sus recetas, o recibiendo servicios que no necesita, puedes llamar a la Línea Directa de Fraudes y Abusos de Health Partners Plans al 1-866-477-4848 (TTY 1-877-454-8477) o usar este enlace www.mycompliancereport.com/report?cid=JEFF para brindar esta información a Health Partners Plans. También puedes denunciar esta información a la Línea Directa de Denuncias de Fraude y Abuso del DHS al 1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477).

Algunos ejemplos de fraude o abuso para miembros

incluyen: alguien que recibe asistencia médica u otros beneficios públicos Y esa persona no informa ingresos, no informa recursos o bienes que posee, no informa quién vive en el hogar, permite que otra persona use su tarjeta ACCESS/MCO, falsifica o realiza cambios en las recetas, o vende recetas o medicamentos.

¿Cómo denuncio el fraude o abuso por parte del proveedor?

El fraude del proveedor se produce cuando un proveedor factura por los servicios, equipos o medicamentos que no recibiste o factura por un servicio diferente al que recibiste. Facturar por el mismo servicio más de una vez o cambiar la fecha del servicio también son ejemplos de fraude del proveedor. Para denunciar el fraude de proveedores, puedes llamar a la Línea Directa de Fraudes y Abusos de Health Partners Plans al 1-866-477-4848 (TTY 1-877-454-8477), enviar un correo electrónico a SIUtips@jeffersonhealthplans.com o utilizar una herramienta de informes en línea en www.mycompliancereport.com/report?cid=JEFF. También puedes denunciar esta información a la Línea Directa de Denuncias de Fraude y Abuso del DHS al 1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477).

Algunos ejemplos de fraude o abuso de proveedores

incluyen: facturación por servicios no prestados; tergiversar el servicio/los suministros prestados (por ejemplo, marca de facturación nombrada para medicamentos genéricos; facturar por un servicio diferente al prestado; facturar por más tiempo o unidades de servicio que las proporcionadas; facturación en una ubicación de servicio que no sea la ubicación de servicio en la que se prestaron los servicios; presentar información falsa sobre reclamaciones, como la fecha de servicio, proveedor o recetador del servicio; facturación doble por el mismo servicio; facturación por servicios prestados por personas no calificadas; facturación de artículos usados como nuevos.



Sección 3: Servicios de salud física

Servicios cubiertos

El siguiente cuadro enumera los servicios cubiertos por Health Partners Plans cuando los servicios son médicamente necesarios. Algunos de los servicios tienen límites o copagos, o necesitan una remisión de tu PCP o autorización previa de Health Partners Plans. Si necesitas servicios más allá de los límites que se detallan a continuación, tu proveedor puede solicitar una excepción, como se explica más adelante en esta sección.

Los límites no se aplican si eres menor de 21 años o estás embarazada.

Todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid en cualquier monto están cubiertos para miembros individuales menores de 21 años.

Servicio		Niños	Adultos
Proveedor de atención primaria	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Especialista	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Servicios de doula (visita prenatal, visita posparto y trabajo de parto y parto)	Límite	N/C	12 visitas por año calendario (prenatal/posparto/parto/trabajo de parto/parto) 2 servicios más por año calendario (asesoramiento previo a la concepción/embarazo/pérdida del bebé/terminación del embarazo)
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Enfermero practicante registrado y certificado	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Centro de salud federalmente calificado/centro de salud rural	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	No	No
	Autorización previa/Remisión	No	No
Clínica ambulatoria no hospitalaria	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Clínica ambulatoria hospitalaria	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Servicios de podología	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Servicios quiroprácticos	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí
Servicios de optometría	Límite	2 exámenes por año calendario (o más si son médicamente necesarios)	2 exámenes por año calendario (o más si son médicamente necesarios)
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Cuidados paliativos	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí
Cuidado de relevo (relacionado con el paliativo)	Límite	5 días cubiertos cada 60 días certificados	5 días cubiertos cada 60 días certificados
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí

Servicio		Niños	Adultos
Servicios odontológicos	Límite	Atención dental y aparatos de rutina si son médicamente necesarios	Sin límites para atención dental básica
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Es posible que se requiera autorización previa según el procedimiento dental	Es posible que se requiera autorización previa o excepción al límite de beneficios para atención compleja
Radiología (p. ej., rayos X, resonancias magnéticas [RM], tomografías computarizadas [TC])	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Se requiere para TC/PET/RM y servicios de alta tecnología	Se requiere para TC/PET/RM y servicios de alta tecnología
Unidad de procedimientos breves del hospital de paciente ambulatorio	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Centro quirúrgico de paciente ambulatorio	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Transporte médico que no sea de emergencia (solo hacia y desde los servicios cubiertos de Asistencia Médica)	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí
Servicios de planificación familiar	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)	Límite	Sin límites	No está cubierto
	Copago	\$0	
	Autorización previa/Remisión	No	
Diálisis renal	Límite	Sin límites para pacientes ambulatorios y diálisis en el hogar	Sin límites para pacientes ambulatorios y diálisis en el hogar
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Servicios de emergencia	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Servicios de atención de urgencia	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No

Servicio		Niños	Adultos
Servicios de ambulancia	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Pacientes hospitalizados	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí
Hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí
Servicios de confirmación de género y cirugía	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	El copago se aplica a los servicios para pacientes hospitalizados
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí
Atención de maternidad	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Medicamentos con receta	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0 genéricos \$0 de marca
	Autorización previa/Remisión	Pueden aplicarse reglas de autorización previa	Pueden aplicarse reglas de autorización previa
Suplementos nutricionales	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Se requiere autorización previa si supera los \$500	Se requiere autorización previa si supera los \$500
Suplementos nutricionales parenterales o enterales	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí, si supera los \$500	Sí, si supera los \$500
Servicios de centro de enfermería	Límite	Consulta Servicios en centros de enfermería en la página 33	Consulta Servicios en centros de enfermería en la página 33
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí

Servicio		Niños	Adultos
Atención médica domiciliaria, incluyendo asistente de enfermería y servicios de terapia	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí
Equipos médicos duraderos	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí, si supera los \$500	Sí, si supera los \$500
Prótesis y dispositivos ortóticos	Límite	Sin límites	Los dispositivos de ayuda para la visión deficiente se limitan a uno cada dos años calendario
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí, si supera los \$500	Sí, si supera los \$500
Lentes para anteojos	Límite	Sin límites, pero después de 4 lentes estándares por año calendario, los lentes adicionales en ese año deben ser autorizados previamente	Consulte Servicios de atención oftalmológica en la página 28
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Marcos para anteojos	Límite	Sin límites, pero después de 2 marcos estándares por año calendario, los marcos adicionales en ese año deben ser autorizados previamente	Consulte Servicios de atención oftalmológica en la página 28
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Lentes de contacto	Límite	Sin límites, pero después de 4 lentes estándares por año calendario, los lentes adicionales en ese año deben ser autorizados previamente.	Consulte Servicios de atención oftalmológica en la página 28
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Ajuste de lentes de contacto	Límite	Cubierto cuando sea médicamente necesario	Cubierto cuando sea médicamente necesario
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No

Servicio		Niños	Adultos
Suministros médicos	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Se requiere si supera los \$500	Se requiere si supera los \$500
Terapia (física, ocupacional y del habla)	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí
Laboratorio	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Servicios para dejar de fumar	Límite	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No
Gimnasio	Límite	Membresías de gimnasio disponibles sin costo. Consulta la sección Membresía de gimnasio en la página 35 o visita HPPlans.com/fitness para obtener más información.	
	Copago		
	Autorización previa/Remisión	No	No

Servicios no cubiertos

Hay servicios de salud física que Health Partners Plans no cubre. Si tienes alguna pregunta sobre si Health Partners Plans cubre o no un servicio para ti, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Las MCO pueden optar por cubrir procedimientos médicos experimentales, medicamentos y equipos en función de tu situación específica. Las MCO deben proporcionar cobertura para los costos de atención de rutina del paciente para los beneficiarios que participan en ensayos clínicos que califican.

Segundas opiniones

Tienes derecho a solicitar una segunda opinión si no estás seguro sobre algún tratamiento médico, servicio o cirugía que no sea de emergencia que se sugiera para ti. Una segunda opinión puede brindarte más información que puede ayudarte a tomar decisiones importantes sobre tu tratamiento. Una segunda opinión está disponible para ti sin costo alguno que no sea otro que un copago.

Llama a tu PCP para solicitar el nombre de otro proveedor de la red de Health Partners Plans para obtener una segunda opinión. Si no hay otros proveedores en la red de Health Partners Plans, puedes solicitar la aprobación de Health Partners Plans para obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red.

¿Qué es la autorización previa?

Algunos servicios o artículos necesitan aprobación de Health Partners Plans antes de que puedas obtener dicho servicio. Esto se denomina autorización previa. Para los servicios que requieren autorización previa, Health Partners Plans decide si un servicio solicitado es médicamente necesario antes de que recibas el servicio. Tú o tu proveedor deben hacer una solicitud a Health Partners Plans para tu aprobación antes de obtener el servicio.

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa que un servicio, artículo o medicamento hace uno de los siguientes:

- Se espera, o se espera razonablemente que prevenga una enfermedad, condición o discapacidad.
- Se espera, o se espera razonablemente que reduzca o mejore los efectos físicos, mentales o de desarrollo de una enfermedad, condición, lesión o discapacidad.
- Te ayudará a obtener o mantener la capacidad de realizar tareas diarias, teniendo en cuenta tanto tus habilidades o las habilidades de alguien de la misma edad.

Si necesitas ayuda para comprender cuándo un servicio, artículo o medicamento es médicamente necesario o si deseas obtener más información, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

¿Cómo solicitar la autorización previa?

Cuando un servicio, artículo o medicamento requiere la autorización previa de Health Partners Plans antes de que se te pueda proporcionar, normalmente tu proveedor enviará la solicitud de autorización previa con las órdenes actuales del médico y la documentación clínica de apoyo a través de nuestro portal de proveedores en línea. Tu proveedor también puede enviar la solicitud por fax a Health Partners Plans al 1-866-240-3712 o llamar a la solicitud por teléfono al 1-888-991-9023.

Habla con tu PCP o especialista o llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477):

- Si no estás seguro de que tu proveedor haya solicitado autorización previa.
- Si no estás seguro de si se necesita autorización previa para un servicio, artículo o medicamento.
- Si simplemente necesitas ayuda para comprender mejor el proceso de autorización anterior.

Si necesitas ayuda para comprender mejor el proceso de autorización previa, habla con tu proveedor de atención médica o llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Si tú o tu proveedor desean una copia de las pautas de necesidad médica u otras reglas que se utilizaron para decidir tu solicitud de autorización previa, puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477). Los proveedores deben llamar a Servicios para Proveedores al 1-888-991-9023. También puedes visitar www.HPPlans.com/providers/prior-authorization.

¿Qué servicios, artículos o medicamentos necesitan autorización previa?

El siguiente cuadro identifica algunos, pero no todos los servicios, artículos y medicamentos que requieren autorización previa.

Los servicios que requieren autorización previa incluyen, entre otros:	Es posible que también necesites recibir aprobación o autorización previa para recibir ciertos medicamentos. Los siguientes tipos de medicamentos pueden requerir autorización previa:
• Todos los ingresos hospitalarios programados y las admisiones de rehabilitación aguda. • TC, RM, TEP y algunos otros servicios de radiología cuando se reciben como un paciente ambulatorio y no como una emergencia. • Equipos médicos duraderos como silla de ruedas y camas de hospital. • Servicios de oncología médica (quimioterapia). • Visitas de enfermeras y otros servicios de salud en el hogar. • Terapia física/ocupacional/del habla.	• Medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos en todo el estado o excepciones de beneficios requeridos por necesidad médica. • Medicamentos o tratamientos que están en la fase de investigación clínica. • Medicamentos utilizados para usos no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA). • Ciertos medicamentos de marca cuando exista un equivalente del medicamento genérico de categoría A • Recetas que superan los límites establecidos del plan (suministro de días, cantidad, costo). • Recetas procesadas por farmacias fuera de la red. • Productos nuevos en el mercado. • Medicamentos que tienen pautas de tratamiento aprobadas por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica. • Medicamentos huérfanos. • Productos inyectables seleccionados (autoinyectados o administrados en el consultorio médico).

Para aquellos servicios que tienen límites, si tú o tu proveedor creen que necesitas más servicios que el límite permitido por el servicio, tú o tu proveedor pueden solicitar más servicios a través del proceso de autorización previa.

Si tú o tu proveedor no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento requiere autorización previa, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Autorización previa de un servicio o artículo

Health Partners Plans revisará la solicitud de autorización previa y la información que tú o tu proveedor presentaron. Health Partners Plans te informará su decisión dentro de los 2 días hábiles a partir de la fecha en que Health Partners Plans recibió la solicitud si Health Partners Plans tiene suficiente información para decidir si el servicio o artículo es médicamente necesario.

Si Health Partners Plans no tiene suficiente información para decidir sobre la solicitud, debemos informarle a tu proveedor dentro de las 48 horas de haber recibido la solicitud que necesitamos más información para tomar una decisión y permitir 14 días para que el proveedor nos brinde más información. Health Partners Plans te informará nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles después de que Health Partners Plans reciba la información adicional.

Tú y tu proveedor recibirán un aviso por escrito en el que te informarán si la solicitud fue aprobada o denegada, y si fue denegada, la razón por la cual lo fue.

Autorización previa de medicamentos cubiertos

Health Partners Plans revisará una solicitud de autorización previa de medicamentos ambulatorios, que son medicamentos que no obtienes en el hospital, dentro de las 24 horas a partir de la recepción de la solicitud por parte de Health Partners Plans. Tú y tu proveedor recibirán un aviso por escrito en el que te informarán si la solicitud fue aprobada o denegada, y si fue denegada, la razón por la cual lo fue. Si vas a una farmacia para surtir una receta y no te pueden surtir la receta porque necesitas autorización previa, el farmacéutico te dará un suministro temporal a menos que el farmacéutico piense que el medicamento te hará daño. Si aún no has tomado el medicamento, obtendrás un suministro de 72 horas. Si ya has tomado el medicamento, obtendrás un suministro de 15 días. Su proveedor aún deberá solicitarle a Health Partners Plans una Autorización previa tan pronto como sea posible.

¿Qué ocurre si recibo un aviso de denegación?

Si Health Partners Plans niega una solicitud de un servicio, artículo o medicamento o no te aprueba según lo solicitado, puedes presentar una queja o un reclamo. Si presentas una queja o un reclamo por denegación de un medicamento en curso, Health Partners Plans debe autorizar el medicamento hasta que se resuelva la queja o reclamo. Consulta la Sección 8, Quejas, reclamos y audiencias justas, que comienza en la página 47 de este Manual para obtener información detallada sobre quejas y reclamos.

Proceso de excepción del programa

Para aquellos servicios que tienen límites, si tú o tu proveedor creen que necesitas más servicios que el límite permitido por el servicio, tú o tu proveedor pueden solicitar una excepción del programa (PE). El proceso de PE es diferente del proceso de excepción de límites de beneficios odontológicos que se describe en la página 26.

Para solicitar una PE, tú o tu proveedor pueden llamar a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o enviar una solicitud a:

Health Partners Plans
Member Services
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Tu solicitud de PE debe incluir la siguiente información:

- Tu nombre
- Tu dirección
- Tu número de teléfono
- El servicio que necesitas
- El motivo por el que necesitas el servicio
- El nombre de tu proveedor
- El número de teléfono de tu proveedor

Descripciones del servicio

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia son servicios necesarios para tratar o evaluar una condición médica de emergencia. Una condición médica de emergencia es una lesión o enfermedad que es tan grave que una persona razonable sin capacitación médica cree que existe un riesgo inmediato para la vida de una persona o tu salud a largo plazo. Si tienes una condición médica de emergencia, ve a la sala de emergencias más cercana, marca 911 o llama a tu proveedor local de ambulancias. **No** debes obtener la aprobación de Health Partners Plans para obtener servicios de emergencia y puedes utilizar cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de condiciones médicas de emergencia y aquellas que no son de emergencia:

Condiciones médicas de emergencia

- Ataque cardíaco
- Dolor en el pecho
- Sangrado intenso
- Dolor intenso
- Inconsciencia
- Envenenamiento

Condiciones médicas que no son de emergencia

- Dolor de garganta
- Vómitos
- Resfriado o gripe
- Dolor de espalda
- Dolor de cabeza
- Hematomas, inflamación o cortes pequeños

Si no estás seguro de si tu condición requiere servicios de emergencia, llama a tu PCP o Teladoc al 1-800-Teladoc (TTY 1-800-877-8973), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Transporte médico de emergencia

Health Partners Plans cubre el transporte médico de emergencia en ambulancia para condiciones médicas de emergencia. Si necesitas una ambulancia, llama al 911 o a tu proveedor local de ambulancias. No llames al MATP (descrito en la página 39 de este Manual) para el transporte médico de emergencia.

Atención de urgencia

Health Partners Plans cubre atención de urgencia para una enfermedad, lesión o condición que, si no se trata dentro de las 24 horas, podría convertirse rápidamente en una crisis o una condición médica de emergencia. Esto es cuando necesitas la atención de un médico, pero no en la sala de emergencias.

Si necesitas atención de urgencia, pero no estás seguro de si se trata de una emergencia, llama primero a tu PCP o Teladoc al 1-800-Teladoc (TTY 1-800-877-8973), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tu PCP o un médico o enfermero de Teladoc te ayudarán a decidir si necesitas ir a la sala de emergencias, al consultorio del PCP o a un centro de atención de urgencia cerca de ti. En la mayoría de los casos, si necesitas atención de urgencia, tu PCP te dará una cita dentro de las 24 horas. Si no puedes comunicarte con tu PCP o si tu PCP no puede atenderte en un plazo de 24 horas y tu condición médica no es una emergencia, también puede visitar un centro de atención de urgencia o una clínica sin cita dentro de la red de Health Partners Plans. No se requiere autorización previa para los servicios en un centro de atención de urgencia.

Algunos ejemplos de condiciones médicas que pueden necesitar atención de urgencia incluyen:

- Vómitos
- Tos y fiebre
- Esguince
- Sarpullidos
- Dolor de cabeza
- Diarrea
- Dolor de garganta
- Dolores de estómago

Si tienes alguna pregunta, llama al Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Servicios odontológicos

Los servicios odontológicos de Health Partners Plans son proporcionados por la red Avesis. Infórmale al proveedor dental que eres miembro de HPP que utiliza la red Avesis. Si tienes preguntas, comunícate con Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Miembros menores de 21 años

Health Partners Plans brinda todos los servicios odontológicos médicamente necesarios para niños menores de 21 años. Los niños pueden ir a un dentista participante dentro de la red de Health Partners Plans - Avesis.

Las visitas odontológicas para niños no requieren una remisión. Si a tu hijo le sale su primer diente o si tiene 1 año de edad o más y no tiene un dentista, puedes pedirle al PCP de tu hijo que lo remita a un dentista para exámenes dentales regulares. Puedes elegir un dentista participante por tu cuenta. Para obtener más información sobre servicios odontológicos, comunícate con Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Los servicios odontológicos que están cubiertos para niños menores de 21 años incluyen los siguientes, cuando sean médicamente necesarios:

- Anestesia
- Exámenes
- Limpiezas
- Coronas
- Emergencias dentales
- Procedimientos quirúrgicos dentales
- Dentaduras postizas
- Extracciones (de dientes)
- Obturaciones
- Tratamiento con flúor
- Ortodoncia (aparatos)*
- Servicios periodontales
- Endodoncia
- Selladores
- Rayos X

No hay copagos por los servicios anteriores y se requiere autorización previa.

El PCP de tu hijo también puede aplicar tratamientos con flúor. Para obtener más información, solo pregúntale al PCP de tu hijo.

**Si los aparatos se colocaron antes de los 21 años, Health Partners Plans continuará cubriendo los servicios hasta que se complete el tratamiento para los aparatos o hasta los 23 años, lo que ocurra primero, siempre y cuando el miembro permanezca con Health Partners Plans y exista una autorización previa aprobada para la continuidad de la atención. Si el miembro se cambia a otra Organización de Atención Administrada (MCO), dicha MCO le brindará cobertura.*

Para obtener más información sobre los beneficios odontológicos de tu hijo, llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Miembros de 21 años de edad y mayores

Health Partners Plans cubre algunos beneficios odontológicos para miembros de 21 años de edad y mayores a través de dentistas en la red de Health Partners Plans - Avesis. Algunos servicios odontológicos tienen límites.

Los miembros adultos de Health Partners Plans son elegibles para los siguientes servicios odontológicos, cuando sean médicamente necesarios:

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| • Anestesia | quirúrgicos dentales |
| • Exámenes | • Dentaduras postizas |
| • Limpiezas | • Extracciones (de dientes) |
| • Emergencias dentales | • Obturaciones |
| • Procedimientos | • Rayos X |

No hay copagos por los servicios anteriores y se requiere autorización previa para algunos servicios.

Los siguientes límites se aplican a los miembros adultos para los beneficios odontológicos mencionados anteriormente:

- Puedes obtener un examen y una limpieza dental cada seis meses de un dentista participante de Health Partners Plans.
- En tu vida, puedes obtener:
 - una dentadura postiza superior parcial o una dentadura postiza superior completa;
 - una dentadura postiza inferior parcial o una dentadura postiza inferior completa.

Si has recibido una dentadura postiza superior o inferior parcial o completa pagada por el Programa de Asistencia Médica desde el 27 de abril de 2015, puedes obtener otra solamente si obtienes una aprobación especial llamada excepción de límite de beneficios.

Los miembros adultos pueden solicitar una excepción de límite de beneficios para servicios odontológicos adicionales. Si se aprueba, Health Partners Plans cubrirá estos servicios odontológicos adicionales para adultos:

- Servicio de coronas y similares
- Servicios periodontales
- Servicios de endodoncia y otros servicios relacionados

Estos límites no se aplican a ti si vives en un asilo de ancianos o en un centro de cuidado intermedio.

Excepción de límites de beneficios odontológicos

Algunos servicios odontológicos solo están cubiertos con una Excepción de Límite de Beneficios (BLE). Tú o tu dentista también pueden solicitar una BLE si tú o tu dentista creen que necesitas más servicios odontológicos de los permitidos por los límites.

Health Partners Plans aprobará una BLE si:

- Tienes una enfermedad o condición de salud grave o crónica y sin el servicio adicional tu vida estaría en peligro; O
- Tienes una enfermedad o condición de salud grave o crónica y sin el servicio adicional tu salud empeoraría mucho; O
- Necesitarías un tratamiento más costoso si no obtienes el servicio solicitado; O
- Sería contra la ley federal que Health Partners Plans deniegue la excepción.

Tu servicio odontológico también puede estar cubierto por una BLE si tienes una de las siguientes condiciones de salud/dentales subyacentes.

1. Diabetes
2. Enfermedad de las arterias coronarias o factores de riesgo de la enfermedad
3. Cáncer de cara, cuello y garganta (no incluye cánceres de células basales o de sarcoma no invasivos de la piel en estadios 0 o 1)
4. Discapacidad intelectual
5. Embarazo actual, incluido el período posparto

Para solicitar una BLE antes de recibir el servicio, tú o tu dentista pueden llamar a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o enviar la solicitud a:

Administradores externos de Avēsis
Atención de LLC: Autorización previa dental
P.O. Box 38312
Phoenix, AZ 85069

Su solicitud de BLE debe incluir la siguiente información:

- | | |
|-----------------------------|--|
| • Tu nombre | • El motivo por el que necesitas el servicio |
| • Tu dirección | |
| • Tu número de teléfono | • El nombre de tu proveedor |
| • El servicio que necesitas | • El número de teléfono de tu proveedor |

Plazos establecidos para decidir una excepción de límite de beneficios

Si tú o tu proveedor solicitan una excepción antes de recibir el servicio, Health Partners Plans te comunicará si se aprueba o no la BLE en un plazo de 21 días. Si tu dentista solicita una excepción después de que hayas recibido el servicio, Health Partners Plans te comunicará si se aprueba o no la solicitud de BLE en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que Health Partners Plans reciba la solicitud.

Si no estás de acuerdo o no estás satisfecho con la decisión de Health Partners Plans, puede presentar una queja o reclamo ante Health Partners Plans.

Para obtener más información sobre el proceso de quejas y reclamos, consulta la Sección 8, en la página 47 de este Manual: “Quejas, reclamos y audiencias justas”.

Servicios de atención oftalmológica

Tus beneficios oftalmológicos básicos son gestionados por un proveedor externo. Si tienes preguntas, comunícate con Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Los servicios oftalmológicos, como pruebas de diagnóstico, intervenciones oftalmológicas, tratamientos oculares o cirugías oculares, son administrados por Health Partners Plans.

Miembros menores de 21 años

Health Partners Plans cubre todos los servicios oftalmológicos médicamente necesarios para niños menores de 21 años. Los niños pueden ir a un oftalmólogo participante dentro de la red de Health Partners Plans.

Si eliges marcos de anteojos, lentes de anteojos y lentes de contacto que no se consideran estándares, es posible que debas pagar estos artículos de tu bolsillo. Tu oftalmólogo te informará si tienes que pagar un cargo adicional por alguno de estos servicios. Si tienes alguna pregunta, puedes llamar al Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Tu beneficio básico oftalmológico incluye dos exámenes oftalmológicos anuales y dos pares de anteojos o lentes de contacto por año (4 juegos de lentes por año). Se pueden autorizar exámenes oftalmológicos y anteojos de reemplazo adicionales si son médicamente necesarios. Puedes seleccionar entre una amplia variedad de marcos para anteojos de moda de un proveedor participante.

Tu cobertura oftalmológica básica de Health Partners Plans incluye:

- Opción de marcos de plástico o metal
- Opción de lentes de plástico o vidrio
- Lentes extragrandes
- Lentes de plástico de moda con tinte degradado
- Garantía de rotura de un año en todos los anteojos del plan

No hay copagos para los servicios anteriores.

Si eliges un marco que no está en el plan oftalmológico de Health Partners Plans, cubrirá parte del precio del marco hasta \$100 y serás responsable del resto del costo.

Servicio	Límites	Copagos	Autorización previa
Examen de la vista y refracción	Sin límites, pero después de 2 exámenes por año calendario, los exámenes adicionales en ese año deben ser autorizados previamente	\$0	No
Lentes para anteojos estándares	Sin límites, pero después de 4 lentes estándares por año calendario, los lentes adicionales en ese año deben ser autorizados previamente	\$0	No
Marcos para anteojos estándares	Sin límites, pero después de 2 marcos estándares por año calendario, los marcos adicionales en ese año deben ser autorizados previamente	\$0	No
Lentes de contacto	Sin límites, pero después de 4 lentes estándares por año calendario, los lentes adicionales en ese año deben ser autorizados previamente	\$0	No
Ayudas para la visión reducida	Sin límites, pero después de 1 ayuda para la visión reducida cada 2 años, se deben autorizar previamente ayudas adicionales para la visión reducida	\$0	Sí
Prótesis oculares	Sin límites, pero después de 1 prótesis cada 2 años, se debe autorizar previamente una prótesis adicional	\$0	Sí

Si necesitas atención oftalmológica, solo llama a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor de atención oftalmológica conveniente. Cuando llamas para programar una cita, asegúrate de informar a la oficina que eres miembro de Health Partners Plans. Recuerda llevar a la cita tu Tarjeta de identificación de membresía, la tarjeta ACCESS y cualquier otra tarjeta de seguro.

Si necesitas anteojos o lentes de contacto, es posible que

el oftalmólogo pueda surtir tu receta de anteojos en el mismo consultorio. De lo contrario, el médico te escribirá una receta para que la lleves a un centro óptico que acepte tu Tarjeta de identificación de Health Partners Plans. Llama a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor de atención oftalmológica conveniente.

Recuerda llevar tu tarjeta de membresía, la tarjeta ACCESS y la receta.

Si necesitas lentes especiales para problemas oculares, como cataratas, puedes consultar a un especialista participante. Cobertura adicional para anteojos y lentes de contacto está disponible para miembros con afaquia o cataratas. Llama a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para obtener más detalles.

Miembros de 21 años de edad y mayores

Los miembros mayores de 21 años de Health Partners Plans tienen cobertura de rutina para exámenes, anteojos o lentes de contacto. Tu beneficio oftalmológico incluye dos exámenes oftalmológicos anuales y un par de anteojos o lentes de contacto por año. Los miembros diagnosticados con afaquia y cataratas también tienen cobertura para un segundo par de anteojos o lentes de contacto.

Se pueden autorizar exámenes oftalmológicos y anteojos de reemplazo adicionales si son médicamente necesarios. Puedes seleccionar entre una amplia variedad de marcos para anteojos de moda de un proveedor participante. Tu cobertura oftalmológica básica de Health Partners Plans incluye:

- Opción de marcos de plástico o metal
- Opción de lentes de plástico o vidrio
- Lentes extragrandes
- Lentes de plástico de moda con tinte degradado
- Garantía de rotura de un año en todos los anteojos del plan

No hay copagos para los servicios anteriores. Si eliges un marco que no está en el plan oftalmológico de Health Partners Plans, cubrirá parte del precio del marco hasta \$100 y serás responsable del resto del costo.

Si necesitas atención oftalmológica, solo llama a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor de atención oftalmológica conveniente. Cuando llamas para programar una cita, asegúrate de informar a la oficina que eres miembro de Health Partners Plans. Recuerda llevar a la cita tu Tarjeta de identificación de membresía, la tarjeta ACCESS y cualquier otra tarjeta de seguro.

Si necesitas anteojos o lentes de contacto, es posible que el oftalmólogo pueda surtir tus recetas para anteojos en la misma oficina. De lo contrario, el médico te escribirá una receta para que la lleves a un centro óptico que acepte tu Tarjeta de identificación de Health Partners Plans. Llama a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor de atención oftalmológica conveniente. Recuerda llevar tu tarjeta de membresía, la tarjeta ACCESS y la receta.

Beneficios de farmacia

Health Partners Plans cubre los beneficios de farmacia que incluyen medicamentos con receta y medicamentos de venta libre y vitaminas con receta médica.

Recetas médicas

Cuando un proveedor te receta un medicamento, puedes resurtirlo en cualquier farmacia que se encuentre en la red de Health Partners Plans. Tendrás que llevar contigo tu Tarjeta de Identificación de medicamentos de Health Partners Plans. Health Partners Plans pagará por cualquier medicamento que figure en la lista de PDL estatal y el formulario complementario de Health Partners Plans, y puede pagar por otros medicamentos si cuentan con autorización previa. O bien tu receta o la etiqueta de tu medicamento te indicarán si tu médico ordenó la reposición de la receta y la cantidad de reposiciones que puedes recibir. Si tu médico solicitó la reposición, solo puedes obtener 1 reposición a la vez. Si tienes preguntas sobre si un medicamento con receta está cubierto, necesitas ayuda para encontrar una farmacia en la red de Health Partners Plans o si tienes alguna otra pregunta, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

El directorio de proveedores de Health Partners Plans también incluye una lista de farmacias participantes. Para acceder al directorio de proveedores en línea, visita HPPlans.com/hpdocs y haz clic en “Encuentra una farmacia”. Si necesitas asistencia, comunícate con Servicios para Miembros.

Si necesitas medicamentos, tu PCP o especialista escribirá una receta. Solo lleva la receta a una de las más de 1,000 farmacias (droguerías) de la zona que surten las recetas de Health Partners Plans. Si tu beneficio de farmacia cubre la receta, esta podrá ser surtida.

Si se te solicita pagar un copago por tu receta y consideras que no deberías hacerlo, comunícate con Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477), desde la farmacia para obtener ayuda. Si el farmacéutico intenta cobrarte por una receta, pídele que te comunique con Health Partners Plans.

Todos los miembros de Health Partners Plans menores de 21 años son elegibles para recibir servicios completos de farmacia sin cargo.

Lista de medicamentos preferidos (PDL) estatal y formulario complementario de Health Partners Plans

Health Partners Plans cubre los medicamentos enumerados en la lista de medicamentos preferidos (PDL) estatal y el formulario complementario de Health Partners Plans. Esto es lo que debe usar tu PCP u otro médico al decidir qué medicamentos debes tomar.

Tanto la PDL estatal como el formulario complementario de Health Partners Plans cubren los medicamentos de marca y los genéricos. Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Cualquier medicamento recetado por tu médico que no esté en la PDL estatal y el formulario complementario de Health Partners Plans necesita autorización previa. La PDL estatal y el formulario complementario de Health Partners Plans puede cambiar de vez en cuando, por lo que debes asegurarte de que tu proveedor tenga la información más reciente cuando te recete un medicamento.

Si tienes alguna pregunta o para obtener una copia de la PDL estatal y el formulario complementario de Health Partners, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o visita el sitio web de Health Partners Plans en HPPlans.com/CoveredDrugs.

Reembolso por medicamentos

Health Partners Plans revisará todas las solicitudes de reembolso. Health Partners Plans no requiere un formulario específico, pero se necesita un recibo para procesar la solicitud.

Edad de la reclamación del reembolso

Algunas recetas requieren una revisión por necesidad médica antes de que Health Partners Plans pague por ellas. Esto se denomina autorización previa (PA). Otras no. Si la receta no requiere revisión, en otras palabras, hubiera sido pagada sin intervención de Health Partners Plans, entonces la receta puede ser revisada para reembolso. Las recetas anteriores a 1 año no serán revisadas, independientemente de si requieren una PA o no.

Edad de la autorización previa

La autorización previa de medicamentos requiere una revisión clínica en el momento de la solicitud. Debido a la naturaleza de la revisión médica, las solicitudes anteriores pueden dar como resultado registros inadecuados e incompletos. Por lo tanto, no se revisará ninguna solicitud de reembolso que requiera una autorización previa que no se aprobó previamente y que sea anterior a 30 días desde el momento en que se presentó la receta.

Medicamentos especializados

La PDL estatal y el formulario complementario de Health Partners Plans incluyen medicamentos llamados medicamentos especializados. Las recetas para estos medicamentos necesitan ser autorizadas previamente. Para ver la Lista de medicamentos preferidos en todo el estado, el formulario complementario de Health Partners Plans, una lista completa de medicamentos especializados y si tu medicamento se considera un medicamento especializado, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o visita el sitio web de Health Partners Plans en HPPlans.com/CoveredDrugs.

Necesitarás obtener estos medicamentos en farmacias especializadas. Una farmacia especializada puede enviarte por correo tus medicamentos directamente y no te cobrará por enviarte por correo tus medicamentos. La farmacia especializada se comunicará contigo antes de enviarte tus medicamentos. La farmacia también puede responder cualquier pregunta que tengas sobre el proceso.

Puedes elegir cualquier farmacia especializada que se encuentre en la red de Health Partners Plans. Para obtener la lista de farmacias especializadas de la red, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o consulta el directorio de proveedores en el sitio web de Health Partners en www.HPPlans.com/hpdocs. Para cualquier otra pregunta o para obtener más información, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Medicamentos de venta libre

Health Partners Plans cubre medicamentos de venta libre cuando tienes una receta de tu proveedor. Tendrás que llevar contigo tu Tarjeta de Identificación de Health Partners Plans. Los siguientes son algunos ejemplos de los medicamentos de venta libre que pueden estar cubiertos:

- Medicamentos para la alergia y la sinusitis
- Tylenol o aspirina
- Vitaminas
- Medicamentos para la tos
- Medicamentos para la acidez estomacal, como antiácidos y famotidina

Puedes encontrar más información sobre los medicamentos cubiertos de venta libre visitando el sitio web de Health Partners Plans en www.HPPlans.com/CoveredDrugs o llamando a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477)

Servicios para dejar de fumar

¿Quieres dejar de fumar? ¡Health Partners Plan quiere ayudarte a dejar de fumar!

Si estás listo para no fumar, no importa cuántas veces hayas intentado dejar de fumar, estamos aquí para ayudarte.

Medicamentos

La PDL estatal cubre los siguientes medicamentos para ayudarte a dejar de fumar.

Health Partners Plans cubre muchos productos para dejar de fumar. No cubrimos medicamentos de marca que puedan conseguirse como genéricos, a menos que el médico obtenga una autorización previa (aprobación).		
Producto	Cubierto	¿Requiere autorización previa?
Goma de mascar/pastillas de nicotina	Sí	No
Inhalador	Sí	Sí
Aerosol nasal	Sí	Sí
Parche	Sí	No
Bupropion (genérico equivalente a la combinación de Wellbutrin y Zyban)	Sí	No
Vareniclina	Sí	No

Comunícate con tu PCP para programar una cita para obtener una receta para un medicamento para dejar de fumar.

Servicios de asesoramiento

El apoyo de asesoramiento también puede ayudarte a dejar de fumar. Health Partners Plans cubre el asesoramiento para miembros que están tratando de dejar de fumar.

Un Educador de Salud proporciona orientación y apoyo a los miembros que usan productos de tabaco.

El Educador de Salud trabaja con los miembros para identificar desencadenantes, establecer objetivos, abordar barreras y desarrollar un plan alcanzable para disminuir y finalmente detener el uso de productos de tabaco. El programa proporciona una plataforma que es integral y alienta a los miembros a llevar estilos de vida saludables. Para obtener más información o ser remitido a un programa para dejar de fumar, llama al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477).

Tratamiento de salud conductual

Algunas personas pueden estar estresadas, ansiosas o deprimidas cuando intentan dejar de fumar. Los miembros de Health Partners Plans son elegibles para los servicios para abordar estos efectos secundarios, pero estos servicios están cubiertos por tu BH-MCO. Para encontrar la BH-MCO en su condado y su información de contacto:

- consulta la información que vino con tu kit de bienvenida, o
- visita www.healthchoices.pa.gov/providers/about/behavioral/index.htm, o
- visita a la página 45 para obtener una lista de la BH-MCO en tu condado, o
- llama a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para obtener ayuda para comunicarte con tu BH-MCO.

Servicios de coordinación de atención mientras dejas de fumar

Todos los miembros de Health Partners Plans que trabajan con un coordinador de atención para cualquier necesidad de atención médica también pueden recibir apoyo para tratar de dejar de fumar. Para obtener información adicional sobre todos los programas de Health Partners Plans, revisa la Sección 5 de este Manual.

Otros recursos para dejar de fumar

Aquí hay servicios de apoyo gratuitos y herramientas disponibles para cualquier persona que intente dejar de fumar:

- Línea gratuita para dejar de fumar de PA: 1-800-QUIT-NOW
- Línea de ayuda de la Asociación Estadounidense del Pulmón: 1-800-LUNG-USA y su herramienta para dejar de fumar en línea, Freedom from Smoking, en www.freedomfromsmoking.org
- Departamento de Salud Pública de Philadelphia en www.smokefreephilly.org

Recuerda que Health Partners Plans está aquí para ayudarte a que te vuelvas más saludable al dejar de fumar. ¡No espere más! Llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para que podamos ayudarte a comenzar.

Planificación familiar

Health Partners Plans cubre los servicios de planificación familiar. No necesitas una remisión de tu PCP para los servicios de planificación familiar. Estos servicios incluyen pruebas de embarazo, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, suministros de control de la natalidad y, educación y asesoramiento en planificación familiar. Puedes ver a cualquier médico que sea un proveedor de Asistencia Médica, incluido cualquier proveedor fuera de la red que ofrezca servicios de planificación familiar. No hay copago por estos servicios.

Cuando acudes a un proveedor de planificación familiar que no pertenece a la red de Health Partners Plans, debes mostrar tus Tarjetas de Identificación de Health Partners Plans y ACCESS o EBT.

Para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar cubiertos o para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Atención de maternidad

Atención durante el embarazo

La atención prenatal es la atención médica que recibe un miembro durante todo el embarazo y el parto por parte de un proveedor de atención de maternidad, como un obstetra u obstetra/ginecólogo (OB u OB/GYN) o una enfermera partera. **La atención prenatal temprana y regular es muy importante para tu salud y la de tu bebé.** Incluso si has estado embarazada anteriormente, es importante consultar a un proveedor de atención de maternidad regularmente durante cada embarazo.

Si crees que estás embarazada y necesitas una prueba de embarazo, consulta a tu PCP o un proveedor de planificación familiar. Si estás embarazada puedes:

- Llamar o visitar a tu PCP, quien puede ayudarte a encontrar un proveedor de atención de maternidad en la red de Health Partners Plans.
- Visitar a un OB u OB/GYN o una enfermera partera de la red por tu cuenta. No necesitas una remisión para atención de maternidad.
- Visitar un centro de salud de la red que ofrezca servicios de OB u OB/GYN.
- Llamar a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para encontrar un proveedor de atención de maternidad.

Deberías ver a un médico tan pronto como descubras que estás embarazada. Tu proveedor de atención de maternidad debe programar una cita para verte:

- Si estás en el primer trimestre: en un plazo de 10 días hábiles a partir del momento en que Health Partners Plans se entera de que estás embarazada.
- Si estás en el segundo trimestre: en un plazo de 5 días hábiles a partir del momento en que Health Partners Plans se entere de que estás embarazada.
- Si estás en el tercer trimestre: en un plazo de 4 días hábiles a partir del momento en que Health Partners Plans se entere de que estás embarazada.
- Si tienes un embarazo de alto riesgo: en un plazo de 24 horas a partir del momento en que Health Partners Plans se entere de que estás embarazada.

Si tienes una emergencia, acude a la sala de emergencias más cercana, marca el 911 o llama a tu proveedor local de ambulancias.

Es importante que permanezcas con el mismo proveedor de atención de maternidad durante todo el embarazo y el cuidado posparto (1 año después del nacimiento de tu bebé). Ellos seguirán de cerca tu salud y la salud de tu bebé en crecimiento. También es una buena idea permanecer con el mismo plan de HealthChoices durante todo el embarazo.

Health Partners Plans cuenta con coordinadores de salud materna especialmente capacitados que saben qué servicios y recursos están disponibles para ti. (Consulta la sección Baby Partners a continuación).

Si estás embarazada y ya estás viendo a un proveedor de atención de maternidad cuando te inscribes en Health Partners Plans, puedes seguir consultando a ese proveedor, incluso si él o ella no están en la red de Health Partners Plans. El proveedor deberá estar inscrito en el Programa de Asistencia Médica y debe llamar a Health Partners Plans para obtener aprobación para tratarte.

Cuídate a ti y a tu bebé después de que nazca tu bebé

Debes visitar a tu proveedor de atención de maternidad entre 7 y 84 días después de que tu bebé nazca para un chequeo, a menos que el médico quiera ver a tu bebé antes.

Tu bebé debe tener una cita con el PCP del bebé cuando tenga entre 3 y 5 días, a menos que el médico quiera ver a tu bebé antes. Lo mejor es elegir un médico para tu bebé mientras estás embarazada. Si necesitas ayuda para elegir un médico para tu bebé, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Baby Partners

Health Partners Plans tiene un programa especial para mujeres embarazadas llamado Baby Partners.

Baby Partners cuenta con enfermeras y trabajadores sociales que están disponibles para ayudar a las miembros durante el embarazo y después del parto.

Nuestro personal trabaja con tu OB/GYN o enfermera partera respondiendo preguntas, recordándote citas importantes y ofreciendo consejos de atención médica.

Health Partners Plans se compromete a apoyarte y ayudarte durante tu embarazo, ya sea a través de asistencia con la programación de citas o el transporte para todas tus citas prenatales. Llama al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477) para obtener más información.

Atención durante el embarazo

La atención prenatal es la atención que necesitas cuando estás embarazada. Es importante para tu salud y la salud de tu bebé por nacer. Incluso si has estado embarazada anteriormente, es importante consultar a un médico u otro proveedor de atención prenatal regularmente durante cada embarazo. Deberías esperar hacer entre 12 y 15 visitas prenatales antes de que nazca tu bebé. Health Partners Plans cubre todas estas visitas y te ayudará a llegar a cada cita. Permanecer con Health Partners durante todo el embarazo suele ser lo mejor para tu salud y la de tu bebé.

Si crees que estás embarazada y necesitas una prueba de embarazo, consulta a tu PCP o un proveedor de planificación familiar. Si estás embarazada puedes:

- Llamar a una partera certificada u OB/GYN para programar una cita.

O

- Llamar al equipo de Baby Partners para encontrar una partera certificada u OB/GYN que se encuentre cerca de tu hogar. Nuestra red de proveedores incluye médicos y médicas y enfermeras parteras certificadas para brindarte atención de maternidad.

Beneficios de maternidad de Health Partners Plans

Los siguientes beneficios están cubiertos para todas las mamás:

- Citas de atención prenatal
- Vitaminas
- Estadías en el hospital
- Parto hospitalario y guardería
- Exámenes recomendados por tu proveedor de atención médica
- Exámenes dentales, rayos X/radiografías y otros servicios dentales médicamente necesarios
- Visitas domiciliarias para la madre y el bebé después del parto
- Los extractores de leche para la lactancia están disponibles a partir del tercer trimestre o después del parto.
- Manguitos para medir la presión arterial cuando lo indique un médico
- Apoyo de comadrona en el momento del parto
- Programas de visitas domiciliarias para la crianza y el apoyo al desarrollo del niño

Para obtener más información, llama a Baby Partners al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477).

Equipos médicos duraderos y suministros médicos

Health Partners Plans cubre equipos médicos duraderos (DME), incluidos los DME de accesibilidad en el hogar y suministros médicos. El DME es un artículo o dispositivo médico que se puede usar muchas veces en tu hogar o en cualquier lugar donde ocurran actividades normales de la vida y generalmente no se usa a menos que una persona tenga una enfermedad o lesión. Los suministros médicos generalmente son desechables y se usan con fines médicos. Algunos de estos artículos necesitan autorización previa, y tu médico debe solicitarlos. Los proveedores de DME deben estar en la red de Health Partners Plans. Puedes tener un copago. Health Partners Plans no será responsable del reembolso por los costos de bolsillo de equipo médico duradero (DME) comprado en una tienda minorista o un distribuidor minorista en línea (por ejemplo, Amazon). Las tiendas minoristas y los proveedores no están cubiertos por tu beneficio médico de DME por motivos de seguridad. Health Partners Plans ofrece una amplia red de proveedores de DME participantes que están acreditados para cumplir con los estándares y requisitos de Medicare y Medicaid.

Los ejemplos de DME incluyen:

- Tanques de oxígeno
- Sillas de ruedas
- Muletas
- Andadores
- férulas
- Camas médicas especiales
- Manguitos para medir la presión arterial

Algunos ejemplos de DME de accesibilidad para la vivienda incluyen:

- Elevadores para sillas de ruedas
- Deslizadores de escaleras
- Elevadores de techo
- Rampas de accesibilidad metálicas

Health Partners Plans cubre la instalación de DME de accesibilidad para la vivienda, pero no las modificaciones de la vivienda.

Los ejemplos de suministros médicos incluyen:

- Suministros para la diabetes (como jeringas, tiras reactivas)
- Almohadillas de gasa
- Apósitos adhesivos
- Suministros para la incontinencia (como pañales pull-ups, calzoncillos, almohadillas desechables)

Si tienes alguna pregunta sobre el DME o suministros médicos, o para obtener una lista de proveedores de la red, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Servicios ambulatorios

Health Partners Plans cubre servicios ambulatorios, como terapia física, ocupacional y del habla, así como radiografías y análisis de laboratorio. Tu PCP coordinará estos servicios con uno de los proveedores de la red de Health Partners Plans.

Servicios de centro de enfermería

Health Partners Plans cubre los servicios de centro de enfermería médicamente necesarios. Si necesitas servicios de centro de enfermería a largo plazo (más de 30 días), puedes solicitar el Programa Community HealthChoices. Se te evaluará para ver si eres elegible para participar en el programa Community HealthChoices. Si tienes alguna pregunta o necesitas más información, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Servicios hospitalarios

Health Partners Plans cubre los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Si necesitas atención hospitalaria para pacientes internados y no es una emergencia, tu PCP o especialista coordinará que vayas a un hospital en la red de Health Partners Plans y seguirá tu atención incluso si necesitas otros médicos durante tu estadía en el hospital. Las hospitalizaciones deben ser aprobadas por Health Partners Plans. Para saber si un hospital pertenece a la red de Health Partners Plans, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o consulta el directorio de proveedores en el sitio web de Health Partners Plans en www.HPPlans.com/HPdocs.

Si tienes una emergencia y es admitido en el hospital, tú o un miembro de tu familia o amigo deben informarle a tu PCP tan pronto como sea posible, pero a más tardar 24 horas después de tu ingreso en el hospital. Si ingresas en un hospital que no está en la red de Health Partners Plans, es posible que seas trasladado a un hospital de la red de Health Partners Plans. No te trasladarán a un nuevo hospital hasta que estés lo suficientemente estable como para ser transferido a un nuevo hospital.

A veces es posible que necesites ver a un médico o recibir tratamiento en un hospital sin ser admitido durante la noche. Estos servicios se denominan servicios hospitalarios ambulatorios.

Es muy importante programar una cita para ver a tu PCP dentro de los 7 días posteriores a tu salida del hospital. Ver a tu PCP inmediatamente después de tu estadía en el hospital te ayudará a seguir las instrucciones que recibiste mientras estuviste ahí y evitará que tengas que ser readmitido en el hospital.

Para los servicios de trasplante de Medicaid, Health Partners Plans pagará los trasplantes en la medida en que el programa de Plan de pago por servicio de la Asistencia Médica pague dichos trasplantes. Cualquier trasplante que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) considere razonable o necesario estará cubierto cuando se cumplan los criterios de necesidad médica. Los trasplantes considerados experimentales o de investigación por CMS no estarán cubiertos. Los trasplantes de CMS cubiertos incluyen médula ósea/células madre, córnea, corazón, corazón/pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado, pulmón, páncreas e intestino delgado/multivisceral.

Excepto en el caso de la atención de emergencia, se requiere autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Si tienes alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, llama al Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Servicios preventivos

Health Partners Plans cubre servicios preventivos, que pueden ayudarte a mantenerte saludable. Los servicios preventivos incluyen más que solo ver a tu PCP una vez al año para un chequeo. También incluyen inmunizaciones (vacunas), análisis de laboratorio y otras pruebas o evaluaciones que te permiten a ti y a tu PCP saber si estás sano o si tienes algún problema de salud. Visita a tu PCP para servicios preventivos. Él o ella guiarán tu atención médica de acuerdo con las últimas recomendaciones de cuidado.

Las miembros también pueden ir a un OB/GYN participante para su prueba de Papanicolaou y examen pélvico y para obtener una receta para una mamografía.

Exámenes físicos

Debes realizar un examen físico con tu PCP al menos una vez al año. Esto ayudará a tu PCP a encontrar cualquier problema que no conozcas. Tu PCP puede ordenar exámenes basados en tu historial de salud, edad y sexo. Tu PCP también verificará si estás al día con las inmunizaciones y los servicios preventivos para ayudarte a mantenerte saludable.

Si no estás seguro de si estás al día con tus necesidades de atención médica, llama a tu PCP o a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477). Servicios para Miembros también puede ayudarte a programar una cita con tu PCP.

Nueva tecnología médica

Health Partners Plans puede cubrir nuevas tecnologías médicas como procedimientos y equipos si así lo solicita tu PCP o especialista. Health Partners Plans quiere asegurarse

de que las nuevas tecnologías médicas sean seguras, efectivas y adecuadas para ti antes de aprobar el servicio.

Antes de que Health Partners Plans apruebe nuevos tratamientos, medicamentos o equipos que aún se consideran experimentales, la solicitud se somete a los siguientes procesos:

- Solicitamos que el proveedor presente una descripción narrativa detallada del servicio o artículo.
- Verificamos que las Regulaciones Federales y Estatales existentes no impidan la cobertura.
- Investigamos los datos disponibles a través de recursos médicos en línea para obtener información más detallada sobre el servicio o artículo que incluye, entre otros:
 - Estado de aprobación de la FDA
 - Literatura revisada por pares

Si necesitas más información sobre nuevas tecnologías médicas, llama a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Atención médica domiciliaria

Health Partners Plans cubre la atención médica domiciliaria brindada por una agencia de atención domiciliaria. La atención médica domiciliaria es la atención brindada en tu hogar e incluye servicios de enfermería especializada; ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse y comer; y terapia física, del habla y ocupacional. Tu médico debe solicitar atención médica domiciliaria.

Si eres mayor de 21 años, no hay límites en la cantidad de visitas de atención médica domiciliaria que puedes recibir.

Health Partners Plans tiene un programa que incluye visitas de atención médica domiciliaria directamente relacionadas con una necesidad especial de atención médica para nuestros niños y adultos en situaciones médicamente complejas. Estos servicios se proporcionan una vez que son aprobados por necesidad médica en coordinación con el proveedor del miembro que los solicita.

Debes comunicarte con Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) si se te aprobó la atención médica domiciliaria y dicha atención no se brinda según lo aprobado.

Hogares Médicos Centrado en el Paciente

Un hogar médico u hogar de salud centrado en el paciente es un enfoque de equipo para brindar atención médica. No es un edificio, casa o servicio de atención médica domiciliaria. Si el consultorio de tu médico es un Centro médico centrado en el paciente, cuenta con un equipo comprometido con ayudarte. Pueden ayudarte a programar la atención de seguimiento después de un

alta hospitalaria, conectarte con recursos comunitarios si necesitas alimentos, vivienda o asistencia financiera, y crear un plan de atención con actividades y objetivos de seguimiento.

Tratamiento de enfermedades

Health Partners Plans tiene programas voluntarios de coordinación para ayudarte a cuidarte mejor si tienes una de las condiciones de salud que se detallan a continuación. Health Partners Plans tiene coordinadores de atención que trabajarán contigo y tus proveedores para asegurarse que recibas los servicios que necesitas. No necesitas una remisión de tu PCP para estos programas, y no hay copago.

Health Partners Plans cuenta con programas de coordinación de la atención (administración de casos) para ayudarte a administrar tus necesidades de atención médica. El equipo incluye enfermeras, trabajadores sociales y personal no clínico. No necesitas una remisión para ningún programa, no hay copago y todos los programas son voluntarios.

- Baby Partners es el programa de maternidad que sigue a las futuras madres desde la primera notificación de embarazo hasta 60 días después de la fecha de parto.
- Coordinación de la atención pediátrica es el programa para niños menores de 21 años en el que se ofrece asistencia a padres y tutores para promover todos los hitos y condiciones importantes de la atención médica desde el nacimiento hasta los 21 años. La unidad mejorada de apoyos a miembros también sigue a los niños que requieren cuidado por turno. (Consulte la Sección 5).
- Coordinación de la atención para adultos proporciona coordinación de los servicios para adultos y niños bajo la Coordinación de la atención pediátrica con cualquier enfermedad, ya sea asma, diabetes, EPOC, cardiopatías, VIH o condiciones múltiples. El personal proporciona educación sobre la salud, coordinación de servicios de atención médica, conexión con programas de apoyo comunitario y conexiones con necesidades de atención de salud conductual.
- Clinical Connections es responsable de las evaluaciones de alta para asegurarse de que los miembros realicen la transición de manera segura a casa y ayuda a los miembros a programar la importante visita a su PCP de 7 días después del alta o la visita de un especialista. Esta unidad también proporcionará educación específica para la enfermedad y seguimiento de evaluación de riesgos de salud y puede conectar a los miembros a servicios de coordinación de atención adicionales según sea necesario.

Todo el personal de estos programas puede ayudar con:

- Coordinación de PCP y citas con especialistas, así como tu selección.
- Transporte.
- Recursos alimenticios.
- Asesoramiento nutricional.
- Comprensión de algunos exámenes importantes.
- Revisión de las instrucciones de alta.
- Coordinación de servicios de atención domiciliaria y equipos médicos duraderos.
- Remisión de salud conductual y coordinación de los servicios necesarios.
- Suministro de medicamentos.
- Explicación de los servicios de Medicaid incluyendo la presentación de reclamos y quejas.
- Necesidades de planificación de vida.
- Asesoramiento para dejar de fumar y educación sobre recursos.
- Participación en reuniones del equipo interinstitucional según lo solicitado.
- Ponerte en contacto con programas comunitarios que pueden ayudarte con problemas que afectan tu salud y bienestar.

Al seguir el plan de atención de tu proveedor y conocer tu condición, puedes mantenerte más saludable. Los coordinadores de atención de Health Partners Plans están aquí para ayudarte a comprender cómo cuidarte mejor siguiendo las indicaciones de tu médico, enseñándote sobre tus medicamentos, ayudándote a mejorar tu salud y brindándote información para usar en tu comunidad. Si tienes alguna pregunta o necesitas ayuda, llama a Clinical Connections al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477).

Ampliación de servicios

Membresía para gimnasios

El ejercicio es clave para mantenerte sano y sentirte bien contigo mismo. Es por eso que Health Partners Plans ofrece membresías de gimnasio sin costo para los miembros. Visita HPPlans.com/fitness para obtener más información sobre los programas disponibles para ti.

¿Listo para comenzar?

Para comenzar, sigue estos pasos:

1. Visita HPPlans.com/fitness para obtener más información sobre tu beneficio de membresía en acondicionamiento físico y para encontrar centros de acondicionamiento físico participantes en tu área.
2. Simplemente dirígete a un centro de acondicionamiento físico participante y muestra tu tarjeta de identificación de miembro de Health Partners Plans. El personal del centro de acondicionamiento físico se encargará del resto para ayudarte a inscribirte y comenzar.

Debes firmar un formulario de inscripción de aptitud física durante tu primera visita al gimnasio. También debes seguir las reglas del gimnasio. Una vez que elijas un centro de acondicionamiento físico, no podrás elegir uno diferente durante un año. Para obtener más información, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o visita HPPlans.com/fitness.

Línea de Asistencia Médica de Teladoc las 24 horas

También puedes llamar a Teladoc, las 24 horas del día, si tienes una consulta médica no urgente. Es posible que los médicos puedan responder tu pregunta sobre salud y darte consejos para que te encargues de la condición por ti mismo. Si tienes un problema de salud más grave, pueden sugerirte que llames a tu PCP. Para comunicarte con Teladoc, llama gratis al 1-800-Teladoc (835-2362). Recuerda, si tu inquietud constituye una amenaza para la vida o si necesitas ayuda de inmediato, llama al 911 o dirígete a la sala de emergencias más cercana.

JeffConnect On Demand (no para emergencias)

Como miembro de Health Partners Plans, tienes acceso a proveedores de Jefferson las 24 horas del día, los 7 días de la semana, usando tu teléfono inteligente, tableta o computadora con cámara web. JeffConnect es una opción rápida y fácil de usar para la atención de necesidades como resfriados, gripe, tos, fiebre, síntomas de las vías urinarias, infecciones o lesiones leves. Para comenzar, descarga la aplicación JeffConnect desde el App Store o Google Play. También puedes visitar JeffConnect.org. Tendrás que crear una cuenta para poder utilizar este servicio. Se requiere conexión a Internet para este servicio.

Programa de Administración de Calidad

El programa de Administración de Calidad de Health Partners Plans supervisa y trabaja para mejorar la atención y los servicios que recibes como miembro de Health Partners Plans. Esto incluye la atención que recibes de nuestros proveedores de la red, así como los servicios que brindamos como plan de salud. Para asegurarnos de que recibas atención médica segura y de calidad que sea respetuosa de tus necesidades, nosotros:

- Enviamos encuestas para averiguar qué piensas de los servicios de Health Partners Plans y nuestra red de proveedores.
- Monitoreamos las quejas de los miembros sobre el cumplimiento del acceso a los requisitos de atención.
- Proporcionamos servicios de atención preventiva ofreciéndote consejos importantes de salud según tu edad.
- Verificamos las credenciales de nuestros proveedores de red y los que se inscriben para formar parte de nuestra red.

Cada año, Health Partners Plans pone a disposición de nuestros miembros y proveedores información sobre nuestro Programa de Administración de Calidad. Para obtener más información sobre nuestro programa de administración de calidad, llame a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)

Los servicios de EPSDT están disponibles para los niños menores de 21. A veces también se los conoce como chequeos para bebés o niños sanos. Tu hijo puede ser visto por un pediatra, un médico de familia o un CRNP. El proveedor que elijas para tu hijo será el PCP de tu hijo. El propósito de un chequeo del niño sano o del bebé sano es detectar problemas de salud lo antes posible para que puedan tratarse lo antes posible. EPSDT incluye todos los servicios cubiertos por Medicaid que son médicamente necesarios para corregir o aliviar enfermedades y condiciones físicas o mentales. Health Partners Plans cubre los servicios que se necesitan para tratar los problemas de salud que te identifican durante el examen general. Los servicios de salud conductual se proporcionan a través de tu BH-MCO. Para obtener más información sobre el tratamiento de salud conductual, consulta la página 45. Si tienes preguntas o deseas obtener más información comunícate con Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

¿Cuándo se debe completar un examen EPSDT?

Cronograma de exámenes recomendados			
De 3 a 5 días	De 0 a 1 mes	De 2 a 3 meses	De 4 a 5 meses
De 6 a 8 meses	De 9 a 11 meses	12 meses	15 meses
18 meses	24 meses	30 meses	
Los niños de 3 a 20 años deben someterse a exámenes de detección anuales.			

Los niños y adultos jóvenes deben completar sus exámenes según el calendario que se detalla anteriormente. Es importante seguir este horario incluso si tu hijo no está enfermo. Tu proveedor te indicará cuándo deben realizarse estas visitas. Los bebés y niños pequeños necesitarán varias visitas por año, mientras que los niños de 3 a 20 años necesitarán solo 1 visita por año.

¿Qué hará el proveedor durante el examen EPSDT?

Tu proveedor te hará preguntas a ti y a tu hijo, realizará pruebas y verá cuánto ha crecido tu hijo. Los siguientes servicios son algunos de los servicios que te pueden realizar durante un examen según la edad y las necesidades del niño:

- Un examen físico completo
- Vacunas
- Examen de la visión
- Análisis de orina
- Prueba de detección de plomo en la sangre
- Exámenes de detección del desarrollo
- Examen para detectar la depresión a partir de los 12 años
- Examen para detectar la depresión materna

- Examen de la audición
- Exámenes de detección del autismo
- Exámenes de detección de tuberculosis
- Examen de salud oral
- Verificación de la presión arterial
- Educación sobre salud y seguridad
- Verificación del índice de masa corporal del niño (IMC)
- Examen o asesoramiento sobre el uso de tabaco y alcohol y el uso de sustancias a partir de los 11 años

Health Partners Plans cubre los servicios que se necesitan para tratar los problemas de salud que te identifican durante el examen EPSDT.

Servicios adicionales están disponibles para niños con necesidades de atención médica especiales. Habla con tu proveedor sobre si tu hijo puede necesitar estos servicios adicionales o no.



Sección 4: Servicios fuera de la red y fuera del plan

Proveedores fuera de la red

Un proveedor fuera de la red es un proveedor que no tiene un contrato con Health Partners Plans para proporcionar servicios a los miembros de Health Partners Plans. Puede haber un momento en que necesites utilizar un médico u hospital que no esté en la red de Health Partners Plans. Si esto sucede, puedes pedirle a tu PCP que te ayude. Tu PCP tiene un número especial al que puedes llamar para solicitarle a Health Partners Plans que te permita ir a un proveedor fuera de la red. Health Partners Plans verificará si hay otro proveedor en tu área que pueda brindarle el mismo tipo de atención que tú o tu PCP creen que necesitas. Si Health Partners Plans no puede darte una opción de por lo menos 2 proveedores en tu área, Health Partners Plans cubrirá los servicios médicamente necesarios proporcionados por el proveedor fuera de la red.

Recibir atención médica mientras te encuentras fuera del área de servicio de Health Partners Plans

Si te encuentras fuera del área de servicio de Health Partners Plans y tienes una emergencia médica, ve a la sala de emergencias más cercana o llama al 911. Para condiciones médicas de emergencia, no es necesario que obtengas la aprobación de Health Partners Plans para recibir atención. Si necesitas que te admitan en el hospital, debes informarle a tu PCP.

Si necesitas atención para una condición que no sea de emergencia mientras te encuentras fuera del área de servicio, llama a tu PCP o a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477), quienes te ayudarán a obtener la atención más adecuada.

Health Partners Plans no pagará por los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Servicios fuera del plan

Puedes ser elegible para recibir servicios que no sean los proporcionados por Health Partners Plans. A continuación, se detallan algunos servicios que están disponibles pero que no están cubiertos por Health Partners Plans. Si deseas ayuda para obtener estos servicios, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Transporte médico que no sea de emergencia

Health Partners Plans no cubre el transporte médico que no sea de emergencia para la mayoría de los miembros

de HealthChoices. Health Partners Plans puede ayudarte a organizar el transporte a citas de servicios cubiertos a través de programas como Shared Ride o MATP que se describen a continuación.

Health Partners Plans cubre el transporte médico que no sea de emergencia si:

- Vives en un asilo de ancianos y necesitas ir a cualquier cita médica o centro de atención de urgencia o farmacia para recibir cualquier servicio de asistencia médica, DME o medicamentos.
- Necesitas transporte médico especializado que no sea de emergencia, como por ejemplo si necesitas usar una camilla para ir a tu cita.

Si tienes preguntas sobre el transporte médico que no sea de emergencia, llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Programa de Transporte de Asistencia Médica

El MATP proporciona transporte que no es de emergencia hacia y desde proveedores médicos y farmacias de tu elección que estén disponibles y sean utilizados por otros residentes de tu comunidad. Este servicio se proporciona sin costo para ti. El MATP en el condado en el que vives determinará tu necesidad del programa y te proporcionará el tipo de transporte adecuado para ti. Los servicios de transporte generalmente se brindan de las siguientes maneras:

- Donde haya transporte público disponible, como autobuses, metros o trenes, MATP te proporciona fichas o pases, o te reembolsa el transporte público si vives a 1/4 de milla de una parada de servicio de ruta fija.
- Si tú u otra persona tienen un automóvil que puedas usar para llegar a tu cita, MATP puede pagarte un monto por milla más estacionamiento y peajes con recibos válidos.
- Cuando el transporte público no está disponible o no es adecuado para ti, MATP ofrece servicios de transporte en vehículos para tránsito, que incluyen camionetas, camionetas con elevadores o taxis. Por lo general, el vehículo tendrá más de 1 conductor con diferentes horarios y ubicaciones para recoger y dejar pasajeros.

Si necesitas transporte a una cita médica o a la farmacia, comunícate con tu MATP local para obtener más información y registrarte para recibir servicios. Puedes encontrar una lista completa de la información de contacto de MATP del condado aquí: <http://matp.pa.gov/CountyContact.aspx> o consultar la lista en esta página

MATP confirmará con Health Partners Plans o con el consultorio del médico que la cita médica para la que necesitas transporte es un servicio cubierto. Health Partners Plans trabaja con MATP para ayudarte a organizar el transporte. También puedes llamar a Servicios para

Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para obtener más información.

Condado	Número de teléfono	Número gratuito
Adams	717-846-7433	800-632-9063
Allegheny	412-350-4476	888-547-6287
Armstrong	724-548-3408	800-468-7771
Beaver	724-375-2895	800-262-0343
Bedford	814-623-9129	800-323-9997
Berks	610-921-2361	800-383-2278
Blair	814-695-3500	800-458-5552
Bradford	570-888-7330	800-242-3484
Bucks	215-794-5554	888-795-0740
Butler	724-431-3663	866-638-0598
Cambria	814-535-4630	888-647-4814
Cameron	866-282-4968	866-282-4968
Carbon	570-669-6380	570-669-6380
Centre	814-355-6807	814-355-6807
Chester	610-344-5545	877-873-8415
Clarion	814-226-7012	800-672-7116
Clearfield	814-765-1551	800-822-2610
Clinton	570-323-7575	800-206-3006
Columbia	717-846-7433	800-632-9063
Crawford	814-333-7090	800-210-6226
Cumberland	717-846-7433	800-632-9063
Dauphin	717-232-7009	800-309-8905
Delaware	610-490-3960	610-490-3960
Elk	866-282-4968	866-282-4968
Erie	814-456-2299	814-456-2299
Fayette	724-628-7433	800-321-7433
Forest	814-927-8266	800-222-1706
Franklin	717-846-7433	800-632-9063
Fulton	717-485-6767	888-329-2376
Greene	724-627-6778	877-360-7433
Huntingdon	814-641-6408	800-817-3383
Indiana	724-465-2140	800-524-2766
Jefferson	814-938-3302	877-411-0585
Juniata	717-242-2277	800-348-2277
Lackawanna	570-963-6482	570-963-6482
Lancaster	717-291-1243	800-892-1122
Lawrence	724-658-7258	888-252-5104
Lebanon	717-273-9328	717-273-9328
Lehigh	610-253-8333	888-253-8333
Luzerne	570-288-8420	800-679-4135
Lycoming	570-323-7575	800-222-2468
Mckean	866-282-4968	866-282-4968

Condado	Número de teléfono	Número gratuito
Mercer	724-662-6222	800-570-6222
Mifflin	717-242-2277	800-348-2277
Monroe	570-839-6282 ext. 434	888-955-6282
Montgomery	215-542-7433	215-542-7433
Montour	717-846-7433	800-632-9063
Northampton	610-253-8333	888-253-8333
Northumberland	717-846-7433	800-632-9063
Perry	717-846-7433	800-632-9063
Philadelphia	877-835-7412	877-835-7412
Pike	570-296-3408	866-681-4947
Potter	814-544-7315	800-800-2560
Schuylkill	570-628-1425	888-656-0700
Snyder	717-846-7433	800-632-9063
Somerset	814-701-3691	800-452-0241
Sullivan	570-888-7330	800-242-3484
Susquehanna	570-278-6140	866-278-9332
Tioga	570-888-7330	800-242-3484
Union	717-846-7433	800-632-9063
Venango	814-432-9767	814-432-9767
Warren	814-723-1874	877-723-9456
Washington	724-223-8747	800-331-5058
Wayne	570-253-4280	800-662-0780
Westmoreland	724-832-2706	800-242-2706
Wyoming	570-278-6140	866-278-9332
York	717-846-7433	800-632-9063

Programa para mujeres, infantes y niños

El Programa de nutrición complementaria especial para mujeres, infantes y niños (WIC) proporciona alimentos saludables y servicios de nutrición a bebés, niños menores de 5 años y mujeres que están embarazadas, han dado a luz o están amamantando. WIC los ayuda a ti y a tu bebé a comer bien enseñándote sobre la buena nutrición y dándote beneficios para utilizar en las tiendas de comestibles. WIC también proporciona información y apoyo sobre la lactancia para ayudarte a tener éxito en tu época de lactancia. Puede solicitarle a su proveedor de atención de maternidad una solicitud de WIC en su próxima visita o llamar al 1-800-WIC-WINS (1-800-942-9467). Para obtener más información o para complete una solicitud previa, visita el sitio web de WIC en www.pawic.com.

Crisis de violencia doméstica y prevención

La violencia doméstica es un patrón de comportamiento en el que una persona trata de ganar poder o control sobre otra persona en una relación familiar o íntima.

Hay muchos tipos diferentes de violencia doméstica. Algunos ejemplos incluyen:

- Abuso emocional
- Violencia física
- Acoso
- Violencia sexual
- Abuso financiero
- Abuso verbal
- Abuso de las personas mayores
- Violencia de la pareja más tarde en la vida
- Violencia de la pareja
- Violencia doméstica en la comunidad LGBTQIA+

Se usan muchos nombres diferentes para hablar sobre la violencia doméstica. Se le puede llamar: abuso; violencia doméstica; agresión; violencia de pareja; o violencia familiar, conyugal, de pareja o de citas.

Si te están sucediendo alguna de estas cosas, o te han sucedido, o le tienes miedo a tu pareja, puedes estar en una relación abusiva.

La violencia doméstica es un crimen y las protecciones legales están disponibles para ti. Dejar una relación violenta no es fácil, pero tú puedes obtener ayuda.

Dónde obtener ayuda:

Línea Directa Nacional de Violencia Doméstica

1-800-799-7233 (SAFE)

1-800-787-3224 (TTY)

Coalición de Pennsylvania contra la Violencia Doméstica

Los servicios prestados a las víctimas de violencia doméstica incluyen: intervención de crisis; asesoramiento; ir a citas con la policía, médicos y la corte; y refugio temporal de emergencia para las víctimas y sus hijos dependientes. También ofrecen programas de prevención y educación para reducir el riesgo de violencia doméstica en la comunidad. 1-800-932-4632 (en Pennsylvania).

Violencia sexual y crisis por violación sexual

La violencia sexual incluye cualquier tipo de contacto sexual no deseado, palabras o acciones de naturaleza sexual que van en contra de la voluntad de una persona. Una persona puede usar fuerza, amenazas, manipulación o persuasión para cometer violencia sexual. La violencia sexual puede incluir:

- Violación sexual
- Abuso sexual
- Incesto
- Abuso sexual infantil
- Violación sexual cometida en una cita y violación perpetrada por una persona conocida
- Contacto sexual a tientas o caricias sexuales no deseadas
- Sexting (envío, recepción o reenvío de mensajes, fotografías o imágenes sexualmente explícitas desde cualquier dispositivo digital) sin permiso
- Abuso ritual
- Explotación sexual comercial (por ejemplo: prostitución)
- Acoso sexual
- Discriminación de personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero, queer, intersexuales o asexuales (LGBTQIA) más hostigamiento
- Mostrarles los genitales o el cuerpo desnudo a otras personas y voyeurismo (el acto de observar, fotografiar o filmar a otra persona en un acto sexual o privado sin tu conocimiento o permiso)
- Participación forzada en la producción de pornografía

Los sobrevivientes de violencia sexual pueden tener reacciones físicas, mentales o emocionales a la experiencia. Un sobreviviente de violencia sexual puede sentirse solo, asustado, avergonzado y teme que nadie le creerá. Sanar puede tomar tiempo, pero puede suceder.

Dónde obtener ayuda:

Los centros de crisis por violación sexual de Pennsylvania brindan servicios a todos los adultos y niños. Los servicios incluyen:

- Asesoramiento gratuito y confidencial sobre crisis las 24 horas del día.
- Servicios para la familia, amigos, parejas o cónyuges de un sobreviviente.
- Información y remisiones a otros servicios en tu área y programas de educación preventiva.

Llama al 1-888-772-7227 o visita el siguiente enlace para comunicarte con tu centro local de crisis de violación sexual.

Coalición de Pennsylvania contra la Violación Sexual (www.pcar.org)

Servicios de intervención temprana

Mientras que todos los niños crecen y se desarrollan de manera única, algunos niños experimentan retrasos en su desarrollo. Los niños con retrasos en el desarrollo y discapacidades pueden beneficiarse del Programa de Intervención Temprana.

El Programa de Intervención Temprana brinda apoyo y servicios a las familias con niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad que tienen retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios se brindan en entornos naturales, que son entornos en donde un niño estaría si no tuviese un retraso en el desarrollo o discapacidad.

Los apoyos y servicios de Intervención Temprana están diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de los niños con discapacidades, así como las necesidades de la familia. Estos servicios y apoyos abordan las siguientes áreas:

- Desarrollo físico, incluida la visión y la audición
- Desarrollo cognitivo
- Desarrollo de comunicación
- Desarrollo emocional y social
- Desarrollo adaptativo

Los padres que tengan preguntas sobre el desarrollo de su hijo pueden comunicarse con la Línea de ayuda de CONNECT al 1-800-692-7288 o visitar www.papromiseforchildren.com. La Línea de ayuda CONNECT ayuda a las familias a localizar recursos y proporcionar información sobre el desarrollo infantil para niños desde el nacimiento hasta los 5 años. Además, CONNECT puede ayudar a los padres a ponerse en contacto con el Programa de Intervención Temprana de su condado o el Programa de Intervención Temprana preescolar local.

Sección 5: Apoyo mejorado para miembros



Unidad de apoyo mejorada para miembros

Health Partners Plans quiere asegurarse de que todos nuestros miembros reciban la atención que necesitan. Contamos con administradores de casos capacitados en la Unidad de apoyo mejorada para miembros de Health Partners Plans que ayudan a nuestros miembros con necesidades sociales especiales relacionadas con la salud o la atención médica a tener acceso a la atención que necesitan. Los administradores de casos de la unidad de ayuda para miembros con discapacidades físicas o de comportamiento, enfermedades complejas o crónicas y otras necesidades especiales de atención médica o necesidades sociales relacionadas con la salud. Health Partners Plans entiende que tú y tu familia pueden necesitar ayuda con problemas que pueden no estar directamente relacionados con tus necesidades de atención médica. La Unidad de apoyo mejorada para miembros puede ayudarte a encontrar programas y agencias en la comunidad que pueden ayudarte a ti y a tu familia a abordar estas necesidades.

Se alienta a los nuevos miembros a completar una encuesta de salud. Al completar la encuesta, nos ayudas a comprender tu atención médica y tus necesidades sociales relacionadas con la salud, y a desarrollar un plan para satisfacer esas necesidades.

Si crees que tú o alguien de tu familia tiene una necesidad social especial de atención médica o relacionada con la salud, y deseas que la Unidad de apoyo mejorada para miembros te ayude, comunícate con ellos llamando al 1-866-500-4571 e ingresando tu identificación de miembro

cuando te la soliciten. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477.

El personal de la Unidad de apoyo para miembros está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Si necesitas ayuda cuando el personal de la Unidad mejorada de apoyos para miembros no esté disponible, puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Administración de la atención

Nuestra Unidad de apoyo mejorada para miembros tiene coordinadores de atención que trabajan contigo, tus cuidadores, tu equipo de atención y otras personas, según se indique, para ayudarte a acceder a los servicios médicos, emocionales, sociales, educativos y otros servicios necesarios que necesitas para respaldar tu salud y asegurarte de que estás recibiendo la atención adecuada.

Nuestros programas te apoyan en cualquier etapa. Programas de administración de la atención:

- Baby Partners: Ayuda a las mujeres embarazadas y a las nuevas madres a obtener la atención que necesitan.
- Coordinación de atención pediátrica: Ayuda a padres y tutores a coordinar la atención y las necesidades sociales de sus hijos.
- Coordinación de la atención de adultos: Ayuda a los miembros mayores de 21 años a coordinar sus necesidades de atención y atención compleja.

Puedes ser elegible para participar en estos programas. La participación es voluntaria

Coordinación de la atención

La Unidad de apoyo mejorada para miembros de Health Partners Plans te ayudará a coordinar la atención para ti y tu familia que son miembros de Health Partners Plans. Además, Health Partners Plans puede ayudarte a conectarte con otros programas estatales y locales. Si necesitas ayuda con cualquier parte de tu atención; la atención de tu hijo; o coordinar esa atención con otro programa estatal, del condado o local; comunícate con la Unidad de apoyo mejorada para miembros de Health Partners Plans para recibir asistencia. La Unidad de apoyo mejorada para miembros de Health Partners Plans también ayudará a los miembros en la transición de la atención de los servicios recibidos en un hospital o entorno médico temporal a la atención recibida en el hogar. Queremos que nuestros miembros puedan regresar de manera segura a sus hogares lo antes posible. Trabajaremos con su equipo de atención médica y con usted durante su estadía en el hospital y una vez que reciba el alta hospitalaria. También puedes comunicarte con la Unidad de apoyo mejorada para miembros de Health Partners Plans para obtener ayuda para recibir atención en tu hogar.

Exenciones basadas en el hogar y en la comunidad y servicios y ayuda a largo plazo

La Oficina de Programas de Desarrollo (ODP) administra la Exención consolidada, la Exención de vida comunitaria, la Exención de apoyo dirigido a personas/familias, la Exención de adultos con autismo y la Exención del Programa de autismo comunitario para adultos (ACAP) para personas con discapacidades intelectuales y autismo. Si tienes preguntas sobre cualquiera de estos programas, puedes comunicarte con la Línea Directa de Servicio al Cliente de la ODP al 1-888-565-9435, o solicitar asistencia de la Unidad mejorada de apoyos para miembros en Health Partners Plans.

La Oficina de Vida a Largo Plazo (OLTL) administra servicios para personas mayores y personas con discapacidades físicas. Esto incluye el Programa Community HealthChoices (CHC).

El programa CHC es un programa de atención médica administrado por el programa de atención para las personas que también tienen la cobertura de Medicare o que necesitan los servicios de un centro de enfermería o una exención basada en el hogar y la comunidad.

Si tienes preguntas sobre qué servicios están disponibles y cómo presentar una solicitud, puedes comunicarte con la Línea de ayuda para participantes de la OLTL al 1-800-757-5042, la Línea de ayuda de CHC al 1-844-824-3655 o solicitar asistencia de la Unidad mejorada de apoyos para miembros de Health Partners Plans al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477).

Crianza temporal médica

La Oficina de Niños, Jóvenes y Familias tiene la supervisión de la crianza temporal médica para niños bajo la autoridad de los programas para niños y jóvenes del condado. Si tienes preguntas sobre este programa, comunícate con la Unidad mejorada de apoyos para miembros al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477).



Sección 6: Directivas por anticipado

Directivas por anticipado

Existen 2 tipos de directivas por anticipado: Testamentos vitales y poder notarial de atención médica. Estos permiten que se respeten tus deseos si no puedes decidir o hablar por ti mismo. Si tienes un testamento vital o un poder notarial de atención médica, debes dárselo a tu PCP, a otros proveedores y a un familiar o amigo de confianza para que conozcan tus deseos.

Si se modifican las leyes con respecto a las directivas por anticipado, Health Partners Plans te informará por escrito cuál es el cambio dentro de los 90 días posteriores al cambio. Para obtener información sobre las políticas de Health Partners Plans sobre directivas por anticipado, llama al Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o visita el sitio web de Health Partners Plans en www.HPPlans.com.

Testamentos vitales

Un testamento vital es un documento creado por ti. Establece qué tipo de atención médica deseas y no deseas recibir si no puedes informar a tu médico u otros proveedores sobre el tipo de atención que deseas. Tu médico debe tener una copia y debe decidir que no puedes tomar decisiones por ti mismo para que se use un testamento vital. Puedes revocar o cambiar un testamento vital en cualquier momento.

Poder notarial de atención médica

Un poder notarial de atención médica es también llamado poder notarial duradero. Un poder notarial de atención médica o un poder notarial duradero es un documento en el que le otorgas a otra persona el poder de tomar decisiones de tratamiento médico por ti si tú no puedes hacerlo por cuestiones físicas o mentales. También establece qué debe suceder para que el poder notarial pueda entrar en vigencia. Para crear un poder notarial de atención médica, es posible que no necesites obtener ayuda legal. Puedes comunicarte con tu coordinador de atención de Health Partners Plans para obtener más información o para obtener instrucciones para los recursos en tu área. Llama al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477) si no tienes un coordinador de atención.

Qué hacer si un proveedor no sigue tu directiva por anticipado

Los proveedores no tienen que seguir tus directivas por anticipado si no están de acuerdo con ella por cuestiones de conciencia. Si tu PCP u otro proveedor no quiere seguir tus directivas por anticipado, Health Partners Plans te ayudará a encontrar un proveedor que cumpla con tus deseos. Llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) si necesitas ayuda para encontrar un nuevo proveedor.

Si un proveedor no sigue tus directivas por anticipado, puedes presentar una queja. Consulta la página 47 de la Sección 8, Quejas, reclamos y audiencias justas, de este Manual para obtener información detallada sobre cómo presentar una queja o llama a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).



Sección 7:

Servicios de salud conductual

Atención de salud conductual

Los servicios de salud conductual incluyen tanto los servicios de salud mental como los servicios para trastornos por consumo de sustancias. Estos servicios se brindan a través de organizaciones de atención administrada de salud del comportamiento (BH-MCO) supervisadas por los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMHSAS) de la Oficina del Departamento de Servicios Humanos. La información de contacto de la BH-MCO se detalla a continuación. También puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) para obtener información de contacto para tu BH-MCO.

Condado	Proveedor de salud conductual	Número de teléfono
Adams	Community Care Behavioral Health	1-866-738-9849
Allegheny	Community Care Behavioral Health	1-800-553-7499
Armstrong	Carelon Health of Pennsylvania	1-877-688-5969
Beaver	Carelon Health of Pennsylvania	1-877-688-5970
Bedford	Community Care Behavioral Health	1-866-483-2908
Berks	Community Care Behavioral Health	1-866-292-7886
Blair	Community Care Behavioral Health	1-855-520-9715
Bradford	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Bucks	Magellan Behavioral Health of PA	1-877-769-9784
Butler	Carelon Health of Pennsylvania	1-877-688-5971
Cambria	Magellan Behavioral Health of PA	1-800-424-0485
Cameron	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Carbon	Community Care Behavioral Health	1-866-473-5862
Centre	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Chester	Community Care Behavioral Health	1-866-622-4228
Clarion	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Clearfield	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Clinton	Community Care Behavioral Health	1-855-520-9787

Condado	Proveedor de salud conductual	Número de teléfono
Columbia	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Crawford	Carelon Health of Pennsylvania	1-866-404-4561
Cumberland	PerformCare	1-888-722-8646
Dauphin	PerformCare	1-888-722-8646
Delaware	Community Care Behavioral Health	1-833-577-2682
Elk	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Erie	Community Care Behavioral Health	1-855-224-1777
Fayette	Carelon Health of Pennsylvania	1-877-688-5972
Forest	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Franklin	PerformCare	1-866-773-7917
Fulton	PerformCare	1-866-773-7917
Greene	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Huntingdon	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Indiana	Carelon Health of Pennsylvania	1-877-688-5974
Jefferson	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Juniata	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Lackawanna	Community Care Behavioral Health	1-866-668-4696
Lancaster	PerformCare	1-888-722-8646
Lawrence	Carelon Health of Pennsylvania	1-877-688-5975
Lebanon	PerformCare	1-888-722-8646
Lehigh	Magellan Behavioral Health of PA	1-866-238-2311
Luzerne	Community Care Behavioral Health	1-866-668-4696
Lycoming	Community Care Behavioral Health	1-855-520-9787
Mckean	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Mercer	Carelon Health of Pennsylvania	1-866-404-4561
Mifflin	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Monroe	Community Care Behavioral Health	1-866-473-5862
Montgomery	Magellan Behavioral Health of PA	1-877-769-9782

Condado	Proveedor de salud conductual	Número de teléfono
Montour	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Northampton	Magellan Behavioral Health of PA	1-866-238-2312
Northumberland	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Perry	PerformCare	1-888-722-8646
Philadelphia	Community Behavioral Health	1-888-545-2600
Pike	Community Care Behavioral Health	1-866-473-5862
Potter	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Schuylkill	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Snyder	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Somerset	Community Care Behavioral Health	1-866-483-2908
Sullivan	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Susquehanna	Community Care Behavioral Health	1-866-668-4696
Tioga	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Union	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Venango	Carelon Health of Pennsylvania	1-866-404-4561
Warren	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Washington	Carelon Health of Pennsylvania	1-877-688-5976
Wayne	Community Care Behavioral Health	1-866-878-6046
Westmoreland	Carelon Health of Pennsylvania	1-877-688-5977
Wyoming	Community Care Behavioral Health	1-866-668-4696
York	Community Care Behavioral Health	1-866-542-0299

Puedes llamar a tu BH-MCO sin cargo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesitas una remisión de tu PCP para obtener servicios de salud conductual, pero tu PCP trabajará con tu BH-MCO y proveedores de salud conductual para ayudarte a obtener la atención que mejor se adapte a tus necesidades. Debes informar a tu PCP si tú, o alguien de tu familia, tiene un problema de salud mental o de drogas y alcohol.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Servicios de salud conductual intensiva (IBHS) (niños y adolescentes)
- Servicios de apoyo con clozapina (Clozaril)
- Servicios hospitalarios de desintoxicación de drogas y alcohol para pacientes hospitalizados (adolescentes y adultos)
- Servicios hospitalarios de desintoxicación de drogas y alcohol para pacientes hospitalizados (adolescentes y adultos)
- Servicios ambulatorios contra la droga y el alcohol
- Servicios de mantenimiento de drogas y alcohol con metadona
- Servicios de salud mental basados en la familia
- Servicios de análisis (cuando se relaciona con un diagnóstico de salud conductual y lo prescribe un profesional de la salud conductual)
- Servicios de intervención en crisis de salud mental
- Hospitalización de pacientes de salud mental
- Servicios ambulatorios de salud mental
- Servicios de hospitalización parcial de salud mental
- Servicios de apoyo de pares
- Instalaciones de tratamiento residencial (niños y adolescentes)
- Servicios de administración de casos específicos

Si tienes preguntas sobre el transporte para ir a las citas para cualquiera de estos servicios, comunícate con tu BH-MCO.



Sección 8: Quejas, reclamos y audiencias justas

Quejas, reclamos y audiencias justas

Si un proveedor o Health Partners Plans hace algo con lo que estás inconforme o en desacuerdo, puedes comunicarle a Health Partners Plans o al Departamento de Servicios Humanos sobre qué estás inconforme o en desacuerdo con lo que haya hecho el proveedor o Health Partners Plans. Esta sección describe lo que puedes hacer y lo que pasará.

Quejas

¿Qué es una queja?

Una queja se da cuando le comunicas a Health Partners Plans que estás inconforme con Health Partners Plans o con tu proveedor o estás en desacuerdo con una decisión tomada por Health Partners Plans.

Algunas de las cuestiones por las que te puedes quejar:

- Estás inconforme con el cuidado que estás recibiendo.
- No puedes obtener el servicio o el artículo que quieres porque es un servicio o artículo no cubierto.
- No has recibido los servicios aprobados por Health Partners Plans.
- Se te negó una solicitud de estar en desacuerdo con la decisión sobre tener que pagarle a tu proveedor.

Queja de primer nivel

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Para presentar una queja de primer nivel:

- Llama a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) e informa tu queja a Health Partners Plans, o bien
- Escribe tu queja y envíala a Health Partners Plans utilizando uno de los métodos que se indican a continuación, o bien
- Si recibes un aviso de Health Partners Plans explicando que la decisión de Health Partners Plans y el aviso incluye un formulario de Solicitud de queja/reclamo, llena el formulario y envíalo a Health Partners Plans usando uno de los métodos a continuación.

Información de contacto de Health Partners Plans para quejas:

Por correo a Health Partners Plans
Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Por fax al 215-991-4105

Por correo electrónico seguro* a QuickCGA@jeffersonhealthplans.com.

* Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean cifrados por el remitente, no debes incluir información de identificación personal, como tu fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que cifres el correo electrónico.

Tu proveedor puede presentar una queja por ti si le das tu consentimiento por escrito.

¿Cuándo debería presentar una queja de primer nivel?

Algunas quejas tienen un límite de tiempo para presentarlas. Debes presentar una queja dentro de los **60 días de recibir un aviso** explicándote que:

- Health Partners Plans ha decidido que no puedes obtener el servicio o artículo que deseas porque es un servicio o artículo que no está cubierto.
- Health Partners Plans no le pagará a un proveedor por el servicio o artículo que recibiste.
- Health Partners no te informó sobre su decisión sobre una queja o reclamo que le informaste a Health Partners aproximadamente en un plazo de 30 días desde que Health Partners Plans recibió tu queja o reclamo.
- Health Partners Plans ha denegado tu solicitud por estar en desacuerdo con la decisión de Health Partners Plans de que debes pagarle a tu proveedor.

Debes presentar una queja **dentro de los 60 días desde la fecha en que se suponía que debías obtener el servicio o el artículo** si no obtuviste dicho servicio ni el artículo. El tiempo en el cual debes recibir un servicio o artículo se detalla a continuación:

Cita de miembro nuevo para tu primer examen...	Programaremos una cita para ti...
miembros con sida/VIH	con un PCP o especialista no más de 7 días después de convertirte en un miembro de Health Partners Plans, salvo que ya estés siendo tratado por un PCP o un especialista.
miembros que reciben una Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	con un PCP o especialista no más de 45 días después de convertirte en un miembro de Health Partners Plans, salvo que ya estés siendo tratado por un PCP o un especialista.
miembros menores a los 21 años	con un PCP para un examen EPSDT no más de 45 días después de convertirte en un miembro de Health Partners Plans, salvo que ya estés siendo tratado por un PCP o un especialista.
todos los demás miembros	con un PCP no más de 3 semanas después de convertirte en un miembro de Health Partners Plans.
Miembros embarazadas:	Programaremos una cita para ti...
mujeres embarazadas en su primer trimestre	con proveedor para servicios de OB/GYN dentro de los 10 días hábiles de que se le informa a Health Partners Plans que estás embarazada
mujeres embarazadas en su segundo trimestre	con proveedor para servicios de OB/GYN en un plazo de 5 días hábiles de que se le informa a Health Partners Plans que estás embarazada.
mujeres embarazadas en su tercer trimestre	con proveedor para servicios de OB/GYN en un plazo de 4 días hábiles de que se le informa a Health Partners Plans que estás embarazada.
mujeres embarazadas con embarazo de alto riesgo	con proveedor para servicios de OB/GYN en un plazo de 24 horas de que se le informa a Health Partners Plans que estás embarazada.
Cita con...	Se debe programar una cita...
PCP condición médica urgente cita de rutina evaluación de salud/salud general examinación física	dentro de las 24 horas. dentro de los 10 días hábiles. dentro de las 3 semanas
Especialistas (cuando eres remitido por un PCP) condición médica urgente	dentro de las 24 horas de la remisión

una cita rutinaria con uno de los siguientes especialistas:	dentro de los 15 días hábiles de la remisión
• Otorrinolaringología • Dermatología • Endocrinología pediátrica • Cirugía general pediátrica • Enfermedades infecciosas pediátricas • Neurología pediátrica • Neumología pediátrica • Reumatología pediátrica • Dentista • Cirugía ortopédica • Alergia e inmunología pediátrica • Gastroenterología pediátrica • Hematología pediátrica • Nefrología pediátrica • Oncología pediátrica • Medicina de rehabilitación pediátrica • Urología pediátrica • Odontología pediátrica	
cita rutinaria con otros especialistas	dentro de los 10 días hábiles de la remisión
Puedes presentar todas las demás quejas en cualquier momento.	

¿Qué ocurre después de presentar una queja de primer nivel?

Después de que presentas tu queja, recibirás una carta de Health Partners Plans explicándote que Health Partners Plans ha recibido tu queja, y sobre el proceso de revisión de quejas de primer nivel.

Puedes solicitarle a Health Partners Plans, gratuitamente, ver cualquier información que Health Partners Plans tenga sobre el problema del que trata tu queja. Además, puedes enviarle a Health Partners Plans información que tengas sobre tu queja.

Puedes estar presente en la revisión de la queja, si lo deseas. Health Partners Plans te informará sobre el lugar, la fecha y el tiempo de la revisión de la queja con por lo menos 10 días de anticipación a la revisión de la queja. Puedes estar presente en la revisión de la queja en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decides no estar presente en la revisión de la queja, eso no afectará la decisión.

Un comité de 1 o más personas del personal de Health Partners Plans, los cuales no estuvieron involucrados y no trabajan para una persona que estuvo involucrada con el problema del cual trata tu queja, se reunirá para tomar una decisión sobre tu queja. Si la queja es sobre un problema clínico, un médico o dentista certificado estará en el comité. Health Partners Plans te enviará por correo un aviso en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que Health Partners Plans recibió la queja, a menos que hayas solicitado que Health Partners Plans demore catorce (14) días adicionales en tomar una decisión sobre la queja. Dicho aviso también te explicará

qué hacer en caso de no estar acuerdo con la decisión.

Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso de la queja, consulta la página 47.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo los servicios o artículos que se están reduciendo, cambiando o denegando y presentas una queja que lleve matasellos o que Health Partners Plans reciba en un plazo de 15 días a partir de la fecha del aviso en el que se te informa de que los servicios o artículos que has estado recibiendo no son servicios o artículos cubiertos para ti, los servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Health Partners Plans?

Puedes solicitar una revisión externa de la queja, una audiencia justa, o una revisión externa de la queja y una audiencia justa si la queja se trata sobre uno de los siguientes puntos:

- Health Partners Plans ha decidido que no puedes obtener el servicio o artículo que quieres porque no es un servicio o artículo que esté cubierto.
- Health Partners Plans ha decidido no pagarle a un proveedor por un servicio o artículo que recibió, porque el servicio o artículo no es un servicio cubierto para usted.
- Health Partners Plans ha decidido no pagarle a un proveedor no inscrito en el Programa de Asistencia Médica por un servicio o artículo que recibiste sin autorización.

- El incumplimiento por parte de Health Partners Plans de resolver una queja o reclamo que le presentaste a Health Partners Plans en un plazo aproximado de 30 días desde que Health Partners Plans recibió tu queja o reclamo.
- No recibiste un servicio o artículo en el tiempo que se supone que deberías haberlo recibido.
- Health Partners Plans ha denegado tu solicitud por estar en desacuerdo con la decisión de Health Partners Plans de que debes pagarle a tu proveedor.

Debes solicitar una revisión externa de la queja enviando tu solicitud por escrito a la Oficina de Servicios al Consumidor del Departamento de Seguros de Pensilvania en un plazo de **15 días de la fecha en que recibiste el aviso de decisión de queja de primer nivel**.

Para solicitar una revisión externa de tu queja, envía tu solicitud aquí:

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
Room 1209, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120
Fax: 717-787-8585

o

Ve a la “Página de presentación de queja” en <https://www.insurance.pa.gov/Consumers/Pages/default.aspx>

Si necesitas ayuda para presentar tu solicitud de revisión externa, llama a la Oficina de Servicios al Consumidor al 1-877-881-6388

Debes solicitar una audiencia justa dentro de los **120 días de la fecha del aviso** informándote sobre la decisión de la queja.

Para las demás quejas, debes presentar una queja de segundo nivel en un plazo de **45 días de recibir el aviso sobre la decisión de la queja**.

Para información sobre las audiencias justas, consulta la página 55.

Para información sobre revisión externa de la queja, consulta la página 51.

Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso de la queja, consulta la página 54.

Queja de segundo nivel

¿Qué debo hacer si quiero presentar una queja de segundo nivel?

Para presentar una queja de segundo nivel:

- Llama a Servicios para Miembros de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) e informa

tu queja de segundo nivel a Health Partners Plans, o bien

- Escribe tu queja de segundo nivel y envíala a Health Partners Plans por uno de los métodos que se indican a continuación, o bien
- Rellena el formulario de solicitud de queja incluido en tu aviso de decisión sobre la queja y envíalo a Health Partners Plans utilizando uno de los siguientes métodos

Información de contacto de Health Partners Plans para quejas de segundo nivel:

Por correo a Health Partners Plans
Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Por fax al 215-991-4105
Por correo electrónico seguro* a QuickCGA@jeffersonhealthplans.com.

* Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean cifrados por el remitente, no debes incluir información de identificación personal, como tu fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que cifres el correo electrónico.

¿Qué ocurre después de presentar una queja de segundo nivel?

Después de que presentes tu queja de segundo nivel, recibirás una carta de Health Partners Plans informándote que Health Partners Plans ha recibido tu queja, y sobre el proceso de revisión de queja de segundo nivel.

Puedes solicitarle a Health Partners Plans, gratuitamente, ver cualquier información que Health Partners Plans tenga sobre el problema del que trata tu queja. Además, puedes enviarle a Health Partners Plans información que tengas sobre tu queja.

Puedes estar presente en la revisión de la queja, si lo deseas. Health Partners Plans te informará sobre el lugar, la fecha y el tiempo de la revisión de la queja con por lo menos **15 días de anticipación a la revisión de la queja**. Puedes estar presente en la revisión de la queja en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decides no estar presente en la revisión de la queja, eso no afectará la decisión.

Un comité de 3 personas o más, incluida por lo menos 1 persona que no trabaja para Health Partners Plans, se reunirán para decidir sobre tu queja de segundo nivel. El personal de Health Partners Plans del comité no habrá sido involucrado ni habrá trabajado para una persona que estuvo involucrada con el problema del cual trata tu queja. Si la queja es sobre un problema clínico, un médico o dentista certificado estará en el comité. Health Partners Plans te enviará un aviso dentro de los **45 días de la fecha en que presentaste tu queja de segundo nivel, para informarte acerca de la decisión sobre tu queja**

de segundo nivel. Dicha carta también te explicará qué hacer en caso de no estar acuerdo con la decisión.

Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso de la queja, consulta la página 54.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Health Partners Plans sobre mi queja de segundo nivel?

Puedes solicitar una revisión externa a la Oficina de Atención Administrada del Departamento de Seguros de Pennsylvania.

Debes solicitar una revisión externa de la queja dentro de los **15 días de la fecha en que recibiste el aviso de la decisión sobre la queja de segundo nivel.**

Revisión externa de la queja

¿Cómo solicito una revisión externa de la queja?

Puedes enviar tu solicitud para una revisión externa de tu queja por escrito a:

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
Room 1209, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120
Fax: 717-787-8585

También puedes ir a la página “Presentación de queja” en <https://www.insurance.pa.gov/Consumers/Pages/default.aspx>.

Si necesitas ayuda para presentar tu solicitud de revisión externa, llama a la Oficina de Servicios al Consumidor al 1-877-881-6388.

Si lo solicitas, la Oficina de Servicios al Consumidor te ayudará a presentar tu queja por escrito.

¿Qué ocurre después de solicitar una revisión externa de la queja?

El Departamento de Seguros de Pennsylvania recibirá tu expediente de Health Partners Plans. Además, puedes enviarles cualquier otra información que pudiera ayudar a la revisión externa de tu queja.

Puedes ser representado por un abogado o por otra persona, como tu representante durante la revisión externa.

Se te enviará una carta con la decisión después de que se haya tomado la decisión. Esta carta te informará sobre todas las razones para la decisión y qué puedes hacer si no estás de acuerdo con la decisión.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo los servicios o artículos que se reducen, cambian o deniegan y tu solicitud de revisión externa de la queja lleva matasellos o la recibe el Departamento de Seguros de Pennsylvania en un plazo de 15 días a partir de la fecha del aviso en el que se te informa de la decisión sobre la queja de primer nivel de Health Partners Plans de que no puedes recibir los servicios o artículos que has estado recibiendo porque no son servicios o artículos cubiertos para ti, los servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión. Si vas a solicitar tanto una revisión externa de la queja como una audiencia justa, debes solicitar tanto la revisión externa de la queja como la audiencia justa en un plazo de 15 días desde la fecha del aviso que te informe la decisión sobre la queja de primer nivel de Health Partners Plans. Si esperas a solicitar una audiencia justa hasta después de recibir una decisión sobre tu queja externa, los servicios no continuarán.

Reclamos

¿Qué es un reclamo?

Cuando Health Partners Plans interrumpe, disminuye o aprueba un servicio o artículo diferente al servicio o artículo que solicitaste porque no es necesario médicamente, recibirás un aviso informándote sobre la decisión de Health Partners Plans.

Un reclamo es cuando le informas a Health Partners Plans que estás en desacuerdo con la decisión de Health Partners Plans.

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?

Para presentar un reclamo:

- Llama a Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) e informa tu reclamo a Health Partners Plans, o bien
- Escribe tu reclamo y envíala a Health Partners Plans utilizando uno de los métodos que se indican a continuación, o bien
- Llena el formulario de Solicitud de queja/reclamo incluido en el aviso de denegación que recibiste de Health Partners Plans y envíalo a Health Partners Plans usando uno de los métodos a continuación.

Información de contacto de Health Partners Plans para reclamos:

Por correo a Health Partners Plans
Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Por fax al 215-991-4105
Por correo electrónico seguro* a
QuickCGA@jeffersonhealthplans.com.

* Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean cifrados por el remitente, no debes incluir información de identificación personal, como tu fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que cifres el correo electrónico.

Tu proveedor puede presentar un reclamo por ti si le das tu consentimiento por escrito. Si tu proveedor presenta un reclamo por ti, no puedes presentar independientemente un reclamo por separado.

¿Cuándo debo presentar un reclamo?

Debes presentar un reclamo dentro de los **60 días de la fecha en que recibiste un aviso** informándote sobre la interrupción, disminución o aprobación de un servicio o artículo distinto para ti.

¿Qué ocurre después de presentar un reclamo?

Después de que presentas tu reclamo, recibirás una carta de Health Partners Plans informándote que Health Partners Plans ha recibido tu reclamo, y sobre el proceso de revisión del reclamo.

Puedes solicitarle a Health Partners Plans, gratuitamente, ver cualquier información que Health Partners Plans tenga sobre el problema del que trata tu reclamo. Además, puedes enviarle a Health Partners Plans información que tengas sobre tu reclamo.

Puedes estar presente en la revisión del reclamo, si lo deseas. Health Partners Plans te informará sobre el lugar, la fecha y el tiempo de la revisión de la fecha formal con por lo menos **10 días de anticipación a la revisión del reclamo**. Puedes estar presente en la revisión del reclamo en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decides no estar presente en la revisión del reclamo, no afectará la decisión.

Un comité de 3 personas o más, incluyendo un médico o dentista certificado, se reunirá para decidir sobre tu reclamo. El personal de Health Partners Plans del comité no habrá sido involucrado ni habrá trabajado para una persona que estuvo involucrada con el problema del cual trata tu reclamo. Health Partners Plans te enviará un aviso en un plazo de **30 días de la fecha en que presentaste tu reclamo para informarte sobre la decisión de ella**. Dicho aviso también te explicará qué hacer en caso de no estar acuerdo con la decisión.

Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso del reclamo, consulta la página 54.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo servicios o artículos que se están reduciendo, cambiando o denegando y presentas un reclamo que lleve matasellos o que Health Partners Plans reciba en un plazo de 15 días a partir de la fecha del aviso en el que se te informa de que los servicios o artículos que has estado recibiendo se están reduciendo, cambiando o denegando, los servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Health Partners Plans?

Puedes solicitar una revisión externa del reclamo o una audiencia justa, o puedes solicitar ambos una revisión externa del reclamo y una audiencia justa. Una revisión externa del reclamo es una revisión por un médico que no trabaja para Health Partners Plans.

Debes solicitar una revisión externa del reclamo dentro de **los 15 días de la fecha en que recibiste el aviso de la decisión sobre el reclamo**.

Debes solicitar una audiencia justa al Departamento de Servicios Humanos **dentro de los 120 días de la fecha del aviso** informándote sobre la decisión del reclamo.

Para información sobre las audiencias justas, consulta la página 55.

Para información sobre revisión externa del reclamo, ve más adelante.

Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso del reclamo, consulta la página 54.

Revisión externa del reclamo

¿Cómo solicito una revisión externa del reclamo?

Para solicitar una revisión externa del reclamo:

- Llama a Servicios para Miembros de Health Partners al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) e informa tu reclamo a Health Partners Plans, o bien
- Escribe tu reclamo y envíalo a Health Partners Plans utilizando uno de los métodos que se indican a continuación.

Información de contacto de Health Partners Plans para reclamos externos:

Por correo a Health Partners Plans
Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Por fax al 215-991-4105
Por correo electrónico seguro* a
QuickCGA@jeffersonhealthplans.com

* Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean cifrados por el remitente, no debes incluir información de identificación personal, como tu fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que cifres el correo electrónico.

Health Partners Plans enviará tu solicitud de revisión externa del reclamo al Departamento de Seguros.

¿Qué ocurre después de solicitar una revisión externa del reclamo?

Health Partners Plans te notificará el nombre, la dirección, la dirección de correo electrónico, el número de fax y el número de teléfono del revisor externo del reclamo. Además, te brindará información sobre el proceso de revisión externa del reclamo.

Health Partners Plans enviará tu archivo de reclamo al revisor. Puedes proporcionar información adicional que pueda ayudar en la revisión externa de tu reclamo al revisor **en el plazo de 20 días desde que se te notifique el nombre del revisor externo del reclamo.**

Recibirás una carta de decisión dentro de los 60 días de la fecha en que solicitaste una revisión externa del reclamo. Esta carta te informará sobre todas las razones para la decisión y qué puedes hacer si no estás de acuerdo con la decisión.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo los servicios o artículos que se están reduciendo, cambiando o denegando y solicitas una revisión externa del reclamo verbalmente o en una solicitud por escrito que lleve matasellos o que reciba el Departamento de Seguros de Pennsylvania en un plazo de 15 días a partir de la fecha del aviso en el que se te informa de la decisión de Health Partners Plans sobre el reclamo, los servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión. Si vas a solicitar tanto una revisión externa del reclamo como una audiencia justa, debes solicitar tanto la revisión externa del reclamo como la audiencia justa en un plazo de 15 días desde la fecha del aviso que te informe la decisión sobre el reclamo de primer nivel de Health Partners Plans. Si esperas a solicitar una audiencia justa hasta después de recibir una decisión sobre tu reclamo externo, los servicios no continuarán.

Quejas y Reclamos acelerados

¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inmediato?

Si tu médico o dentista creen que esperar 30 días para recibir una decisión sobre tu queja o reclamo de primer nivel o 45 días para recibir una decisión sobre tu queja o reclamo de segundo nivel, podrá causar daños a tu salud, tú o tu médico o dentista pueden solicitar que se tome una decisión más rápidamente sobre tu queja o reclamo.

Para que se tome una decisión más rápidamente sobre tu queja o reclamo:

- Debes solicitarle a Health Partners Plans una decisión temprana llamando a Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477), enviando una carta o el formulario de Solicitud de queja/reclamo por fax al 215-991-4105, o enviando un correo electrónico a QuickCGA@jeffersonhealthplans.com.
- Tu médico o dentista deberían enviar una carta firmada por fax al 215-991-4105 en un plazo de 72 horas de tu solicitud para una decisión temprana que explique por qué podría causar daño a tu salud que Health Partners Plans tarde 30 días en informarte sobre la decisión sobre tu queja o reclamo de primer nivel o 45 días para recibir una decisión sobre tu queja o reclamo de segundo nivel.

Si Health Partners Plans no recibe una carta de su médico o dentista y la información que provee no demuestra que causaría daño a su salud al tardar la cantidad de tiempo normal para decidir sobre tu queja o reclamo, Health Partners Plans decidirá sobre tu queja o reclamo en el plazo de tiempo normal de 30 días desde que Health Partners Plans recibió tu queja o reclamo de primer nivel o 45 días para recibir una decisión sobre tu queja o reclamo de segundo nivel.

Queja acelerada y queja externa acelerada

Un comité de 1 o más personas, incluido un médico o dentista certificado, se reunirá para decidir sobre tu queja. Otros proveedores pueden participar en la revisión, pero el médico con licencia o el dentista con licencia decidirá tu queja. El personal de Health Partners Plans del comité no habrá sido involucrado ni habrá trabajado para una persona que estuvo involucrada con el problema del cual trata tu queja.

Puedes estar presente en la revisión de la queja acelerada, si lo deseas. Puedes estar presente para la revisión de la queja en persona, pero puede que necesites estar presente por teléfono o por videoconferencia, ya que Health Partners Plans tiene un plazo de tiempo corto para decidir sobre tu queja acelerada. Si decides no estar presente en la revisión de la queja, eso no afectará la decisión.

Health Partners Plans te informará sobre la decisión sobre tu queja en un plazo de 48 horas desde que Health Partners Plans recibe la carta de tu médico o dentista explicando por qué el plazo de tiempo normal para decidir sobre tu queja causará daños a tu salud o en un plazo de 72 horas desde que Health Partners Plans recibe tu solicitud para una decisión temprana, lo que ocurra primero, a menos que solicites que Health Partners Plans tome más tiempo para decidir sobre tu queja. Puedes solicitar que Health Partners Plans tarde hasta 14 días más en decidir sobre tu queja. Además, recibirás

un aviso informándote las razones de la decisión y cómo solicitar una revisión externa de la queja acelerada, si no estás de acuerdo con la decisión.

Si no estás de acuerdo con la decisión acelerada de la queja, puedes solicitar una revisión externa de la queja acelerada del Departamento de Salud de Pennsylvania dentro de los **2 días hábiles de la fecha de haber recibido el aviso de la decisión acelerada de la queja**. Para solicitar una revisión externa acelerada de una queja, envía tu solicitud a:

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
Room 1209, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120
Fax: 717-787-8585

o

También puedes ir a la “Página de presentación de queja” en <https://www.insurance.pa.gov/Consumers/Pages/default.aspx>.

Si necesitas ayuda para presentar tu solicitud de revisión externa, llama a la Oficina de Servicios al Consumidor al 1-877-881-6388.

Reclamo acelerado y reclamo externo acelerado

Un comité de 3 personas o más, incluyendo un médico o dentista certificado, se reunirá para decidir sobre tu reclamo. El personal de **Health Partners Plans** del comité no habrá sido involucrado ni habrá trabajado para una persona que estuvo involucrada con el problema del cual trata tu reclamo.

Puedes estar presente en la revisión acelerada del reclamo, si lo deseas. Puedes estar presente para la revisión del reclamo en persona, pero puede que necesites estar presente por teléfono o por videoconferencia, ya que Health Partners Plans tiene un plazo de tiempo corto para decidir sobre tu reclamo acelerado. Si decides no estar presente en la revisión del reclamo, no afectará nuestra decisión.

Health Partners Plans te informará sobre la decisión sobre tu reclamo en un plazo de 48 horas desde que Health Partners Plans recibe la carta de tu médico o dentista explicando por qué el plazo de tiempo normal para decidir sobre tu reclamo causará daños a tu salud o un plazo de 72 horas desde que Health Partners Plans recibe tu solicitud para una decisión temprana, lo que ocurra primero, a menos que solicites que Health Partners Plans tome más tiempo para decidir sobre tu reclamo. Puedes solicitar que Health Partners Plans tarde hasta 14 días más en decidir sobre tu reclamo. Además, recibirás un aviso informándote las razones para la decisión y qué puedes hacer si no estás de acuerdo con la decisión.

Si no estás de acuerdo con la decisión acelerada del reclamo, puedes solicitar una revisión externa del reclamo acelerado o una audiencia justa acelerada al Departamento de Servicios Humanos, o ambas: una revisión del reclamo acelerado y una audiencia justa acelerada.

Debes solicitarle una revisión acelerada externa del reclamo dentro de los **2 días hábiles de la fecha en que recibas el aviso de la decisión del reclamo acelerado**.

Para solicitar una revisión externa acelerada de un reclamo:

- Llama a **Health Partners Plans** al 1-800-553-0784 e informa tu reclamo a Health Partners Plans
- Envía un correo electrónico a **Health Partners Plans** a quickCGA@jeffersonhealthplans.com

O

- Presenta por escrito tu reclamo y envíalo a **Health Partners Plans** por correo o por fax:

Health Partners Plans
Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
215-991-4105 (fax)

Health Partners Plans te enviará tu solicitud al Departamento de Seguros de Pennsylvania en un plazo de 24 horas de haberla recibido.

Debes solicitar una audiencia justa dentro de los **120 días de la fecha del aviso** informándote sobre la decisión acelerada del reclamo.

¿Qué tipo de ayuda puedo recibir en cuanto a los procesos de queja y reclamo?

Si necesitas ayuda para presentar tu queja o reclamo, un miembro del personal de Health Partners Plans te ayudará. Esta persona también puede representarte en tus procesos de queja o reclamo. No deberás pagar por la ayuda del miembro del personal. Este miembro del personal no habrá sido parte de ninguna decisión sobre tu queja o reclamo.

Además, puedes tener la ayuda de un miembro de familia, amigo, abogado u otra persona para presentar tu queja o reclamo. Esta persona te puede ayudar si decides que quieres estar presente en la revisión de queja o reclamo.

En cualquier momento durante el proceso de queja o reclamo, puedes tener a una persona conocida para que te represente o actúe en nombre tuyo. Si tienes a alguien que te represente o actúe en nombre tuyo, informa a Health Partners Plans, por escrito, el nombre de dicha persona y cómo Health Partners Plans puede contactarla.

Tú o la persona que elijas para que te represente, puede solicitarle a Health Partners Plans, gratuitamente, ver

cualquier información que Health Partners Plans tenga sobre el problema del que trata tu queja o reclamo.

Puedes llamar al número de teléfono gratuito de Health Partners Plans al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) si necesitas ayuda o tienes preguntas acerca de las quejas y los reclamos, puedes comunicarte con la oficina local de asistencia legal al 1-800-322-7572 o llamar al Proyecto de Leyes de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

Personas que no tienen el inglés como idioma principal

Si solicitas servicios lingüísticos, Health Partners Plans te proveerá dichos servicios gratuitamente.

Personas con discapacidades

Health Partners Plans le proporcionará a las personas con discapacidades las siguientes ayudas para presentar quejas o reclamos sin costo alguno, de ser necesario. Esta ayuda incluye:

- Proveer intérpretes de lenguaje de señas.
- Proveer información presentada por Health Partners Plans en la revisión de la queja o reclamo en un formato alternativo. La versión con formato alternativo se te proveerá antes de la revisión.
- Proveer de una persona para ayudar a copiar y presentar la información.

Audiencias justas del Departamento de Servicios Humanos

En algunos casos, puedes solicitarle al Departamento de Servicios Humanos que organice una audiencia, debido a que estás insatisfecho o en desacuerdo con algo que Health Partners Plans hizo o no hizo. Estas audiencias se denominan “audiencias justas”. Puedes solicitar una audiencia justa después de que Health Partners Plans decida sobre tu queja de primer nivel, o decida sobre tu reclamo.

¿Sobre qué puedo solicitar que se trate la audiencia justa y cuándo debo solicitar una audiencia justa?

Tu solicitud para una audiencia justa se debe matasellar, enviar por fax o por correo electrónico* en un plazo de **120 días desde la fecha del aviso** informándote sobre la decisión de Health Partners Plans sobre tu queja o reclamo de primer nivel sobre lo siguiente:

- La denegación de un servicio o artículo que quieres porque es un servicio o artículo no cubierto.
- La denegación de pagarle a un proveedor por un servicio o artículo que recibiste, donde el proveedor puede facturarte por el servicio o artículo.

- El fallo de Health Partners Plans al decidir sobre una queja o reclamo de primer nivel, el cual informaste a Health Partners Plans en un plazo aproximado de **30 días desde que Health Partners Plans recibió tu queja o reclamo.**
- La denegación de tu solicitud de estar en desacuerdo con la decisión de Health Partners Plans sobre tener que pagarle a tu proveedor.
- La denegación de un servicio o artículo, la disminución de un servicio o artículo, o la aprobación de un servicio o artículo distinto al servicio o artículo que solicitaste, porque no era necesario médicamente.
- No estás recibiendo un servicio o artículo en el tiempo que se supone que deberías haber recibido un servicio o artículo.

Además, puedes solicitar una audiencia justa en un plazo de 120 días desde la fecha del aviso informándote que Health Partners Plans no decidió sobre una queja o reclamo de primer nivel que le informaste a Health Partners Plans, en un plazo aproximado de 30 días desde que Health Partners Plans recibió tu queja o reclamo.

* Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean cifrados por el remitente, no debes incluir información de identificación personal, como tu fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que cifres el correo electrónico.

¿Cómo puedo solicitar una audiencia justa?

Tu solicitud para una audiencia justa debe ser por escrito. Puedes llenar y firmar un formulario de Solicitud de audiencia justa, incluido en el aviso de la decisión sobre la queja o el reclamo, o escribir y firmar una carta o correo electrónico.

Si escribes una carta o correo electrónica*, debes incluir la siguiente información:

- tu (del miembro) nombre y fecha de nacimiento;
- un número de teléfono al que podamos comunicarnos durante el día;
- si deseas tener la audiencia justa en persona o por teléfono;
- la razón por la cual solicitas una audiencia justa;
- una copia de cualquier carta que hayas recibido sobre el problema por el cual estás solicitando una audiencia justa.

* Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean cifrados por el remitente, no debes incluir información de identificación personal, como tu fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que cifres el correo electrónico. Puedes enviar una solicitud de audiencia justa por correo electrónico y facilitar tus datos de identificación personal en una carta enviada a la dirección que se proporciona a continuación.

Deberás enviar tu solicitud de audiencia justa a las siguientes direcciones:

Department of Human Services
Office of Medical Assistance Programs –
HealthChoices Program
Complaint, Grievance and Fair Hearings
PO Box 2675
Harrisburg, PA 17105-2675
Fax: 1-717-772-6328
Correo electrónico: RA-PWCGFHteam@pa.gov

¿Qué ocurre después de solicitar una audiencia justa?

Recibirás una carta por parte de la Oficina de Audiencias y Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos en la que se te informará el lugar, la fecha y el horario de la audiencia. Recibirás esta carta con, al menos, 10 días de anticipación a la fecha de la audiencia.

Puedes acudir al lugar donde se llevará a cabo la audiencia justa o estar presente por teléfono. Un familiar, amigo, abogado u otra persona puede ayudarte durante la audiencia justa. **DEBES** participar en la audiencia justa.

Health Partners Plans también estará en tu audiencia justa para explicar por qué Health Partners Plans tomó la decisión o explicar qué ocurrió.

Puedes solicitarle a Health Partners Plans cualquier registro, informe u otra información sobre el problema por el cual solicitaste una audiencia justa, sin costo alguno.

¿Cuándo se tomará una decisión respecto de la audiencia justa?

Se decidirá sobre la audiencia justa en un plazo de 90 días de haber presentado tu queja o reclamo ante Health Partners Plans, sin incluir la cantidad de días transcurridos entre la fecha del aviso por escrito de la decisión de Health Partners Plans sobre la queja o el reclamo de primer nivel y la fecha en que solicitaste la audiencia justa.

Si solicitas una audiencia justa porque Health Partners Plans no te informó su decisión sobre una queja o reclamo que le comunicaste a Health Partners Plans, en un plazo de 30 días después de que Health Partners Plans recibió tu queja o reclamo, se decidirá sobre tu audiencia justa en un plazo de 90 días de haber presentado tu queja o reclamo ante Health Partners Plans, sin incluir la cantidad de días transcurridos entre la fecha del aviso en el que se te informaba de que Health Partners Plans no había decidido a tiempo tu queja o reclamo y la fecha en que solicitaste una audiencia justa.

El Departamento de Servicios Humanos te enviará la decisión por escrito y te explicará qué hacer en caso de no estar de acuerdo con la decisión.

Si la audiencia justa no se decide en el plazo de 90 días desde la recepción de tu solicitud por parte del

Departamento de Servicios Humanos, puedes recibir tus servicios hasta que se decida tu audiencia justa. Puedes llamar al Departamento de Servicios Humanos al 1-800-798-2339 para solicitar tus servicios.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo los servicios o artículos que se están reduciendo, cambiando o denegando y solicitas una audiencia imparcial y el Departamento de Servicios Humanos recibe tu solicitud en un plazo de 15 días de la fecha del aviso en el que se te informa de la decisión de Health Partners Plans sobre la queja o reclamo de primer nivel, los servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

Audiencia justa acelerada

¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inmediato?

Si tu médico o dentista creen que esperar el plazo establecido normal para decidir una audiencia justa puede perjudicar tu salud, entonces puedes solicitar que la audiencia justa tenga lugar lo antes posible. Esto se denomina audiencia justa acelerada. Puedes solicitar una decisión anticipada llamando al Departamento al 1-800-798-2339, enviando por fax una carta o el Formulario de solicitud de audiencia justa al 1-717-772-6328, o enviando una solicitud por escrito electrónicamente por correo electrónico* a RA-PWCGFHteam@pa.gov. Tu médico o dentista deben enviar por fax una carta firmada al 1-717-772-6328 explicando por qué esperar el período habitual para decidir tu audiencia justa podría provocar un daño a tu salud. Si tu médico o dentista no envían una carta, el médico o dentista debe testificar en la audiencia justa y explicar por qué esperar el período habitual para decidir tu audiencia justa podría provocar un daño a tu salud.

La Oficina de Audiencias y Apelaciones programará una audiencia por teléfono y te comunicará su decisión luego de pasados 3 días hábiles del pedido de la audiencia justa.

Si tu médico no envía una declaración por escrito y no testifica en la audiencia justa, la decisión de la audiencia justa no será acelerada. Se programará otra audiencia y la audiencia justa se decidirá utilizando el plazo establecido normal para decidir una audiencia justa.

* Debido a que los correos electrónicos no son seguros a menos que sean cifrados por el remitente, no debes incluir información de identificación personal, como tu fecha de nacimiento o información médica personal, a menos que cifres el correo electrónico.

Puedes llamar al **número de teléfono gratuito** de Health Partners Plans al **1-800-553-0784**

(TTY 1-877-454-8477) si necesitas ayuda o tienes preguntas acerca de las audiencias justas, puedes comunicarte con la oficina local de asistencia legal al 1-800-322-7572 o llamar al Proyecto de Leyes de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

APÉNDICE

Servicios de Intervención de Crisis

988 Línea de ayuda contra el suicidio y la crisis —

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Llama: **988**

Mensaje de texto: **988**

Visita o chatea en: 988lifeline.org

También puedes acceder a esta lista en

<https://www.dhs.pa.gov/Services/Mental-Health-In-PA/Pages/Crisis-Intervention.aspx>.

Lugar	Número de teléfono
Departamento de Servicios Humanos del Condado de Allegheny	Número de teléfono: 412-350-5701 Servicios de crisis: 1-888-796-8226 (1-888-7-YOU CAN)
Programa de salud conductual y del desarrollo de Armstrong/Indiana	Número de teléfono: 724-548-3451 Servicios de crisis: 1-877-333-2470
Beaver County Behavioral Health	Número de teléfono: 724-891-2827 Servicios de crisis: 1-800-400-6180
Servicios de salud conductual y del desarrollo (DBHS) de Bedford-Somerset	Número de teléfono: Bedford: 814-623-5166 Somerset: 814-443-4891 Servicios de crisis: 1-866-611-6467
Condado de Berks MH/DD	Número de teléfono: 610-478-3271 Servicios de crisis: 610-236-0530
Programas de MH/BH/ID del condado de Blair	Número de teléfono: 814-693-3023 Servicios de crisis: 814-889-2141, elige la opción 1
Bradford/Sullivan MH/ID	Número de teléfono: 570-265-1760 Servicios de crisis: 1-800-588-1828 (fuera del horario de atención): 1-877-724-7142
Departamento de Salud Mental/Programas de Desarrollo del Condado de Bucks	Número de teléfono: Central & Upper Bucks: 215-345-2273 Lower Bucks: 215-785-9765 Servicios de crisis: 1-800-499-7455
Programa de MH/EI/ID del condado de Butler	Número de teléfono: 724-284-5114 Servicios de crisis: 1-800-292-3866

Lugar	Número de teléfono
Programa de salud conductual/discapacidades intelectuales del condado de Cambria	Número de teléfono: 814-535-8531 Oficina satélite de Ebensburg: 814-472-4400 Servicios de crisis: 1-877-268-9463
Programas de desarrollo y comportamiento de los condados de Cameron/Elk	Número de teléfono: 814-772-8016 Servicios de crisis: 1-800-652-0562
Carbon-Monroe-Pike MH/DS	Número de teléfono: Monroe: 570-421-2901 Carbon: 610-377-0773 Pike: 570-296-6484 Servicios de crisis: 1-800-849-1868
Centre County MH/ID/EI	Número de teléfono: 814-355-6786 y 814-355-6744 Servicios de crisis: 1-800-643-5432
Departamento de Salud Mental/Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo del Condado de Chester	Número de teléfono: 610-344-6265 Servicios de crisis: 610-344-6265 Valley Creek Crisis Center: 610-280-3270
Clarion County MH/DD	Número de teléfono: 814-226-1080 Servicios de crisis: 1-800-226-7223
Servicios de desarrollo y salud conductual de CMSU	Número de teléfono: 570-275-5422 Servicios de crisis: 1-800-222-9016
Conexiones comunitarias de los condados de Clearfield/Jefferson	Número de teléfono: 814-371-5100 Servicios de crisis: 1-800-341-5040
Servicios Humanos del Condado de Crawford	Número de teléfono: 814-724-8380 Servicios de crisis: 814-724-2732

Lugar	Número de teléfono
MH/IDD de Cumberland/Perry	Número de teléfono: Cumberland 717-240-6320 Perry: 866-240-6320 Servicios de crisis: Camp Hill: 717-763-2222 Carlisle: 717-243-6005 Todas las demás áreas: 1-866-350-4357
Programa de salud mental/discapacidades intelectuales del condado de Dauphin	Número de teléfono: 717-780-7050 Servicios de crisis: 717-232-7511 o 1-888-596-4447
ID/BH del condado de Delaware	Número de teléfono: 610-713-2365 Servicios de crisis: 1-855-889-7827
ID/MH del condado de Erie	Número de teléfono: 814-451-6000 Servicios de crisis: 814-456-2014 o 1-800-300-9558
Administración de Salud del Comportamiento del Condado de Fayette	Número de teléfono: 724-430-1370 Servicios de crisis: 724-437 1003
Servicios Humanos de Forest/Warren	Número de teléfono: Warren: 1-866-641-3488 Forest: 814-755-7995 Servicios de crisis: Días entre semana: de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.: 814-726-2100 / 814-726-8413 Después de las 5 p.m., los fines de semana/feriados: 814-723-2800 / 1-800-406-1255
MH/ID/EI de Franklin/Fulton	Número de teléfono: 800-841-3593 Servicios de crisis: Keystone: 717-264-2555 True North Wellness: 1-866-918-2555
Servicios Humanos del Condado de Greene	Número de teléfono: 1-888-317-7106 Servicios de crisis: 1-800-417-9460
Servicios conductuales y de desarrollo de Juniata Valley – HMJ	Número de teléfono: 717-242-6467 Servicios de crisis: 1-800-929-9583
Programas de BH/ID/EI de Lackawanna/Susquehanna	Número de teléfono: 570-346-5741 Servicios de crisis: Lackawanna: 570-348-6100 Susquehanna: 570-278-6822
BH/DS del condado de Lancaster	Número de teléfono: 717-299-8021 Servicios de crisis: 717-394-2631

Lugar	Número de teléfono
Servicios de salud mental y desarrollo del condado de Lawrence	Número de teléfono: 724-658-2538 Servicios de crisis: 724-652-9000
MH/ID/EI del condado de Lebanon	Número de teléfono: 717-274-3415 Servicios de crisis: 717-274-3363
MH/ID/D&A/EI del condado de Lehigh	Número de teléfono: 610-782-3200 Servicios de crisis: 610-782-3127
Servicios de salud mental y desarrollo del condado de Luzerne-Wyoming	Número de teléfono: 1-800-816-1880 Servicios de crisis: 570-552-6000
MH/ID de Lycoming/Clinton	Número de teléfono: Lycoming: 570-326-7895 Clinton: 570-748-2262 Servicios de crisis: 570-326-7895
Servicios de salud mental del condado de McKean	Número de teléfono: 814-887-3350 Servicios de crisis: 1-800-459-6568
MH/DS del condado de Mercer	Número de teléfono: 724-662-2230 Servicios de crisis: 724-662-2227
Oficina del programa de MH/DD/EI del condado de Montgomery	Número de teléfono: 610-278-3642 Servicios de crisis: 1-855-634-HOPE (4673)
Div. de Prog. de Desarrollo de MH/EI del condado de Northampton	Número de teléfono: 610-829-4840 Servicios de crisis: 610-252-9060
Servicios de BH/ID del condado de Northumberland	Número de teléfono: 570-495-2040 Servicios de crisis: 1-855-313-4387
Departamento de BH y Servicios de Discapacidad Intelectual de Philadelphia	Número de teléfono: 1-888-545-2600 Servicios de crisis: 215-686-6640
Servicios Humanos del Condado de Potter	Número de teléfono: 1-800-800-2560 Servicios de crisis: 1-877-724-7142
Oficinas administrativas del condado de Schuylkill de MH/DS/D&A	Número de teléfono: 570-621- 2890 Servicios de crisis: 1-877-9WE-HELP o 1-877-993-4357
Departamento de Servicios Humanos del Condado de Tioga	Número de teléfono: 570-724-5766 Servicios de crisis: 877-724-7142

Lugar	Número de teléfono
Servicios de salud mental y desarrollo del condado de Venango	Número de teléfono: 814-432-9100 Servicios de crisis: 814-432-9111
BH/DS del condado de Washington	Número de teléfono: 724-228-6832 Servicios de crisis: 1-877-225-3567
Oficina de Programas de Conducta y Desarrollo/EI del Condado de Wayne	Número de teléfono: 570-253-9200 Servicios de crisis: 570-253-0321
Desarrollo y salud conductual del condado de Westmoreland lenguaje	Número de teléfono: 1-800-353-6467 Servicios de crisis: 1-800-836-6010

Lugar	Número de teléfono
MH/IDD de York/Adams	Número de teléfono: 717-771-9618 o 1-800-441-2025 Servicios de crisis: WellSpan at York Hospital: 717-851-5320 WellSpan at Gettysburg Hospital: 717-334-2121 TrueNorth at Hanover Hospital: 717-637-3711 TrueNorth at Memorial Hospital: 717-632-4900 TrueNorth Mobile Crisis Intervention: 717-637-7633 o 1-866-325-0339

Información de contacto de la Oficina de Asistencia del Condado

Puedes acceder a esta lista en <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/CAO-Contact.aspx>.

Condado	Lugar	Número de teléfono
Adams	Adams County Assistance Office 225 South Franklin Street P.O. Box 4446 Gettysburg, PA 17325	717-334-6241
Allegheny	Allegheny County Assistance Office Headquarters Piatt Place - 301 5th Avenue, Suite 470 Pittsburgh, PA 15222	412-565-2146
	Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) 5947 Penn Avenue, 4th Floor Pittsburgh, PA 15206	412-562-0330
	Alle-Kiski District 909 Industrial Boulevard New Kensington, PA 15068-0132	1-800-622-3527 724-339-6800 LIHEAP: 724-832-5524
	Institution-Related Eligibility District (IRED) 301 5th Avenue, Suite 420 Pittsburgh, PA 15222	412-565-5604
	Liberty District 332 5th Avenue, Suite 300 Pittsburgh, PA 15222	412-565-2652
	Three Rivers District Warner Center - 332 Fifth Avenue, 2nd Floor Pittsburgh, PA 15222	412-565-7755
	Southeast District 220 Sixth Street McKeesport, PA 15132-2720	412-664-6800 o 6801
	Greater Pittsburgh East District 5947 Penn Avenue Pittsburgh, PA 15206-3844	412-645-7400 o 7401
Armstrong	Armstrong County Assistance Office 1280 North Water Street Kittanning, PA 16201-0898	1-800-424-5235 724-543-1651 LIHEAP: 724-543-6076 o 800-543-5105

Condado	Lugar	Número de teléfono
Beaver	Beaver County Assistance Office 171 Virginia Avenue P. O. Box 349 Rochester, PA 15074-0349	1-800-653-3129 724-773-7300 LIHEAP: 724-773-7495
Bedford	Bedford County Assistance Office 150 North Street Bedford, PA 15522-1040	1-800-542-8584 814-623-6127 LIHEAP: 814-624-4072
Berks	Berks County Assistance Office Reading State Office Building 625 Cherry Street Reading, PA 19602-1188	1-866-215-3912 610-736-4211 LIHEAP: 610-736-4228 o 866-215-3911
Blair	Blair County Assistance Office 1100 Green Avenue Altoona, PA 16601-3440	1-866-812-3341 LIHEAP: 814-946-7365
Bradford	Bradford County Assistance Office 101 Hawkins Road Towanda, PA 18848	1-800-542-3938 570-265-9186
Bucks	Bucks County Assistance Office 1214 Veterans Highway Bristol, PA 19007-2593	1-800-362-1291 215-781-3300 LIHEAP: 215-781-3393 o 1-800-616-6481
Butler	Butler County Assistance Office 108 Woody Dr. Butler, PA 16001-5692	1-866-256-0093 724-284-8844
Cambria	Cambria County Assistance Office 729 Goucher Street Johnstown, PA 15905	1-877-315-0389 814-533-2491 LIHEAP: 814-533-2253
Cameron	Cameron County Assistance Office 411 N. Chestnut Street P.O. Box 71 Emporium, PA 15834-0071	1-877-855-1824 814-486-3757 LIHEAP: 814-486-1206
Carbon	Carbon County Assistance Office 101 Lehigh Drive Lehighton, PA 18235	1-800-314-0963 610-577-9020 LIHEAP (efectivo): 610-577-9073 LIHEAP (crisis): 866-410-2093
Centre	Centre County Assistance Office 2580 Park Center Boulevard State College, PA 16801-3005	1-800-355-6024 814-863-6571 LIHEAP: 814-861-1955

Condado	Lugar	Número de teléfono
Chester	Chester County Assistance Office 100 James Buchanan Drive Thorndale, PA 19372-1132	1-888-814-4698 610-466-1000 717-240-2700
Dauphin	Dauphin County Assistance Office 2432 N. 7th Street P.O. Box 5959 Harrisburg, PA 17110-0959	1-800-788-5616 717-787-2324 LIHEAP: 717-265-8919
Delaware	Delaware County Assistance Office Headquarters 701 Crosby Street, Suite A Chester, PA 19013-6099	610-447-5500 LIHEAP: 610-447-3099
	Crosby District 701 Crosby Street, Suite A Chester, PA 19013-6099	610-447-5500 LIHEAP: 610-447-3099
	Darby District 845 Main Street Darby, PA 19023	610-461-3800
Elk	Elk County Assistance Office 145 Race Street P.O. Box F Ridgway, PA 15853-0327	1-800-847-0257 814-776-1101 LIHEAP: 814-772-5215 o 814-776-1101
Erie	Erie County Assistance Office 1316 Holland Street P.O. Box 958 Erie, PA 16512-0958	1-800-635-1014 814-461-2000 LIHEAP: 814-461-2002
Fayette	Fayette County Assistance Office 41 West Church Street Uniontown, PA 15401-3418	1-877-832-7545 724-439-7015 LIHEAP: 724-439-7125
Forest	Forest County Assistance Office 106 Sherman Street Tionesta, PA 16353	1-800-876-0645 814-755-3552
Franklin	Franklin County Assistance Office 620 Norland Avenue Chambersburg, PA 17201-4205	1-877-289-9177 717-264-6121 LIHEAP: 717-262-6579
Fulton	Fulton County Assistance Office 539 Fulton Drive McConnellsburg, PA 17233	1-800-222-8563 717-485-3151
Greene	Greene County Assistance Office 108 Greene Plaza, Suite 1 Waynesburg, PA 15370-0950	1-888-410-5658 724- 627-8171
Huntingdon	Huntingdon County Assistance Office 7591 Lake Raystown Shopping Center Huntingdon, PA 16652-0398	1-800-237-7674 814-643-1170 LIHEAP: 814-643-4098
Indiana	Indiana County Assistance Office 2750 West Pike Road Indiana, PA 15701	1-800-742-0679 724-357-2900 LIHEAP: 724-357-2918

Condado	Lugar	Número de teléfono
Jefferson	Jefferson County Assistance Office 100 Prushnok Drive P.O. Box 720 Punxsutawney, PA 15767-0720	1-800-242-8214 814-938-2990 LIHEAP: 814-938-1329
Juniata	Juniata County Assistance Office 100 Meadow Lane P.O. Box 65 Mifflintown, PA 17059-9983	1-800-586-4282 717-436-2158
Lackawanna	Lackawanna County Assistance Office 200 Scranton State Office Building 100 Lackawanna Avenue Scranton, PA 18503-1972	1-877-431-1887 570-963-4525 LIHEAP: 570-963-4842
Lancaster	Lancaster County Assistance Office 832 Manor Street P.O. Box 4967 Lancaster, PA 17604-4967	717-299-7411 LIHEAP (efectivo): 717-299-7543 LIHEAP (crisis): 717-299-7543
Lawrence	Lawrence County Assistance Office 108 Cascade Galleria New Castle, PA 16101-3900	1-800-847-4522 724-656-3000 LIHEAP: 724-656-3021
Lebanon	Lebanon County Assistance Office 625 South Eighth Street Lebanon, PA 17042-6762	1-800-229-3926 717-270-3600 LIHEAP: 717-273-1641
Lehigh	Lehigh County Assistance Office 555 Union Blvd., Suite 3 Allentown, PA 18109-3389	1-877-223-5956 610-821-6509
Luzerne	Luzerne County Assistance Office Wilkes-Barre District 205 South Washington Street Wilkes-Barre, PA 18711-3298	1-866-220-9320 570-826-2100 LIHEAP: 570-826-2041 LIHEAP (crisis): 570-826-0510
	Hazleton District Center Plaza Building 10 West Chestnut Street Hazleton, PA 18201-640	570-459-3800 LIHEAP: 570-459-3834
Lycoming	Lycoming County Assistance Office 400 Little League Boulevard P.O. Box 127 Williamsport, PA 17703-0127	1-877-867-4014 570-327-3300 LIHEAP: 570-327-3497
McKean	McKean County Assistance Office 68 Chestnut Street, Suite B Bradford, PA 16701-0016	1-800-822-1108 814-362-4671
Mercer	Mercer County Assistance Office 2236 Highland Road Hermitage, PA 16148-2896	1-800-747-8405 724-983-5000 LIHEAP: 724-983-5022
Mifflin	Mifflin County Assistance Office 1125 Riverside Drive Lewistown, PA 17044-1942	1-800-382-5253 717-248-6746 LIHEAP: 717-242-6095

Condado	Lugar	Número de teléfono
Monroe	Monroe County Assistance Office 1972 W. Main Street, Suite 101 Stroudsburg, PA 18360-0232	1-877-905-1495 570-424-3030 LIHEAP: 570-424-3517
Montgomery	Montgomery County Assistance Office Norristown District 1931 New Hope Street Norristown, PA 19401-3191	1-877-398-5571 610-270-3500 LIHEAP: 610-272-1752
	Pottstown District 24 Robinson Street Pottstown, PA 19464-5584	1-800-641-3940 610-327-4280 LIHEAP: 610-272-1752
Montour	Montour County Assistance Office 497 Church Street Danville, PA 17821-2217	1-866-596-5944 570-275-7430 LIHEAP: 1-866-410-2093
Northampton	Northampton County Assistance Office 201 Larry Holmes Drive P.O. Box 10 Easton, PA 18044-0010	1-800-349-5122 610-250-1700 LIHEAP: 610-250-1785
Northumberland	Northumberland County Assistance Office 320 Chestnut Street Sunbury, PA 17801	1-833-299-4361 570-988-5900 LIHEAP: 570-988-5996 o 800-332-8583
Perry	Perry County Assistance Office 100 Centre Drive P.O. Box 280 New Bloomfield, PA 17068-0280	1-800-991-1929 717-582-2127 LIHEAP: 717-582-5038
Philadelphia	Philadelphia County Assistance Office Headquarters 801 Market Street Philadelphia, PA 19107	215-560-7226 LIHEAP: 215-560-1583
	Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) 1163 S. Broad Street Philadelphia, PA 19147	LIHEAP: 215-560-1583
	Boulevard District 4109 Frankford Avenue Philadelphia, PA 19124-4508	215-560-6500
	Cheltenham District 301 East Cheltenham Avenue, 1st Flr. Philadelphia, PA 19144-5751	215-560-5200
	Delancey District 5740 Market Street 2nd Floor Philadelphia, PA 19139-3204	215-560-3700
	Elmwood District 5740 Market Street 1st Floor Philadelphia, PA 19139-3204	215-560-3800

Condado	Lugar	Número de teléfono
Philadelphia	Liberty District 219 East Lehigh Avenue Philadelphia, PA 19125-1099	215-560-4000
	Long Term and Independent Services District 5070 Parkside Avenue Philadelphia, PA 19131	215-560-5500
	Ridge/Tioga District 1350 West Sedgley Avenue Philadelphia, PA 19132-2498	215-560-4900
	Somerset District 2701 N. Broad Street, 2nd Flr. Philadelphia, PA 19132-2743	215-560-5400
	South District 1163 S. Broad Street Philadelphia, PA 19147	Número de teléfono: 215-560-4400 FAX: 215-218-4650
	Unity District 4111 Frankford Avenue Philadelphia, PA 19124	215-560-6400
	West District 5070 Parkside Avenue Philadelphia, PA 19131-4747	215-560-6100
Pike	Pike County Assistance Office Milford Professional Park Suite 101 10 Buist Road	1-866-267-9181 570-296-6114 LIHEAP: 570-296-6114
Potter	Potter County Assistance Office 269 Route 6 West, Room 1 Coudersport, PA 16915-8465	1-800-446-9896 814-274-4900
Schuylkill	Schuylkill County Assistance Office 2640 Woodglen Road P.O. Box 1100 Pottsville, PA 17901-1100	1-877-306-5439 570-621-3000 LIHEAP: 570-621-3072
Snyder	Snyder County Assistance Office 83 Maple Lane Selinsgrove, PA 17870-1302	1-866-713-8584 570-374-8126 LIHEAP: 570-372-1721
Somerset	Somerset County Assistance Office 164 Staybrook Street Somerset, PA 15501	1-800-248-1607 814-443-3681 LIHEAP: 814-443-3683
Sullivan	Sullivan County Assistance Office 918 Main Street, Suite 2 P.O. Box 355 Laporte, PA 18626-0355	1-877-265-1681 570-946-7174 LIHEAP: 570-946-7174
Susquehanna	Susquehanna County Assistance Office 111 Spruce Street P.O. Box 128 Montrose, PA 18801-0128.	1-888-753-6328 570-278-3891 LIHEAP: 1-866-410-2093
Tioga	Tioga County Assistance Office 11809 Route 6 Wellsboro, PA 16901-6764	1-800-525-6842 570-724-4051 LIHEAP: 570-724-4051

Condado	Lugar	Número de teléfono
Union	Union County Assistance Office Suite 300 1610 Industrial Boulevard Lewisburg, PA 17837-1292	1-877-628-2003 570-524-2201 LIHEAP: 570-522-5274
Venango	Venango County Assistance Office 530 13th Street Franklin, PA 16323-0391	1-877-409-2421 814-437-4341/4342 LIHEAP: 814-437-4354
Warren	Warren County Assistance Office 210 North Drive, Suite A N. Warren, PA 16365	1-800-403-4043 814-723-6330 LIHEAP: 814-726-2540
Washington	Washington County Assistance Office 90 W Chestnut Street, Suite 300 East Wing Washington, PA 15301	1-800-835-9720 724-223-4300 LIHEAP: 724-223-5246
	Valley District 595 Galiffa Drive P.O. Box 592 Donora, PA 15033-0592	1-800-392-6932 724-379-1500 LIHEAP: 724-379-1549
	Donora/Valley District 595 Galiffa Drive P.O. Box 592 Donora, PA 15033-0592	1-800-238-9094 724-379-1500 LIHEAP: 724-832-5524
Wayne	Wayne County Assistance Office 15 Innovation Drive Lake Ariel, PA 18436-8800	1-877-879-5267 570-253-7100 LIHEAP: 570-253-7118
Westmoreland	Westmoreland County Assistance Office - Oficina principal 587 Sells Lane Greensburg, PA 15601-449	1-800-905-5413 724-832-5200 LIHEAP: 724-832-5524
Wyoming	Wyoming County Assistance Office 608 Hunter Highway, Suite 6 P.O. Box 490 Tunkhannock, PA 18657-0490	1-877-699-3312 570-836-5171 LIHEAP: 570-836-5171
York	York County Assistance Office 130 N. Duke Street P.O. Box 15041 York, PA 17405-7041	1-800-991-0929 717-771-1100 LIHEAP: 1-800-991-0929

La discriminación está prohibida por la ley

Health Partners Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Health Partners Plans no excluye a personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Health Partners Plans proporciona productos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros; algunos de estos productos y servicios pueden ser los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).

Health Partners Plans proporciona servicios lingüísticos gratis para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesitas estos servicios, comunícate con Health Partners Plans al **1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477)**.

Si crees que Health Partners Plans ha incumplido en la prestación de estos servicios o ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género, u orientación sexual, puedes presentar una queja ante la siguiente entidad:

Health Partners Plans
Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Número de teléfono: 1-800-553-0784
(TTY 1-877-454-8477)
Fax: 1-215-991-4105

The Bureau of Equal Opportunity,
Room 223, Health and Welfare Building,
P.O. Box 2675,
Harrisburg, PA 17105-2675,
Número de teléfono: (717) 787-1127, TTY/servicio de
retransmisión de PA: 711, fax: (717) 772-4366, o al
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puedes presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja, Health Partners Plans y la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) están disponibles para ayudarte.

También puedes presentar una queja respecto de los derechos civiles en forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal, teléfono o correo electrónico a:

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

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llama al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) o habla con tu proveedor.

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-553-0784 (文本电话：1-877-454-8477) 或咨询您的服务提供商。

सावधानः यदि तिपाई नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) или обратитесь к своему поставщику услуг.

تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات من ابسة تنبهي: إذا كنت في المملو مات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-553-0784 (1-877-454-8477) أو لتو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) oswa pale avèk founisè w la.

LU'U Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-553-0784 (Người khuyết tật: 1-877-454-8477) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) або зверніться до свого постачальника».

注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-553-0784 (TTY：1-877-454-8477) 或與您的提供者討論。

ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477) ou fale com seu provedor.

