



ÍNDICE

¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS NEVADA MEDICAID Y NEVADA CHECK UP?.....	6
¿QUÉ ES SILVERSUMMIT HEALTHPLAN?	6
LE DAMOS LA BIENVENIDA	7
INFORMACIÓN SOBRE SU MANUAL PARA AFILIADOS	7
OTROS FORMATOS E IDIOMAS	8
SERVICIOS DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN.....	8
CONTACTOS IMPORTANTES	10
SUS CONTACTOS PERSONALES.....	10
¿CÓMO COMUNICARSE CON SILVERSUMMIT HEALTHPLAN?.....	10
OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES.....	10
LOS SERVICIOS PARA LOS AFILIADOS PUEDEN AYUDARLE	11
¿CÓMO FUNCIONA SU PLAN DE SALUD?.....	12
SU TARJETA DE ID DE MIEMBRO	12
LÍNEA DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA	13
¿EN QUÉ PODEMOS AYUDARLE?	13
¿TIENE UNA EMERGENCIA MÉDICA O DE SALUD MENTAL?.....	14
MEMBER CONNECTIONS®	14
SUS BENEFICIOS CUBIERTOS	14
ACCESO DE LOS NATIVOS AMERICANOS A LA ATENCIÓN DE SALUD	18
SITIO WEB DE SILVERSUMMIT HEALTHPLAN	19
PORTAL SEGURO PARA MIEMBROS	19
SERVICIOS DE FARMACIA	20
MEDICAMENTOS RECETADOS CUBIERTOS	20
MEDICAMENTOS RECETADOS NO CUBIERTOS	20
LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)	21
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	21
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (OTC)	21
PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN FARMACÉUTICA	21
LÍMITES DE DISPENSACIÓN, LÍMITES DE CANTIDAD Y LÍMITES DE EDAD	22
TERAPIA ESCALONADA (ST).....	22
SERVICIOS ESPECIALES	23
SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS	23
RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA	24
EL IMPORTANTE PAPEL DEL APOYO FAMILIAR	25
SERVICIOS DE LA VISTA	25

SERVICIOS DE DOULA	26
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	26
EXCLUSIONES RELACIONADAS	26
CONTROLES DE BIENESTAR INFANTIL	27
NIÑOS CON DISCAPACIDAD.....	28
SERVICIOS EXCLUIDOS	28
FACTURACIÓN DE SERVICIOS CUBIERTOS.....	29
¿CÓMO OBTENER ATENCIÓN?	30
SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS	30
RED DE PROVEEDORES.....	30
CÓMO ENCONTRAR NUEVOS TRATAMIENTOS PARA ATENDERLE MEJOR	31
AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS.....	31
AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS	32
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.....	32
HOSPITAL	32
CÓMO OBTENER ATENCIÓN FUERA DEL ESTADO.....	33
ATENCIÓN DE URGENCIA DESPUÉS DE LAS HORAS DE CONSULTA	33
ATENCIÓN DE EMERGENCIA.....	34
SERVICIOS FUERA DE LA RED.....	35
SERVICIOS POSTERIORES A LA ESTABILIZACIÓN	35
TRANSPORTE DE EMERGENCIA	35
TRANSPORTE QUE NO ES DE EMERGENCIA	36
SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA	37
PROGRAMAR CITAS Y RECIBIR ASISTENCIA.....	37
SU DIRECTORIO DE PROVEEDORES.....	37
¿CÓMO ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?	38
VISITE A SU PCP.....	39
RESPONSABILIDADES DEL PCP	39
COMUNICACIÓN CON SU PCP	39
CITAS CON SU PCP FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN	40
¿QUÉ HACER SI SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) O MÉDICO ESPECIALISTA ABANDONA NUESTRA RED?.....	40
REMISIONES.....	41
ACCESO A LA ATENCIÓN	42
CONTINUIDAD Y TRANSICIÓN PARA LOS NUEVOS MIEMBROS	42
ESTÁNDARES DE DISPONIBILIDAD Y ACCESO A CITAS	42
TIEMPO DE ESPERA EN EL CONSULTORIO.....	44

QUÉ HACER SI RECIBE UNA FACTURA.....	44
¿QUÉ ES EL COSTO COMPARTIDO	44
NUEVAS OPCIONES PARA ADMINISTRAR SUS EXPEDIENTES	
MÉDICOS DIGITALES.....	45
AYUDA PARA SU SALUD	46
¿CÓMO GANAR DINERO CON EL PROGRAMA DE RECOMPENSAS?.....	46
SERVICIOS DE EMBARAZO Y MATERNIDAD.....	46
INFORMACIÓN SOBRE EL ÁCIDO FÓLICO	47
START SMART FOR YOUR BABY®.....	47
DEJAR DE FUMAR.....	48
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN	48
¿DEBE RECIBIR AYUDA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN?	48
¿QUÉ ES UN ADMINISTRADOR DE LA ATENCIÓN?	49
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN CRÓNICA.....	49
ELEGIBILIDAD GENERAL.....	51
ELEGIBILIDAD GENERAL	51
CAMBIOS DE VIDA IMPORTANTES	51
OTRO SEGURO.....	52
INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL Y OTRAS RECLAMACIONES	52
INSCRIPCIÓN ABIERTA.....	53
INSCRIPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	53
CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN.....	53
CÓMO CANCELAR LA INSCRIPCIÓN	54
CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN INVOLUNTARIA CON CAUSA	55
REASIGNACIÓN	56
SATISFACCIÓN DE LOS AFILIADOS.....	57
SATISFACCIÓN DE LOS AFILIADOS	57
JUNTA ASESORA DE AFILIADOS	57
COMPETENCIA CULTURAL	58
PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD	59
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS.....	59
RECLAMACIONES	60
CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN	61
APELACIONES	62
CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN	63
¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?.....	64
¿CÓMO SEGUIR RECIBIENDO SERVICIOS?	64

DECISIONES DE APELACIÓN RÁPIDA.....	64
AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO	64
¿CÓMO NOTIFICAR PRESUNTAS INFRACCIONES EN MATERIA DE COMERCIALIZACIÓN?.....	65
CÓMO INFORMAR DE FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO	66
DERECHOS DE LOS AFILIADOS.....	66
AVISO DE PRIVACIDAD	69
USOS Y DIVULGACIÓN PERMISIBLE DE SU PHI.....	70
DERECHOS INDIVIDUALES	73
INFORMACIÓN DE CONTACTO.....	75
DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN	75
GLOSARIO DE TÉRMINOS	77
FORMULARIOS	80
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO	81
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	83
FORMULARIO DE QUEJA O APELACIÓN.....	84
FORMULARIO DE INQUIETUD O RECOMENDACIÓN.....	85
FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO.....	86

Gracias por elegir SilverSummit Healthplan como su plan de salud.

SilverSummit Healthplan colabora con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de Nevada y con la División de Financiación y Política de Atención de Salud (DHCFP). Prestamos servicios de salud para el programa Nevada Medicaid y Nevada Check Up. Junto con su médico, le ayudamos a administrar su atención y su salud. Nuestro trabajo es asegurarnos de que recibe los servicios que necesita para mantenerse saludable.

¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS NEVADA MEDICAID Y NEVADA CHECK UP?

Nevada Medicaid y Nevada Check Up son los nombres de los programas que atienden a los beneficiarios de Medicaid inscritos en el programa de atención administrada de Medicaid de Nevada. Su misión es proporcionar una cobertura de atención de salud integral y de bajo costo a adultos con bajos ingresos y a niños sin seguro (desde el nacimiento hasta los 18 años) que no estén cubiertos por un seguro privado, centrándose además en lo siguiente:

1. promover la cobertura de atención de salud de su hijo;
2. fomentar la responsabilidad individual;
3. colaborar con proveedores de atención de salud públicos y privados y defensores de los niños en la comunidad.

¿QUÉ ES SILVERSUMMIT HEALTHPLAN?

SilverSummit Healthplan es una organización de atención administrada (MCO) de Medicaid. Normalmente, esto se llama "MCO". Un "miembro" es cualquier persona que recibe servicios de la MCO. El objetivo de una MCO es dar a los miembros acceso a todos los servicios de salud que necesitan a través de una única compañía.

Como MCO, SilverSummit Healthplan le ayudará a coordinar sus necesidades de atención de salud exclusivas. Al hacerlo, nuestro objetivo es mejorar la salud de todos los habitantes de Nevada a los que tenemos el privilegio de servir.

Puede comunicarse con nosotros para solicitar cualquier información sobre SilverSummit Healthplan. Puede obtener información sobre los siguientes temas:

- Cómo trabajamos con sus otros planes de salud (si los tiene).
- Cómo les pagamos a nuestros proveedores.
- Resultados de las encuestas a los miembros.
- Cuántos miembros deciden no utilizar SilverSummit Healthplan.
- Beneficios, elegibilidad, reclamaciones o proveedores participantes.

Si quiere indicarnos formas de mejorar o recomendarnos cambios en nuestras políticas, procedimientos o servicios, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Le damos la bienvenida



INFORMACIÓN SOBRE SU MANUAL PARA AFILIADOS

ESTE MANUAL NO ES UN CERTIFICADO DE SEGURO Y NO SE DEBE CONSIDERAR NI INTERPRETAR COMO EVIDENCIA DE COBERTURA DE SEGURO ENTRE EL CONTRATISTA Y EL(LA) AFILIADO(A).

Actualizamos nuestro manual para afiliados una vez al año. Si hacemos algún cambio material en el Manual para afiliados, se lo notificaremos al menos 30 días antes de hacer los cambios. Puede solicitar una copia de nuestro Manual para afiliados anualmente o cuando sea necesario. El manual para afiliados es una guía detallada de SilverSummit Healthplan y de sus beneficios de atención médica. Es nuestro contrato con usted. El manual para afiliados explica sus derechos, beneficios y responsabilidades de ser un(a) afiliado(a) de SilverSummit Healthplan. Lea este manual cuidadosamente. Le proporcionará información sobre sus beneficios y servicios:

- Qué está cubierto/o no está cubierto por SilverSummit Healthplan
- Cómo obtener la atención que necesita
- Sus derechos y responsabilidades
- Cómo surtir sus recetas
- Cómo elegir su proveedor de atención primaria (PCP)
- Qué hacer si está descontento(a) con su plan de salud o cobertura médica
- Requisitos para la elegibilidad
- Cuándo usar la atención de urgencia en vez de acudir a la sala de emergencia
- Materiales que recibirá de SilverSummit Healthplan

Visite nuestro sitio web en [SilverSummitHealthplan.com](https://www.silversummithealthplan.com) para ver el Manual para afiliados con ayudas auxiliares y servicios de idiomas cuando se soliciten sin costo para el afiliado(a). También puede llamar a los Servicios para los afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086), servicio de Retransmisión de Datos 711, para solicitar una copia del Manual para afiliados anualmente o cuando sea necesario sin costo alguno. La copia impresa se enviará a la dirección de correos del(de la) afiliado(a), la solicitud generará un correo electrónico que informará al(a la) afiliado(a) que se ha recibido su solicitud. Después recibirá la copia impresa del Manual para afiliados en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha de la solicitud.

Tómese su tiempo para leer su manual. Manténgalo a mano por si lo necesitase.

OTROS FORMATOS E IDIOMAS

Para los miembros que no hablan inglés o no se sienten cómodos hablándolo, SilverSummit Healthplan cuenta con un servicio gratuito de ayuda. Este servicio es muy importante porque usted y su médico deben poder hablar de sus preocupaciones de salud de una manera que ambos puedan entender. Nuestros servicios de interpretación son gratuitos y pueden ayudarle con muchos idiomas diferentes. Esto incluye la lengua de señas.

Los miembros de SilverSummit Healthplan ciegos o con problemas de visión pueden llamar a Servicios al Miembro para solicitar una interpretación oral. Para solicitar servicios de interpretación, llame a Servicios al Miembro al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Si desea este manual en letra grande, braille, CD de audio, en otro idioma o en otro formato, llame a Servicios al Miembro.

La información incluida en este folleto es acerca de sus beneficios del Plan de Salud SilverSummit Healthplan. Si necesita obtener la información en un idioma diferente, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

SERVICIOS DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

Se ofrecen servicios de traducción e interpretación. Estos servicios no tienen costo e incluyen la lengua de señas. Podemos ayudarle a hablar con sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando no disponga de otro traductor.

SilverSummit Healthplan tiene una línea telefónica de idiomas disponible a cualquier hora. Para solicitar un intérprete, llame a Servicios al Miembro. El número es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Díganos qué idioma habla y le conseguiremos un intérprete. Ellos pueden participar de la llamada para ayudarle a comunicarse con su proveedor de atención de salud. O bien, podemos disponer de un intérprete en su cita.

Puede conseguir un intérprete fuera de nuestro horario de atención. Hable con la Línea de Consultas de Enfermería. Nos aseguraremos de que esté conectado.

Brindaremos servicios de interpretación a nuestros miembros y traduciremos cualquiera de sus documentos al idioma que prefiera. Solo tiene que llamarnos e indicarnos el idioma que necesita.

Servicios de intérprete

Los servicios de interpretación se proporcionan sin costo para usted. Esto incluye lengua de señas. Además, incluye interpretación oral en tiempo real. SilverSummit Healthplan tiene una línea telefónica para idiomas disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Le podemos ayudar a conversar con sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando no se encuentra disponible otro traductor.

Vamos a traducir nuestros materiales para miembros en su idioma preferido a petición. Para solicitar un intérprete: Llame a Servicios al Miembro al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos: 711, y díganos qué idioma habla. Nos aseguraremos de que haya un intérprete en el teléfono con usted cuando llame a su proveedor de atención médica, o que esté disponible en su cita.

Marketplace Plan: 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945)

Medicaid Plan: 1-844-366-2880 (TTY/TDD 1-844-804-6086)

English: Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, please call the number above.

Español (Spanish): Servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, y otros formatos alternativos están disponibles para usted sin ningún costo. Para obtener esto, llame al número de arriba.

Tagalog (Tagalog): Mayroon kang makukuhang libreng tulong sa wika, auxiliary aids at mga serbisyo, at iba pang mga alternatibong format. Upang makuha ito, mangyaring tawagan ang numerong nakasulat sa itaas.

简体中文(Chinese): 可以免费为您提供语言协助服务、辅助用具和服务以及其他格式。如有需要, 请拨打上述电话号码。

한국어(Korean): 언어 지원 서비스, 보조적 지원 및 서비스, 기타 형식의 자료를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이용을 원하시면 상기 전화번호로 연락해 주십시오.

Tiếng Việt (Vietnamese): Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, các trợ cụ và dịch vụ phụ thuộc, và các dạng thức thay thế khác hiện có miễn phí cho quý vị. Để có được những điều này, xin gọi số điện thoại nêu trên.

አማርኛ (Amharic):- ከክፍያ ገደብ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች፣ ተቀጽላ እርዳታዎች እና አገልግሎቶች፣ እና ሌሎች አማራጭ ቅርጾች ያገኛሉ። ይህን ለማግኘት እባክዎን ከላይ ባለው ቁጥር ይደውሉ።

ไทย (Thai): บริการช่วยเหลือด้านภาษา อุปกรณ์และบริการเสริม รวมทั้งรูปแบบทางเลือกอื่น ๆ มีให้ท่านใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากต้องการขอรับบริการเหล่านี้ กรุณาติดต่อทางโทรศัพท์ที่หมายเลขข้างต้น

日本語 (Japanese): 言語支援サービス、補助器具と補助サービス、その他のオプション形式を無料でご利用いただけます。ご利用をお考えの方は、上記の番号にお電話ください。

العربية (Arabic): خدمات المساعدة اللغوية والمعينات والخدمات الإضافية وغيرها من الأشكال البديلة متاحة لك مجاناً. للحصول عليها، يرجى الاتصال بالرقم أعلاه.

Русский язык (Russian): Вам могут быть бесплатно предоставлены услуги по переводу, вспомогательные средства и услуги, а также материалы в других, альтернативных, форматах. Чтобы получить их, позвоните, пожалуйста, по указанному выше номеру телефона.

Français (French): Des services gratuits d'assistance linguistique, ainsi que des services d'assistance supplémentaires et d'autres formats sont à votre disposition. Pour y accéder, veuillez appeler le numéro ci-dessus.

فارسي (Farsi): خدمات ترجمه، حمایت های؛ خدمات کمکی و سایر انواع دیگر به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. برای به دست یابی به این خدمات، لطفاً با شماره تلفن بالا تماس بگیرید.

Samoan (Samoan): Auaunaga e lagolago i lau gagana, auaunaga fesoasoani atu, ma isi auaunaga e maua fua atu e leai se totogi. Pe a mana'omia ia auaunaga, vili le numera o loo tāua i luga.

Deutsch (German): Sprachunterstützung, Hilfen und Dienste für Hörbehinderte und Gehörlose sowie weitere alternative Formate werden Ihnen kostenlos zur Verfügung gestellt. Um eines dieser Serviceangebote zu nutzen, wählen Sie die o. a. Rufnummer.

Ilokano (Ilocano): Makaala kayo iti libre nga tulong para iti serbisyo nga kasapulan maipanggep iti lengguwahe, dadduma nga tulong ken serbisyo, umawag kayo laeng iti numero nga adda iti ngato.

Contactos importantes



SUS CONTACTOS PERSONALES

Su proveedor de atención primaria: _____

Su clínica de atención urgente más cercana: _____

¿CÓMO COMUNICARSE CON SILVERSUMMIT HEALTHPLAN?

SilverSummit Healthplan
2500 North Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128

Servicios para los afiliados y línea gratuita de consejo de enfermería
que atiende 24/7 1-844-366-2880

TTY..... 1-844-804-6086

Servicio de Retransmisión de Datos 711

Fax 1-855-252-0568

Abrimos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. PT. ¡La línea de consejo de enfermería está siempre a su disposición!

OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

En caso de emergencia,llame al 911.

Servicio de atención al cliente para los beneficiarios de Medicaid

Oficina de Medicaid del distrito Las Vegas.....1-702-668-4200

Oficina del distrito Reno 1-775-687-1900

Asesores de colegas en vivo también están disponibles ahora, llame a la

Línea gratuita de Community Connections1-866-775-2192

LOS SERVICIOS PARA LOS AFILIADOS PUEDEN AYUDARLE

Los Servicios para los afiliados de SilverSummit Healthplan le ayudan a contestar sus preguntas sobre su plan. Nuestro equipo de representantes de los Servicios para los afiliados está preparado para ayudarle. Están disponibles por teléfono, correo, fax y correo electrónico.

Si tiene preguntas o si necesita ayuda para entender algo, llámenos. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Tenemos un equipo de personas preparadas para ayudarle.

Le podemos ayudar de muchas maneras:

- A encontrar un médico u otro proveedor
- A obtener una nueva tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan
- A entender los beneficios que están o no están cubiertos
- A presentar una reclamación o apelación
- A solicitar una lista de proveedores o el Manual para afiliados
- A informar sobre posibles problemas de fraude cometidos por un(a) afiliado(a) o proveedor
- A cambiar su dirección y número de teléfono
- A recibir materiales para los nuevos afiliados

Abrimos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. PT. Cerramos durante la mayoría de las fiestas estatales de Nevada.

Tenemos un portal seguro para los afiliados en nuestro sitio web SilverSummitHealthplan.com. Lo puede usar para enviarnos correos electrónicos. Nuestro número de fax es 1-855-252-0568. También nos puede enviar la información por correo. La dirección es:

SilverSummit Healthplan
2500 North Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128

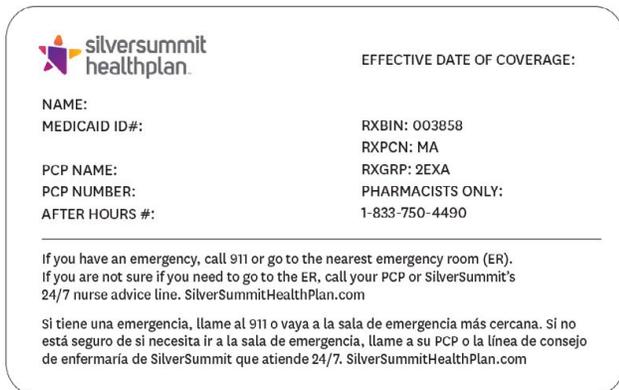
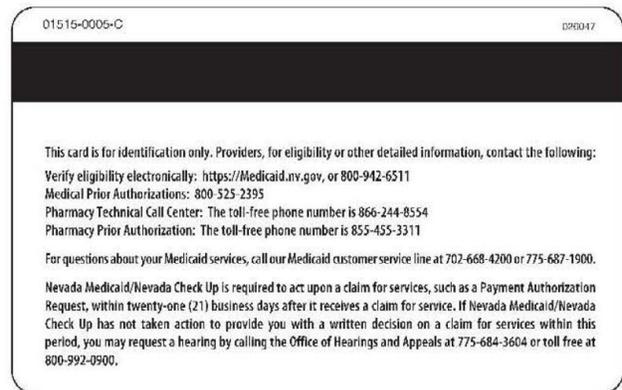
SilverSummit Healthplan le informará sobre los cambios **IMPORTANTES**. Cuando haya un cambio, le enviaremos una tarjeta postal o una carta al menos 30 días antes de que se produzca dicho cambio.

¿Cómo funciona su plan de salud?



SU TARJETA DE ID DE MIEMBRO

Cuando se inscriba, recibirá una tarjeta de Medicaid y otra de SilverSummit Healthplan. Lleve las dos tarjetas de identificación (ID) a todas las citas. El DHHS le enviará por correo una tarjeta azul de identificación (ID) de Nevada Medicaid. Su tarjeta de Medicaid tendrá estas características:



La tarjeta se le enviará por correo en un plazo de cinco días hábiles desde que se nos comunique que usted es miembro. Su tarjeta de identificación (ID) de miembro es la prueba de que es miembro de SilverSummit Healthplan.

Muestre ambas tarjetas de identificación (ID) cada vez que necesite atención:

- citas médicas
- atención de urgencia
- citas para atención de la vista
- citas de salud del comportamiento
- consultas de emergencia
- recogida de medicamentos recetados en la farmacia

Además, también debe llevar su tarjeta de identificación (ID) de Medicaid para poder recibir beneficios de Medicaid que SilverSummit Healthplan no brinda.

Cada vez que obtenga una nueva tarjeta de identificación (ID) de miembro, destruya la anterior. Si pierde su tarjeta de identificación (ID) de miembro de SilverSummit Healthplan o no la ha recibido, podemos sustituirla. Visite el portal seguro para miembros para solicitar una nueva. O bien, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación (ID) en un plazo de 10 días.

Puede imprimir una tarjeta de identificación (ID) de miembro temporal de SilverSummit Healthplan desde nuestro portal seguro para miembros. Visite nuestro sitio web: [SilverSummitHealthplan.com](https://www.SilverSummitHealthplan.com).

Tenga las tarjetas con usted y en un lugar seguro en todo momento. Asegúrese de que no se las roban ni las utiliza otra persona. La cobertura de SilverSummit Healthplan es solo para usted. De usted depende proteger su tarjeta de identificación (ID) de miembro. Nadie más puede utilizar su tarjeta de identificación (ID) de miembro.

Es ilegal dar o vender su tarjeta de identificación (ID) de miembro a cualquier persona. Si otra persona utiliza su tarjeta, es posible que se cancele su inscripción en SilverSummit Healthplan y el Estado podría acusarle de delito.

LÍNEA DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

Puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería de SilverSummit Healthplan en cualquier momento. Este servicio es gratuito y pueden darle respuestas a preguntas de salud. Atiende llamadas las 24 horas del día, todos los días. Llame al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos: 711, si tiene preguntas sobre salud. Tenga con usted su tarjeta de identidad (ID) cuando llame. El personal de enfermería le pedirá su número.

Nuestro personal de enfermería habla inglés y español. Si habla otro idioma, puede pedir un traductor.

¿EN QUÉ PODEMOS AYUDARLE?

- preguntas sobre su salud
- dónde recibir atención
- entender cómo tomar los medicamentos
- información sobre su embarazo
- información sobre sus condiciones de salud

¿TIENE UNA EMERGENCIA MÉDICA O DE SALUD MENTAL?

Si no está seguro(a) de si debe acudir a la sala de emergencias, nos puede llamar. Nuestro personal de enfermería le ayudará a averiguar si necesita atención de emergencia, atención de urgencia o si debe acudir a su médico.

MEMBER CONNECTIONS®

¡Nuestro equipo de Member Connections, que forma parte de Community Solutions está aquí para ayudarle! Le ayudamos a acceder a los recursos esenciales que necesita de su comunidad y a los servicios médicos. Nuestros trabajadores de salud comunitaria certificados pertenecen a su comunidad y están especialmente capacitados para ayudarle. Se dedican a ayudarle a comunicarse con todos los recursos importantes que necesita y colaboran con socios comunitarios para garantizar que reciba la atención y ayuda que se merece. Puede confiar en que nuestro equipo para que le guíe a lo largo del proceso para asegurar que usted obtiene la ayuda que necesita. ¡Estamos aquí siempre para servirle!

- Si busca un médico, un médico especialista u otro tipo de proveedor, nuestro equipo le puede ayudar a encontrar el que mejor se adapta a sus necesidades médicas específicas. Nuestro equipo le guiará a través del complejo sistema de atención de salud para asegurarse que tiene acceso a todos los recursos y el apoyo que necesita.
- Conexión con los Servicios de apoyo comunitarios. Estamos aquí para ayudarle no solo con sus necesidades médicas, sino también con otros aspectos de su vida que afectan a su salud y felicidad. Llame hoy mismo para conectarse con nuestros trabajadores de salud de la comunidad, especialistas de la vivienda y enlaces con los tribunales certificados para que le ayuden a acceder a recursos y programas vitales en la comunidad.
- Estamos aquí para ayudarle con todas sus necesidades, entre las que se incluyen programar citas, organizar su transporte y ayudarle a encontrar los recursos adecuados. Nuestro objetivo es hacerle la vida más fácil y asegurar que tiene todo lo que necesita.

Nuestra misión es atenderle de la mejor manera posible. No solamente cuando está enfermo(a), sino también a mantenerle feliz y saludable siempre. Esto significa cuidar tanto de su cuerpo como de su mente. Nuestro amable equipo de Member Connections está siempre dispuesto a ayudarle. Puede contar con nosotros porque su salud y felicidad son nuestras prioridades principales.

Para obtener más información, llame a los Servicios para los afiliados, al número de teléfono: 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711, o envíe un correo electrónico a CommunitySolutions@SilverSummitHealthPlan.com.

SUS BENEFICIOS CUBIERTOS

SilverSummit Healthplan cubre muchos servicios médicos para sus necesidades de atención de salud. Algunos servicios tiene que prescribírselos su médico. Algunos servicios también deben ser aprobados por SilverSummit Healthplan antes de que usted los reciba.

Servicio	Descripción y límites	Se requiere autorización previa
Atención para alergias		Sí, para algunos servicios.
Servicios de ambulancia: emergencias	Incluye ambulancia terrestre y helicóptero de emergencia.	No.
Servicios de salud del comportamiento	Pueden aplicarse limitaciones de edad. Los servicios incluyen estabilización de crisis, hospitalización psiquiátrica, servicios ambulatorios de evaluación y tratamiento, centros residenciales de tratamiento y servicios de rehabilitación.	Sí, para algunos servicios.
Sacaleches		Sí.
Servicios quiroprácticos	La cobertura se limita a los miembros menores de 21 años remitidos por su PCP desde el programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT). Limitado a cuatro visitas al año.	Sí, después de cuatro visitas.
Equipo médico duradero (DME)	No se cubren los artículos que no sean médicamente necesarios o que no hayan sido solicitados por un proveedor.	Sí, en algunas situaciones.
Medicamentos: recetados/farmacia		Sí, para algunos medicamentos.
Medicamentos: de venta libre (OTC)	Los medicamentos de venta libre requieren receta médica.	No.
Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)/examen de bienestar infantil	Los servicios están destinados a miembros menores de 20 años. Exámenes de bienestar infantil, exámenes físicos anuales para la escuela o la práctica deportiva.	No.
Servicios de atención de la visión y anteojos	Menores de 21 años, un examen cada 12 meses. A partir de los 21 años, un examen cada 24 meses. Todos los miembros, lentes y monturas cada 12 meses.	No.

Servicio	Descripción y límites	Se requiere autorización previa
Planificación familiar	Los servicios de planificación familiar pueden ser prestados por cualquier médico o clínica de Medicaid. Esto incluye exámenes de bienestar para la mujer, exámenes de detección y pruebas de embarazo.	No.
Cuidado de los pies	El cuidado de rutina de los pies no está cubierto. El cuidado de los pies está cubierto para los menores de 21 años. Las visitas para el cuidado de los pies pueden ser limitadas. Los aparatos ortopédicos están cubiertos para algunas condiciones.	Sí, en algunas situaciones.
Audífonos y servicios para la audición		Sí, para implantes cocleares.
Servicios prenatales y para lactantes de alto riesgo	La administración de la atención ofrece apoyo especial a los miembros en situación de riesgo o con necesidades de atención de salud especiales.	Notificar al plan.
Atención de salud a domicilio	El médico debe recetar la atención. Además, no debe poder recibir la atención en el hospital o en el consultorio del proveedor. Se aplican otras condiciones.	Sí.
Servicios de atención para pacientes terminales	No debe ser un centro para pacientes hospitalizados.	Sí.
Vacunas para niños	Disponible para miembros de 21 años o menos.	No.
Atención hospitalaria para pacientes internados y ambulatorios	Los artículos que no son médicamente necesarios no están cubiertos.	Sí, incluidos los servicios de observación.
Atención por maternidad	Acuda a su proveedor en cuanto sepa que está embarazada. Envíenos el formulario de aviso de embarazo (NOP) en la primera visita. Están cubiertos los servicios prenatales hasta el posparto.	
Servicios y análisis de laboratorio	Las pruebas de paternidad y el tratamiento de la infertilidad no están cubiertos.	Sí, en algunas situaciones.
Servicios de enfermería obstétrica	Cubiertos con todos los proveedores dentro de la red.	Sí, para el proveedor no participante.

Servicio	Descripción y límites	Se requiere autorización previa
Ecografías obstétricas (OB)	Se permiten dos por embarazo, a menos que el perinatólogo pida más.	Sí, si son más de dos.
Visitas al consultorio	Cubiertas con todos los proveedores dentro de la red.	Sí, para el proveedor no participante.
Aparatos ortopédicos/ prótesis		Sí.
Manejo del dolor	No se aplica para el manejo del dolor posoperatorio.	Sí.
Servicios médicos	Un examen físico de rutina cada 12 meses realizado por su PCP. Todas las consultas médicas que sean necesarias.	Sí, para el proveedor no participante.
Servicios privados de enfermería	Los servicios de enfermería nocturna y las horas de cuidados de relevo son limitados.	Sí.
Servicio hospitalario psiquiátrico		Sí.
Servicios psiquiátricos		Sí, para algunos servicios.
Servicios de psicología		Sí, para algunos servicios.
Ensayos clínicos que califican	Los gastos de la atención de rutina están cubiertos.	Sí.
Radiología y radiografías	Requieren la solicitud de un proveedor.	Sí, para radiología de alta tecnología, como la tomografía computarizada (CT), las imágenes por resonancia magnética (MRI) y la angiografía por resonancia magnética (MRA).
Cirugía reconstructiva	No está cubierta la cirugía que se realiza para mejorar el aspecto físico y que se considera estética.	Sí.
Servicios de rehabilitación		Sí.
Atención en centros de enfermería especializada	Los artículos que no son médicamente necesarios no están cubiertos. Esto incluye habitaciones privadas o artículos de confort.	Sí.

Servicio	Descripción y límites	Se requiere autorización previa
Servicios de esterilización	Las esterilizaciones requieren formularios de consentimiento informado 30 días antes de la fecha de los procedimientos. Las histerectomías están cubiertas de forma limitada.	No.
Servicios de terapia (ocupacional, física, del habla)		Sí.
Servicios para dejar de fumar/dejar de consumir tabaco	Están cubiertos determinados medicamentos, parches o chicles para ayudarlo a dejar de fumar. La ayuda para dejar de fumar está cubierta por Tobacco-Free Nevada y National Jewish Health. Llame al 1-800-QUIT-NOW (784-8669) o al 1-844-251-0004 para obtener más información.	No.
Cirugías		Sí, excepto en caso de emergencia.
Servicios de trasplante	Para los menores de 21 años, se cubrirá cualquier trasplante médicamente necesario que no sea experimental. Para los adultos, se cubrirán los trasplantes de córnea, riñón, hígado y médula ósea, si son médicamente necesarios.	Sí.
Atención de urgencia		No.

NOTA: Hay algunos servicios que le exigen a su médico una autorización antes de brindarle la atención. Si quiere saber si un servicio necesita autorización, puede llamar a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Más adelante, encontrará información adicional al respecto. Consulte la sección “Prior Authorization for Services” (Autorización previa de servicios). Otros beneficios que puede utilizar son la telemedicina, la televigilancia y la telesalud.

ACCESO DE LOS NATIVOS AMERICANOS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Si es indígena americano o nativo de Alaska, puede elegir como PCP a un proveedor de servicios de salud indígena, de una clínica tribal o de una clínica urbana de salud indígena. Puede recibir servicios de una clínica tribal o de los servicios de salud indígena sin autorización previa. O bien, puede acudir a otro proveedor de la red SilverSummit Healthplan.

SITIO WEB DE SILVERSUMMIT HEALTHPLAN

Nuestro sitio web le ayudará a obtener respuestas sobre su atención de salud. Visite nuestro sitio web, SilverSummitHealthplan.com. Allí, encontrará información sobre sus beneficios y nuestros servicios. Puede obtener información sobre los siguientes temas:

- Manual del miembro;
- Directorio de proveedores;
- Portal seguro para miembros con características de autoservicio;
- acceso sin costo a la Línea de Consultas de Enfermería, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- acceso a la línea para crisis de salud mental y consumo de sustancias, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- derechos y responsabilidades relacionados con la privacidad;
- cómo denunciar sospechas de fraude, despilfarro y abuso;
- cómo encontrar un médico;
- cómo presentar quejas y apelaciones;
- educación sobre hábitos de vida saludables;
- cómo renovar los beneficios de Medicaid.

PORTAL SEGURO PARA MIEMBROS

El sitio web de SilverSummit Healthplan tiene un portal seguro para miembros. Puede registrarse y crear su propia cuenta. A través de su cuenta, puede hacer un seguimiento de sus beneficios de salud. Puede enviar correos electrónicos de forma segura a través de Servicios al Miembro.

El portal seguro para miembros le da acceso a múltiples servicios:

- cambiar de proveedor de atención primaria (PCP);
- consultar el saldo de recompensas;
- avisarnos cuando esté embarazada para que pueda obtener recursos especiales para el embarazo;
- completar una evaluación para conocer su estado de salud;
- ver los servicios que recibió;
- enviar correos electrónicos a Servicios al Miembro;
- imprimir una tarjeta de identificación (ID) temporal de miembro de SilverSummit Healthplan.

Para inscribirse en el portal seguro para miembros, siga estos pasos:

1. Visite SilverSummitHealthplan.com.
2. En la página de inicio, debajo de “For Members” (Para miembros), haga clic en “Login” (Iniciar sesión).
3. Haga clic en “Sign Up Now” (Inscribirse ahora).

Servicios de farmacia



Cuando necesite medicamentos recetados o de venta libre (OTC), su médico puede ponerse en contacto con su farmacia o darle una receta escrita para que la lleve a su farmacia. Luego, la farmacia podrá darle su medicamento.

Todos los miembros de SilverSummit Healthplan deben utilizar una farmacia de nuestra red. Para encontrar una farmacia dentro de la red, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. O bien, puede buscar una farmacia en nuestro sitio web, SilverSummitHealthplan.com.

Cuando retire sus medicamentos en la farmacia, muestre sus tarjetas de identificación (ID) de Nevada Medicaid y SilverSummit Healthplan. No espere a quedarse sin un medicamento para pedir que se lo vuelvan a surtir. Llame a su médico o a su farmacia unos días antes de que se le acabe.

MEDICAMENTOS RECETADOS CUBIERTOS

SilverSummit Healthplan puede cubrir este tipo de medicamentos:

- Medicamentos con receta y artículos de venta libre (OTC) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA). Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos, visite SilverSummitHealthplan.com.
- Medicamentos autoinyectables (incluida la insulina).
- Medicamentos que ayudan a dejar de fumar.
- Agujas, jeringas, tiras reactivas y lancetas.

MEDICAMENTOS RECETADOS NO CUBIERTOS

SilverSummit Healthplan no cubre las siguientes medicamentos recetados:

- Medicamentos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- Medicamentos experimentales o en fase de investigación.
- Medicamentos que ayudan a lograr un embarazo.
- Medicamentos para adelgazar.
- Medicamentos cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos para tratar los problemas de erección.

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)

Su beneficio de farmacia tiene una lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). La PDL incluye la mayoría de los medicamentos cubiertos. Es posible que no estén cubiertas todas las formas o concentraciones de dosificación de un medicamento. Un equipo de médicos y farmacéuticos actualizan esta lista periódicamente. Quieren asegurarse de que los medicamentos de la lista son seguros, y útiles para usted y de que son rentables. Puede ver la PDL de SilverSummit Healthplan en este sitio web: www.centenepharma.com/formulary.html.

La lista de medicamentos preferidos incluye todos los medicamentos disponibles sin autorización previa (PA, por sus siglas en inglés).

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos deben utilizarse si pueden tratar su enfermedad. **La FDA requiere que los medicamentos genéricos sean seguros y actúen de la misma manera que los medicamentos con nombre de marca.** Los medicamentos con nombre de marca no estarán cubiertos sin autorización previa si un medicamento genérico apto está disponible. Si su médico cree que necesita un medicamento de marca, el médico puede solicitar una autorización previa. Cubriremos el medicamento de marca si hay una razón médica por la que usted necesita el nombre de marca.

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (OTC)

SilverSummit Healthplan cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). Necesitará una receta de su médico para que estén cubiertos. Puede encontrar la PDL de SilverSummit Healthplan en este sitio web: www.centenepharma.com/formulary.html.

Como compromiso con la salud y el bienestar general de nuestros(as) afiliados(as), SilverSummit Healthplan ofrece un beneficio trimestral adicional de \$30 por hogar de afiliado(a), para artículos de venta libre (OCT) de uso común que no están cubiertos a través del beneficio de farmacia de SilverSummit Healthplan.

PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN FARMACÉUTICA

SilverSummit Healthplan cubre los medicamentos que necesitan los afiliados de Medicaid. Puede llamar a un representante de los Servicios para los afiliados para pedir la lista de medicamentos cubiertos por SilverSummit Healthplan.

¿Cómo surtir sus recetas?

- Traiga la receta escrita de su proveedor a la farmacia. Su proveedor también puede enviar la receta por fax o llamar a la farmacia para dársela.
- Vaya a una farmacia que esté registrada con SilverSummit Healthplan. Para encontrar una farmacia en la red, llame a los Servicios para los afiliados al número 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711 o puede buscar una farmacia en nuestro sitio web, SilverSummitHealthplan.com.
- Muestre su tarjeta de identificación de SilverSummit Healthplan en la farmacia.

¿Qué es la autorización previa?

Algunos medicamentos deben ser aprobados por SilverSummit Healthplan antes de que usted los reciba. Esto se llama “autorización previa” (PA). Pregunte a su médico si el medicamento recetado requiere una autorización previa. De ser así, pregunte si hay otro medicamento que se pueda usar que no requiera PA. Los médicos de SilverSummit Healthplan han recibido una notificación por escrito de lo siguiente:

- los medicamentos incluidos en el Lista de medicamentos preferidos (PDL);
- cómo solicitar una autorización previa;
- procedimientos especiales establecidos para las solicitudes urgentes. Su médico puede decidir si es necesario usar un medicamento no preferido. Si es así, ellos deben enviar a SilverSummit Healthplan una solicitud de autorización previa. Si SilverSummit Healthplan no aprueba la solicitud, usted recibirá una notificación. Le informaremos sobre el proceso de apelación y revisión administrativa.

LÍMITES DE DISPENSACIÓN, LÍMITES DE CANTIDAD Y LÍMITES DE EDAD

Se puede dispensar un suministro máximo de medicamentos para 34 días, con excepción de los medicamentos de mantenimiento, para los que se puede dispensar un suministro máximo para 100 días.

Para volver a surtir la receta médica, tiene que haber transcurrido un total del 85% de los días del suministro. La administración de medicamentos fuera del límite de cantidad (QL) o del límite de edad (AL) requiere autorización previa. SilverSummit Healthplan puede limitar la cantidad de un medicamento que usted recibe a la vez. Si los médicos o el personal clínico consideran que usted tiene una razón médica para obtener una cantidad mayor, pueden pedir una PA. Si SilverSummit Healthplan no concede la PA, se lo notificaremos a usted y a los médicos o al personal clínico. Además, les proporcionaremos información sobre el proceso de apelación. Algunos medicamentos de la PDL de SilverSummit Healthplan pueden tener un AL. Se establecen para determinados medicamentos en función del etiquetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), por cuestiones de seguridad y por las normas de calidad de la atención. El AL se alinea con las alertas actuales de la FDA para el uso apropiado de productos farmacéuticos.

TERAPIA ESCALONADA (ST)

Algunos medicamentos que figuran en la PDL de SilverSummit Healthplan pueden requerir el uso de medicamentos específicos antes de que usted pueda recibir el medicamento de la terapia escalonada. Si SilverSummit Healthplan tiene constancia de que se probó primero el medicamento requerido, los medicamentos de ST estarán cubiertos automáticamente. Si SilverSummit Healthplan no tiene constancia de que se haya probado primero el medicamento requerido, es posible que usted, los médicos o el personal clínico deban proporcionar información adicional. Si SilverSummit Healthplan no concede la autorización previa, se lo notificaremos a usted y a los médicos o al personal clínico. Además, les proporcionaremos información sobre el proceso de apelación.

Servicios especiales



SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

La salud del comportamiento se refiere al tratamiento de la salud mental y el consumo de sustancias (alcohol y drogas). A veces, hablar con amigos o familiares puede ayudarle a resolver un problema. Cuando eso no sea suficiente, llame a su médico o a SilverSummit Healthplan. Podemos brindarle apoyo. Podemos hablar con sus proveedores o médicos. Podemos ayudarle a encontrar médicos especialistas en salud mental y consumo de sustancias que le brinden asistencia.

No necesitará una remisión de su médico. Usted puede acudir a cualquier proveedor de nuestra red para recibir servicios. Los proveedores le ayudarán a determinar qué servicios pueden satisfacer mejor sus necesidades.

SilverSummit Healthplan cubre estos servicios de salud del comportamiento:

- Servicios ambulatorios de salud mental y consumo de sustancias (asesoramiento/terapia).
- Servicios de psiquiatría y administración de medicamentos.
- Servicios de hospitalización psiquiátrica y hospitalización parcial.
- Pruebas psicológicas.
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios (IOP).
- Servicios para crisis.
- Centro residencial de tratamiento (RTC) para menores de 21 años.
- Servicios de salud mental de rehabilitación (RMH), como el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT), formación en habilidades básicas, apoyo entre pares y rehabilitación psicosocial (PSR).
- Servicios de administración de casos.
- Modificación del comportamiento, incluido el análisis del comportamiento aplicado.
- Otros: Comuníquese con SilverSummit Healthplan para obtener información sobre otros beneficios cubiertos.

¿Cómo sé si yo o mi hijo necesitamos ayuda?

- No puede hacer frente a la vida cotidiana.
- Se siente muy triste, estresado o preocupado.
- No duerme ni come bien.
- Piensa en hacerse daño a sí mismo o a otros.
- Le preocupan pensamientos extraños, como oír o ver cosas que otras personas no ven.
- Consume alcohol u otras sustancias.

- Tiene problemas en la escuela El colegio o la guardería creen que su hijo debería acudir al médico por problemas de salud mental o consumo de sustancias, incluido el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD).
- No se puede concentrar.
- Siente desesperanza.

Si tiene algún problema de salud del comportamiento, le podemos ayudar a encontrar un proveedor. Queremos que tenga un proveedor que sea adecuado para usted. Es importante que tenga a alguien con quien hablar para poder trabajar juntos en la resolución de sus problemas.

¿Qué debo hacer en caso de emergencia de salud del comportamiento?

En caso de emergencia que pone en peligro la vida, llame al 911. Si necesita ayuda en una situación en la que no pone en peligro la vida, la línea 988 le comunicará con el apoyo de crisis de salud mental. Puede llamar, enviar un mensaje o chatear con un asesor de crisis 24/7. La línea 988 es una línea privada y no le cuesta nada. El número de tres dígitos está disponible para todos aquellos que tengan una crisis de salud mental en todo el país.

Puede usar la línea 988 si necesita ayuda usted o un ser querido. Un asesor de crisis le escuchará y tratará de entender cómo su problema le afecta. También pueden compartir recursos si necesita obtener ayuda adicional.

La línea 988 le pone en contacto con alguien inmediatamente. Para obtener ayuda con una crisis de salud mental:

- Marque 988 (muchos idiomas)
- Escriba 988 para enviar un mensaje de texto (inglés solamente)
- Inicie un chateo en [SuicidePreventionLifeline.org/chat](https://www.suicidepreventionlifeline.org/chat) (inglés solamente)

Llame al 988 para:

- Pensamientos de suicidio
- Ansiedad o depresión en curso
- Preocupaciones sobre el uso de alcohol o drogas
- Pensamientos de hacerse daño a si mismo o hacer daño a otros

Llame al 911 para:

- La vida de alguien está en peligro
- Sobredosis
- Ayuda médica de emergencia
- Miedo por su seguridad o la de otra persona

Su salud mental es importante. Una vez que ha pasado la crisis de salud mental, comuníquese con SilverSummit Healthplan para que le ayuden a encontrar a un proveedor de salud mental.

RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA

El ayudarlo a estar y mantenerse saludable es nuestro objetivo más importante. Esto incluye su mente, cuerpo, espíritu y comunidad. Para los(as) afiliados(as) que necesitan atención de salud del comportamiento, esto significa fomentar la recuperación y la resiliencia.

- La recuperación es el proceso de hacer cambios que mejoren su salud y calidad de vida.
- La resiliencia consiste en ser capaz de recuperarse cuando se presentan retos en su vida.

La recuperación y la resiliencia le ayudarán a superar las dificultades. Esto le dará poder en su propia vida. Le ayudará a tener sentimientos de pertenencia, autoestima, sentido y esperanza.

Su atención de salud del comportamiento se debe centrar en la recuperación y la resiliencia.

Debe ser:

- **Autodirigida:** En la medida de lo posible queremos que controle su propia vida, sus objetivos de tratamiento y su plan de atención.
- **Individualizada:** La recuperación es diferente para cada persona. Su plan de atención debe adaptarse a usted. Debe estar basada en sus puntos fuertes, sus necesidades, su cultura y sus antecedentes únicos.
- **Participativa:** Usted tiene la oportunidad de participar en todas las decisiones que afectan a su vida. Se le debe educar y apoyar para que esté activamente implicado(a) en su atención.
- **Holística:** Toda su vida forma parte de su recuperación: mente, cuerpo, espíritu y comunidad.
- **Flexible:** La recuperación es un recorrido. Puede contratiempos y experiencias de aprendizaje. Eso es normal.
- **Con apoyo de pares:** Las investigaciones demuestran que la ayuda de las personas que han tenido problemas similares es una parte importante de la recuperación. Los pares pueden proporcionarle apoyo, comprensión, habilidades y un sentido de comunidad.
- **Respetuosa:** Todas las personas implicadas en su atención le deben respetar. Deben ayudar a protegerle de la discriminación y la estigmatización. Esto incluye SilverSummit Healthplan, sus proveedores, amigos y familiares. Y quizás es todavía más importante, que usted se respete a sí mismo.
- **Responsable:** El trabajar hacia la recuperación requiere valor y compromiso. Usted debe ser responsable de seguir su plan de atención. Esto incluye tomar los medicamentos y trabajar en el proceso de recuperación.
- **Optimista:** Las personas superan los retos a los que se enfrentan. Creer que su vida mejorará es el primer paso en el proceso de recuperación.

EL IMPORTANTE PAPEL DEL APOYO FAMILIAR

Las relaciones saludables son una parte importante del proceso de recuperación. Si tiene problemas con un reto de salud del comportamiento, obtenga ayuda de las personas que se preocupan por usted. Dígales cómo le pueden apoyar.

Si su hijo(a) tiene un problema de salud del comportamiento, usted desempeña un papel importante para ayudarlo. Asuma un papel activo en su atención. Hable con sus proveedores o con los Servicios para los afiliados sobre los cambios que observe. Hábleles de la atención que usted cree que necesitan. Dígale a su proveedor o a nosotros que es lo que necesita para el cuidado de su hijo(a).

SERVICIOS DE LA VISTA

SilverSummit Healthplan cubre el servicio de atención de la vista:

- Exámenes de la vista anuales preventivos
- Anteojos (marcos y lentes) todos los años, cuando se cumplen los requisitos
- Servicios de atención de la vista médicamente necesarios, incluido el tratamiento de problemas oculares

- Reparación o reemplazo de anteojos una vez al año para los afiliados de todas las edades (puede que apliquen restricciones)
- Otros servicios se especifican en el Manual de servicios de Medicaid del Departamento de salud y Servicios humanos de Nevada (Nevada Department of Health and Human Services Medicaid Services Manual): <http://dhcfp.nv.gov/Resources/AdminSupport/Manuals/MSM/MSMHome/>

A partir de los 21 años, los(as) afiliados(as) pueden recibir una prestación de \$100 cada año para usar en la compra y adaptación de lentes de contacto médicamente necesarios en lugar de los anteojos normales.

SERVICIOS DE DOULA

Las personas inscritas en Medicaid tienen acceso a servicios de Doula. Nuestros afiliados tienen acceso a doulas con licencia y servicios de asesoría para el parto para atención durante el embarazo, el posparto y el cuidado del recién nacido.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SilverSummit Healthplan cubre servicios de salud sexual y reproductiva. Un proveedor de atención primaria (PCP), un obstetra o un ginecólogo deben proporcionar los siguientes servicios:

- Historial médico
- Examen físico
- Análisis de laboratorio que son parte del examen, frotis de Papanicolaou (Pap), prueba de detección de gonorrea y clamidia, serología de sífilis, prueba del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y evaluación del cáncer del cuello del útero.
- Educación sobre anatomía y fisiología reproductiva, planificación familiar y prevención de enfermedades transmitidas sexualmente (STD, por sus siglas en inglés)
- Asesoría para ayudar a los(as) afiliados(as) a tomar decisiones informadas
- Hablar de los resultados del examen y de las opciones de tratamiento
- Asesoría especial cuando es necesario para hablar sobre la planificación y control del embarazo, esterilización, genética y nutrición
- Prueba de embarazo, asesoría y referencias por embarazo.
- Dispositivos para el control de la natalidad (tales como anticonceptivos reversibles de acción prolongada)

EXCLUSIONES RELACIONADAS

SilverSummit Healthplan no cubre los siguientes servicios:

- Servicios para revertir una esterilización voluntaria
- Servicios para tratar la infertilidad, incluidos los servicios, suministros o medicamentos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

CONTROLES DE BIENESTAR INFANTIL

La detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) son cuidados preventivos para niños menores de 21 años. También se conocen como controles de bienestar infantil. Las visitas al médico cuando su hijo(a) está bien le ayudan a garantizar su crecimiento, su salud y su seguridad.

Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted. Puede llamar a los Servicios para los afiliados al 1-844-366-2880 (TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711) para obtener ayuda con la programación de la cita de su hijo(a).

Este calendario muestra cuándo acudir a los controles de bienestar infantil. Le puede preguntar al médico de su hijo(a) cuándo debe realizar su próximo control.

Los controles de bienestar infantil son importantes para la salud de su hijo. Aunque su hijo tenga buen aspecto y se sienta bien, puede tener un problema de salud

Durante la cita de su hijo(a), su PCP le hará una revisión médica completa:

- Historial médico
- Oídos, dientes y ojos
- Examen físico
- Dieta/Nutrición
- Registros de análisis
- Registros de vacunas
- Evaluación del desarrollo/comportamiento

El PCP de su hijo(a) también puede proporcionar los siguientes servicios, si fuera necesario

- Educación sobre la salud
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de salud del comportamiento
- Una referencia a un dentista
- Una referencia para servicios de audición
- Otros servicios que su hijo(a) pueda necesitar para seguir saludable
- Una referencia para dejar de fumar

Acuda a los controles de bienestar infantil cuando su hijo o hija tenga:	
3-5 días	12 meses
1 mes	15 meses
2 meses	18 meses
4 meses	24 meses
6 meses	30 meses
9 meses	Anualmente entre los 3 y los 20 años

Muchas escuelas, actividades y otras organizaciones requieren un “examen físico deportivo”. Este es un examen limitado. Informe a su proveedor si necesita este examen. El proveedor puede completar los formularios que necesita durante el control de bienestar infantil de su hijo (a).

Durante las revisiones médicas de niño(a) saludable recibirá las vacunas adecuadas A continuación se incluye el calendario de vacunación:

Edad	Vacuna
Nacimiento	Hep B
1 mes	Hep B
2 meses	DTaP, Hib, IPV, PCV, Rota
4 meses	DTaP, Hib, IPV, PCV, Rota
6 meses	Hep B, DTaP, Hib, IPV, PCV, gripe, Rota
12 meses	Hib, PCV, MMR, Varicela, Serie Hep A
15 meses	DTaP
4-6 años	DTaP, IPV, MMR, Varicela
11-12 años	Tdap o Td, MCV, HPV (3 dosis)
13-18 años	Tdap o Td, MCV, serie HPV (ponerse al día)
Todos los años	Gripe (después de los 6 meses)

NIÑOS CON DISCAPACIDAD

SilverSummit Healthplan cubre los servicios para personas menores de 21 años con discapacidad. Estas discapacidades pueden incluir problemas de la visión o la audición, autismo, discapacidades físicas o retrasos en el desarrollo. Se ofrecen varios servicios útiles:

- terapia del habla;
- fisioterapia;
- terapia ocupacional;
- modificación del comportamiento;
- grupos de apoyo entre pares.

Si su hijo tiene necesidades especiales, podemos ayudarle a encontrar tratamiento. Llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

SERVICIOS EXCLUIDOS

Servicios sin cobertura

SilverSummit Healthplan no paga estos servicios:

- procedimientos, medicamentos y equipos experimentales o en fase de investigación;
Nota: Se cubren los gastos de rutina asociados a los ensayos clínicos que califiquen.
- acupuntura;
- tratamiento de la infertilidad;
- cirugía Lasik/Queratotomía.

Si hay un servicio de asesoramiento o remisión del médico que no cubrimos por objeciones morales o religiosas, le informaremos que el servicio no está cubierto. También le informaremos al Departamento de Financiación y Política de Salud (DHCFP) en su nombre de que no cubrimos el servicio, y le indicaremos a usted cómo ponerse en contacto con el DHCFP para que puedan ayudarle a obtener el servicio. Esta no es una lista completa de los servicios excluidos. Si quiere saber si un servicio está cubierto, llame a Servicios al Miembro. El número es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

FACTURACIÓN DE SERVICIOS CUBIERTOS

En los casos en los que se rechace un servicio por razones que sean responsabilidad suya, como no haber sido elegible en la fecha del servicio u obtener servicios que no sean de emergencia de un proveedor fuera de la red sin la debida autorización, usted podría recibir facturas por dichos rechazos.

¿Cómo obtener atención?



SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS

Los servicios médicos que reciba tienen que ser médicamente necesarios. Esto significa que queremos que usted reciba la atención que más le convenga:

- La atención adecuada
- El lugar adecuado
- En el momento adecuado

SilverSummit Healthplan no toma decisiones médicas basadas en razones financieras. Contamos con pautas que le ayudarán a asegurarse de que recibe la atención médicamente necesaria. Estos son los criterios que seguimos para todos los proveedores y afiliados. Todos los proveedores pueden consultar las pautas. Las decisiones que tomemos sobre su atención médica seguirán esas pautas.

SilverSummit Healthplan no recompensa a los proveedores ni a nuestro personal por negarle cobertura o servicios.

RED DE PROVEEDORES

SilverSummit Healthplan colabora con un amplio grupo de proveedores. Este grupo se conoce como Red de proveedores. Hacemos todo lo posible para asegurarnos que los proveedores que nuestros(as) afiliados(as) necesitan estén en nuestra red.

Queremos proveedores en nuestra red que proporcionan un buen servicio. Los proveedores pasan un proceso de selección para formar parte de la red. Cuando han sido aprobados, firman un contrato con SilverSummit Healthplan. Aceptan cumplir ciertos requisitos.

Hay una lista de los proveedores que están en nuestra red. Esta lista se conoce como Directorio de proveedores. El Directorio de proveedores está en nuestro sitio web. Puede llamar a los Servicios para los afiliados y solicitar la lista de proveedores. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711.

La mayoría de las veces, los proveedores tienen que estar en nuestra red para que les paguemos. Si necesita consultar con un proveedor fuera de la red, llame a los Servicios para los afiliados. Comprobaremos si hay un proveedor dentro de la red que puede tratar su enfermedad. Si no lo hay, le ayudaremos a encontrar un proveedor fuera de la red. Los servicios de proveedores fuera de la red deben tener una autorización previa. Consulte la sección de autorización previa más abajo.

Los servicios de emergencia fuera de la red no necesitan la aprobación de SilverSummit Healthplan. Llámenos tan pronto como le sea posible si tiene una emergencia y acude a un proveedor fuera de la red. Tendremos que ayudarles para que puedan recibir pago.

Los Servicios para los afiliados están disponibles de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. en el número 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711.

CÓMO ENCONTRAR NUEVOS TRATAMIENTOS PARA ATENDERLE MEJOR

SilverSummit Healthplan tiene muchos médicos que trabajan para asegurar que usted recibe la mejor atención. Revisan nuevos tratamientos y tecnologías para las enfermedades. Leen estudios de otros médicos y grupos científicos. Quieren estar seguros de que cubrimos los tratamientos que ayudan a la gente. Cuando hay nuevos tratamientos que están cubiertos por Nevada Medicaid, se lo se lo informamos a los proveedores de SilverSummit Healthplan. Esto les permite darle a usted los mejores y más recientes tratamientos.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS

Puede que en algún momento necesite servicios que su PCP no proporciona y necesite consultar con un especialista o recibir atención especializada. Algunos servicios cubiertos necesitan autorización previa de SilverSummit Healthplan.

Esto significa que el proveedor tiene que obtener la aprobación para el servicio antes de tratarle. El tratamiento adecuado es diferente para cada persona. Nuestro objetivo es asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita para sentirse bien.

Llame primero a su médico cuando necesite atención. Esto le ayudará a obtener la autorización. Su médico nos dirá por qué necesita ese tratamiento. Nos explicará cómo cree que le ayudará.

Una autorización previa decide si un servicio debe estar cubierto. SilverSummit Healthplan considerará lo siguiente:

- Necesidad médica: si el servicio es necesario
- Adecuación clínica: si es probable que el servicio sea útil

Su proveedor nos dará información sobre por qué usted necesita el servicio. Algunas veces hablamos por teléfono. Otras, nos envían información por escrito. Comprobaremos si el servicio está cubierto. Después nos aseguraremos de que sea médicamente necesario.

Tomaremos la decisión tan rápidamente como nos sea posible en base a su enfermedad. Normalmente, decidimos en un plazo de 14 días calendario. Si el servicio es urgente, tomaremos la decisión en un plazo de tres días. Le comunicaremos a su proveedor si hemos aprobado o denegado el servicio.

Si usted o su proveedor creen que nuestra decisión no es la correcta, pueden solicitar una segunda revisión. Esto se conoce como apelación. Encontrará información más detallada sobre las apelaciones en la sección "Satisfacción del afiliado(a)" de este manual.

La sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) y los servicios posteriores a la estabilización NUNCA necesitan autorización previa. Si tiene una emergencia médica obtenga ayuda inmediatamente.

Su proveedor puede decirle si un servicio necesita autorización previa. También puede llamar a los Servicios para los afiliados y preguntarnos. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Si hubiera grandes cambios en el proceso de autorización previa se lo comunicaremos. Informaremos a nuestros afiliados y proveedores inmediatamente.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS

Algunos medicamentos necesitan autorización previa de SilverSummit Healthplan. Si necesita estos medicamentos, su médico pedirá la autorización y nos dará información sobre su salud. Luego, SilverSummit Healthplan decidirá si podemos pagar el medicamento.

Su médico debe pedir autorización previa en las siguientes situaciones:

- Un medicamento figura como no preferido en la Lista de medicamentos preferidos.
- Antes de que reciba el medicamento, deben cumplirse determinadas condiciones.
- El medicamento se inyecta en la consulta del médico.
- El medicamento se considera un medicamento de especialidad. La lista de medicamentos de especialidad figura en nuestro sitio web.
- La cantidad de medicamento que recibe en la actualidad es mayor que la que le recetan habitualmente.
- Hay otros medicamentos que deberían probarse primero.
- Puede obtener un suministro de un medicamento para un máximo de 4 días (96 horas) mientras espera una decisión. La decisión se tomará en el plazo de un día laborable. Se notificará la decisión a su médico.

Si quiere más información, puede llamar a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Tiene derecho a una segunda opinión de otro médico. Puede conseguirla sin costo alguno para usted.

Si quiere una segunda opinión, dígaselo a su proveedor. Debe acudir a un médico dentro de la red. O puede obtener la aprobación previa de SilverSummit Healthplan para consultar a un proveedor fuera de la red. SilverSummit Healthplan pagará por un médico fuera de la red si no hay uno disponible dentro de la red. Su proveedor revisará la segunda opinión. Podrán usarla para decidir cuál es el mejor plan de tratamiento.

HOSPITAL

SilverSummit Healthplan cubre los servicios de hospitalización. Si necesita una internación que no es de emergencia en un hospital, su PCP o médico especialista hará los arreglos necesarios para que acuda a un hospital dentro de la red de SilverSummit Healthplan, y hará el seguimiento de su atención, incluso si usted necesita otros médicos durante su hospitalización. SilverSummit Healthplan debe aprobar todos los servicios. Para saber si un hospital está dentro de la red de SilverSummit Healthplan o si tiene alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, llame a Servicios al Miembro al 1-844-366-2880 (TDD/TTY: 1-844-804-6086). O bien, consulte el Directorio de proveedores en el sitio web de SilverSummit Healthplan, <https://findaprovider.silversummithealthplan.com/location>. Si tiene una emergencia y requiere una hospitalización, usted o un familiar o amigo deben informar a su PCP lo antes posible, a más tardar a las 24 horas de la admisión en el hospital.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN FUERA DEL ESTADO

La atención médica habitual solo está cubierta cuando acude a un proveedor de SilverSummit Healthplan. Pero, si está fuera de Nevada y necesita atención médica de emergencia, queremos que obtenga la atención que necesita.

En caso de emergencia, acuda al hospital más cercano o llame al 911.

Muéstrele al proveedor su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de Medicaid de Nevada. Llámenos para informar su emergencia en un plazo de 48 horas. Los proveedores fuera de nuestra red necesitarán ayuda inmediata para poder recibir pago. Los proveedores ubicados fuera del estado de Nevada tienen 365 días calendario desde la última fecha de servicio a no ser que se negocie un periodo más corto. Solo aquellos servicios de emergencia médicamente necesarios estarán cubiertos fuera de Nevada.

Puede que se decida que usted necesita atención especial que no está disponible en Nevada. Si SilverSummit Healthplan aprueba su atención especial, la atención que reciba en otro estado estará cubierta.

Los afiliados no están cubiertos por servicios que obtengan fuera de los Estados Unidos.

Si recibe una factura por atención fuera del estado, póngase en contacto con nosotros inmediatamente. Puede que el proveedor tenga que tomar otros pasos para recibir pago, o puede que haya otras maneras en las que podamos ayudar.

ATENCIÓN DE URGENCIA DESPUÉS DE LAS HORAS DE CONSULTA

La atención de urgencia NO es atención de emergencia. Debe usar la atención de urgencia cuando tenga una lesión o enfermedad que no ponga en peligro su vida, pero necesita tratamiento en un plazo de 48 horas. Use la atención de urgencia cuando no pueda esperar por una cita con su médico. Vaya a la ER solamente si su proveedor se lo dice o si tiene una emergencia que pone en peligro su vida.

Cuando necesita atención de urgencia siga estos pasos:

- Llame a su PCP. El nombre y número de teléfono están en su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan. Se incluye un número a llamar cuando la consulta está cerrada. Su médico le puede ayudar y darle indicaciones por teléfono.
- Si no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Hablará con un personal de enfermería. Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan. Le pedirán su número. El personal de enfermería le ayudará por teléfono. Si necesita consultar con un médico, le ayudarán a encontrar atención médica. Si tiene una enfermedad mental o una crisis de adicción, no espere para obtener ayuda. Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711.
- SilverSummit Healthplan también tiene una línea para crisis que es gratuita para usted. El número es 1-844-366-2880. Le pueden ayudar con la depresión, el consumo de sustancias y otras necesidades de salud del comportamiento.

- Si su proveedor le dice que vaya a la sala de emergencias más cercana vaya inmediatamente. Lleve consigo su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de Medicaid de Nevada.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

En Estados Unidos, la atención de emergencia siempre está cubierta por SilverSummit Healthplan y no requiere autorización previa. Una emergencia se produce cuando puede correr peligro su salud o la del feto si no reciben atención médica. Una emergencia puede ser un accidente, una lesión o una enfermedad repentina.

Acuda a la sala de emergencias si tiene:

- fracturas;
- heridas de bala o arma blanca;
- sangrado que no se detiene;
- embarazo, trabajo de parto o sangrado;
- dolor en el pecho intenso o síntomas de ataque cardíaco;
- sobredosis de droga;
- sensación de ser un peligro para usted o para otros;
- intoxicación;
- quemaduras graves;
- síntomas de shock (por ejemplo, sudoración, sed, mareos o palidez);
- convulsiones o epilepsia;
- dificultad para respirar;
- pérdida repentina de las capacidades para ver, moverse o hablar.

NO acuda a la sala de emergencias si tiene:

- gripe, resfrío, dolor de garganta o de oído;
- esguinces o torceduras;
- cortes o rasguños que no necesitan puntos de sutura;
- necesidad de más medicamentos o de volver a surtir un medicamento que requiere receta médica; dermatitis del pañal.

Las salas de emergencias son para emergencias. Si puede, llame primero a su PCP. Si su condición es grave, llame al 911 o vaya al hospital más cercano. No necesita una aprobación.

Si no sabe con certeza si se trata de una emergencia, llame a su médico. Le dirá qué hacer. Si el consultorio del médico está cerrado, seguramente haya un mensaje que indique cómo puede obtener ayuda.

También puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El número es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Puede acudir a un hospital que no forme parte de la red de SilverSummit Healthplan SOLO en casos de emergencia. Puede ir a la sala de emergencias de cualquier hospital SOLO en casos de emergencia. Muéstrelle al proveedor su tarjeta de identificación (ID) de miembro de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de ID de Nevada Medicaid. Los proveedores fuera de nuestra red necesitarán nuestra ayuda de inmediato para poder cobrar. Si no siguen los pasos necesarios dentro de los 30 días, es posible que usted tenga que pagar por el servicio.

Llame a su PCP y a SilverSummit Healthplan después de ir a la sala de emergencias. Hágalo dentro de las 48 horas posteriores a su emergencia. Esto nos ayuda a asegurarnos de que reciba la atención de seguimiento adecuada. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

SERVICIOS FUERA DE LA RED

Los servicios de emergencia fuera de la red no necesitan la aprobación de SilverSummit Healthplan. Todos los otros servicios de proveedores fuera de la red necesitan autorización previa. Comprobaremos si hay algún proveedor dentro de la red que pueda brindarle atención. Si no hay, le ayudaremos a encontrar un proveedor fuera de la red.

IMPORTANTE: Es posible que tenga que pagar por los servicios fuera de la red si no obtiene una autorización previa. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

SERVICIOS POSTERIORES A LA ESTABILIZACIÓN

Los servicios posteriores a la estabilización son la atención que necesita después de una emergencia. Estos servicios ayudan a recuperar su salud. Son servicios importantes que le permiten asegurarse de que no tenga otra emergencia.

Los servicios posteriores a la estabilización no necesitan autorización previa. No importa si recibió atención de emergencia de un proveedor fuera de la red. Estos servicios igualmente estarán cubiertos.

TRANSPORTE DE EMERGENCIA

SilverSummit Healthplan cubre transporte que le llevará en ambulancia de emergencia. Lo lleva al hospital más cercano.

El transporte en ambulancia de un centro de atención de salud a otro solo está cubierto en ciertas situaciones:

- Es médicamente necesario.
- Está programado y aprobado para acudir a un proveedor dentro de la red.

Si tiene una emergencia y necesita ayuda para llegar a la sala de emergencias, llame al 911.

TRANSPORTE QUE NO ES DE EMERGENCIA

Si necesita traslados de ida y vuelta a citas médicas para visitas de rutina, llame a Servicios para los afiliado al 1-844-366-2880; TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Elija la opción para transporte. Le contactarán con Medical Transportation Management (MTM). Puede llamar para programar un traslado de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Comuníquese lo antes posible y al menos cinco días hábiles antes de la cita programada. MTM colaborará con usted para encontrar el transporte adecuado para usted y es posible que consulte a su proveedor de atención de salud.

El servicio de transporte que no es de emergencia solo está disponible para los beneficiarios de Medicaid. Los miembros de Nevada Check Up no son elegibles para este servicio. Es posible que SilverSummit Healthplan tenga opciones de transporte que no es de emergencia disponibles si los servicios no están cubiertos por MTM. Estas opciones de transporte son limitadas. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al 1-844-366-2880; TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Su proveedor de atención primaria



PROGRAMAR CITAS Y RECIBIR ASISTENCIA

Para obtener distintos tipos de atención, puede elegir un proveedor de la red y programar una cita. No necesita la aprobación de SilverSummit Healthplan o una remisión de su proveedor para obtener estos servicios:

- visitas al PCP, pediatra o médico de familia;
- visitas a médicos especialistas (para algunos especialistas necesita una remisión de su PCP);
- atención de urgencia;
- atención de obstetricia y ginecología (OB/GYN), programe una cita en cuanto crea que está embarazada;
- servicios de salud del comportamiento (servicios de salud mental y consumo de sustancias);
- servicios para la visión de rutina.

Podemos ayudarle a encontrar o elegir un proveedor. Llame a Servicios al Miembro al 1-844-366-2880; TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico. También puede encontrar un proveedor en línea ingresando en [SilverSummitHealthplan.com](https://www.silversummithealthplan.com).

Estos servicios siempre están cubiertos, incluso si el proveedor no forma parte de nuestra red:

- servicios de emergencia;
- servicios y suministros de planificación familiar;
- servicios de salud preventiva de las mujeres.

SU DIRECTORIO DE PROVEEDORES

En el Directorio de proveedores se incluyen todos los proveedores de la red.

SilverSummit Healthplan cubre los servicios de estos proveedores. Allí también encontrará información sobre cómo comunicarse con los proveedores:

- médicos
- médicos especialistas
- proveedores de salud del comportamiento
- hospitales
- clínicas de atención de urgencia
- otros proveedores cubiertos por el plan

Puede buscar proveedores en el Directorio de proveedores en línea (<https://findaprovider.silversummithealthplan.com/>). En el directorio se incluyen datos de los proveedores como el nombre, la dirección, los números de teléfono, si aceptan nuevos pacientes, las cualificaciones profesionales, los idiomas que hablan, su sexo, su especialidad, si han sido avalados por la junta de especialidades médicas, la facultad de medicina a la que asistieron y la residencia que realizaron.

Si necesita una lista de proveedores cerca de usted impresa, podemos enviarle una. También podemos brindarle una copia impresa del Directorio de proveedores completo, pero es importante tener en cuenta que agregamos proveedores a nuestra red todo el tiempo y por eso puede quedar desactualizada.

¿CÓMO ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?

Cuando se convierte en miembro de SilverSummit Healthplan, debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Si no lo hace, le asignaremos uno. Le informaremos su PCP asignado (si no eligió uno) cuando reciba la tarjeta de ID de miembro de SilverSummit. El PCP será su médico principal. Puede ayudarle a coordinar todas sus necesidades de salud.

Puede elegir cualquier PCP de nuestra red. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes:

- pediatra;
- médico general de familia;
- internista;
- obstetra o ginecólogo;
- médico especialista que realiza funciones de PCP para miembros con discapacidades, condiciones crónicas o complejas;
- personal de enfermería con práctica médica (NA) o asociado médico (PA).

Si quiere saber más sobre un PCP, puede llamar a Servicios al Miembro. Pueden informarle el idioma que habla, si forma parte de la red y en dónde se encuentra. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Si quiere cambiar su PCP, le ayudaremos. Puede hacerlo de tres maneras:

1. Consulte la sección sobre formularios de este manual. Busque el “Formulario de solicitud de cambio de proveedor de atención primaria”. Complételo y envíelo.
2. Ingrese en el portal seguro para miembros. Se encuentra en nuestro sitio web, SilverSummitHealthplan.com.
3. Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Le enviaremos una nueva tarjeta de ID de miembro de SilverSummit Healthplan una vez que nos haya informado quién es su nuevo PCP. En esta figurará el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

VISITE A SU PCP

Después de elegirlo, pida una cita con su PCP. Esto les permitirá conocerse. Su PCP puede brindarle atención médica, consejos e información sobre su salud.

Llame al consultorio de su PCP para hacer una cita. Acuérdesse de traer su tarjeta de Identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de Identificación de afiliado(a) de Nevada medicaid. Si necesita ayuda para programar una cita con su PCP, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Importante: Tiene visitas ilimitadas al PCP. Es gratis. Programe citas cuando se sienta mal. También debería realizarse un control de bienestar todos los años.

RESPONSABILIDADES DEL PCP

Su PCP tiene varias responsabilidades:

- Asegurarse de que usted recibe todos los servicios médicamente necesarios cuando los necesita.
- Hacer un seguimiento de la atención que recibe de otros proveedores médicos.
- Darle referencias para que reciba atención de especialistas cuando sea necesario.
- Proporcionarle la atención continua que necesita.
- Mantener al día su expediente médico.
- Llevar un registro de toda la atención que recibe.
- Proporcionar servicios similares a todos los pacientes.
- Hacerle exámenes físicos regularmente, cuando sea necesario.
- Realizar visitas de atención preventiva.
- Administrarle las vacunas necesarias.
- Ofrecer información de contacto las 24/7.
- Explicarle qué son las directrices anticipadas e incluirlas en su expediente médico.
- Tratarle con respeto.
- Hacer de abogado de su salud.
- Ofrecer la misma disponibilidad de citas a todos sus pacientes.
- Revisar todos sus medicamentos y dosis durante todas las visitas.

Es útil programar un control anual de bienestar con su PCP. Haga esto en un plazo de 60 días después de escoger su PCP. Programe una revisión médica todos los años. Esto le ayuda a permanecer saludable. Ayuda a que su PCP pueda detectar los problemas en una etapa temprana cuando son fáciles de tratar.

COMUNICACIÓN CON SU PCP

Si necesita cambiar o cancelar una cita, avísele a su médico lo antes posible. No falte a la cita simplemente. El médico puede decidir dejar de brindarle atención si “no se presenta” a la cita o si llega tarde.

Si no puede acudir a una cita, llame al menos 24 horas antes de la cita. Si necesita cambiar una cita, llame al consultorio del médico lo antes posible. Pueden programar una nueva cita para usted. Si necesita ayuda

para obtener una cita llame a los Servicios para los afiliados. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711.

Sea honesto(a) con su médico para que le pueda ayudar. Si tiene preguntas sobre su salud, su tratamiento o sus medicamentos, ¡PREGUNTE! Su médico está para ayudarle.

CITAS CON SU PCP FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN

Es posible que necesite consultar a otro médico cuando el consultorio de su PCP está cerrado. El personal del consultorio de su PCP podrá sugerirle a dónde acudir fuera del horario de atención. Llámelos para obtener direcciones. O bien, comuníquese con la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Podemos ayudarle en cualquier momento. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Algunas lesiones o enfermedades no ponen en riesgo la vida, pero tampoco puede esperar a una visita al consultorio para tratarlas. Cuando esto sucede, puede acudir a una clínica de atención de urgencia. Si necesita ayuda para encontrar una clínica de atención de urgencia, comuníquese con Servicios al Miembro o la Línea de Consultas de Enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Tenga a mano su tarjeta de ID de miembro de SilverSummit Healthplan cuando llame. Le pedirán su número. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) más cercana.

IMPORTANTE: Reciba atención de urgencia de un proveedor de la red. Solo la atención de emergencia, los servicios de planificación familiar brindados por un proveedor calificado y la atención para recién nacidos durante los primeros 30 días de vida pueden estar cubiertos si consulta a un proveedor fuera de la red.

¿QUÉ HACER SI SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) O MÉDICO ESPECIALISTA ABANDONA NUESTRA RED?

Si su **proveedor de atención primaria (PCP) o médico especialista** decide abandonar nuestra red de proveedores, se lo informaremos. Le enviaremos un aviso al menos 15 días antes de que esto ocurra. Si SilverSummit decide retirar a su proveedor de nuestra red, le enviaremos un aviso por escrito 30 días calendario antes de la fecha en que este cambio entre en vigor o dentro de los 15 días posteriores a la recepción o el envío de nuestro aviso a su proveedor, lo que ocurra más tarde. Puede seguir consultando a cualquier médico dentro de la red o visitar cualquiera de los centros de atención de urgencia dentro de la red hasta que elija un nuevo PCP. Para cambiar de PCP, inicie sesión en nuestro portal seguro para miembros en SilverSummitHealthplan.com o llame a Servicios al Miembro al 1-844-366-2880; TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Si no cambia su PCP, elegiremos uno nuevo por usted. Cuando tenga un nuevo PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de ID de miembro.

Si tiene un tratamiento en curso con su proveedor, no queremos interrumpirlo. Puede solicitar continuar con su PCP por al menos 30 días después de que haya abandonado nuestra red. Esto le dará tiempo para finalizar el tratamiento. O bien, le permitirá encontrar un nuevo proveedor que pueda continuar con el tratamiento.

Podemos continuar la cobertura solo si el proveedor acepta lo siguiente:

- recibir el pago según las tarifas que recibía como proveedor dentro de la red;
- cumplir con los estándares de calidad;
- brindar la información que necesitamos sobre su atención;
- cumplir con las políticas y procedimientos de SilverSummit Healthplan.

Si está consultando a un médico especialista, y este abandona nuestra red, le ayudaremos a encontrar uno nuevo. Comuníquese con Servicios al Miembro. Trabajaremos con usted para asegurarnos de que su atención no se interrumpa. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

REMISIONES

Es posible que necesite consultar a un médico especialista. Su PCP puede coordinar su atención. SilverSummit Healthplan no necesita una remisión de su PCP para cubrir el servicio. Pero el médico especialista puede necesitarla. Esto le ayuda a brindarle el tratamiento adecuado. Le informará si necesita una.

Si quiere ayuda para encontrar un proveedor dentro de la red, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Nos complacerá ayudar.

Algunos servicios requieren una remisión del PCP:

- exámenes de diagnóstico (radiografías y análisis de laboratorio);
- servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios programados;
- hospitalizaciones planificadas;
- diálisis renal (enfermedad renal);
- servicios brindados por proveedores fuera de la red que necesitan la aprobación de SilverSummit Healthplan;
- equipo médico duradero (DME);
- atención de salud a domicilio.

Acceso a la atención



SilverSummit Healthplan trabaja para asegurarse de que nuestra red cuenta con todos los proveedores que usted necesita. Tenemos proveedores en todo el estado de Nevada. Si no puede encontrar un proveedor, puede consultar el Directorio de proveedores en línea (<https://findaprovider.silversummithealthplan.com/>) o comunicarse con Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

CONTINUIDAD Y TRANSICIÓN PARA LOS NUEVOS MIEMBROS

A veces los nuevos miembros reciben atención de un proveedor que no pertenece a la red de SilverSummit Healthplan. Infórmenos si recibe atención continua de un proveedor porque tiene derecho a seguir ese tratamiento durante un período:

- Los nuevos miembros pueden seguir recibiendo atención de su proveedor fuera de la red por hasta 90 días.
- Las miembros que están embarazadas pueden seguir consultando al mismo proveedor hasta que nazca el bebé y hayan realizado la primera visita posparto.
- Los miembros que tienen una enfermedad terminal pueden seguir consultando a su proveedor de atención primaria (PCP) actual para recibir atención.
- Al transferirse a otra MCO o a Medicaid de pago por servicio, comunicaremos los servicios que aprobamos a su nuevo proveedor de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre cómo continuar recibiendo atención, llámenos. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Le ayudaremos a continuar recibiendo la atención que necesita. Si es necesario, podemos ayudarle a encontrar otro proveedor de nuestra red.

ESTÁNDARES DE DISPONIBILIDAD Y ACCESO A CITAS

Los proveedores dentro de la red tendrán horarios de atención razonables. Los servicios estarán disponibles para satisfacer sus necesidades médicas. Deberían darle una cita dentro de los siguientes plazos:

Tipo de cita	Plazo de programación
Servicios de emergencia	
Servicios de emergencia	Se proporcionarán inmediatamente las 24 horas/los 7 días de la semana con acceso ilimitado, a un proveedor calificado en la red o fuera de la red.
Citas de atención primaria	
Atención de emergencia	Atención el mismo día
Urgente	En un plazo de (2) días calendario
Atención de rutina	En un plazo de 2 semanas. Las 2 semanas estándar no aplican a visitas programadas regularmente para monitorizar enfermedades crónicas si la programación establece visitas con una frecuencia inferior a una vez cada 2 semanas.
Citas con especialistas <i>(Para referencias a especialidades a: Servicios de salud del comportamiento, médicos, terapeutas, servicios de la vista y otros proveedores de diagnóstico y tratamiento)</i> *Acceso disponible a un especialista para niños/adolescentes si lo solicita el padre/la madre.	
Emergencia	Mismo día, en un plazo de (24) horas desde la referencia.
Urgente	En un plazo de (3) días calendario desde la referencia.
Rutina	En un plazo de (30) días calendario desde la referencia.
Citas de atención prenatal <i>!Se tienen que proporcionar citas de atención prenatal iniciales para los afiliados embarazados como se indica a continuación:</i>	
Primer trimestre	En un plazo de 7 días calendario desde la primera solicitud
Second Trimester	En un plazo de 7 días calendario desde la primera solicitud
Third Trimester	En un plazo de 3 días calendario desde la primera solicitud
High Risk Pregnancies	En un plazo de tres (3) días calendario desde que Silver-Summit Healthplan o el proveedor de atención de maternidad le identificaron como de alto riesgo o inmediatamente si se presenta una emergencia
Servicios de salud en el hogar, de cuidados privados de enfermería y atención personal <i>El inicio de los servicios continuos según las necesidades identificadas de los afiliados se deben proporcionar como se indica a continuación:</i>	
Necesidades urgentes	El mismo día
Necesidades no urgentes	En un plazo de catorce (14) días calendario
Citas para mantener la eficacia del tratamiento <i>(Para problemas médicos que no son ni de urgencia ni de emergencia, pero para los cuales los tratamientos son más efectivos si se reciben antes que si se espera por un tratamiento de rutina (por ejemplo, terapia física), los servicios se deben proporcionar como se indica a continuación:</i>	
Ni de urgencia ni de emergencia	En un plazo de catorce (14) días calendario desde la primera solicitud o Dentro del plazo recomendado por el proveedor que da la referencia.

TIEMPO DE ESPERA EN EL CONSULTORIO

El tiempo de espera de un afiliado(a) en el consultorio del PCP o del especialista no debe ser de más de una hora desde la hora programada de la cita. Puede que en alguna ocasión el proveedor no esté disponible debido a una emergencia. Estos retrasos pueden ocurrir cuando los servicios se proporcionan para casos urgentes, cuando se encuentra un problema grave en un paciente, o cuando un paciente tiene una necesidad desconocida que requiere recibir más servicios o información de los que se describieron cuando se hizo la cita.

QUÉ HACER SI RECIBE UNA FACTURA

SilverSummit Healthplan tiene una lista de los servicios cubiertos. Estos son los servicios que podemos pagar cuando son médicamente necesarios. Esta lista ha sido aprobada por Nevada Medicaid y Nevada Check Up.

Hable con su proveedor sobre los servicios que están cubiertos y los que no. Si sigue las normas del plan, no se le deben facturar los servicios cubiertos.

¡Si recibe una factura, no espere! Llame a los Servicios para los afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. SilverSummit revisará esto por usted.

¿QUÉ ES EL COSTO COMPARTIDO

El costo compartido es la parte de los gastos cubiertos por su seguro que usted paga de su propio bolsillo. SilverSummit no le cobra ningún costo por obtener servicios que necesita o por usar sus beneficios.

Un proveedor de Medicaid que le acepta como paciente para recibir tratamiento acepta la responsabilidad de asegurarse de que recibe todos los servicios cubiertos de Medicaid médicamente necesarios sin costo alguno para usted.

Muestre su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de identificación de Medicaid de Nevada en todas sus citas. Pregúnteles si pueden atender a los afiliados de Nevada Medicaid. Pregúnteles si están en la red de SilverSummit Healthplan. Si dicen que no, llámenos inmediatamente. Es posible que podamos ayudarles a recibir pago. Es posible que podamos incluirlos en nuestra red.

Llame a su proveedor inmediatamente si recibe una factura por un servicio cubierto por SilverSummit Healthplan. Si sigue recibiendo facturas, llame a los Servicios para los afiliados para que le ayuden. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. No pague la factura usted. Si paga la factura usted, no podemos devolverle el dinero.

Si solicita un servicio que no está cubierto, tendrá que pagarlo usted mismo(a). Su proveedor le pedirá que firme una declaración que dice que usted lo pagará. Si la firma y recibe el servicio, tendrá que pagar la factura.

Si tiene alguna pregunta sobre una factura, puede llamar a los Servicios para los afiliados. 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. PT.

NUEVAS OPCIONES PARA ADMINISTRAR SUS EXPEDIENTES MÉDICOS DIGITALES

A partir del 1 de julio de 2021, una nueva norma federal conocida como Norma de Interoperabilidad y Acceso del paciente (Interoperability and Patient Access Rule) (CMS 9115 F) hizo que sea más fácil para los afiliados acceder a sus expedientes médicos cuando más lo necesiten. Ahora usted tiene acceso completo a sus expedientes médicos en su dispositivo móvil, lo que le permite administrar mejor su salud y saber qué recursos están a su disposición.

Imagine:

- Va a un médico nuevo porque no se siente bien, y ese médico puede descargar su historial médico de los últimos cinco años.
- Usted usa un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista.
- Ese proveedor o especialista puede usar su historial médico para diagnosticarle y asegurar que reciba la mejor atención.
- Puede ver en su computadora si una reclamación se ha pagado, denegado o se está procesando.
- Si quiere, puede llevar con usted su historial médico cuando cambia de plan de salud.*

La nueva norma hace que sea fácil encontrar información* sobre:

- reclamaciones (pagadas o denegadas)
- cobertura de medicamentos en farmacia
- partes específicas de su información clínica
- proveedores de atención de salud

* Puede obtener información sobre las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016.

Para obtener más información, visite su cuenta de afiliado(a) en línea.

Ayuda para su salud



¿CÓMO GANAR DINERO CON EL PROGRAMA DE RECOMPENSAS?

SilverSummit Healthplan recompensa a los miembros que completan actividades saludables. Cuando realice una actividad saludable y SilverSummit Healthplan sea informado al respecto, le enviaremos por correo la información sobre sus recompensas y los detalles del programa. ¡Puede continuar ganando recompensas si realiza actividades saludables que califican!

Cómo ganar recompensas

¡Obtenga recompensas por atender su salud! Puede ganar recompensas de My Health Pays™ cuando completa actividades de salud, como el examen anual de bienestar, exámenes de detección anuales, evaluaciones y otras formas de proteger su salud. Para obtener una lista completa de las maneras en que puede ganar recompensas, visite nuestro sitio web: www.silversummithealthplan.com/Members/medicaid/benefits-services/healthy-rewards-program.html.

También puede visitar silversummithealthplan.com para iniciar sesión y consultar el saldo de sus recompensas.

* Debe participar en nuestro programa Start Smart for Your Baby® para recibir recompensas. Más adelante, encontrará información adicional sobre el programa. Las visitas empiezan a contar después de que se inscribe en el programa. Para inscribirse, complete el “Formulario de queja o apelación” que se encuentra al final de este manual. O bien, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Nota: Las recompensas pueden demorar hasta 60 días en acreditarse en su tarjeta. Sumaremos la bonificación después de que su proveedor nos informe que le prestó el servicio.

SERVICIOS DE EMBARAZO Y MATERNIDAD

Hay medidas que puede tomar para tener un embarazo saludable. Hable con su médico sobre sus problemas médicos, como diabetes y presión arterial alta. No consuma tabaco, alcohol o drogas AHORA o mientras está embarazada.

Debe consultar al médico antes de quedar embarazada si tuvo los siguientes problemas:

- tres o más abortos espontáneos
- parto prematuro (nacimientos antes de las 38 semanas de embarazo)
- parto de feto muerto

Cuando esté embarazada, tenga lo siguiente en mente:

Vaya al médico (OB/GYN) en cuanto crea que está embarazada. Es importante para su salud y la salud de su bebé ver a su médico lo antes posible.

Si tuvo problemas o un embarazo de alto riesgo en el pasado puede necesitar atención adicional. Elija a un médico al que pueda acudir durante todo su embarazo. Incluso es mejor consultar a su médico antes de quedar embarazada. El médico puede ayudarle a preparar su cuerpo para el embarazo.

Debe elegir un pediatra para su bebé antes de que nazca. Si no elige un pediatra, SilverSummit Healthplan elegirá uno por usted.

Es importante tener hábitos de estilo de vida saludables mientras está embarazada. Esto incluye hacer ejercicio, comer comidas balanceadas, no fumar y dormir entre 8 y 10 horas por las noches. Estas cosas pueden ayudar a que usted y su bebé estén saludables.

INFORMACIÓN SOBRE EL ÁCIDO FÓLICO

El ácido fólico es muy importante para la salud de su bebé. El obtener suficiente ácido fólico puede ayudar a prevenir defectos de nacimiento graves. El ácido fólico es una vitamina B. Se encuentra en la mayoría de las verduras de hoja verde como la col rizada y la espinaca. También se encuentra en los granos enriquecidos. Muchos alimentos contienen ácido fólico, entre ellos

- Jugo de naranja
- Verduras de hoja verde
- Frijoles
- Guisantes (arvejas)
- Cereales de desayuno fortificados
- Arroz enriquecido
- Pan de trigo integral

Es difícil conseguir suficiente ácido fólico de los alimentos solamente. Pregúntele a su médico si debe tomar vitaminas prenatales. Tienen el ácido fólico adicional que necesita su bebé. Su bebé lo necesita inmediatamente. Esta es una de las razones por las que debe consultar con su médico tan pronto como piense que está embarazada.

Tenemos muchas maneras de ayudarle a tener un embarazo saludable. Para ayudarle, necesitamos saber que está embarazada. Llame a los Servicios para los afiliados tan pronto como sepa que está embarazada. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Determinaremos la atención especial que usted y su bebé necesitan.

START SMART FOR YOUR BABY®

Start Smart for Your Baby® (Start Smart) es un programa especializado diseñado exclusivamente para mujeres embarazada y madres de recién nacidos. Su objetivo principal es asegurar la salud y seguridad tanto de usted como de su bebé durante todo su embarazo y después del nacimiento.

Cuando se inscribe en Start Smart, gana acceso a abundante información, recursos y a la oportunidad de ganar recompensas para apoyar su recorrido maternal. Nuestro equipo estará en contacto con usted, bien mediante llamadas telefónicas o enviando materiales por correo postal o electrónico (una vez que la afiliada elige participar), asegurando que usted tiene los recursos que necesita.

Las afiliadas que completan con éxito el programa podrán elegir entre recibir una cuna, un asiento infantil para carro o un regalo de bienvenida para el bebé en una caja sin costo alguno de Cribs for Kids®.

Nuestro dedicado personal de Start Smart está prontamente disponible para contestar sus preguntas y proporcionar apoyo si encuentra algún problema. En aquellos casos en los que se necesite ayuda adicional, podemos incluso organizar una visita a su hogar para asegurar que reciba la ayuda que necesita.

Para obtener más información sobre el programa y sobre cómo puede beneficiarle a usted y a su bebé, visite nuestro sitio web en www.startsmartforyourbaby.com para obtener información adicional.

DEJAR DE FUMAR

Si está embarazada y fuma, le podemos ayudar a dejar de fumar. Tenemos un programa para dejar de fumar para mujeres embarazadas. El programa ha capacitado a trabajadores del sector de la atención a la salud que están preparados para ayudarle de manera individual.

Proporcionarán la educación, asesoría y apoyo que necesita para ayudarle a dejar de fumar. Mediante llamadas telefónicas regulares, usted y su asesor de salud desarrollarán un plan para hacer cambios que le ayudarán a dejar de fumar.

Para obtener más información, consulte la tabla en la página 17: Dejar de fumar/cesación del tabaquismo.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

Algunos afiliados tienen necesidades especiales. SilverSummit Healthplan ofrece ayuda individual a los afiliados que tienen un problema de salud específico. Usted o su médico pueden derivar a servicios de administración de la atención. Un administrador de la atención también puede ayudarle a ponerse en contacto con otros programas estatales y locales. Su administrador de la atención también le ayudará cuando salga del hospital o de otra instalación médica a corto plazo para asegurar que tenga los servicios que necesite cuando llegue a su casa. Estos servicios pueden incluir visitas o terapia de atención en el hogar.

La administración de la atención apoya a los afiliados que necesitan ayuda adicional para mantenerse lo más saludables posible. Los servicios incluyen los siguientes:

- Educación sobre cambios en el estilo de vida
- Atención en el hogar
- Recursos comunitarios

¿DEBE RECIBIR AYUDA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN?

La Administración de la atención puede serle útil en muchas situaciones:

- Tiene una enfermedad de por vida como asma o diabetes.
- Está en peligro de sufrir una enfermedad grave como anemia de células falciformes o VIH/SIDA.
- Necesita ayuda de salud del comportamiento.
- Tiene un hijo(a) con necesidades especiales.
- Tiene una discapacidad de desarrollo o física.
- Tiene alguna otra necesidad especial de atención a la salud.

¿QUÉ ES UN ADMINISTRADOR DE LA ATENCIÓN?

Un administrador de la atención es un asesor de bienestar personal. Trabajan en estrecha cooperación con usted para planear sus objetivos de salud. Le ayudan a averiguar los pasos para conseguir sus objetivos.

Nuestros equipos de administración de la atención incluyen a varios profesionales:

- Enfermeros(as) registrados(as)(RN, por sus siglas en inglés)
- Trabajadores sociales con licencia (LSW, por sus siglas en inglés)
- Trabajador social clínico con licencia
- Representantes de soluciones comunitarias

Su administrador de atención trabajará con usted y sus proveedores para ayudarle a obtener la atención que necesita. Juntos, desarrollarán un plan de atención individualizado. A veces, puede coordinar tratamientos que no son habituales para la mayoría de las personas. Puede trabajar con nuestro director médico para autorizar atención adicional en las siguientes situaciones:

- Un miembro tiene una condición grave y es probable que el tratamiento sea largo.
- Existen servicios alternativos que se pueden usar en lugar de los servicios cubiertos que son más costosos.
- Se necesitan más servicios de lo habitual.

SilverSummit Healthplan tiene el derecho de interrumpir un plan de atención alternativo. Podemos interrumpir el plan si ya no es adecuado o no es efectivo. En este caso, recibirá una carta y se lo informaremos al menos 10 días antes de que se interrumpa el plan.

Para obtener más información sobre la administración de la atención puede llamarnos.

El número es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Puede solicitar hablar con el personal de Administración de la Atención. Le ayudaremos a encontrar los recursos adecuados para sus necesidades.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN CRÓNICA

SilverSummit Healthplan ofrece servicios de administración de la atención crónica. El objetivo es ayudar a los miembros con condiciones prolongadas a mejorar su calidad de vida. Nuestros instructores de salud ayudan al miembro, médicos y médicos especialistas a colaborar para conseguir la mejor atención. Le informan al miembro sobre su condición. Además, le ayudan a elaborar un plan para mejorar su salud.

A los miembros con estas condiciones les puede ser útil la administración de la atención crónica:

- trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD)
- ansiedad
- asma
- trastorno bipolar
- insuficiencia cardíaca congestiva
- diabetes
- depresión
- hemofilia
- hepatitis C
- HIV o sida
- hipertensión
- obesidad/control del peso
- manejo del dolor
- trastorno de consumo de sustancias perinatal
- esquizofrenia
- anemia de células falciformes

Nuestros instructores de salud escucharán sus preocupaciones. Le ayudarán a obtener lo que necesita. Hablarán con usted sobre distintos temas:

- información sobre su condición;
- cómo elaborar un plan de atención;
- cómo tomar los medicamentos;
- qué exámenes realizarse;
- cuándo llamar al médico o a otro proveedor.

El objetivo de la administración de la atención crónica es ayudarle a entender y tomar el control de su salud. Más control se refleja en una mejor salud.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711.

Elegibilidad general



ELEGIBILIDAD GENERAL

SilverSummit Healthplan es un plan de salud disponible a través del programa Nevada Medicaid y Nevada Check Up del Departamento de salud y servicios sociales de Nevada. SilverSummit Healthplan no decide quién puede recibir el plan. La División de servicios de los beneficios sociales y de apoyo (Division of Welfare and Supportive Services, DWSS) decide su elegibilidad para Medicaid. Algunas personas que pueden ser elegibles:

- Padres/cuidadores familiares de niños menores de 19 años
- Mujeres embarazadas
- Niños que califican menores de 19 años
- Niños menores de 19 años en el nivel de pobreza
- Grupo especial de Medicaid (Programa de seguro de salud infantil) (CHIP) (M-CHIP) niños de 6 a 18 años; elegibles para porcentajes de participación para CHIP.
- Adultos que estuvieron en el programa de acogida temporal (individuos hasta los 26 años que por su edad salieron del programa de acogida temporal de Nevada).
- Recién nacidos cuyas madres son elegibles para recibir Medicaid
- Individuos que reciben ayuda médica transitoria/extendida
- Personas mayores, ciegas y con discapacidades (sin importar la edad)

Puede obtener más información sobre quién puede participar. Llame a DWSS, ellos le podrán dar más información.

CAMBIOS DE VIDA IMPORTANTES

Los cambios de vida importantes pueden afectar su elegibilidad para Nevada Check Up y Medicaid. Es muy importante hacer saber a la División de servicios de los beneficios sociales y de apoyo (Division of Welfare and Supportive Services, DWSS) y a SilverSummit Healthplan cuando tiene estos cambios de vida. Puede que pierda su cobertura si Nevada Check Up y Medicaid no le pueden contactar.

Si tiene un cambio de vida importante, llame a DWSS al 1-800-992-0900. El número de teléfono para el norte de Nevada (Northern NV) es 1-775-684-7200 y para el sur de Nevada (Southern NV) 1-702-486-1646. Puede visitar una de las oficinas locales o ir a su sitio web.

El sitio web para Nevada Check Up es dwss.nv.gov/Medical/NCUMAIN/. El sitio web para Nevada Medicaid es accessnevada.dwss.nv.gov. Póngase en contacto con la oficina que le corresponde tan pronto como tenga un cambio importante en su vida.

Cambios de vida importantes incluyen varias situaciones:

- Cambia de nombre
- Ocurre un cambio en su seguro de salud
- Si obtiene o pierde otra cobertura de seguro. Si le añaden o quitan del seguro de otra persona
- Se muda.
 - Cuando se muda a una nueva dirección. También puede actualizar su dirección llenando el formulario Actualizar mi dirección (Update My Address) ubicado en el sitio web de Nevada DHHS DHCFP: <https://dhcftp.nv.gov/UpdateMyAddress/>.
- Cambia de trabajo
- Su capacidad o discapacidad cambia
- Hay cambios en su familia. Esto puede significar que su familia aumentó debido a un nacimiento o matrimonio. O su familia se redujo. Esto puede ser porque un familiar muere o se muda a otro lugar.
- Cambian sus ingresos o activos.
- Queda embarazada.
 - Llámenos si está embarazada. Tenemos ayuda especial para usted y para su bebé. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, servicio de Retransmisión de Datos 711.

OTRO SEGURO

Si tiene otro seguro médico infórmenoslo. Llame a los Servicios para los afiliados: El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711.

Esto nos ayudará a asegurarnos de que se pagan todos sus servicios médicos. Informaremos a Nevada DHHS sobre su otro seguro.

INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL Y OTRAS RECLAMACIONES

Si sufre una lesión en el trabajo, puede que la indemnización por accidente laboral cubra sus lesiones. SilverSummit Healthplan no pagará los servicios cubiertos por la indemnización por accidente laboral.

Puede que lleve algún tiempo revisar las lesiones laborales. SilverSummit Healthplan proporcionará los servicios de atención médica que necesite mientras se contestan esas preguntas. Antes de que podamos hacer esto, tiene que aceptar darnos la información que necesitamos. Necesitaremos documentos para conseguir que la indemnización por accidente laboral cubra esos servicios.

Póngase en contacto con SilverSummit en los siguientes casos:

- Está implicado(a) en una demanda por lesión personal.
- Está implicado(a) en una demanda por negligencia médica.
- Tiene una reclamación por accidente de automóvil.

Llame a los Servicios para los afiliados para informarnos. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Puede que otras compañías le den cobertura médica que le ayudarán a pagar por sus servicios médicos.

INSCRIPCIÓN ABIERTA

La inscripción abierta es el periodo de tiempo durante el cual puede decidir si quiere seguir con SilverSummit Healthplan o elegir otro plan de salud. Nevada Medicaid y Check Up tienen cuatro planes entre los que elegir. La inscripción abierta solo se presenta una vez al año.

Para cambiar de plan, llene y devuelva el formulario que se le envió por correo. Si perdió el formulario o no lo recibió, puede solicitar el cambio enviando una carta firmada a la siguiente dirección:

**Nevada Medicaid
Attn. MCO Changes
P.O. Box 30042
Reno, NV 89520**

También puede llamar a la oficina del distrito de Medicaid si tiene preguntas: Oficina en Las Vegas: 702-668-4200; Oficina en Reno: 775-687-1900. La oficina de distrito de Medicaid le proporcionará opciones de planes y materiales educativos para que pueda tomar una decisión informada.

Durante el periodo de inscripción abierta, tiene derecho a elegir cualquier plan. Si no elige un nuevo plan de salud, seguirá en SilverSummit Healthplan.

INSCRIPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Si es un(a) afiliado(a) de SilverSummit Healthplan cuando nace su bebé, su bebé también está cubierto por nuestro plan. Algunas veces hay un periodo de espera para activar la tarjeta de identificación de Nevada Check Up de su recién nacido. Durante este tiempo, los servicios médicamente necesarios seguirán cubiertos. SilverSummit Healthplan cubrirá los servicios que estén autorizados adecuadamente.

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

CÓMO CANCELAR LA INSCRIPCIÓN EN SILVERSUMMIT HEALTHPLAN

Queremos que esté contento(a) con SilverSummit. Si podemos ayudarle en algo, llame a los Servicios para los afiliados. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Colaboraremos con usted para intentar solucionar el problema. Si todavía no está satisfecho(a), puede:

Cambiarse a otro plan de salud en cualquier momento durante los primeros 90 días después de la inscripción con SilverSummit.

Si es un nuevo(a) afiliado(a) de Medicaid o Nevada Check Up, puede enviar su solicitud por correo postal a:

**Nevada Medicaid
Attn. MCO Changes
P.O. Box 30042
Reno, NV 89520**

Incluya su: nombre, número de Medicaid, su dirección y su número de teléfono.

Cambie de plan de salud sin causa alguna durante el periodo anual de inscripción abierta.

Si elige SilverSummit o un plan de Medicaid durante la inscripción abierta, estará inscrito(a) en el plan seleccionado durante los próximos 12 meses. Puede elegir cambiar de plan durante los primeros 90 días desde la fecha de entrada en vigor. A partir del día 91 solo puede cambiar de plan si puede demostrar una buena causa para cancelar la inscripción.

Razones de causa justificada para cancelar su inscripción son:

- Se mudó fuera de la zona de servicio.
- Se termina el contrato entre SilverSummit Healthplan y el estado de Nevada.
- SilverSummit Healthplan no cubre el servicio que usted quiere por objeciones morales o religiosas. Necesita dos o más servicios al mismo tiempo y SilverSummit Healthplan no tiene esos servicios disponibles. Su PCP y otro proveedor deciden que el obtener esos servicios por separado causarían un riesgo a su persona.
- Otras razones, incluyen entre otras:
 - Mala calidad de atención
 - Falta de acceso a servicios que están cubiertos por el plan
 - Falta de acceso a proveedores que tienen experiencia con sus necesidades de atención médica. El querer consultar con un proveedor que no está en la red de SilverSummit no se considera “causa justificada”.

CÓMO CANCELAR LA INSCRIPCIÓN

Para cancelar los beneficios de Medicaid, el(la) afiliado(a) tiene que ponerse en contacto con la División de servicios de los beneficios sociales y de apoyo (Division of Welfare and Supportive Services, DWSS) llamando al 1-800-992-0900, Northern Nevada 1-775-684-7200, Southern Nevada 1-702-486-1646. Puede solicitar cancelar la inscripción de manera oral o por escrito:

Puede solicitar cambiar las Organizaciones de atención médica dirigida (Managed Care Organizations, MCO) de la manera siguiente:

- Solicitudes para cambiar MCO sin causa se pueden presentar por escrito en:

Nevada Medicaid
Attn: MCO Changes
P.O. Box 30042
Reno, NV 89520

- Puede solicitar un cambio de MCO sin causa por fax o correo postal en:

Nevada Medicaid
Attn: DHC FP MCQA Unit
4070 Silver Sage Dr.
Carson City NV 89701
Fax: (775) 684-3773

- Puede llamar al número gratuito de los Servicios para los afiliados de SilverSummit al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Solicite al representante de los Servicios para los afiliados un formulario de cancelación de la inscripción y se le enviaremos por correo postal. El representante de los Servicios para los afiliados también puede llenar el formulario por teléfono en su nombre y enviarlo a Nevada Medicaid.
- También puede enviarnos una carta o un formulario de cancelación de la inscripción con su información a la siguiente dirección:

SilverSummit Healthplan
Attn: Customer Service
2500 N. Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128

DHCFP revisará las solicitudes de cancelación de la inscripción directamente. Si se aprobase la solicitud de cancelación de la inscripción, el(la) afiliado(a) puede elegir otra Organización de atención médica dirigida. El(la) afiliado(a) tendrá acceso al proceso de Audiencia estatal imparcial de la DHCFP si no le satisface la determinación de denegación de su solicitud de cancelación de la inscripción del DHCFP.

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN INVOLUNTARIA CON CAUSA

SilverSummit Healthplan puede pedir la cancelación de la inscripción de un(a) afiliado(a). Notificaríamos a la DWSS por escrito. SilverSummit Healthplan puede pedir la cancelación de la inscripción en cualquier momento en las siguientes situaciones:

- El comportamiento del(de la) afiliado(a) es tan perturbador, amenazador o difícil que ese comportamiento hace que seamos incapaces de cubrir o proporcionar servicios. Esto no incluye comportamientos que sean consecuencia de necesidades especiales o problemas físicos o de comportamiento conductual.
- El(la) afiliado(a) se mudó fuera de la zona de servicio.

SilverSummit Healthplan no puede pedir la cancelación de la inscripción en las siguientes situaciones:

- El(la) afiliado(a) tiene un problema médico preexistente.
- El(la) afiliado(a) tiene un cambio en el estado de su salud.
- El(la) afiliado(a) usa servicios médicos.
- La capacidad mental del(de la) afiliado(a) está disminuida.
- El(la) afiliado(a) rehúsa atención médica o pruebas de diagnóstico.
- El(la) afiliado(a) presenta una queja o una apelación.
- El(la) afiliado(a) pide un cambio de proveedores.
- La raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación social e identidad de género), estado de salud o la necesidad de servicios de atención a la salud del(de la) afiliado(a)

REASIGNACIÓN

Si se le ha cancelado la inscripción por pérdida de elegibilidad para Nevada Check Up o Medicaid, y vuelve a ser elegible de nuevo, se le reasignará a un MCO en base a los siguientes criterios:

- Por afiliación familiar (tiene familiares que están inscritos con una MCO)
- Por antecedentes (se le asigna una MCO al que estaba inscrito en el pasado)
- Al azar

Satisfacción de los afiliados



SATISFACCIÓN DE LOS AFILIADOS

Esperamos que nuestros afiliados estén siempre contentos con nuestros servicios. Esperamos que nuestros afiliados estén siempre contentos con nuestros proveedores. Si no está contento(a), ¡díganoslo! SilverSummit Healthplan tiene pasos para resolver los problemas que pueda tener. Su opinión es importante.

SilverSummit Healthplan ofrece las siguientes maneras en las que los afiliados nos pueden decir cómo lo estamos haciendo:

- Junta asesora de afiliados
- Encuesta de satisfacción del equipo de atención
- Proceso del sistema de reclamaciones
- Encuestas de satisfacción de los afiliados

Puede encontrar una encuesta de satisfacción de los afiliados y resultados de rendimiento del plan de salud en la página de Mejora de la calidad de SilverSummit Healthplan. www.silversummithealthplan.com/members/medicaid/resources/quality-improvement.html.

JUNTA ASESORA DE AFILIADOS

Usted puede ayudar a que SilverSummit Healthplan mejore la manera en la que funciona el plan de salud. A través de la Junta asesora de afiliados, damos a los afiliados como usted la oportunidad de compartir sus pensamientos e ideas con nosotros. La Junta comparte educación sobre la salud con nuestros afiliados. Comunica maneras en las que puede concentrarse en salud preventiva. La Junta asesora de afiliados se reúne cuatro veces al año en diferentes partes del estado. Ofrece oportunidades de asistir a las reuniones sin viajar. En estas reuniones, puede hablar sobre los servicios que usted obtiene. Nos puede decir cómo lo estamos haciendo. Puede compartir sus ideas sobre cambios de política. Puede hacer preguntas o compartir preocupaciones.

¿Quiere participar? Simplemente llame a los Servicios para los afiliados: El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Le pueden dar información sobre cómo unirse a la Junta asesora de afiliados.

COMPETENCIA CULTURAL

Es importante para SilverSummit Healthplan que proporcionemos servicios que sean competentes culturalmente. Es importante para nosotros que nuestros proveedores sean también competentes culturalmente. Esto significa que usted reciba servicios que respeten sus necesidades sociales y culturales.

Comprobamos el nivel de competencia cultural de nuestros proveedores. Les proporcionamos capacitación y herramientas para ayudarles. Se requiere que los proveedores de la red entiendan y aseguren lo siguiente:

- Los afiliados saben que pueden obtener la ayuda de intérpretes. Esta ayuda incluye muchos idiomas, personas que usan lenguaje de signos y servicios TDD/TTY. No hay ningún costo para usted por estos servicios.
- La raza y la identidad étnica tienen una influencia directa en la salud y decisiones de tratamiento. Los proveedores deben entender estas cuestiones.
- El personal de SilverSummit Healthplan que ayuda a los afiliados reciben capacitación en competencia cultural.
- Recopilaremos datos que nos ayuden a tomar las decisiones correctas. Haremos todo lo posible por recopilar información específica sobre la raza y el idioma de los afiliados. También explicaremos las categorías de raza/identidad étnica a los afiliados. Esto ayudará a los afiliados a identificar su raza/identidad étnica y la de sus niños.

La planificación de la atención centrada en la persona considera todas las partes de una persona:

- Raza
- País de origen
- Idioma nativo
- Clase social
- Religión
- Herencia cultural
- Aculturación
- Edad
- Género
- Orientación sexual
- Capacidades mentales y físicas
- Otras características que pueden influenciar la perspectiva de los afiliados sobre la atención de salud.

Los sitios oficiales tienen materiales publicados e impresos en varios idiomas.

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD

SilverSummit Healthplan se compromete a asegurar que usted y su familia reciben atención de salud de calidad. Nuestro objetivo es mejorar su salud. Queremos ayudarle con cualquier enfermedad o discapacidad que pudiera tener.

Nuestros programas siguen los estándares de calidad de la Junta nacional de seguro de calidad (National Committee on Quality Assurance, NCQA).

Para ayudar a los afiliados a obtener una atención a la salud segura, fiable y de calidad, nuestros programas incluyen:

- Revisión de los médicos y proveedores cuando entran a formar parte de nuestra red.
- Asegurarse de que los afiliados tienen acceso a todo tipo de servicios de atención a la salud.
- Proporcionar a los afiliados apoyo y educación sobre atención de salud general y enfermedades específicas.
- Enviar a los afiliados recordatorios para que se hagan pruebas anuales como exámenes físicos para adultos, evaluación para la detección del cáncer del cuello del útero l o evaluación para la detección del cáncer de mama.
- Investigar las preocupaciones de los afiliados sobre la atención recibida.
- SilverSummit Healthplan cree que sus ideas pueden ayudar a mejorar los servicios. Enviamos una encuesta a los afiliados todos los años. La encuesta le pregunta sobre su experiencia con la atención de salud y los servicios que está recibiendo. Esperamos que usted se tome el tiempo para contestar el cuestionario y enviarnos sus respuestas.

Si tiene preguntas sobre el Programa de mejora de la calidad, sobre cómo funciona SilverSummit, nuestra estructura o necesita información sobre los planes de incentivos para proveedores, póngase en contacto con los Servicios para los afiliados.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Las instrucciones anticipadas protegen sus derechos relacionados con la atención médica. Todos los miembros adultos de SilverSummit Healthplan tienen derecho a crear instrucciones anticipadas para sus decisiones sobre atención de salud. Esto incluye planificar tratamientos antes de que los necesite.

Una instrucción anticipada les informa a las personas lo que quiere si no puede tomar sus propias decisiones. Si tiene una emergencia médica y no puede comunicar qué necesita, sus médicos ya lo sabrán. Una instrucción anticipada no le quitará el derecho de tomar sus propias decisiones.

Para crear una instrucción anticipada, complete el “Formulario de Instrucciones Anticipadas” en nuestro sitio web. El personal de Servicios al Miembro puede ayudarle a encontrar el formulario. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Cuando complete el formulario, pídale al médico o proveedor que lo incluya en su expediente.

Con su médico u otro proveedor, puede tomar decisiones antes de tener una crisis o emergencia. Esto les ayudará a los proveedores a entender sus deseos respecto de su salud. Puede relajarse porque ya conocen sus preferencias.

Ejemplos de tipos comunes de instrucciones anticipadas:

Testamento vital: le informa a los médicos qué tipo de atención médica quiere recibir (o no recibir) si ya no puede comunicar su voluntad. Esto le permite decidir con antelación qué tratamientos para prolongar la vida quiere o no quiere recibir. Esto puede incluir varios temas:

- alimentación por sonda
- respiradores
- trasplante de órganos
- tratamientos para su comodidad

Un testamento vital solo se usa cuando se acerca el final de su vida y no hay posibilidades de que se recupere.

Poder notarial para la atención médica: Designa a alguien que tiene permiso para tomar decisiones de atención de salud en su nombre si usted ya no puede comunicar su voluntad.

Orden de no reanimar (DNR): Informa a los proveedores de atención de salud que no quiere recibir reanimación cardiopulmonar (CPR) si su corazón o respiración se detienen. Una DNR se refiere solo a la CPR. No incluye instrucciones sobre otros tratamientos.

No debe sufrir discriminación por no tener una instrucción anticipada.

SilverSummit Healthplan le informará sobre cualquier cambio en las leyes estatales que afecten a las instrucciones anticipadas. Le enviaremos esta información lo antes posible. La enviaremos dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que ocurrió el cambio. Pregúntele al proveedor o llame a SilverSummit Healthplan para conocer más sobre las instrucciones anticipadas.

Si no se siguió su instrucción anticipada, comuníquese con la División de Financiación y Política de Atención de Salud (DHCFP) de Nevada para presentar un reclamo. Puede visitar el sitio web en dhcfp.nv.gov.

RECLAMACIONES

Las reclamaciones son quejas orales o por escrito que usted o su representante autorizado presenta a SilverSummit Healthplan. Puede presentar una reclamación en cualquier momento. Estas quejas pueden ser sobre cualquier acción que SilverSummit Healthplan o un proveedor en su red:

- Debatir una extensión de tiempo propuesta por el plan para tomar la decisión autorizada.
- La calidad de la atención
- Comportamiento personal como rudeza de un proveedor o empleado
- Falta de respeto a los derechos de un(a) afiliado(a)
- Procesos u operaciones administrativas nocivos
- Determinación no proporcionada de manera oportuna

SilverSummit Healthplan quiere resolver sus preocupaciones. No le guardaremos rencor si presenta una reclamación. No le trataremos de una manera diferente.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Puede presentar una reclamación de la manera que mejor le convenga:

- Llame a los Servicios para los afiliados: El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711.
- Use el portal para afiliados en nuestro sitio web: SilverSummitHealthplan.com
- Nos la puede dar en persona o enviar por correo postal:

SilverSummit Healthplan

ATTN: Grievances

2500 North Buffalo Drive, Suite 250

Las Vegas, NV 89128

Envíela por fax. El número de fax es 1-855-742-0125.

Asegúrese de incluir la información personal necesaria:

- Su nombre y apellido
- Su número de identificación de Nevada Medicaid
- Su dirección y número de teléfono
- Cuál es el problema
- Lo que le gustaría que hubiese sucedido

Hay un formulario al final de este manual para presentar una reclamación. No tiene que usarlo. Puede ayudarle a saber qué información necesitamos. Llene el formulario de reclamación, envíe el formulario electrónicamente por fax o pídalo en persona.

Si presenta una reclamación, le enviaremos una carta para indicarle que la hemos recibido. Enviaremos la carta en un plazo de 3 días calendario.

SilverSummit Healthplan guardará una copia de su reclamación durante 10 años. También guardaremos copias de las respuestas que le enviemos.

Si otra persona va a presentar una reclamación en su nombre, debemos tener su permiso por escrito para que esa persona presente su reclamación. Nadie puede actuar en su nombre sin su permiso.

Página 56

Hay un “Formulario de representación personal para apelaciones” (“Personal Appeal Representation Form.”) Se encuentra en la sección de formularios de este manual y en nuestro sitio web. También puede llamar a los Servicios para los afiliados. Se puede usar este formulario para darle a otra persona derecho a presentar su reclamación o apelación.

Puede que tenga prueba o información de apoyo para su reclamación. Si la tiene, envíenosla para que podamos añadirla a su información. Puede solicitar copias gratuitas de cualquier documentación que SilverSummit Healthplan utilizó para tomar la decisión sobre su reclamación.

Resolveremos sus reclamaciones tan rápidamente como su situación lo necesite. Si usted cree que la

situación es urgente, díganoslo. Le enviaremos una carta en un plazo de 45 días calendario. También haremos un esfuerzo razonable para contactarle y comunicarle verbalmente nuestra resolución. Esto le dirá cómo resolvimos la cuestión.

Si hubiera alguna razón por la que no podemos decidir en el plazo de 45 días, puede que pidamos una extensión de Nevada Medicaid o Nevada Check Up. Les tendríamos que decir por qué queremos la extensión. Tendríamos que mostrarles por qué la extensión es en su mejor interés. Si extendemos el plazo para la resolución de la reclamación no por qué usted lo pida (después de que DHCFP haya aprobado la extensión), haremos esfuerzos razonables para darle un aviso oral a tiempo sobre el retraso. Y en un plazo de dos (2) días calendario le daremos un aviso por escrito sobre la razón de la decisión de extender el plazo.

Usted también puede solicitar una extensión si necesita más tiempo. La extensión sería de 14 días adicionales. Si desea una extensión llame a los Servicios para los afiliados. Pida que le pongan con el departamento de apelaciones. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711.

Si no está de acuerdo con la extensión, puede solicitar una reclamación.

No tomaremos represalias si presenta una reclamación. No le trataremos de manera diferente. Queremos conocer sus preocupaciones para que podamos mejorar nuestros servicios..

APELACIONES

Una apelación es el proceso con el cual nos solicita que revisemos una decisión que hayamos tomado sobre una autorización. Puede que desee presentar una apelación cuando se le ha denegado, limitado, reducido o terminado un servicio. Las apelaciones las puede presentar un afiliado(a) (padre, madre o tutor de un(a) afiliado(a) menor de edad). La apelación nos pide que revisemos la denegación de nuevo para asegurarnos de que tomamos la decisión correcta.

Apele una decisión en las siguientes situaciones:

- Le niega la atención que solicitó.
- Termina la atención que se le había aprobado previamente.
- Autoriza menos atención de la solicitada.
- Deniega el pago por atención que puede que usted tenga que pagar

Estos tipos de decisiones se conocen como “determinación adversa de beneficio”. Si se presentase cualquiera de estas acciones, le enviaremos una carta. La carta explicará lo que hemos decidido y por qué hemos tomado esa decisión. También incluirá información sobre sus derechos de apelación.

La carta de determinación adversa de beneficio tendrá una fecha. Si desea presentar una apelación, tendrá que hacerlo en un plazo de 60 días calendario a partir de esa fecha.

Puede solicitar copias gratuitas de cualquier documentación que SilverSummit Healthplan utilizó para tomar la decisión sobre su atención o apelación. También puede solicitar una copia de nuestros registros de afiliados. No le cobraremos por estas solicitudes. SilverSummit Healthplan guarda los registros durante 10 años.

No tomaremos represalias si presenta una apelación. No le trataremos de manera diferente.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Para presentar una apelación, puede llamar a los Servicios para los afiliados, llenar un formulario de apelación que se encuentra al final de este manual, enviarnos una carta o enviarnos la carta o formulario por fax electrónicamente o solicitarla en persona. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. Envíe su carta a SilverSummit Healthplan. Las apelaciones por los servicios de salud física y farmacia se deben enviar a:

SilverSummit Healthplan
ATTN: Appeals
2500 North Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128
Puede enviar la apelación por fax al 1-855-742-0125.

Las apelaciones por servicios de salud mental o uso de sustancias se deben enviar a:

SilverSummit Healthplan
ATTN: Appeals
12515-8 Research Blvd., Suite 400 Austin, TX 78759
Puede enviar la apelación por fax al 1-866-714-7991.

Al final de este manual, hay un formulario para presentar una apelación. No es obligación usarlo. Pero puede ayudarle a saber qué información necesitamos.

Después de que recibamos la apelación por teléfono, por escrito o electrónicamente, le enviaremos una carta. En ella le confirmaremos que la hemos recibido y le daremos la fecha en la que debemos recibir cualquier información adicional al plan para asegurar que tenemos todo lo que necesitamos para hacer la revisión.

Puede proporcionar información adicional (que puede incluir entre otros datos, antecedentes médicos, razones legales o factuales, pruebas, etc.) al plan de salud en persona o por escrito. Hay un tiempo limitado para proporcionar esta información, para ello debe tener en cuenta la fecha de su carta.

Después de que hayamos tomado la decisión, le enviaremos otra carta. Le comunicaremos la decisión en un plazo de 30 días. También haremos un esfuerzo razonable para comunicarle por teléfono la resolución tomada. Si el plan no finaliza la revisión y le comunica su resolución en ese plazo de tiempo o si usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una audiencia estatal imparcial. Revise esa sección para obtener más información. Si hubiera una razón por la que no podemos decidir en el plazo de 30 días, puede que pidamos una extensión de Nevada Medicaid o Nevada Check Up. Les tendríamos que decir por qué queremos la extensión. Tendríamos que mostrarles por qué la extensión es en su mejor interés. Una vez aprobada, le notificaremos esta extensión a usted por escrito y también haríamos un esfuerzo razonable para llamarle y comunicarle la resolución.

También puede solicitar una extensión si necesita más tiempo. La prórroga sería de 14 días adicionales. Si desea una extensión, llame a Servicios para Miembros. Pregunte por el departamento de apelaciones. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, retransmisión 711.

Si no está de acuerdo con la extensión, puede solicitar una queja.

¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?

- usted, como miembro adulto;
- el padre, la madre o el tutor de un miembro menor de edad;
- una persona designada por usted (su representante);
- un proveedor en su nombre (el proveedor es su representante).

Para que otra persona presente una apelación en su nombre, usted debe dar su autorización por escrito. Nadie puede hablar por usted sin su permiso. En la sección “Formularios” de este manual, hay un “Formulario de representante personal para apelaciones”, donde puede informarnos que otra persona tiene su autorización para apelar en su nombre. Recibirá una copia de este formulario con sus cartas de determinación adversa sobre beneficios. También puede encontrarlo en nuestro sitio web: SilverSummitHealthplan.com.

Envíe el Formulario de representante personal para apelaciones junto con su apelación. Debemos recibirla dentro de los 60 días posteriores a su carta de determinación adversa sobre beneficios.

Si necesita ayuda para presentar su apelación, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880; TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico.

¿CÓMO SEGUIR RECIBIENDO SERVICIOS?

Puede solicitar seguir recibiendo atención mientras nosotros revisamos su apelación. Debe hacerlo dentro de los 10 días posteriores a haber recibido la carta de determinación adversa sobre beneficios.

IMPORTANTE: Si la apelación confirma que nuestra decisión era correcta, usted deberá pagar el servicio.

DECISIONES DE APELACIÓN RÁPIDA

Si su condición médica es urgente, podemos tomar una decisión sobre su apelación mucho más rápido. Usted puede necesitar una decisión rápida si no recibir el tratamiento le causaría efectos adversos:

- riesgo de problemas graves de salud o muerte;
- problemas graves del corazón, los pulmones u otras partes del cuerpo;
- internación en un hospital.

Su médico debe estar de acuerdo en que usted tiene una necesidad urgente.

Si cree que necesita una decisión de apelación rápida, llame a Servicios al Miembro. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711. Solicite hablar con el Departamento de Apelaciones. Nuestro director médico tomará una decisión, y se la comunicaremos dentro de las 72 horas.

AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión de apelación. Si eso ocurre, puede solicitar una audiencia imparcial ante el Estado. Se trata de una apelación que se envía a la DHCFP de Nevada, no a SilverSummit Healthplan. En una audiencia imparcial ante el Estado, la DHCFP de Nevada tomará la decisión final.

Debe completar el proceso de apelaciones de SilverSummit Healthplan para poder solicitar una audiencia imparcial ante el Estado. Cuando hayamos finalizado su apelación, le enviaremos una carta. Tiene 90 días a partir de la fecha que figura en la carta para solicitar una audiencia imparcial ante el Estado.

Puede solicitar seguir recibiendo atención durante el proceso de audiencia imparcial ante el Estado. Debe hacerlo dentro de los 10 días posteriores a la fecha que figura en la carta.

IMPORTANTE: Si la audiencia imparcial ante el Estado confirma que nuestra decisión era correcta, usted deberá pagar el servicio. Las solicitudes para una audiencia imparcial ante el Estado pueden enviarse por escrito o de manera electrónica. Envíe su solicitud por correo a la siguiente dirección:

Nevada Department of Administration
Hearings Office
4070 Silver Sage Dr.
Carson City, NV 89701
Teléfono: 775-684-3676 • Número gratuito: 1-800-992-0900

También puede enviar una solicitud electrónica ingresando al Formulario de solicitud de audiencia imparcial para beneficiarios en <http://dhcfnv.gov/Resources/PI/Hearings/>. Para obtener más información sobre el proceso de audiencia imparcial ante el Estado, comuníquese con la DHCFP de Nevada.

¿CÓMO NOTIFICAR PRESUNTAS INFRACCIONES EN MATERIA DE COMERCIALIZACIÓN?

La DHCFP de Nevada tiene reglas de mercadeo para los posibles miembros. SilverSummit Healthplan sigue estas reglas. Si nota que un plan de salud realiza actividades que podrían violar las reglas de la DHCFP de Nevada, este organismo le agradecerá que lo informe. Complete el “Formulario de reclamo de mercadeo de la DHCFP de Nevada”. Es el “Formulario de queja o apelación” que se encuentra al final de este manual. Ellos investigarán.

Algunas actividades específicas no están permitidas:

- Realizar actividades para hacerle cambiar de plan. Usted recibirá información de su plan de salud (SilverSummit Healthplan), pero no de otros. Esto incluye correos postales, correos electrónicos, llamadas telefónicas o visitas a su domicilio.
- Adjuntar solicitudes de Nevada Check Up y de Medicaid a los materiales de mercadeo.
- Mostrar o entregar materiales de mercadeo en una sala de emergencias del hospital.
- Divulgar información falsa, confusa, engañosa o destinada a engañar a los miembros.
- Ayudar a alguien a elegir un plan de salud.
- Compararse con otros planes de salud específicos.
- Cobrar a los miembros por servicios o artículos ofrecidos en un evento.
- Cobrar a los miembros por usar el sitio web.
- Tratar de vender otros planes de seguro a los miembros.

CÓMO INFORMAR DE FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO

SilverSummit Healthplan se toma muy en serio buscar e informar de situaciones en las que los fondos de Nevada Check Up y Medicaid se usan de manera incorrecta. Esto se conoce como fraude, despilfarro y abuso.

Fraude significa que un(a) afiliado(a), proveedor u otra persona está abusando los recursos de los programas de Nevada Check Up y Medicaid:

- Entregar a otra persona su tarjeta de identificación de afiliado(a) para que puedan obtener servicios en su nombre.
- Usar la tarjeta de identificación de afiliado(a) de otra persona para obtener servicios en su nombre.
- Emitir, el proveedor, una factura por el mismo servicio dos veces.
- Emitir, el proveedor, una factura por servicio que no proporcionó.

Sus beneficios de salud se le otorgaron a usted porque cumple con las reglas del programa. No son transferibles a nadie más. No debe compartir sus beneficios con nadie. Si usa sus beneficios de manera indebida, los podría perder. El Departamento de salud y servicios humanos de Nevada (Nevada Department of Health and Human Services, DHHS) podría también emprender acciones legales contra usted si usa indebidamente sus beneficios.

Si cree que un proveedor, afiliado(a) u otra persona está usando de manera indebida los beneficios de Nevada Medicaid o Nevada Check Up, díganoslo inmediatamente. SilverSummit Healthplan considerará seriamente su llamada. No tiene que dar su nombre cuando llama a los Servicios para los afiliados. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 711. También puede llamar a la línea de ayuda de fraude, despilfarro y abuso al 1-866-685-8664, ponerse en contacto con nosotros en SilverSummitHealthplan.com, enviarnos un correo a ReportFWA@SilverSummithealthplan.com o un correo postal de los EE.UU. a la siguiente dirección:

SilverSummit Healthplan
Attn: Compliance Department
2500 N. Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128

DERECHOS DE LOS AFILIADOS

Como afiliado(a) tiene ciertos derechos. SilverSummit Healthplan desea respetar sus derechos siempre. Esperamos que nuestros proveedores respeten sus derechos.

Sus derechos son importantes para nosotros:

- Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad
- Recibir información sobre SilverSummit Healthplan, sus servicios, sus médicos y proveedores y los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Elegir o cambiar médicos entre los médicos incluidos en la red de proveedores.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

- Poder ponerse en contacto con su proveedor.
- Acudir a cualquier proveedor o clínica para servicios de planificación familiar.
- Obtener ayuda inmediatamente si tiene una emergencia médica.
- Ser informado(a) sobre qué enfermedad o problema tiene
- Hablar sobre sus opciones de tratamiento con su proveedor, sobre lo que su proveedor considera la mejor opción independientemente del costo o beneficio de cobertura.
- Colaborar con su médico para tomar decisiones sobre su atención médica.
- Dar permiso antes de iniciar un diagnóstico, tratamiento o cirugía.
- Rehusar el tratamiento.
- Mantener privada su información personal incluida en sus expedientes médicos.
- Solicitar una copia de sus expedientes médicos.
- Solicitar que se modifique o corrija sus expedientes médicos según lo permite la ley.
- Presentar cualquier queja, reclamación o apelación sobre su proveedor o atención médica.
- Apelar cualquier acción que reduzca o niegue servicios basados en criterios médicos.
- Hablar sobre sus opciones de tratamiento con sus proveedores y no ser presionado(a) para tomar decisiones sobre su tratamiento, independientemente del costo o los beneficios de cobertura.
- No ser discriminado(a) en base a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, sexo, orientación sexual o discapacidad.)
- Que el plan de salud y los proveedores le traten de una manera culturalmente competente
- Solicitar una segunda opinión.
- Ser notificado(a) en el momento de la inscripción y también después anualmente de sus derechos de cancelación de la inscripción.
- Crear sus directrices anticipadas.
- Presentar quejas a Nevada DHCFP si no se siguen sus directrices anticipadas.
- Elegir un proveedor que le proporcione la atención siempre que sea posible y adecuada.
- Recibir servicios de atención a la salud accesibles similares a los proporcionados por Medicaid FFS que deben incluir una cantidad, duración y alcance similares.
- Obtener servicios suficientes para que se espere razonablemente alcanzar el objetivo del tratamiento.
- Que no le nieguen servicios simplemente debido a un diagnóstico, tipo de enfermedad o problema médico específicos.
- Usar sus derechos sin efectos negativos de Nevada DHHS, SilverSummit Healthplan, sus proveedores o contratistas.
- Recibir toda la información de afiliado(a) por escrito de SilverSummit Healthplan, sin costo alguno para usted y en idiomas que no sean el inglés.
- De cualquier otra manera, ayudar con las necesidades especiales de los afiliados que pudieran tener problemas leyendo la información por cualquier razón.
- Obtener servicios de interpretación gratuitos en cualquier idioma.
- Ser informado de que hay servicios de interpretación disponibles y de cómo obtenerlos.
- Obtener ayuda para entender los requisitos y beneficios de SilverSummit Healthplan de Nevada DHHS y su corredor de inscripción.

- Recibir una copia de los derechos y responsabilidades de los afiliados y de su derecho a hacer recomendaciones sobre la declaración de los derechos y responsabilidades de Silver Summit Healthplan.

RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Notificar a la División de servicios de los beneficios sociales y de apoyo (Division of Welfare and Supportive Services, DWSS) si experimenta alguno de los siguientes cambios:

- Hay un cambio en el tamaño de su familia
- Se muda fuera del estado o tiene cualquier otro cambio en su dirección.
- Obtiene o tiene cobertura médica de otra póliza, está cubierto(a) en la póliza de otra persona o hay cambios en esa cobertura.

Como afiliado(a) tiene ciertas responsabilidades. Su tratamiento puede ser mejor si hace estas cosas:

- Proporciona a SilverSummit Healthplan y a sus proveedores la información médica correcta y completa que necesitan para proporcionarle la atención.
- Colabora en mejorar su propia salud.
- Informa a SilverSummit Healthplan cuando acuda a la sala de emergencia.
- Habla con su proveedor sobre la autorización previa de los servicios que le recomiendan.
- Informa a SilverSummit Healthplan si ha perdido o le han robado la tarjeta de identificación de afiliado(a).
- Presente su tarjeta de identificación de afiliado(a) y su tarjeta de identificación de Nevada Medicaid cuando obtiene servicios de atención médica.
- Conoce los procedimientos, reglas de cobertura y restricciones de SilverSummit Healthplan lo mejor que pueda.
- Se pone en contacto con SilverSummit Healthplan cuando necesite información o tenga preguntas.
- Proporciona a los proveedores información médica exacta y completa. Sigue el tratamiento que le hayan prescrito. O le dice a su proveedor lo antes posible la(s) razón(es) por las que no puede seguir el tratamiento.
- Hace preguntas a su proveedor para entender mejor el tratamiento. Obtiene información sobre los posibles riesgos y beneficios y sobre los costos de las alternativas de tratamiento. Toma sus decisiones de atención después de que ha considerado todas estas cosas.
- Participa activamente en su tratamiento. Entiende sus problemas de salud y participa todo lo posible en establecer los objetivos de tratamiento con su proveedor.
- Sigue el proceso de reclamaciones si tiene dudas sobre su atención

Aviso de privacidad



AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo usted puede acceder esta información. Revíselo con cuidado.

Entrada en vigor el 5/2/2024

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al: 1-844-366-2880. Si tiene una discapacidad auditiva TTY/TDD 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 771.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono. 1-844-366-2880. (TTY/TDD 1-844-804-6086).

Se proporcionan servicios de intérpretes de manera gratuita para usted.

Responsabilidades de la entidad cubierta

SilverSummit Healthplan es una Entidad cubierta según se define y regula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 o HIPAA). La ley requiere que SilverSummit Healthplan mantenga la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), le proporcione este Aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas privadas relacionadas con su PHI, cumpla con los términos del Aviso que está en efecto actualmente y le notifique en caso de que hubiera una violación de la seguridad de su PHI. Protegemos toda su PHI oral, escrita o electrónica.

Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, enmienda y administración de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso se harán solamente con su autorización por escrito.

SilverSummit Healthplan se reserva el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar el Aviso revisado o cambiado efectivo para su PHI que ya tenemos así como también para cualquier otra PHI sobre usted que recibamos en el futuro. SilverSummit Healthplan revisará y distribuirá de inmediato este Aviso siempre que haya un cambio material en los usos o divulgación de sus derechos, nuestras responsabilidades legales u otras prácticas de privacidad declarados en el Aviso. Todos los avisos revisados estarán disponibles en nuestro sitio web o se los enviaremos en un correo separado.

Protecciones internas de su PHI oral, escrita o electrónica.

SilverSummit Healthplan protege su PHI. También nos comprometemos a mantener confidencial toda la información sobre su raza, identidad étnica e idioma (REL, por sus siglas en inglés), y orientación sexual e identidad de género (SOGI, por sus siglas en inglés). Tenemos procesos de privacidad y seguridad para ayudar en esto.

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

- Formamos a nuestro personal para que sigan nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Requerimos que nuestros socios comerciales sigan procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos sobre su PHI solamente por razones de negocios con personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o guardamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para impedir que la gente equivocada tenga acceso a su PHI.

USOS Y DIVULGACIÓN PERMISIBLE DE SU PHI

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

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

Pago: Podemos usar y divulgar su PHI para pagar beneficios por los servicios de atención de salud que se le proporcionaron. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a otro proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a las Reglas de privacidad federal para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir la tramitación de reclamaciones, la determinación de la elegibilidad o la cobertura de las reclamaciones, la facturación de las primas, la revisión de los servicios para comprobar sus necesidades médicas y la revisión de la utilización de las reclamaciones.

Operaciones de atención de salud: Podemos usar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención de salud. Estas actividades pueden incluir proporcionar servicios a los clientes, responder a quejas y apelaciones, proporcionar administración de casos y coordinación de la atención, realizar revisiones médicas de las reclamaciones y otras evaluaciones de calidad y actividades de mejora. También podemos en nuestras operaciones de atención de salud divulgar su PHI a socios comerciales con los cuales tenemos acuerdos escritos que contengan términos para proteger la privacidad de su PHI.

Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Reglas de privacidad federal y que tenga una relación con usted para sus operaciones de atención médica en relación con evaluaciones de calidad y actividades de mejora, con la revisión de la competencia o calificaciones de profesionales de atención médica, administración de casos y coordinación de la atención o para detectar o prevenir fraude y abuso en la atención médica.

Su raza, identidad étnica, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas del plan de salud y por las leyes. Esto quiere decir que la información que proporcione es privada y segura. Solo podemos compartir esta información con los proveedores de atención médica. No se compartirá con otros sin su permiso o autorización. Usamos esta información como ayuda para mejorar la calidad de su atención y servicios.

Esta información nos ayudará a:

- Entender mejor sus necesidades de atención médica.
- Conocer su preferencia de idioma cuando consulta con los proveedores de atención médica.

- Proporcionar información de atención médica para cumplir sus necesidades de atención
- Ofrecer programas para ayudarle a estar lo más saludable posible.

Esta información no se usa para fines de evaluación de riesgo o para tomar decisiones sobre si usted puede recibir cobertura o servicios.

Divulgaciones del plan de salud de grupo/patrocinador del plan: Podemos divulgar su información de salud protegida (PHI) a un patrocinador del plan de salud del grupo, tal como a un empleador u otra entidad que le proporcione el programa de atención médica si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información de salud protegida (tal como aceptar no usar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones de su PHI permitidas o requeridas

Actividades de recaudación de fondos: Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, tales como recaudar dinero para una fundación de caridad o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si le contactamos para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de dejar de recibir (detener) estos avisos en el futuro..

Fines de evaluación de riesgo: Podemos usar o divulgar su PHI para fines de evaluación de riesgo, tales como hacer una determinación sobre una aplicación o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para fines de evaluación de riesgo, no podemos usar ni divulgar aquella parte de su PHI que sea información genética en el proceso de evaluación de riesgo.

Recordatorios de citas/Alternativas de tratamiento: Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para su tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud, tal como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

Según lo exige la ley: Si la ley federal, estatal o local exige el uso o divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar la información de su PHI en la medida en que estos cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o normas que regulen el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos la ley o normativa más restrictiva.

Actividades de salud pública: Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para asegurar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.

Víctimas de abuso y negligencia: Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal (incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizados por ley) para recibir esos informes si tenemos dudas razonables de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos divulgar su PHI durante procedimientos judiciales y administrativos, así como también en respuesta a una orden judicial, de un tribunal administrativo o en respuesta a una citación, orden de comparecencia, mandato judicial, solicitud de descubrimiento u otra solicitud legal similar.

Cuerpos de seguridad: Podemos divulgar su PHI pertinente a los cuerpos de seguridad cuando se nos solicita que lo hagamos para fines de responder a un crimen.

Forenses, médicos examinadores y directores de funerarias: Podemos divulgar su PHI a un forense o médico examinador. Esto puede que sea necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que puedan llevar a cabo sus obligaciones.

Donación de órganos, ojos o tejidos: Podemos divulgar su PHI a organizaciones o entidades de obtención de órganos que trabajan en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

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

Funciones gubernamentales especializadas: Si es un miembro de las fuerzas armadas de los EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo exijan las autoridades de mando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados por motivos de seguridad nacional y actividades de inteligencia, al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica y para servicios protectores del presidente u otras personas autorizadas según lo podría exigir la ley.

Indemnización por accidente laboral: Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidente laboral u otros programas similares, establecidos por la ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo independientemente de la culpabilidad.

Situaciones de emergencia: Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia (o si usted está incapacitado(a) o no está presente, a un familiar, amigo(a) personal cercano(a), agencia autorizada de ayuda en desastres o cualquier otra persona que usted identificó previamente. Usaremos nuestro juicio y experiencia profesionales para determinar si la divulgación es en su mejor interés. Si la divulgación es en su mejor interés, solamente divulgaremos la PHI que es directamente pertinente a la participación de esa persona en su atención.

Reclusos: Si es un(a) recluso(a) en una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario de orden público, podemos divulgar su PHI a la institución penitenciaria o al funcionario de orden público si esa información es necesaria para que la institución le proporcione atención de salud en las siguientes situaciones:

- Para proteger su salud o seguridad
- Para proteger la salud o seguridad de otros
- Para proteger la salud y la seguridad de la institución penitenciaria

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, puede que divulguemos su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica ha sido aprobado e incluye ciertas garantías para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización escrita

Tenemos la obligación de obtener su autorización escrita para usar o divulgar su PHI, con limitadas excepciones, por las siguientes razones:

Venta de la PHI: Solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer una divulgación que se considere una venta de su PHI, es decir que estamos recibiendo una compensación por la divulgación del PHI de esta manera.

Mercadeo: Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de mercadeo con limitadas excepciones, tales como cuando tenemos comunicaciones de mercadeo cara a cara con usted o cuando proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia: Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquier parte de sus notas de psicoterapia que pudiéramos tener en nuestros archivos con limitadas excepciones, tales como ciertos tratamientos, pagos o funciones de operaciones de atención de salud.

DERECHOS INDIVIDUALES

Sus derechos en relación con su PHI son los siguientes. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros usando la información incluida al final de este Aviso.

Derecho a revocar una autorización: Tiene derecho a revocar su autorización, por escrito en cualquier momento excepto en la medida en la que ya hayamos usado o divulgado su PHI en base a esa autorización previa.

Derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como también en la divulgación a personas implicadas en su atención o en el pago de su atención, tales como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe declarar las restricciones que está solicitando y declarar a quién aplica la restricción. No estamos obligados a estar de acuerdo con esa solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con la solicitud de restricción a no ser que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o divulgación de PHI para el pago o para operaciones de atención médica a un plan de salud cuando ha pagado por el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI por métodos alternativos o a ubicaciones alternativas. Este derecho solo aplica si la información puede ponerle en peligro si no se comunica por un método alternativo o a la ubicación alternativa que desea. No tiene que explicar la razón de su solicitud, pero tiene que declarar que la información podía poner en peligro su vida si no se cambiase el método de comunicación o la ubicación. Tenemos que acomodar su solicitud si es razonable y especifica el método o la ubicación alternativos para enviar su PHI.

Derecho a acceder y recibir copia de su PHI: Tiene derecho, con limitadas excepciones, a ver o a obtener copias de su PHI incluido en un grupo de registros designado. Puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a no ser que no podamos hacer esto en la práctica. Tiene que presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito y le indicaremos los motivos que se pueden revisar de la denegación. También le diremos cómo solicitar esa revisión o si la denegación no puede ser revisada.

Derecho a enmendar su PHI: Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Tiene que presentar su solicitud por escrito y esta tiene que explicar por qué se debe enmendar la información. Podemos denegarle la solicitud por varias razones, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que enmendemos.

Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la enmienda y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones: Tiene derecho a recibir una lista de los casos en los últimos seis años en los cuales nosotros o nuestros socios divulgaron su PHI. Esto no se aplica a las divulgaciones para fines de tratamiento, pagos, operaciones de atención a la salud o divulgaciones que usted autorizó y algunas otras actividades. Si solicita este informe más de una vez en un plazo de 12 meses, podríamos cobrarle un cargo razonable basado en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

Derecho a presentar una queja: Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se incluye al final de este Aviso.

También puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios humanos de los EE.UU. para los derechos civiles (U.S. Department of Health and Human Services for Civil Rights) enviando una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F
HHH Building Washington, DC 20201**

o llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-800-537-7697) o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No empezaremos ninguna acción legal en su contra si presenta una queja.

Derecho a recibir una copia de este Aviso: Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento usando la información de contacto que se incluye al final del Aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web (SilverSummitHealthplan.com) o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa del aviso

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con nuestro PHI o sobre cómo ejercer sus derechos se puede poner en contacto con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se incluye a continuación.

SilverSummit Healthplan

ATTN: Privacy Official

2500 North Buffalo Drive, Suite 250

Las Vegas, NV 89128

1-844-366-2880, TTY/TDD 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos: 771

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

SilverSummit Healthplan cumple con las leyes de los derechos civiles federales correspondientes y no discrimina en base a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género). SilverSummit Healthplan no excluye ni trata de manera diferente a ninguna persona en base a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

SilverSummit Healthplan:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se puedan comunicar con nosotros efectivamente:

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

Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, póngase en contacto con SilverSummit Healthplan en el 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Servicio de Retransmisión de Datos 771. Si cree que SilverSummit Healthplan no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado en cualquier otra manera en base a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación social e identidad de género), puede presentar una reclamación con:

1557 Coordinator

PO Box 31384

Tampa, FL 33631

1- 855-577-8234 • TTY: 711 • FAX: 866-388-1769
correo electrónico: SM_Section1557Coord@centene.com

Puede presentar una reclamación en persona por teléfono o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda llenando la reclamación, nuestro coordinador 1557 está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios humanos del Departamento de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services), Oficina para los Derechos humanos (Office for Civil Rights) electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina para los Derechos humanos (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o llamando por teléfono al:

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

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

Glosario de términos



- **Apelación:** Forma en la que puede cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Puede presentar una apelación para pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
- **Copago:** Pago que usted realiza para recibir atención médica.
- **Equipo médico duradero (DME):** Ciertos artículos indicados por el médico para usar en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.
- **Condición médica de emergencia:** Una emergencia significa que su vida podría correr peligro o que usted podría quedar lesionado de forma permanente (con discapacidad) si no recibe atención rápidamente. Si está embarazada, podría significar un daño para su salud o la de su bebé por nacer.
- **Transporte médico de emergencia:** Tiene una condición que no le permite ir al hospital de otro modo que no sea llamando al 911 para solicitar una ambulancia.
- **Atención en la sala de emergencias:** Una sala de hospital con el personal y los equipos necesarios para el tratamiento de las personas que requieren servicios y/o atención médica de inmediato.
- **Servicios de emergencia:** Servicios prestados en una sala de emergencias por parte de un proveedor capacitado para tratar una emergencia de salud médica o del comportamiento.
- **Servicios excluidos:** Servicios que no están cubiertos por el beneficio de Medicaid.
- **Queja:** Reclamo que usted hace en relación con nosotros o con uno de nuestros proveedores o de nuestras farmacias. Esto incluye reclamos sobre la calidad de su atención.
- **Servicios y dispositivos de habilitación:** Servicios y dispositivos que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.
- **Seguro de salud:** Tipo de cobertura de seguro que paga los gastos médicos, de atención de salud y quirúrgicos en los que incurra.
- **Atención de salud en el hogar:** Servicios de atención de salud que recibe una persona en su hogar, esto incluye atención de un enfermero, servicios de un asistente de salud a domicilio y otros servicios.
- **Servicios para enfermos terminales:** Programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con diagnóstico terminal a vivir de manera confortable. Una diagnóstico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos. Los inscritos con diagnóstico de enfermedad terminal tienen derecho a elegir un centro de atención para pacientes terminales. Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención para la persona en todos los aspectos a fin de satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- **Hospitalización:** Es el acto de internar a una persona como paciente en un hospital.

Rev. 05 03 2018

NV-MNOP-2042

- **Atención ambulatoria hospitalaria:** Atención o tratamiento que no requiere una estadía de noche en el hospital.
- **Medicamento necesario:** Describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención que evita la internación en un hospital o en un centro de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas o son, de algún otro modo, necesarios según las normas de cobertura vigentes de Nevada Medicaid.
- **Red:** Una red es un directorio de médicos, profesionales de atención de salud, hospitales y centros de atención de salud que tienen contrato con un plan para brindar atención médica a sus miembros.
- **Proveedor no participante:** Un proveedor o centro que no pertenece a nuestro plan y no es empleado ni administrado por él. Tampoco tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.
- **Proveedor participante:** Proveedores, hospitales, agencias de atención de salud en el hogar, clínicas y otros centros que le ofrecen servicios de atención de salud, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo y que tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores participantes se llaman también “proveedores dentro de la red” o “proveedores del plan”.
- **Servicios médicos:** Atención que le brinda una persona autorizada por las leyes estatales para ofrecer servicios médicos, de cirugía o de salud del comportamiento.
- **Plan:** Un plan se refiere a una organización de atención administrada que ofrece servicios médicos a sus miembros.
- **Autorización previa:** Decisión que toma su plan o la División de Financiación y Política de Atención de Salud (DHCFP) de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa.
- **Prima:** Pago mensual que recibe un plan de salud para brindarle cobertura de atención de salud.
- **Cobertura de medicamentos recetados:** Medicamentos o drogas que requieren receta médica cubiertos (pagados) por su plan de salud. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.
- **Medicamento recetado:** Droga o medicamento que, por ley, solo puede adquirirse a través de una receta médica.
- **Médico de atención primaria:** Su médico de atención primaria es el médico o proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted obtenga la atención que necesita. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirlo para que le brinden atención.
- **Proveedor de atención primaria (PCP):** Médicos que practican medicina general, medicina de familia, medicina interna general, pediatría general o medicina osteopática. Se encargan de brindar, administrar y coordinar todos los aspectos de su atención de salud. Por lo general, son la primera persona que debe consultar si necesita atención de salud. Los médicos que practican obstetricia y ginecología pueden

Rev. 05 03 2018

prestar servicios de PCP durante el transcurso del embarazo a los miembros del plan de salud.

- **Proveedor:** Persona autorizada a brindar servicios o atención de salud. Por ejemplo, médicos, enfermeros, proveedores de salud del comportamiento, centros de convalecencia y médicos especialistas.
- **Dispositivos y servicios de rehabilitación:** Tratamiento que recibe para poder recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante, y recuperar el mejor nivel funcional posible.
- **Atención de enfermería especializada:** La atención de enfermería especializada implica una serie de análisis, criterios, intervenciones y evaluaciones de la intervención, que requieren la capacitación y la experiencia de un enfermero con licencia. La atención de enfermería especializada incluye, entre otras cosas:
 1. evaluaciones para determinar la justificación o necesidad de tomar medidas;
 2. control del equilibrio de fluidos y electrolitos;
 3. succión de las vías respiratorias;
 4. atención del catéter venoso central;
 5. ventilación mecánica; y
 6. atención de traqueotomía.
- **Médico especialista:** Médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicos.
- **Atención de urgencia:** Atención que recibe cuando necesita consultar a un médico y su médico no está disponible o su consultorio está cerrado. Se requiere atención de una enfermedad, lesión o condición repentina que no es de emergencia, pero que necesita ser tratada de inmediato.

Formularios



- Formulario de notificación de embarazo
- Médico de atención primaria (PCP)
- Formulario de queja o apelación
- Formulario de inquietud o recomendación
- Formulario de designación de representante autorizado

Notificación de Embarazo de la Miembro

Este formulario es confidencial. Si tiene problemas o preguntas, llame a SilverSummit Healthplan al 1-844-366-2880 (TTY/TTD: 1-844-804-6086). Este formulario también está disponible en línea en www.silversummithealthplan.com.



* Número de ID de Medicaid:

Su Nombre:

Su Apellido:

* Su Fecha de Nacimiento MMDDAAAA:

Identificación de Género:

Número de Teléfono:

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de Correo Electrónico:

Raza/Origen Étnico (seleccione todas las opciones que correspondan):

Blanco

Negro/Afroamericano

No desea informar

Indio Americano/Nativo Americano

Asiático

Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico

Hispano o Latino

Otro

Si pertenece a otro origen étnico, especifique:

¿Qué Proveedor/Clínica me está ayudando durante mi embarazo?:

Nombre:

Apellido:

Número de Teléfono:

Nombre de la Clínica
(si corresponde):

Mi Situación Actual

Marque esta casilla si responde no a cualquiera de las siguientes preguntas:

Tengo un teléfono.

Me siento bien en el lugar que vivo.

Me siento segura en casa y con la gente que me relaciono.

Tengo transporte para mis necesidades diarias.

Tengo suficiente comida para mí y mi familia cada día.

Puedo pagar mis cuentas de servicios públicos (combustible, agua, electricidad, etc.).

Información sobre mi Embarazo Actual

¿Fui a mi primera visita prenatal?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de embarazo tenía en su primera visita?

* Número de ID de Medicaid:

Apellido y Nombre:

Mi fecha prevista de parto es el (si no conoce su fecha prevista de parto, indique cuándo fue el primer día de su último período):

Este es mi primer embarazo Sí No

¿Dónde voy a dar a luz a mi bebé? (Hospital o centro de partos):

Marque las casillas que corresponden:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Múltiple (gemelos, trillizos) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre; tipo I, tipo II, solo durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos muy intensos |
| <input type="checkbox"/> Asma u otros problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco (fumar cigarrillos, masticar tabaco o vapear) | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión (sensación de tristeza) | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad (sensación de preocupación o estrés) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> No tengo ninguno de ellos | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (fentanilo, opiáceos, heroína, crack, cocaína, alcohol, marihuana, metanfetamina) |
| <input type="checkbox"/> Otras necesidades de salud | |

Explique

Mi Historial de Embarazo Anterior

Marque las casillas que corresponden:

- Parto anterior antes de las 37 semanas
- Diabetes gestacional (nivel alto de azúcar en sangre durante el embarazo)
- Presión arterial alta durante el embarazo/preeclampsia o problemas cardíacos
- Parto hace menos de 18 meses
- Toma progesterona en cualquier forma
- Cesárea anterior
- No tuve ninguno de estos o este es mi primer embarazo
- Otro

Explique



Médico de atención primaria (PCP)



UN MIEMBRO POR FORMULARIO

Información del miembro

Nombre: Inicial 2.º nombre:
Identificación (ID) de Medicaid*:
N.º del Seguro Social:
Dirección postal:
Ciudad: Estado: Código postal:

* Campo obligatorio

Apellido:
Fecha de nacimiento (mmddaaaa):
Número de teléfono: - -

Solicitud de cambio de PCP (proporcione la información del PCP)

Nombre del PCP solicitado N.º de NPI
Dirección del consultorio:
Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono del consultorio: - - Fecha de entrada en vigor (mmddaaaa):
La fecha de entrada en vigor se basa en la política de selección/cambio del plan.

Motivo para cambiar el PCP asignado (elijá todos los que correspondan). Seleccione al menos uno.

- Nuevo miembro: selecciona por primera vez
- Ubicación del proveedor
- Ya es paciente del PCP solicitado
- Asociación con un hospital o grupo médico
- El PCP solicitado ya atiende a un familiar
- Barreras lingüísticas y de comunicación
- Preferencia del miembro
- Tiempo de espera en el consultorio del proveedor
- El miembro se mudó
- Disponibilidad para llegar a la cita/acceso a la atención
- El horario del PCP era incompatible con las necesidades del miembro
- Estableció un vínculo con otro PCP
- Calidad de la atención
- Solicitud del proveedor para cancelar la inscripción del miembro
- El proveedor ya no está en la red
- Otro

Firma del miembro o del representante autorizado

Fecha (mmddaaaa)

Nombre en letra de imprenta del miembro o del representante autorizado

Instrucciones: Envíe los formularios de datos de cambio del miembro junto con una copia de la tarjeta de identificación (ID) del miembro (si está disponible) por fax al Departamento de Servicios al Miembro de SilverSummit Healthplan al 1-855-252-0568 o por correo a SilverSummit Healthplan Member Services, 2500 North Buffalo Drive, Suite 250, Las Vegas, NV 89128. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario o quiere hacer esta solicitud por teléfono, llame al Departamento de Servicios al Miembro de SilverSummit Healthplan, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora estándar del Pacífico), de lunes a viernes, al 1-844-366-2880 (TDD/TTY: 1-844-804-6086).

FORMULARIO DE QUEJA O APELACIÓN



Este formulario es para ayudarle a presentar una queja o una apelación. Puede completarlo y enviarnoslo. También puede escribir una carta en la que incluya esta información. Envíe el formulario o la carta por correo:

Servicios al Miembro de SilverSummit Healthplan 2500 North Buffalo Drive Suite 250 Las Vegas, NV 89128 Fax 1-866-694-3734	Apelaciones de salud del comportamiento: SilverSummit Healthplan - Appeals 12515-8 Research Blvd Suite 400 Austin, TX 78759 Fax: 1-866-714-7991
--	---

EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre de la miembro:		
N.º de identificación (ID) de miembro:		
Calle/apartado postal/N.º de departamento:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del miembro:		
Número de seguimiento (si lo tiene). Figura en la esquina superior izquierda de la carta.		
Comparta la información que tiene respecto a la queja o la apelación:		
Nombre de los representantes (si tiene alguno):		
Firma del miembro/representante:		
N. de teléfono durante el día:	Fecha:	

Instrucciones: Envíe los formularios de datos de cambio del miembro junto con una copia de la tarjeta de identificación (ID) del miembro (si está disponible) por fax al Departamento de Servicios al Miembro de SilverSummit Healthplan al 1-855-252-0568 o por correo a SilverSummit Healthplan Member Services, 2500 North Buffalo Drive, Suite 250, Las Vegas, NV 89128. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario o quiere hacer esta solicitud por teléfono, llame al Departamento de Servicios al Miembro de SilverSummit Healthplan, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora estándar del Pacífico), de lunes a viernes, al 1-844-366-2880 (TDD/TTY: 1-844-804-6086).

FORMULARIO DE INQUIETUD O RECOMENDACIÓN

Este formulario es para ayudarle a compartir una inquietud o hacer una recomendación. ¡Queremos conocer sus ideas! Puede completarlo y enviárnoslo. También puede escribir una carta en la que incluya esta información.

Envíe el formulario o la carta por correo:

SilverSummit Healthplan

ATTENTION: Member Services

2500 North Buffalo Drive, Suite 250

Las Vegas, NV 89128

Teléfono 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711 • Fax 1-855-252-0568

EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre de la miembro:		
N.o de identificación (ID) de miembro:		
Calle/apartado postal/N.º de departamento:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del miembro:		
Comparta la información que tiene respecto a la inquietud o la recomendación:		
Nombre de los representantes (si tiene alguno):		
Firma del miembro/representante:		
N. de teléfono durante el día:	Fecha:	

- Puede presentar una queja en cualquier momento.
- Debe presentar la apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de rechazo.



FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO



Es posible que otra persona actúe en su nombre en un proceso de queja o apelación. La persona que usted indique a continuación se aceptará como su representante. No podemos comunicarnos con ninguna persona que hable en su nombre hasta tanto recibamos este formulario. Devuelva este documento a:

SilverSummit Healthplan

ATTENTION: Grievances and Appeals Department
2500 North Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128

Teléfono 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086; Servicio de Retransmisión de Datos: 711 • Fax 1-855-742-0125

Yo, _____,

[NOMBRE del miembro en LETRA DE IMPRENTA]

quiero que la siguiente persona actúe en mi nombre en relación con mi queja o apelación. Entiendo que mi representante puede recibir información médica personal relacionada con mi queja o apelación.

EN LETRA DE IMPRENTA

1. Nombre del representante:		
2. Dirección del representante:		
Dirección/apartado postal/N.º de departamento:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
N. de teléfono durante el día (): _____	N. de teléfono durante la noche (): _____	
3. Breve descripción de la queja o apelación en la que el representante actuará en mi nombre:		
4. Firma del miembro [FIRMA DEL miembro O el PADRE/la MADRE/el TUTOR.]		
Fecha de nacimiento del miembro:	Identificación (ID) del miembro:	Fecha:
* Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor		
5. Firma del representante [FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA QUEJA O LA APELACIÓN*]		
* Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra, especificar: _____		



Transformando la salud de las comunidades a las que servimos, una persona cada vez.

1-844-366-2880

SilverSummitHealthPlan.com

 [facebook.com/SilverSummitHealthplan](https://www.facebook.com/SilverSummitHealthplan)

 twitter.com/SilverSummitHP

SilverSummit Healthplan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

SilverSummit Healthplan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

If you, or someone you're helping, has questions about SilverSummit Healthplan, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-844-366-2880, (TTY/TDD: 1-844-804-6086).

SilverSummit Healthplan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

SilverSummit Healthplan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre SilverSummit Healthplan, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-366-2880, (TTY/TDD: 1-844-804-6086).