



ÍNDICE

¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS NEVADA MEDICAID Y NEVADA CHECK UP?	6
¿QUIÉN ES SILVERSUMMIT HEALTHPLAN?.....	6
BIENVENIDA	7
SOBRE SU MANUAL PARA AFILIADOS	7
OTROS FORMATOS E IDIOMAS.....	7
SERVICIOS DE TRADUCCIÓN E INTÉRPRETE	8
CONTACTOS IMPORTANTES.....	10
SUS CONTACTOS PERSONALES.....	10
CÓMO COMUNICARSE CON SILVERSUMMIT HEALTHPLAN.....	10
OTROS NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES.....	10
SERVICIOS PARA LOS AFILIADOS PUEDE AYUDAR.....	11
CÓMO FUNCIONA SU PLAN DE SALUD.....	12
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO.....	12
LÍNEA DE CONSEJO DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE 24/7.....	13
¿CON QUÉ LE PODEMOS AYUDAR?.....	13
¿TIENE UNA EMERGENCIA MÉDICA O DE SALUD MENTAL?.....	14
MEMBER CONNECTIONS®	14
SUS BENEFICIOS CUBIERTOS.....	14
ACCESO A ATENCIÓN PARA INDÍGENAS AMERICANOS	17
SITIO WEB DE SILVERSUMMIT HEALTHPLAN	18
PORTAL SEGURO PARA AFILIADOS	18
SERVICIOS DE FARMACIA.....	19
RECETAS CUBIERTAS.....	19
RECETAS NO CUBIERTAS.....	19
LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)	20
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	20
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA (OTC)	20
PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN FARMACÉUTICA	20
LÍMITES DE DISPENSACIÓN, CANTIDAD Y EDAD.....	21
TERAPIA ESCALONADA (ST)	21
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	22
SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS	22
RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA.....	23
EL PAPEL IMPORTANTE DEL APOYO FAMILIAR	24
SERVICIOS PARA LA VISTA	24
DOULA SERVICES	24
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	25
EXCLUSIONES RELACIONADAS	25
CONTROLES DEL NIÑO SANO	25
NIÑOS CON DISCAPACIDADES	27

SERVICIOS EXCLUIDOS	27
FACTURACIÓN O SERVICIOS CUBIERTOS	27
CÓMO OBTENER ATENCIÓN.....	28
SERVICIOS NECESARIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO	28
RED DE PROVEEDORES	28
ENCONTRANDO NUEVOS TRATAMIENTOS PARA ATENDERLE MEJOR	29
AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS	29
AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS.....	30
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	30
HOSPITAL.....	30
CÓMO OBTENER ATENCIÓN FUERA DEL ESTADO	31
ATENCIÓN URGENTE DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN.....	31
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	32
SERVICIOS FUERA DE LA RED	33
SERVICIOS DE POSTESTABILIZACIÓN.....	33
TRANSPORTE DE EMERGENCIA.....	33
TRANSPORTE SIN EMERGENCIA.....	34
SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	35
CÓMO HACER CITAS Y OBTENER ATENCIÓN	35
SU DIRECTORIO DE PROVEEDORES	35
CÓMO ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	36
CONSULTE CON SU PCP	37
RESPONSABILIDADES DEL PCP.....	37
COMUNICACIÓN CON SU PCP.....	38
CITAS DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE OFICINA CON SU PCP.....	38
QUÉ HACER SI SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	
O ESPECIALISTA ABANDONA NUESTRA RED	38
REFERENCIAS	39
ACCESO A LA ATENCIÓN	40
CONTINUIDAD Y TRANSICIÓN PARA AFILIADOS NUEVOS.....	40
TIEMPOS DE ESPERA PARA CITAS	40
TIEMPOS DE ESPERA EN EL CONSULTORIO	41
QUÉ HACER SI RECIBE UNA FACTURA	41
QUÉ ES EL COSTO COMPARTIDO	41
NUEVAS OPCIONES PARA ADMINISTRAR SUS EXPEDIENTES	
MÉDICOS DIGITALES	42
AYUDA PARA SU SALUD	43
GANE DÓLARES CON EL PROGRAMA DE RECOMPENSAS	43
SERVICIOS PARA EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD	43
ACERCA DEL ÁCIDO FÓLICO.....	44

START SMART FOR YOUR BABY®	44
DEJAR DE FUMAR	45
TEXT4BABY	45
INCENTIVO POR EL SEGUIMIENTO DE SIETE DÍAS.....	45
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN	46
¿DEBERÍA ESTAR EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN?.....	46
¿QUÉ ES UN ADMINISTRADOR DE LA ATENCIÓN?	46
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN CRÓNICA.....	47
ELEGIBILIDAD GENERAL	49
ELEGIBILIDAD GENERAL.....	49
CAMBIOS DE VIDA IMPORTANTES	49
OTRO SEGURO	50
COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES Y OTROS RECLAMOS.....	50
INSCRIPCIÓN ABIERTA	51
INSCRIPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	51
DESAFILIACIÓN	51
CÓMO DESAFILIARSE	52
DESAFILIACIÓN INVOLUNTARIA CON CAUSA	54
REASIGNACIÓN.....	54
SATISFACCIÓN DE LOS AFILIADOS	55
SATISFACCION DE LOS AFILIADOS.....	55
COMITÉ ASESOR DE AFILIADOS.....	55
COMPETENCIA CULTURAL	56
PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD	56
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	57
QUEJAS.....	58
CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA	58
CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN.....	60
¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?.....	61
CÓMO CONTINUAR RECIBIENDO SERVICIOS.....	61
DECISIONES SOBRE APELACIONES ACELERADAS.....	62
AUDIENCIAS ESTATALES IMPARCIALES	62
CÓMO INFORMAR SUPUESTAS VIOLACIONES DE MERCADEO	63
INFORMAR EL FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO	63
DERECHOS DE LOS AFILIADOS	64
RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS	65
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	67
AVISO DE PRIVACIDAD	67
USOS Y DIVULGACIONES PERMISIBLES DE SU PHI	68
DERECHOS INDIVIDUALES	71
INFORMACIÓN DE CONTACTO	72
DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN.....	72

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	74
FORMULARIOS	77
FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CAMBIAR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA	78
FORMULARIO DE QUEJAS O APELACIONES	79
FORMULARIO DE INQUIETUD O RECOMENDACIÓN.....	80
AVISO DE EMBARAZO	81
FORMULARIO DE REPRESENTANTE PERSONAL PARA APELACIÓN.....	83

¡Gracias por elegir a SilverSummit Healthplan como su plan de salud!

SilverSummit Healthplan trabaja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada (Nevada Department of Health and Human Services [DHHS, por sus siglas en inglés]), y la División de Financiamiento y Política de Atención Médica (Division of Health Care Financing and Policy [DHCFP, por sus siglas en inglés]). Proporcionamos servicios de salud para el programa Nevada Medicaid y Nevada Check Up. Con su médico, ayudamos a administrar su atención médica y salud. Nuestro trabajo es asegurar que reciba los servicios que necesita para estar sano(a).

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

Nevada Medicaid y Nevada Check Up son los nombres de programas que sirven a los beneficiarios de Medicaid inscritos en el programa de atención administrada de Medicaid de Nevada. Su misión es proporcionar cobertura de atención médica integral y de bajo costo a los adultos de bajos ingresos y a los niños sin seguro (desde el nacimiento hasta los 18 años de edad) que no están cubiertos por un seguro privado, al mismo tiempo que se enfocan en lo siguiente:

1. Promover cobertura de atención médica para su hijo(a);
2. Alentar la responsabilidad individual; y
3. Trabajar con proveedores de atención médica pública y privada y representantes de la comunidad para niños.

¿QUIÉN ES SILVERSUMMIT HEALTHPLAN?

SilverSummit Healthplan es una Organización de atención administrada de Medicaid (Medicaid Managed Care Organization [MCO, por sus siglas en inglés]). Usualmente se le conoce como una “MCO”. Un(a) “afiliado(a)” se refiere a cualquier persona que recibe servicios de la MCO. El propósito de una MCO es dar a los afiliados acceso a todos los servicios de salud que necesitan a través de una empresa.

Como una MCO, SilverSummit Healthplan ayudará a coordinar sus necesidades únicas de atención médica. Al hacer esto, nuestro objetivo es mejorar los resultados de salud para todos los residentes de Nevada a los que tenemos el privilegio de servir.

Puede comunicarse con nosotros para solicitar información sobre SilverSummit Healthplan. Usted puede obtener información sobre:

- Cómo trabajamos con sus otros planes de salud (si tiene uno)
- Cómo pagamos a nuestros proveedores
- Resultados de las encuestas del afiliado
- Cuántos afiliados deciden no usar SilverSummit Healthplan
- Beneficios, elegibilidad, reclamos o proveedores participantes

Si quiere decirnos cómo podemos mejorar o recomendar cambios a nuestras políticas, procedimientos o servicios, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804- 6086, Retransmisión 711. Bienvenida

Bienvenida

SOBRE SU MANUAL PARA AFILIADOS

ESTE MANUAL NO ES UN CERTIFICADO DE SEGURO Y NO SE DEBERÁ ENTENDER O INTERPRETAR COMO EVIDENCIA DE COBERTURA DE SEGURO ENTRE EL VENDEDOR Y EL AFILIADO.

Actualizamos nuestro Manual para Afiliados una vez al año. Si introducimos algún cambio en el Manual para Afiliados, se lo notificaremos al menos 30 días antes de hacerlo. Puede solicitar un ejemplar del Manual para Afiliados una vez al año o cuando lo necesite. El Manual para Afiliados es una guía detallada de SilverSummit Healthplan y sus beneficios de atención médica. Es nuestro contrato con usted. El Manual para Afiliados explica sus derechos, sus beneficios y sus responsabilidades como afiliado(a) de SilverSummit Healthplan. Por favor lea este manual detenidamente. Le proporciona 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
- Requisitos para la elegibilidad
- Cuándo usar la atención urgente en lugar de la sala de emergencia
- Materiales que recibirá de SilverSummit Healthplan

Visite nuestro sitio web en SilverSummitHealthplan.com para ver el Manual para Afiliados. También puede llamar Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880, (TTY: 1-844-804-6086), Retransmisión 711 para recibir una copia del Manual para Afiliados sin costo para usted.

Dedique tiempo para revisar su manual. Téngalo a la mano en caso de que lo necesite.

OTROS FORMATOS E IDIOMAS

Para los(las) afiliados(as) que no hablan inglés o no se sienten cómodos(as) hablándolo, SilverSummit Healthplan tiene un servicio gratuito para ayudar. Este servicio es muy importante porque usted y su médico deben poder hablar sobre sus inquietudes de salud de manera que ambos puedan entender. Nuestros servicios de intérprete se proporcionan sin costo alguno para usted y pueden ayudar con muchos idiomas

distintos. Esto incluye lenguaje de señas.

Los(as) afiliados(as) de SilverSummit Healthplan que son ciegos o tienen problemas visuales pueden llamar a Servicios para los Afiliados para tener una interpretación oral. Para coordinar servicios de interpretación, llame a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Si desea obtener este manual en letra grande, sistema Braille, CD de audio, un idioma distinto u otro formato, llame a Servicios para los Afiliados.

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 a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

SERVICIOS DE TRADUCCIÓN E INTÉRPRETE

Los servicios de traducción e intérprete están disponibles. No hay costo por estos servicios. Esto incluye lenguaje de señas. Podemos ayudarle a hablar con sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando usted no tenga otro traductor disponible.

SilverSummit Healthplan dispone de una línea telefónica de idiomas a cualquier hora. Para solicitar un intérprete, llame al Servicios para los Afiliados. El número es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Nos puede decir qué idioma habla y conseguiremos un intérprete. El intérprete puede estar al teléfono para ayudarle a llamar a su proveedor de atención médica. O, podemos tener un intérprete disponible en su cita.

Puede conseguir un intérprete cuando nuestras oficinas están cerradas. Llame a la opción de la Línea de consejo de enfermería. Nos aseguraremos de que esté conectado(a).

Interpretaremos o traduciremos cualquiera de los documentos para nuestros afiliados a su idioma preferido. Simplemente llámenos y díganos qué idioma necesita

Servicios de Intérprete

Los servicios de interpretación se proporcionan sin costo para usted. Esto incluye lenguaje de señas. Además, incluye interpretación oral en tiempo real. SilverSummit Healthplan tiene una línea telefónica para idiomas disponible las 24 horas del día, los siete 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 para los miembros al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 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 ነጻ 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.

فارسی (Persian): 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 de consejo de enfermería gratuita 24/71-844-366-2880

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

Retransmisión711

Fax1-866-694-3734

Atendemos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora del Pacífico .

¡La línea de consejo de enfermería está disponible en cualquier momento!

OTROS NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

En una emergencia..... Llame al 911

Servicio al cliente para los beneficiarios de Medicaid

Oficina distrital de Medicaid de Las Vegas..... 1-702-668-4200

Oficina distrital de Reno1-775-687-1900

También hay asesores de pares a su disposición en este momento,

llame a la línea directa de Community Connections..... 1-866-775-2192

SERVICIOS PARA LOS AFILIADOS PUEDE AYUDAR

Servicios para los Afiliados de SilverSummit Healthplan le ayudan con preguntas sobre su plan. Contamos con un equipo de representantes de servicios para los afiliados ubicados en Las Vegas, Nevada. Están disponibles por teléfono, correo, fax y correo electrónico.

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

Le podemos ayudar de muchas maneras:

- Encontrar un médico u otro proveedor
- Obtener una nueva tarjeta de identificación (ID) de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan
- Entender los beneficios cubiertos y no cubiertos
- Presentar una queja o apelación
- Solicitar una Lista de Proveedores o Manual para Afiliados
- Reportar posibles problemas con fraude por un afiliado o proveedor
- Cambiar su dirección y número telefónico
- Recibir nuevos materiales para los afiliados

Atendemos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora del Pacífico. Nuestras oficinas están cerradas en la mayoría de los días feriados estatales de Nevada.

Tenemos un portal seguro para afiliados en nuestro sitio web SilverSummitHealthplan.com. Lo puede usar para enviarnos correos electrónicos. Nuestro número de fax es 1-866-694-3734. También puede enviarnos información por correo. La dirección es:

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

SilverSummit Healthplan le informará sobre cambios importantes. Cuando haya un cambio, le enviaremos una carta por lo menos 30 días antes de que el cambio ocurra

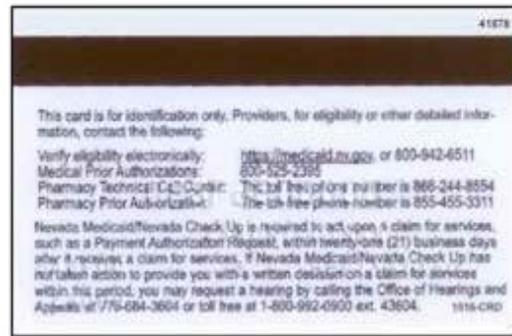
Cómo Funciona Su Plan De Salud



SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO

Cuando se inscriba, recibirá una tarjeta de Medicaid y una tarjeta de SilverSummit Healthplan.

Lleve ambas tarjetas de identificación a todas las citas. DHHS le enviará una tarjeta de identificación azul de Nevada Medicaid. Su tarjeta de Medicaid lucirá como esta:



NAME:	
MEDICAID ID#:	
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE:	
PCP NAME:	
PCP NUMBER:	
AFTER HOURS #:	RX: PHARMACY SOLUTIONS RXBIN: 004336 RXPCN: MCAIDADV RXGRP: RX5462 PHARMACY HELP DESK: 1-844-214-2606
If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER). If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or SilverSummit's 24/7 nurse advice line. SilverSummitHealthPlan.com Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencia, llame a su PCP o la línea de consejo de enfermería de SilverSummit que atiende 24/7. SilverSummitHealthPlan.com	

Important Contact Information/ Información Importante De Contacto Members /Miembros: Member Services/Servicios para los miembros: 1-844-366-2880 TTY/TDD/Personas con problemas de audición: 1-844-804-6086 24/7 Nurse Advice Line/Línea de consejo de enfermería 24/7: 1-844-366-2880 Vision/Vista: 1-855-896-8572 File a Complaint/Presentar un reclamo: 1-844-366-2880 Community Connections Hotline: 1-866-775-2192	
Medical Claims /Reclamaciones Médicas: EDI Payer for Medical Claims 68069 SilverSummit Healthplan Attn: Claims P.O. Box 5090 Farmington, MO 63640-5050	Provider Services /Servicios para proveedores: 1-844-366-2880 IVR Eligibility Inquiry - Prior Auth / Preguntas de elegibilidad de IVR - Aut. previa: 1-844-366-2880 Vision/Vista: 1-855-896-8572
SilverSummit Healthplan address/ Dirección de SilverSummit Healthplan: 2500 North Buffalo Drive, 2nd Floor Las Vegas, NV 89128	EDI/EFT/ERA please visit Provider Resources at/visite Recursos para proveedores en SilverSummitHealthPlan.com

La tarjeta se le enviará dentro de un plazo de cinco días hábiles después de que se nos informe que usted se ha afiliado. Su tarjeta de identificación de afiliado(a) es prueba de que usted es un(una) afiliado(a) de SilverSummit Healthplan.

Muestre ambas tarjetas de identificación cada vez que necesite atención:

- Citas médicas
- Atención urgente
- Citas para la vista
- Citas para salud del comportamiento
- Visitas de emergencia
- Recoger recetas de la farmacia

Además, debe tener consigo su tarjeta de identificación de Medicaid para poder recibir beneficios de Medicaid que no brinda SilverSummit Healthplan.

Siempre que reciba una nueva tarjeta de identificación de afiliado(a), destruya la antigua. Si pierde su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan, o no la recibió, la podemos reemplazar. Visite el portal seguro para afiliados para pedir una nueva. O llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de 10 días.

Puede imprimir una tarjeta temporal de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan desde el portal seguro para afiliados. Vaya a nuestro sitio web: SilverSummitHealthplan.com.

Tenga sus tarjetas consigo y seguras en todo momento. Asegúrese de que no se las roben ni las use otra persona. La cobertura de SilverSummit Healthplan es solo para usted. Depende de usted proteger su tarjeta de identificación de afiliado(a). Nadie más puede usar su tarjeta de identificación de afiliado(a).

Va en contra de la ley dar o vender su tarjeta de identificación de afiliado(a) a cualquier persona. Si otra persona usa su tarjeta, se le puede desafiliar de SilverSummit Healthplan. Y el estado lo podría acusar de un crimen.

LÍNEA DE CONSEJO DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE 24/7

Puede llamar a la Línea de consejo de enfermería de SilverSummit Healthplan en cualquier momento. Este servicio es gratuito y el personal de enfermería puede dar respuesta a preguntas sobre la salud. Las llamadas se contestan las 24 horas del día, todos los días. Llame al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711 con sus preguntas sobre la salud. Tenga consigo su tarjeta de identificación cuando llame. El personal de enfermería le pedirá su número.

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

¿CON QUÉ LE PODEMOS AYUDAR?

- Preguntas acerca de su salud
- A dónde puede obtener atención
- Entender cómo usar sus medicamentos
- Información sobre su embarazo
- Información acerca de condiciones de salud

¿TIENE UNA EMERGENCIA MÉDICA O DE SALUD MENTAL?

Si no está seguro de si debe ir a la sala de emergencia, puede llamarnos. Nuestro personal de enfermería puede ayudarle a decidir si necesita atención de emergencia, atención de urgencia o si debe ver a un médico.

MEMBER CONNECTIONS®

MemberConnections le puede ayudar a obtener atención y servicios de salud preventiva. Estos son servicios para ayudarle a permanecer sano. El equipo de Member Connections está capacitado para apoyar a nuestros afiliados.

Ellos ayudan a apoyar a los afiliados de muchas maneras:

- a encontrar médicos, especialistas u otros proveedores
- a encontrar servicios de apoyo comunitario
- a coordinar servicios necesarios

MemberConnections también puede ir a su casa para ayudarle. Para obtener más información, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

SUS BENEFICIOS CUBIERTOS

SilverSummit Healthplan cubre muchos servicios médicos para sus necesidades de atención médica. Algunos servicios los debe recetar su médico. Algunos servicios también deben ser aprobados por SilverSummit Healthplan antes de que reciba el servicio.

Servicio	Descripción y límites	Se requiere autorización previa
Cuidado de alergias		Sí, para algunos servicios
Ambulancia - emergencia	Incluye ambulancia terrestre y helicóptero de emergencia	No
Servicios para la salud del comportamiento	Puede que se apliquen limitaciones de edad. Los servicios incluyen estabilización de crisis, hospitalización psiquiátrica, servicios de evaluación y tratamiento para pacientes ambulatorios, centros de tratamiento residencial y servicios de rehabilitación.	Sí, para algunos servicios
Bombas para extracción de leche materna		Sí
Servicios quiroprácticos	La cobertura está limitada a los afiliados menores de 21 años de edad y referidos por los exámenes periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento temprano (EPSDT) realizados por su PCP. Limitado a cuatro visitas por año.	Sí, después de cuatro visitas

Servicio	Descripción y límites	Se requiere autorización previa
Equipo médico duradero (EMD)	Los artículos que no son necesarios desde el punto de vista médico, o no los indica un proveedor no están cubiertos.	Sí, en algunas situaciones
Medicamentos: receta/farmacia		Sí, para algunos medicamentos
Medicamentos: sin receta (OTC, siglas en inglés)	Los medicamentos de venta sin receta requieren la receta de un médico.	No
Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPDST)/ examen del niño sano	Los servicios son para afiliados de 20 años de edad y menores, exámenes del niño sano, exámenes físicos para deportes y la escuela anualmente.	No
Servicios de cuidado de los ojos y anteojos	Menores de 21 años de edad, un examen cada 12 meses. De 21 años de edad y mayores, un examen cada 24 meses. Para todos los afiliados, lentes y monturas cada 12 meses.	No
Planificación familiar	Los servicios de planificación familiar pueden ser de cualquier médico o clínica de Medicaid. Esto incluye exámenes de bienestar de la mujer, evaluaciones y pruebas de detección del embarazo.	No
Cuidado de los pies	El cuidado de rutina de los pies no está cubierto. El cuidado de los pies está cubierto para niños menores de 21 años de edad. Las visitas para cuidado de los pies pueden estar limitadas. La ortótica está cubierta para algunas afecciones.	Sí, en algunas situaciones
Audífonos y servicios		Sí, para implantes cocleares
Servicios prenatales y para bebés en alto riesgo	La administración de la atención brinda apoyo especial para las afiliadas en riesgo o con necesidades especiales de salud	Informar al plan
Atención de salud en el hogar	La atención la debe recetar su médico. Y, que no se pueda recibir en el hospital o el consultorio del proveedor. Otras condiciones se aplican.	Sí
Servicios de cuidado paliativo	Que no sea en un centro para pacientes internados.	Sí
Inmunizaciones para niños	Disponible para los afiliados de 21 años de edad y menores.	No
Atención hospitalaria para pacientes internados y para pacientes ambulatorios	Los artículos que no son necesarios desde el punto de vista médico no están cubiertos.	Sí, incluso servicios de observación

Servicio	Descripción y límites	Se requiere autorización previa
Cuidado de maternidad	Consulte con su proveedor tan pronto como sepa que está embarazada. Envíenos el formulario de Notificación de embarazo (Notice of Pregnancy) (NOP) en la primera visita. Los servicios prenatales hasta el postparto están cubiertos.	
Servicios y pruebas de laboratorio	Las pruebas de paternidad y el tratamiento para la infertilidad no están cubiertos.	Sí, en algunas situaciones
Servicios de partera	Cubierto con todos los proveedores dentro de la red.	Sí, para proveedor no participante
Ecografías Obstétricas	Se permiten dos por embarazo a menos que las indique un perinatólogo	Sí, si más de dos
Visitas al consultorio	Cubiertas con todos los proveedores dentro de la red.	Sí, para proveedor no participante
Ortótica/protética		Sí
Tratamiento del dolor	No aplica para el tratamiento postoperatorio del dolor.	Sí
Servicios de médicos	Un examen físico de rutina cada 12 meses, realizado por su PCP. Visitas de salud según sean necesarias.	Sí, para proveedor no participante
Servicios de enfermería privada	Los servicios de enfermería de un día para otro y las horas de cuidado de descanso son limitados.	Sí
Servicios hospitalarios psiquiátricos		Sí
Servicios psiquiátricos		Sí, para algunos servicios
Servicios psicológicos		Sí, para algunos servicios
Estudios clínicos calificados	Los gastos de rutina están cubiertos	Sí
Radiología y radiografías	Las debe indicar un proveedor.	Sí, para radiología de alta tecnología incluso CT, MRI, MRA
Cirugía reconstructiva	La cirugía que se lleva a cabo para que usted se vea mejor y si determina que es cosmética no está cubierta.	Sí
Servicios de rehabilitación		Sí
Cuidado en una institución de enfermería especializada	Los artículos que no son necesarios desde el punto de vista médico no están cubiertos. Esto incluye habitaciones privadas o artículos de conveniencia/comodidad.	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 manera limitada.	No
Servicios de terapia (ocupacional, física, del habla)		Sí
Dejar de fumar/ dejar de usar tabaco	Ciertos medicamentos, parches o goma de mascar para ayudarle a dejar de fumar están cubiertos. Dejar de fumar está cubierto a través de Tobacco-Free Nevada y National Jewish Health. Llame al 1-800-QUIT-NOW (784-8669) o 1-844-251-0004 para obtener más información.	No
Cirugía		Sí, excepto en una emergencia
Servicios de trasplantes	Para niños menores de 21 años de edad, se cubrirá todo trasplante que sea necesario desde el punto de vista médico y que no sea experimental. Para adultos, se cubrirán trasplantes de córnea, riñón, hígado y médula ósea, si es necesario desde el punto de vista médico.	Sí
Atención urgente		No

NOTA: Hay algunos servicios para los que su médico tiene que obtener autorización antes de darle la atención. Si quiere saber si un servicio necesita autorización, puede llamar a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Hay más información sobre esto más adelante en el manual. Consulte la sección "Autorización previa para servicios". Algunos otros beneficios que puede usar son telemedicina, telemonitoreo y telesalud.

ACCESO A ATENCIÓN PARA INDÍGENAS AMERICANOS

Si usted es indígena americano o nativo de Alaska, puede elegir un Servicios de Salud para Indígenas, un proveedor de clínica tribal o una Clínica de Salud Indígena Urbana como su PCP. Puede que reciba servicios de una clínica tribal o Servicios de Salud para Indígenas sin autorización previa. O puede consultar con otro proveedor de salud de la red de SilverSummit Healthplan.

SITIO WEB DE SILVERSUMMIT HEALTHPLAN

Nuestro sitio web le ayudará a obtener respuestas sobre su atención médica. Visite nuestro sitio web en SilverSummitHealthplan.com. Ahí hay información sobre sus beneficios y nuestros servicios. Usted puede obtener información sobre varios temas:

- Manual para Afiliados
- Directorio de Proveedores
- Portal seguro para afiliados con funciones de autoservicio
- Línea de consejo de enfermería gratuita que atiende 24/7
- Línea para crisis de salud mental y consumo de sustancias que atiende 24/7
- Sus derechos de privacidad y responsabilidades
- Cómo reportar un presunto fraude, desperdicio y abuso
- Cómo encontrar un médico
- Cómo presentar quejas y apelaciones
- Educación sobre hábitos de vida saludable

PORTAL SEGURO PARA AFILIADOS

El sitio web de SilverSummit Healthplan tiene un “Portal seguro para afiliados”. Usted puede inscribirse y crear su propia cuenta. A través de su cuenta, puede darles seguimiento a sus beneficios de salud. Puede enviar correos electrónicos de manera segura y sin riesgos a Servicios para los Afiliados.

El portal seguro para afiliados les proporciona acceso a múltiples servicios:

- Cambiar su Proveedor de atención primaria (PCP)
- Ver su saldo de recompensas
- Informarnos cuando esté embarazada para que pueda obtener recursos especiales para el embarazo
- Informarnos sobre su salud al completar una evaluación de salud
- Ver los servicios que ha recibido
- Enviar correos electrónicos a Servicios para los Afiliados
- Imprimir una tarjeta temporal de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan

Para inscribirse en el Portal seguro para afiliados, siga estos pasos:

1. Vaya a SilverSummitHealthplan.com
2. En la página inicial, bajo el encabezado “For Members” (Para afiliados) 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 sin receta (OTC) su médico puede comunicarse con su farmacia o darle una receta escrita para que la lleve a su farmacia. Luego la farmacia le puede entregar su medicamento.

Todos los afiliados de SilverSummit Healthplan deben usar una farmacia en nuestra red.

Para encontrar una farmacia, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711, o puede buscar una farmacia en nuestro sitio web. El sitio web es SilverSummitHealthplan.com.

Muestre sus tarjetas de identificación de Nevada Medicaid y SilverSummit Healthplan a la farmacia cuando recoja medicamentos. No espere hasta que no tenga medicamento para solicitar un reabastecimiento. Llame a su médico o a su farmacia unos días antes de que se le termine.

RECETAS CUBIERTAS

SilverSummit Healthplan puede cubrir estos tipos de medicamento:

- Medicamentos recetados y artículos de venta sin receta aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés). Para informarse más sobre los medicamentos cubiertos, visite SilverSummitHealthplan.com.
- Medicamentos autoinyectables (incluso insulina)
- Medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar
- Agujas, jeringas, tiras de prueba, lancetas

RECETAS NO CUBIERTAS

SilverSummit Healthplan no cubre los siguientes medicamentos:

- Medicamentos que no tienen aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE.UU. (FDA)
- Medicamentos experimentales o en investigación
- Medicamentos para ayudarla a quedar embarazada
- Medicamentos usados para perder peso
- Medicamentos cosméticos o para hacer crecer el cabello
- Medicamentos usados para tratar los problemas eréctiles

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)

Su beneficio de farmacia tiene una lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). La PDL muestra algunos de los medicamentos que están cubiertos. No todas las dosis o concentraciones de un medicamento pueden estar cubiertas. Un equipo de médicos y farmacéuticos la actualizan con regularidad. Ellos quieren asegurarse de que los medicamentos de la lista sean seguros y útiles para usted y que sean rentables. Puede encontrar la PDL en el sitio web de SilverSummit Healthplan en [SilverSummitHealthplan.com](https://www.silversummithealthplan.com).

La Lista de medicamentos preferidos incluye todos los medicamentos disponibles sin autorización previa (PA).

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos deben utilizarse si pueden tratar su enfermedad. **La FDA requiere que los genéricos sean seguros y actúen igual que los medicamentos de marca.** Los medicamentos de marca no se cubrirán sin autorización previa cuando se disponga de genéricos aceptables. Si su médico considera que necesita un medicamento de marca, puede solicitar autorización previa. Cubriremos el medicamento de marca si existe una razón médica por la que usted necesita el medicamento de marca.

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA (OTC)

Algunos medicamentos OTC están cubiertos por SilverSummit Healthplan. Necesitará una receta de su médico para que se cubran. Puede encontrar la Lista de medicamentos preferidos (PDL) en el sitio web de SilverSummit Healthplan en [SilverSummitHealthplan.com](https://www.silversummithealthplan.com).

Como uno de nuestros compromisos con la salud y el bienestar general de nuestros afiliados, SilverSummit Health Plan ofrece un beneficio trimestral adicional de \$30 por cada afiliado del hogar, para artículos de uso común de venta sin receta médica (OTC) que no están cubiertos por el beneficio de farmacia de SilverSummit.

PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN FARMACÉUTICA

SilverSummit Healthplan incluye en su cobertura los medicamentos necesarios para los afiliados de Medicaid. Puede llamar a un representante del Departamento de Servicios para los Afiliados para obtener una lista de los medicamentos cubiertos por SilverSummit Healthplan.

¿Cómo se obtienen los medicamentos que requieren receta médica?

- Lleve la receta escrita por su proveedor a la farmacia. Su proveedor también puede enviar la receta por fax o llamar a la farmacia.
- Vaya a una farmacia que esté inscrita en SilverSummit Healthplan. Para encontrar una farmacia dentro de la red, llame al Departamento de Servicios para los Afiliados. El número de teléfono es 1-844-366-2880; para TTY, 1-844-804-6086; Retransmisión 711; o puede buscar una farmacia en nuestro sitio web, [SilverSummitHealthplan.com](https://www.silversummithealthplan.com).
- Muestre su tarjeta de identificación de SilverSummit Healthplan a 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”. 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 una autorización previa. Los médicos de SilverSummit Healthplan han recibido una notificación por escrito de lo siguiente:

- Los medicamentos incluidos en la 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, CANTIDAD Y EDAD

Se pueden dispensar medicamentos para un suministro de 34 días con la excepción de los medicamentos de mantenimiento que pueden dispensarse en un suministro de 100 días.

Debe haber transcurrido un total del 85% de los días del suministro antes de que se pueda resurtir la receta. La dispensación fuera del límite de cantidad (QL, por sus siglas en inglés) o del límite de edad (AL, por sus siglas en inglés) requiere autorización previa. SilverSummit Healthplan puede limitar la cantidad de un medicamento que usted recibe a la vez. Si su médico o el personal clínico consideran que usted tiene una razón médica para obtener una cantidad mayor, él o ella puede pedir una autorización previa. Si SilverSummit Healthplan no concede la autorización previa, se lo notificaremos a usted y a su médico o el personal clínico y les proporcionaremos información sobre el proceso de apelación. Algunos medicamentos de la PDL de SilverSummit Healthplan pueden tener un límite de edad. Este se establece para determinados medicamentos en base al etiquetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), por razones de seguridad y por las normas de calidad de la atención. El límite de edad se alinea con las alertas actuales de la FDA para el uso adecuado de los productos farmacéuticos.

TERAPIA ESCALONADA (ST)

Algunos medicamentos que se encuentran 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 terapia escalonada estarán cubiertos automáticamente. Si SilverSummit Healthplan no tiene constancia de que se haya probado primero el medicamento requerido, es posible que usted, su médico o el personal clínico deban proporcionar información adicional. Si SilverSummit Healthplan no concede la autorización previa, se lo notificaremos a usted y a su médico o el personal clínico y les proporcionaremos información sobre el proceso de apelación.

Servicios Especializados



SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Salud del comportamiento se refiere al tratamiento de salud mental y consumo de sustancias (alcohol y drogas). Algunas veces hablar con amigos o familiares puede ayudarle a solucionar un problema. Cuando eso no es suficiente, llame a su médico o a SilverSummit Healthplan. Le podemos dar apoyo. Podemos hablar con sus proveedores/médicos. Podemos ayudarle a encontrar especialistas en salud mental y consumo de sustancias para ayudarle.

No necesita una referencia de su médico. Puede consultar con cualquier proveedor de nuestra red para recibir servicios. Los proveedores le ayudarán a determinar qué servicios podrían satisfacer mejor sus necesidades.

SilverSummit Healthplan cubre estos servicios de salud del comportamiento:

- Servicios de salud mental y consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (asesoramiento/terapia)
- Administración de servicios psiquiátricos y medicamentos
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados y parcialmente hospitalizados
- Pruebas psicológicas
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios (IOP, por sus siglas en inglés)
- Servicios para crisis
- Centro de tratamiento residencial (RTC, por sus siglas en inglés) para menores de 21 años de edad
- Servicios de Rehabilitación de salud mental (RMH, por sus siglas en inglés), tales como el Programa para Tratamiento Comunitario Asertivo (PACT, siglas en inglés), Capacitación en habilidades básicas, Apoyo de iguales y Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés)
- Servicios de administración de casos
- Modificación del comportamiento, incluso Análisis aplicado del comportamiento
- Otros - comuníquese con SilverSummit Healthplan para beneficios adicionales cubiertos.

¿Cómo sé si yo/mi hijo(a) necesita ayuda?

- No puede lidiar con la vida diaria
- Se siente muy triste, estresado(a) o preocupado(a)
- No duerme ni come bien
- Piensa en hacerse daño o dañar a otros

- Le molestan pensamientos extraños, como escuchar o ver cosas que otras personas no ven o escuchan
- Bebe alcohol o consume otras sustancias
- Tiene problemas en la escuela. La escuela o la guardería cree que su hijo(a) debería consultar con un médico sobre problemas de salud mental o consumo de sustancias, incluso Trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (ADHD, siglas en inglés)
- No puede concentrarse
- Se siente sin esperanza

Si tiene un problema de salud del comportamiento podemos ayudarle a encontrar un proveedor. Queremos que tenga un proveedor que sea el más apropiado para usted. Es importante que tenga a alguien con quien hablar para que pueda trabajar en la resolución de sus problemas.

¿Qué hago en una emergencia de salud del comportamiento?

En una emergencia que pone la vida en peligro, llame al 911. Puede acudir a un centro para crisis. Puede acudir a la sala de emergencia más cercana.

No tiene que esperar a que haya una emergencia para recibir ayuda. SilverSummit Healthplan tiene una línea de apoyo para crisis. El número telefónico es 1-844-366-2880. Ellos le ayudarán en cualquier momento de manera gratuita. Ellos pueden ayudar con depresión, enfermedad mental, abuso de sustancias y otras necesidades de salud del comportamiento. Nuestra línea de apoyo en caso de crisis está abierta las 24 horas del día todos los días del año.

RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA

Ayudarle a recuperar su salud y que permanezca sano(a) es nuestra meta más importante. Esto incluye su mente, cuerpo, espíritu y comunidad. Para los afiliados que necesitan atención médica del comportamiento, eso significa forjar la recuperación y resiliencia.

- Recuperación es un proceso de cambios que mejoran su salud y calidad de vida.
- Resiliencia es ser capaz de levantarse cuando hay retos en su vida.

Recuperación y resiliencia le ayudarán a sobreponerse a dificultades. Esto le dará poder en su propia vida. Le ayudará a sentir que pertenece, tener autoestima, sentido y esperanza.

Su atención para la salud del comportamiento debe concentrarse en la recuperación y resiliencia. Debe ser:

- **Autodirigida:** Tanto como sea posible, queremos que controle su propia vida, metas de tratamiento y plan de atención.
- **Individualizada:** La recuperación es distinta para cada persona. Su plan de atención debería ajustarse a usted. Se debe basar en sus fortalezas, necesidades, cultura y antecedentes únicos.
- **Empoderada:** Usted es parte de todas las decisiones que afectan su vida. Se le debe educar y apoyar para que participe activamente en su atención.
- **Holística:** Toda su vida es parte de su recuperación – mente, cuerpo, espíritu y comunidad.
- **Flexible:** recuperación es un camino. Puede haber reveses y experiencias de aprendizaje. Eso está bien.

- **Apoiada por pares:** La investigación muestra que la ayuda de personas que han pasado por dificultades similares es una parte importante de la recuperación. Los pares pueden dar apoyo, entendimiento, destrezas y un sentido de comunidad.
- **Respetuosa:** Todas las personas involucradas en su atención lo deben respetar. Deben ayudar a protegerle de discriminación y estigma. Esto incluye SilverSummit Healthplan, sus proveedores, amigos y familia. Y tal vez lo más importante, usted debe respetarse a sí mismo(a).
- **Responsable:** Trabajar para la recuperación requiere valentía y compromiso. Usted debe ser responsable por seguir su plan de atención. Esto incluye tomar medicamentos y trabajar a través del proceso de recuperación.
- **Esperanzadora:** Las personas se sobreponen a los retos que enfrentan. Creer que su vida mejorará es el primer paso en el proceso de recuperación.

EL PAPEL IMPORTANTE DEL APOYO FAMILIAR

Las relaciones saludables son una parte importante de la recuperación. Si tiene problemas con una dificultad de salud del comportamiento, busque ayuda de las personas a las que usted les interesa. Dígalas cómo le pueden ayudar.

Si su hijo(a) tiene un problema de salud del comportamiento, usted tiene un papel importante para ayudarle. Asuma un papel activo en su atención. Informe a sus proveedores o a Servicios para los Afiliados sobre los cambios que observe. Converse sobre la atención que cree que necesita. Informe a su proveedor o a nosotros sobre lo que necesita mientras cuida de su hijo(a).

SERVICIOS PARA LA VISTA

SilverSummit Healthplan cubre servicios de cuidado de la vista:

- Exámenes preventivos anuales de la vista
- Artículos para la vista (monturas y lentes) todos los años, cuando se cumple con los requisitos
- Servicios para la atención de la vista necesarios desde el punto de vista médico, incluso tratamiento de enfermedades de los ojos
- Reparación de monturas o reemplazo de anteojos una vez al año para los afiliados de todas las edades (podrían aplicar restricciones)
- Otros servicios según se describe en el Manual de Servicios de Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada: <http://dhcfp.nv.gov/Resources/AdminSupport/Manuals/MSM/MSMHome/>

Los afiliados de 21 años de edad y mayores pueden recibir una asignación de \$100 cada año para la compra y el ajuste de lentes de contacto médicamente necesarios en lugar de anteojos estándar.

DOULA SERVICES

En vigencia a partir del 1 de enero de 2022, las afiliadas de Medicaid embarazadas que necesitan una doula tendrán acceso a una.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SilverSummit Healthplan cubre servicios de planificación familiar. Los siguientes servicios deberán ser proporcionados por un Proveedor de Atención Primaria (PCP), obstetra o ginecólogo:

- Historia clínica
- Examen físico
- Los análisis de laboratorio que forman parte del examen (frotis de Papanicolaou (Pap); análisis para detectar gonorrea y clamidia, serología de sífilis, análisis de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del cáncer del cuello uterino)
- Educación sobre anatomía y fisiología de la reproducción, planificación familiar y prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Asesoramiento para ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas
- Discusión de resultados del examen y opciones de tratamiento
- Asesoramiento especial cuando es necesario sobre planificación y manejo del embarazo, esterilización, genética y nutrición
- Diagnóstico de embarazo, asesoramiento y referencia
- Dispositivos anticonceptivos (tales como Norplant)

EXCLUSIONES RELACIONADAS

SilverSummit Healthplan no cubre lo siguiente:

- Reversión de la esterilización voluntaria
- Servicios de infertilidad, incluidos los servicios, suministros o medicamentos para el diagnóstico o tratamiento de la infertilidad

CONTROLES DEL NIÑO SANO

Los exámenes periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento temprano (EPSDT) es atención preventiva para niños menores de 21 años de edad. Estos también se llaman controles del niño sano. Las visitas al médico cuando su hijo está bien ayudan a asegurar que está creciendo sano y seguro.

Estos servicios se proporcionan sin costo para usted. Puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880 (TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711) para asistencia en programar la cita de su hijo(a).

Esta lista muestra cuándo se deben hacer las visitas del niño sano. Puede preguntar al médico de su hijo(a) cuándo se le debe hacer su control siguiente.

Los controles del niño sano son importantes para la salud de su hijo(a). Su hijo(a) puede verse y sentirse bien pero aun así tener un problema de salud.

Durante la cita de su hijo(a), su PCP realizará una revisión completa:

- Historia médica
- Oídos, dientes y ojos
- Dieta
- Registros de análisis
- Registros de vacunas

El PCP de su hijo(a) también puede proporcionar los siguientes servicios, si son necesarios:

- Educación sobre la salud
- Referirlo con un dentista
- Referirlo para servicios de audición
- Otros servicios que su hijo(a) podría necesitar para permanecer sano(a)
- Referirlo a un programa para dejar de fumar

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

Las vacunas se aplicarán en los controles de niño sano.

A continuación, se encuentra el programa de las vacunas:

Programa las visitas de niño sano cuando su hijo(a) tenga:	
3 5 días de edad	12 meses de edad
1 mes de edad	15 meses de edad
2 mes de edad	18 meses de edad
4 mes de edad	24 meses de edad
6 mes de edad	30 meses de edad
9 mes de edad	Anualmente hasta los 21 años

Edad	Vacuna
Nacimiento	Hep B
1 mes de edad	Hep B
2 meses de edad	DTaP, Hib, IPV, PCV, Rotavirus
4 meses de edad	DTaP, Hib, IPV, PCV, Rotavirus
6 meses de edad	Hep B, DTaP, Hib, IPV, PCV, antigripal, Rotavirus
12 meses de edad	Hib, PCV, MMR, Varicela, serie de la Hep A
15 meses de edad	DTaP
4 a 6 años	DTaP, IPV, MMR, Varicela
11-12 años	TTdap o Td, MCV, HPV (3 dosis)
13-18 años	Tdap o Td, MCV, serie del HPV (actualización)
Cada año	Antigripal (después de 6 meses)

NIÑOS CON DISCAPACIDADES

SilverSummit Healthplan cubre servicios para personas menores de 21 años de edad que tienen discapacidades. Estas discapacidades pueden incluir problemas de la vista o la audición, autismo, discapacidades físicas y/o retrasos del desarrollo. Se ofrecen varios servicios útiles:

- Terapia del habla
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Modificación del comportamiento
- Grupo de apoyo de pares

Si su hijo(a) tiene necesidades especiales, podemos ayudarle a encontrar tratamiento. Llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

SERVICIOS EXCLUIDOS

Servicios no cubiertos

SilverSummit Healthplan no paga por estos servicios:

- Procedimientos, medicamentos y equipo experimentales y/o en investigación.
Nota: se cubren los costos rutinarios asociados con los estudios clínicos calificados.
- Acupuntura
- Tratamiento de la infertilidad
- Cirugía Lasik/Queratotomía

Si hay un servicio de asesoramiento o referencia 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, siglas en inglés) en su nombre de que no cubrimos el servicio y le indicaremos cómo comunicarse 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 al Departamento de Servicios al Afiliado. El número es 1-844-366-2880; TTY, 1-844-804-6086; Retransmisión 711.

FACTURACIÓN O SERVICIOS CUBIERTOS

En los casos en los que se deniegue o rechace un servicio por razones que sean responsabilidad de usted, 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 NECESARIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

Los servicios cubiertos que recibe deben ser necesarios desde el punto de vista médico. Esto significa que queremos que reciba la atención que sea mejor para usted:

- La atención correcta
- El lugar correcto
- El momento correcto

SilverSummit Healthplan no toma decisiones médicas basadas en razones financieras. Tenemos pautas para ayudar a asegurar que usted reciba la atención necesaria desde el punto de vista médico. Estos son criterios que seguimos para todos los proveedores y afiliados. Todos los proveedores pueden ver las pautas. Las decisiones que tomamos acerca de su atención médica seguirán esas pautas.

SilverSummit Healthplan no recompensa a proveedores o a nuestro personal por denegar cobertura o servicios.

RED DE PROVEEDORES

SilverSummit Healthplan trabaja con un grupo grande de proveedores. Esto se conoce como nuestra Red de proveedores. Hacemos todo lo posible para asegurarnos que los proveedores necesarios para los afiliados participan en nuestra red.

Queremos que los proveedores en nuestra red presten buenos servicios. Los proveedores pasan por un proceso de selección para participar en la red. Cuando se les aprueba, firman un contrato con SilverSummit Healthplan. Ellos aceptan cumplir con ciertos requisitos.

Hay una lista de proveedores que participan en nuestra red. Esta lista se llama Directorio de proveedores. El Directorio de proveedores se encuentra en nuestro sitio web. Puede llamar a Servicios para los Afiliados y solicitar una lista de proveedores. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

La mayor parte del tiempo los proveedores tienen que participar en nuestra red para que les paguemos. Si necesita consultar con un proveedor fuera de la red, llame a Servicios para los Afiliados. Verificaremos para determinar si hay un proveedor de la red que puede tratar su enfermedad. Si no, le ayudaremos a encontrar un proveedor fuera de la red. Los servicios de proveedores fuera de la red necesitan autorización previa. Consulte la sección de autorización previa a continuación.

Los servicios de emergencia fuera de la red no necesitan aprobación de SilverSummit Healthplan. Llámenos tan pronto como pueda si tiene una emergencia y acuda a un proveedor fuera de la red. Necesitaremos ayudarlos para que se les pueda pagar.

IMPORTANTE: Puede que tenga que pagar por servicios fuera de la red si no recibe autorización previa. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880 TT: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

ENCONTRANDO NUEVOS TRATAMIENTOS PARA ATENDERLE MEJOR

SilverSummit Healthplan tiene muchos médicos que están trabajando para asegurar que reciba la mejor atención. Ellos revisan nuevos tratamientos y tecnologías para las enfermedades. Ellos leen estudios de otros médicos y grupos científicos. Quieren asegurarse de que cubramos los tratamientos que están ayudando a las personas. Cuando Nevada Medicaid cubre nuevos tratamientos informamos a los proveedores de SilverSummit Healthplan. Esto les permite proporcionarle a usted el mejor y más actualizado tratamiento.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS

En algún momento puede necesitar servicios que no proporciona su PCP y que requieren de un especialista o atención especializada. Algunos servicios cubiertos necesitan autorización previa de SilverSummit Healthplan. Esto significa que el proveedor tiene que obtener la aprobación del servicio antes de tratarle. El tratamiento correcto es distinto para cada persona. Nuestro objetivo es asegurar que usted reciba atención para ayudarle a estar bien.

Cuando necesite atención, primero llame a su médico. Él/ella le ayudará a obtener la autorización. Nos informará por qué necesita usted el tratamiento. Explicará cómo cree que le ayudará.

La autorización previa decide si un servicio se debería cubrir. SilverSummit Healthplan considerará lo siguiente:

- Necesidad médica - si se necesita el servicio
- Si es apropiado desde el punto de vista clínico – si el servicio es probable que sea útil

Su proveedor nos proporcionará información sobre por qué necesita usted el servicio. Algunas veces nos hablan por teléfono. Algunas veces envían información por escrito. Verificaremos para determinar si el servicio está cubierto. Luego nos aseguraremos de que sea necesario desde el punto de vista médico.

Tomaremos la decisión tan pronto como podamos basándonos en su afección. Normalmente decidimos dentro de un plazo de 14 días de calendario. Si el servicio es urgente tomaremos la decisión dentro de un plazo de tres días. Informaremos a su proveedor si el servicio es aprobado o denegado.

Si usted o su proveedor cree que tomamos la decisión incorrecta, puede solicitar una segunda revisión. Esto se conoce como una apelación. Hay información más detallada sobre las apelaciones en la sección de “Satisfacción de los afiliados” de este manual.

Los servicios de la sala de emergencia y postestabilización **NUNCA** necesitan autorización previa. Si tiene una emergencia médica obtenga ayuda inmediatamente.

Su proveedor le puede decir si un servicio necesita una autorización previa. Además, puede llamar a Servicios para los Afiliados y preguntarnos. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804- 6086, Retransmisión 711. Si hay grandes cambios en el proceso de autorización previa le informaremos. Informaremos rápidamente a nuestros afiliados y proveedores.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS

Algunos medicamentos necesitan autorización previa de SilverSummit Healthplan. Si necesita estos medicamentos, su médico solicitará la autorización. Nos proporcionará información sobre su salud. Luego SilverSummit Healthplan decidirá si podemos pagar por el medicamento.

Su médico debe solicitar autorización previa en las siguientes situaciones:

- Un medicamento aparece como no preferido en la Lista de medicamentos preferidos
- Es necesario cumplir con ciertas condiciones antes de que reciba el medicamento
- El medicamento se inyecta en el consultorio de un médico
- El medicamento se considera como “medicamento especializado.” La lista de medicamentos especializados está en nuestro sitio web.
- Usted recibe más del medicamento de lo que normalmente se receta
- Hay otros medicamentos que se deben probar primero
- Usted podría obtener un suministro de hasta 4 días (96 horas) de un medicamento mientras espera una decisión. La decisión se tomará dentro de un plazo de un día hábil. Se informará a su médico sobre la decisión.
- Usted podría obtener un suministro de hasta tres días de un medicamento mientras espera una decisión. La decisión se tomará dentro de un plazo de un día hábil. Se informará a su médico sobre la decisión.

Si desea obtener más información, puede llamar a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Usted tiene derecho a una segunda opinión de otro médico. La puede obtener sin costo alguno para usted. Si desea obtener una segunda opinión, informe a su proveedor. Debe consultar con un médico que participa en la red. O puede obtener aprobación previa de SilverSummit Healthplan para consultar con un proveedor fuera de la red. SilverSummit Healthplan pagará por un médico fuera de la red si no hay uno disponible en la red. Su proveedor revisará la segunda opinión. Luego puede usarla para ayudar a decidir el mejor plan de tratamiento.

HOSPITAL

SilverSummit Healthplan cubre los servicios de hospitalización. Si necesita ser ingresado(a) en un hospital y no es una emergencia, su PCP o especialista se encargará de la organización para que usted acuda a un hospital de la red de SilverSummit Healthplan, y hará el seguimiento de su atención incluso si usted necesita los servicios de otros médicos durante su estancia en el hospital. 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 al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-844-366-2880 (TDD/TTY 1-844-804-6086) o consulte el directorio de proveedores en el sitio web de SilverSummit Healthplan en [https:// findaprovider.silversummithealthplan.com/location](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 24 horas después de la admisión en el hospital.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN FUERA DEL ESTADO

La atención médica regular solo está cubierta cuando usted consulta con un proveedor de SilverSummit Healthplan. Pero, podría estar fuera de Nevada y necesitar atención médica no planeada. En esas situaciones todavía queremos que reciba la ayuda que necesita. Nosotros pagaremos por los servicios en ciertas situaciones:

- Usted se encuentra fuera del estado y tiene una emergencia de salud. Acuda a un hospital o sala de emergencia donde se encuentra. Su atención de seguimiento debe ser con un proveedor de la red de SilverSummit Healthplan. Comuníquese con su médico de Nevada para una referencia si necesita consultar con un especialista.
- Usted se encuentra fuera de Nevada y tiene un problema de salud urgente. Si necesita atención rápidamente pero no es una emergencia acuda a una clínica de atención urgente o al consultorio de un médico donde se encuentre.

Muestre al proveedor su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de Nevada Medicaid. Llámenos para informar sobre su emergencia en un plazo de 48 horas. Los proveedores fuera de nuestra red necesitarán ayuda en seguida para que se les pueda pagar. Los proveedores ubicados fuera del estado de Nevada tienen 365 días del calendario desde la fecha inicial del servicio para presentar un reclamo para el pago. Solo los servicios de emergencia y de atención urgente necesarios desde el punto de vista médico se cubrirán fuera de Nevada.

Se podría decidir que usted necesita atención especial que no está disponible en Nevada. Si SilverSummit Healthplan aprueba su atención especial, se cubrirá la atención que reciba en el otro estado.

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

ATENCIÓN URGENTE DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN

La atención urgente NO es atención de emergencia. Usted debe usar atención urgente cuando tiene una lesión o enfermedad que no pone la vida en peligro, pero necesita que se le trate en un plazo de 48 horas. Use atención de urgencia cuando no puede esperar por una cita con su médico. Solo acuda a la sala de emergencia si su proveedor le indica hacerlo o si tiene una emergencia que pone la vida en peligro.

Cuando necesite atención urgente, siga estos pasos:

- Llame a su PCP. El nombre y número telefónico están en su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan. Se muestra un número para después del horario normal de atención. Su médico le puede ayudar y darle instrucciones por teléfono.

- Si no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7. El número es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Hablará con el 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. Si tiene una crisis por enfermedad mental o 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, Retransmisión 711.
- SilverSummit Healthplan también tiene una línea para crisis que es gratis para usted. Ese número es 1-844-366-2880. Ellos pueden ayudar con depresión, consumo de sustancias y otras necesidades para la salud del comportamiento.
- Si su proveedor le indica que acuda a la sala de emergencia más cercana, vaya en seguida. Lleve consigo su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de identificación de Nevada Medicaid.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

La atención de emergencia siempre está cubierta por SilverSummit Healthplan en los Estados Unidos y no requiere una autorización previa. Una emergencia es cuando no recibir atención médica podría poner en riesgo su salud, o la salud de su bebé en gestación. Una emergencia puede incluir un accidente, una lesión o enfermedad repentina.

Acuda a la sala de emergencia por:

- Fracturas de huesos
- Heridas con arma de fuego o cortante
- Sangrado que no para
- Usted está embarazada, en trabajo de parto y/o sangrando
- Dolor de pecho intenso o ataque cardíaco
- Sobredosis de medicamentos
- Cree que es un peligro para usted mismo(a) u otros
- Intoxicación
- Quemadura grave
- Shock (usted puede sudar, sentir sed o mareos o tener la piel pálida)
- Convulsiones o ataques
- Problemas para respirar
- No poder ver, moverse o hablar repentinamente.

NO acuda a la sala de emergencia por:

- Gripe, resfrío, dolor de garganta o de oído
- Un esguince o distensión
- Un corte o raspadura que no necesita puntos de sutura
- Para obtener más medicamento o surtir una receta
- Dermatitis del pañal

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

Si no está seguro(a) de si se trata de una emergencia, llame a su médico. Su médico le dirá qué hacer. Si el consultorio de su médico está cerrado debería haber un mensaje que le dice cómo obtener ayuda.

Además, puede llamar a nuestra Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7. El número es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Puede acudir a un hospital que no está en la red de SilverSummit Healthplan, SOLO en situaciones de emergencia. Puede usar cualquier sala de emergencia hospitalaria, SOLO en situaciones de emergencia. Muestre al proveedor su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de identificación de Nevada Medicaid. Los proveedores fuera de nuestra red necesitarán nuestra ayuda en seguida para que se les pueda pagar. Si ellos no completan las asignaciones dentro de un plazo de 30 días puede que usted sea responsable de pagar por el servicio.

Llame a su PCP y a SilverSummit Healthplan después de que vaya a la sala de emergencia. Llame dentro de las 48 horas siguientes a su emergencia. Esto nos ayuda a asegurar que reciba la atención de seguimiento que necesita. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

SERVICIOS FUERA DE LA RED

Los servicios de emergencia fuera de la red no necesitan aprobación de SilverSummit Healthplan. Todos los otros servicios de un proveedor fuera de la red necesitan autorización previa. Verificaremos para determinar si hay un proveedor de la red que le pueda ayudar. Si no, le ayudaremos a encontrar un proveedor fuera de la red.

IMPORTANTE: Es posible que tenga que pagar por servicios fuera de la red si no recibe autorización previa. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

SERVICIOS DE POSTESTABILIZACIÓN

Los servicios de postestabilización son servicios de atención que usted necesita después de una emergencia. Estos ayudan a que su salud regrese a la normalidad. Estos servicios son importantes y ayudan a asegurar que no tenga otra emergencia.

Los servicios de postestabilización no requieren autorización previa. No importa si usted recibe atención de emergencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios de postestabilización todavía serán cubiertos.

TRANSPORTE DE EMERGENCIA

SilverSummit Healthplan cubre transporte de emergencia en ambulancia. Le llevarán al hospital más cercano. El transporte en ambulancia de un centro de atención médica a otro está cubierto solo en ciertas situaciones:

- Necesario desde el punto de vista médico
- Coordinado y aprobado por un proveedor dentro de la red

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

TRANSPORTE SIN EMERGENCIA

Si necesita transporte hacia y desde sus citas médicas para visitas de rutina, llame a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-6086, Retransmisión 711. Seleccione la opción para transporte. Se le pondrá en contacto con la Administración de transporte médico [Medical Transportation Management (MTM)]. Puede llamar para programar un transporte de lunes a viernes desde las 8:00 a.m. hasta las 6:00 p.m. Llámenos lo antes posible y al menos cinco días hábiles antes de su cita programada. MTM trabajará con usted para encontrar el medio de transporte más adecuado y puede consultar con su proveedor de atención médica.

El servicio de transporte que no sea de emergencia solo está disponible para los beneficiarios de Medicaid. Los afiliados de Nevada Check Up no son elegibles para este servicio. SilverSummit Healthplan puede disponer de opciones de transporte que no sean de emergencia si los servicios no están cubiertos por MTM. Estas opciones de transporte son limitadas. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Su proveedor de atención primaria



CÓMO HACER CITAS Y OBTENER ATENCIÓN

Para obtener muchos tipos de atención, simplemente puede elegir un proveedor dentro de la red y hacer una cita. No necesita aprobación de Nevada SilverSummit Healthplan o una referencia de su proveedor para estos servicios:

- Consultas con un PCP, pediatra o médico de familia
- Consultas con médicos especialistas (algunos especialistas necesitan una referencia de su PCP)
- Atención urgente
- Atención de ginecología y obstetricia (OB/GYN). Haga una cita tan pronto como crea que está embarazada.
- Servicios para la salud del comportamiento (servicios de salud mental y para consumo de sustancias)
- Servicios de rutina para la vista

Le podemos ayudar a encontrar o elegir un proveedor. Llame a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Atendemos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico. O puede encontrar un proveedor en línea en SilverSummitHealthplan.com.

Estos servicios siempre están cubiertos incluso si el proveedor no participa en nuestra red:

- Servicios de emergencia
- Servicios y materiales de planificación familiar
- Servicios de salud preventiva para mujeres

SU DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Su Directorio de proveedores lista todos nuestros proveedores dentro de la red. SilverSummit Healthplan cubre todos estos proveedores. Su Directorio de proveedores incluye información sobre cómo comunicarse con los proveedores:

- Médicos
- Clínicas de atención urgente
- Hospitales
- Proveedores para la salud del comportamiento; y
- Especialistas
- Cualquier otro proveedor que cubrimos

Puede usar el directorio de proveedores en línea (<https://findaprovider.silversummithealthplan.com/>) para buscar proveedores. El directorio le informa sobre el tipo de proveedor que es, sus calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina, finalización de la residencia y certificación de la junta.

Si necesita una lista impresa de proveedores cerca de usted, podemos enviarle una. Aunque también se puede imprimir un Directorio de Proveedores completo, es importante saber que estamos constantemente agregando proveedores a nuestra red, por lo que una versión impresa del directorio completo puede no ser la más actualizada.

CÓMO ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Cuando se afilia a SilverSummit Healthplan, debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Si no elige uno, le asignaremos uno. Le informaremos sobre su PCP asignado (si no eligió uno) cuando reciba su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan. Su PCP será su médico principal. Le puede ayudar a coordinar todas sus necesidades de salud.

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

- Pediatra
- Médico familiar general
- Internista
- Obstetra/Ginecólogo
- Especialista que lleva a cabo las funciones de PCP para los afiliados con discapacidades, enfermedades crónicas o complejas
- Enfermero(a) practicante (NP) o Asistente médico (PA)

Si desea obtener más información sobre un PCP, puede llamar a Servicios para los Afiliados. Le pueden informar qué idioma habla el proveedor, si pertenece a la red, y dónde está ubicado. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Si le desea cambiar de PCP, le ayudaremos. Hay tres maneras de cambiar de PCP:

1. Busque en la sección de formularios de este manual. Encuentre el formulario llamado “Formulario de solicitud de cambio de mi proveedor de atención primaria”. Llénelo y envíelo.
2. Use el Portal seguro para afiliados. Esto está en nuestro sitio web, SilverSummitHealthplan.com.
3. Llame a Servicios para los Afiliados para ayudarlo. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Después de que nos informe quién es su PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan. Esta tendrá el nombre y el número telefónico de su nuevo PCP.

CONSULTE CON SU PCP

Después de que elija su Proveedor de Atención Primaria (PCP), haga una cita con él/ella. Esto brindará a ambos la oportunidad de conocerse. Su PCP le puede proporcionar servicios de atención médica, consejo e información sobre su salud.

Llame al consultorio de su PCP para hacer una cita. Recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan y su tarjeta de identificación de Nevada Medicaid. Si necesita ayuda para hacer una cita con su PCP, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Importante: Tiene visitas ilimitadas a su PCP. No hay costo para usted. Haga citas con él/ella cuando se sienta enfermo(a). También debe tener un control de persona sana todos los años.

RESPONSABILIDADES DEL PCP

Su PCP tiene varias responsabilidades:

- Se asegurará de que usted reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico cuando los necesite
- Hará un seguimiento de la atención que reciba de otros proveedores médicos
- Hará referencias para atención especializada cuando las necesite
- Brindará la atención médica continua que usted necesita
- Mantendrá su expediente médico actualizado
- Llevará la cuenta de toda la atención que usted recibe
- Brindará servicios de la misma manera a todos los pacientes
- Le hará sus exámenes físicos regulares, según sea necesario
- Le dará visitas de atención preventiva
- Le aplicará sus vacunas
- Le ofrecerá información de contacto de 24/7
- Conversará con usted sobre qué son las directivas anticipadas y las mantendrá en su expediente médico.
- Le tratará con respeto
- Actuará como defensor de su salud
- Le ofrecerá la misma disponibilidad de citas a todos los pacientes
- Revisará todos sus medicamentos y dosis en cada visita

Es útil programar un control anual de bienestar con su PCP. Haga esto en los primeros 60 días desde que lo elija. Programe un control todos los años. Esto le ayuda a permanecer sano. Ayuda a su PCP a encontrar problemas de salud tempranamente, cuando son más fáciles de tratar.

COMUNICACIÓN CON SU PCP

Si necesita cambiar o cancelar su cita, informe a su médico tan pronto como pueda. No simplemente falte a la cita. Un médico puede decidir dejar de verle si usted “no se aparece” o 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 tan pronto como pueda. Ellos le pueden programar una nueva cita. Si necesita ayuda para hacer una cita llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804- 6086, Retransmisión 711.

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

CITAS DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE OFICINA CON SU PCP

Es posible que necesite consultar con otro médico cuando el consultorio de su PCP está cerrado. El consultorio de su PCP tendrá sugerencias sobre la atención fuera de horas normales de oficina. Llámelos para que le den instrucciones. O puede llamar a nuestra Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7. Podemos ayudarle en cualquier momento. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Algunas lesiones o enfermedades no ponen la vida en peligro, pero no pueden esperar para una visita al consultorio. Cuando esto ocurra, puede usar una clínica de atención urgente. Si necesita ayuda para encontrar una clínica de atención urgente puede llamar a Servicios para los Afiliados o a la Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado(a) de SilverSummit Healthplan cuando llame. Le pedirán su número.

Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana

IMPORTANTE: Obtenga atención urgente de un proveedor de la red. Sólo se cubren las emergencias, los servicios de planificación familiar prestados por un proveedor calificado y la atención al recién nacido durante sus primeros 30 días de vida si acude a un proveedor fuera de la red.

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

Si su proveedor de **atención primaria (PCP) o especialista** decide abandonar nuestra red de proveedores, se lo informaremos. Le enviaremos un aviso al menos 15 días antes de su salida. Si SilverSummit decide cancelar la participación de su proveedor en nuestra red, le enviaremos un aviso por escrito a más tardar 30 días de calendario antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación o en un plazo de 15 días laborables después de la recepción o emisión de nuestro aviso a su proveedor. Usted puede continuar consultando con cualquier médico dentro de la red o visitar cualquiera de nuestros centros de atención de urgencia dentro de la red hasta que seleccione un nuevo PCP. Para cambiar de PCP ingrese a nuestro Portal seguro para afiliados en SilverSummitHealthplan.com, o llame a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Si no cambia de PCP, elegiremos uno para usted. Después de que tenga un nuevo PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de afiliado(a).

Si se encuentra en medio de recibir tratamiento de su proveedor, no queremos que se interrumpa ese tratamiento. Usted puede solicitar permanecer con su PCP durante al menos 30 días después de que éste deje de pertenecer a nuestra red. Esto le dará tiempo para terminar el proceso de tratamiento. Además, le permitirá encontrar un nuevo proveedor que pueda continuar el tratamiento.

Solo podemos continuar la cobertura si el proveedor está de acuerdo con lo siguiente:

- Aceptar pago a las tarifas que recibió como proveedor dentro de la red
- Seguir los estándares de calidad
- Proporcionar la información que necesitamos sobre su atención
- Seguir las políticas y los procedimientos de SilverSummit Healthplan

Si está consultando a un especialista y este se retira de nuestra red, le ayudaremos a encontrar uno nuevo. Llame a Servicios para los Afiliados: Trabajaremos con usted para asegurar que su atención continúe. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

REFERENCIAS

Es posible que necesite consultar con un especialista. Su PCP puede coordinar su atención. SilverSummit Healthplan no necesita una referencia de su PCP para cubrir el servicio. El especialista todavía puede necesitar una referencia de su PCP. Esto le ayuda a brindarle a usted el tratamiento correcto. Él/ella le informará si necesita una referencia.

Si desea obtener ayuda para encontrar un proveedor dentro de la red, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Algunos servicios requieren una referencia de su PCP:

- Exámenes o análisis de diagnóstico (radiografía y laboratorio)
- Servicios hospitalarios programados para pacientes ambulatorios
- Ingreso planeado como paciente hospitalizado
- Diálisis renal (enfermedad renal)
- Los proveedores fuera de la red necesitan aprobación de SilverSummit Healthplan
- Equipo médico duradero (EMD)
- Atención médica en el hogar

Acceso a la atención



SilverSummit Healthplan trabaja para asegurar que nuestra red tenga todos los proveedores que necesita. Tenemos proveedores en todo el estado de Nevada. Si no puede encontrar un proveedor, infórmenos. Llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

CONTINUIDAD Y TRANSICIÓN PARA AFILIADOS NUEVOS

Algunas veces los afiliados nuevos reciben atención de un proveedor que no participa en la red de SilverSummit Healthplan. Infórmenos si está recibiendo atención continua de un proveedor ya que usted tiene derecho a continuar ese tratamiento por un periodo de tiempo:

- Los afiliados nuevos pueden seguir recibiendo atención de su proveedor fuera de la red hasta por 90 días.
- Las afiliadas que están embarazadas pueden mantener al mismo proveedor hasta que hayan tenido a su bebé y completado su primera visita postparto.
- Los afiliados que tienen una enfermedad terminal pueden seguir consultando con su proveedor de atención primaria (PCP) actual para su atención.

Si tiene preguntas sobre cómo continuar recibiendo atención, llámenos. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Le ayudaremos a asegurar que usted siga recibiendo la atención que necesita. Si es necesario, le podemos ayudar a encontrar otro proveedor en nuestra red.

TIEMPOS DE ESPERA PARA CITAS

Los proveedores de la red mantendrán un horario de atención razonable. Los servicios estarán disponibles para satisfacer sus necesidades médicas. Le darán cita dentro de estos plazos:

Atención primaria	
Servicios de emergencia potencialmente mortales	Inmediatamente, 24 horas/7 días a la semana
Necesario desde el punto de vista médico	En un plazo de 2 días de calendario
Atención urgente del PCP	El mismo día

Atención primaria	
De rutina con el PCP	En un plazo de 2 semanas El estándar de las dos semanas no se aplica a las visitas programadas con regularidad para controlar una enfermedad crónica si el programa prevé visitas con una frecuencia inferior a una vez cada dos semanas.
Atención con el especialista	
Especialista (referencia de emergencia)	El mismo día, en las 24 horas siguientes a la referencia
Especialista (referencia urgente)	En un plazo de 3 días de calendario desde la referencia
Especialista (referencia de rutina)	En un plazo de 30 días de calendario a partir de la referencia
Atención de maternidad	
Atención prenatal (primer trimestre)	En el plazo de 7 días de calendario a partir de la primera solicitud
Atención prenatal (segundo trimestre)	En el plazo de 7 días de calendario a partir de la primera solicitud
Atención prenatal (tercer trimestre)	En los 3 días de calendario siguientes a la primera solicitud
Embarazo de alto riesgo	En un plazo de 3 días de calendario a partir de la identificación del alto riesgo; inmediatamente si existe una emergencia

TIEMPOS DE ESPERA EN EL CONSULTORIO

El tiempo de espera de un(a) afiliado(a) en la consulta del PCP o del especialista no será superior a una hora desde la hora programada para la cita. Puede haber ocasiones en las que un proveedor no esté disponible debido a una emergencia. Estos retrasos pueden producirse cuando se prestan servicios para casos urgentes, cuando se detecta un problema grave en un paciente o cuando un paciente tiene una necesidad desconocida que requiere más servicios o formación de los que se describieron en el momento de programar la cita.

QUÉ HACER SI RECIBE UNA FACTURA

SilverSummit Healthplan tiene una lista de servicios que están cubiertos. Estos son los servicios por los que podemos pagar cuando son necesarios desde el punto de vista médico. Esta lista ha sido aprobada por Nevada Medicaid y Nevada Check Up.

Hable con su proveedor acerca de los servicios que están cubiertos y de los servicios que no están cubiertos. Cuando sigue las reglas del plan, no se le debe cobrar por los servicios cubiertos.

Si recibe una factura, ¡no espere! Llame a nuestro Servicio para los Afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. SilverSummit se ocupará de ello.

QUÉ ES EL COSTO COMPARTIDO

Costo compartido es la parte de los costos cubiertos por su seguro que usted paga de su propio bolsillo. SilverSummit no le reclama ningún costo por recibir los servicios que necesita ni por utilizar sus beneficios.

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

alguno para usted.

Servicios para los Afiliados: 1-844-366-2880 • TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711, lunes a viernes, 8:00 a.m. – 6:00 p.m. Hora del pacífico.

Muestre tanto su tarjeta de identificación de afiliado de SilverSummit Healthplan como su tarjeta de identificación de Nevada Medicaid en todas las citas. Pregúnteles si pueden recibir a afiliados de Nevada Medicaid. Pregúnteles si participan en la red de SilverSummit Healthplan. Si dicen que no, llámenos en seguida. Es posible que podamos ayudarlos a recibir pago. Es posible que podamos añadirlos a nuestra red.

Llame inmediatamente a su proveedor si recibe una factura por un servicio cubierto por SilverSummit Healthplan. Si sigue recibiendo facturas, llame a Servicios para los Afiliados para obtener ayuda. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Usted no pague la factura. Si paga la factura, 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 diga que usted pagará por el mismo. Si la firma y recibe el servicio, tiene que pagar la factura.

Si tiene preguntas sobre una factura, puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-844-366-2880, TTY: 1-844- 804-6086, Retransmisión 711.

NUEVAS OPCIONES PARA ADMINISTRAR SUS EXPEDIENTES MÉDICOS DIGITALES

El 1 de julio de 2021, una nueva norma federal llamada Norma de Interoperabilidad y Acceso de los Pacientes (CMS 9115 F) facilitó a los afiliados la obtención de sus expedientes médicos cuando más lo necesitan. Ahora tiene acceso completo a su expediente médico en su dispositivo móvil, lo que le permite administrar mejor su salud y saber qué recursos tiene a su disposición.

Imagínese:

- Acude a un nuevo médico porque no se encuentra bien y éste puede consultar su historia clínica de los últimos cinco años.
- Usted utiliza un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista.
- Ese proveedor o especialista puede usar su historia clínica para diagnosticarle y asegurarse de que recibe la mejor atención.
- Usted acude a su computadora para ver si un reclamo ha sido pagado, denegado o aún se está procesando.
- Si lo desea, se lleva su historia clínica al cambiar de plan de salud.*

La nueva norma facilita la búsqueda de información* sobre:

- reclamaciones (pagados y denegados)
- partes específicas de su información clínica
- cobertura de medicamentos en farmacia
- proveedores de atención médica

**Puede obtener información para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016. Para obtener más información, visite su cuenta de afiliado en línea.*

Ayuda Para Su Salud



GAÑE DÓLARES CON EL PROGRAMA DE RECOMPENSAS

SilverSummit Healthplan recompensa a los afiliados por completar actividades de salud. Una vez que haya completado una actividad de salud y se haya notificado a SilverSummit Healthplan, le enviaremos por correo la información sobre sus recompensas y los detalles del programa. ¡Usted puede continuar ganando recompensas completando actividades de salud que califiquen!

Cómo ganar

¡Obtenga recompensas por centrarse en su salud! Gane recompensas My Health Pays™ cuando realice actividades saludables como un examen anual de bienestar, revisiones anuales, análisis y otras formas de proteger su salud. Para obtener una lista completa de las formas de obtener 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 su saldo de recompensas.

*Debe estar inscrita en nuestro programa Start Smart for Your Baby® para recibir recompensas. Hay más información sobre este programa más adelante en este manual. Las visitas comienzan a contar después de que usted se inscriba en el programa. Para inscribirse, llene un formulario de “Notificación de Embarazo” (Notification of Pregnancy, NOP) que está al final de este manual. O puede llamar a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Nota: Puede tomar hasta 60 días para que sus recompensas aparezcan en su tarjeta. Añadiremos el incentivo después de que su proveedor nos informe que le brindó el servicio.

SERVICIOS PARA EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD

Hay cosas que puede hacer para ayudarse a tener un embarazo seguro. Hable con su médico sobre problemas médicos que tenga, como diabetes y presión arterial alta. No use tabaco, alcohol o drogas AHORA o mientras está embarazada.

Debe consultar con su médico antes de quedar embarazada si ha tenido los siguientes problemas:

- Tres o más abortos
- Nacimiento prematuro (nacimiento antes de las 38 semanas de embarazo)
- Parto de bebé muerto

Cuando está embarazada, no olvide lo siguiente:

Vaya al médico (obstetra/ginecólogo) tan pronto como crea que está embarazada. Es importante para la salud suya y de su bebé que consulte con un médico tan pronto como sea posible.

Si ha tenido problemas o un embarazo de alto riesgo en el pasado, es posible que necesite atención adicional. Elija un médico al que pueda consultar durante todo el tiempo que esté embarazada. Es aún mejor si consulta con su médico antes de quedar embarazada. El médico puede ayudarla 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 que tenga hábitos de vida saludables mientras está embarazada. Esto incluye ejercicio, consumir comidas balanceadas, no fumar, y dormir de 8 a 10 horas cada noche. Estas cosas pueden ayudar a usted y su bebé a permanecer sanos.

ACERCA DEL ÁCIDO FÓLICO

El ácido fólico es muy importante para la salud de su bebé. Consumir suficiente ácido fólico puede ayudar a prevenir defectos graves del nacimiento. El ácido fólico es una vitamina B. Se encuentra en la mayoría de las verduras de hojas verdes como la col rizada y la espinaca. También se encuentra en los granos enriquecidos. Múltiples alimentos contienen ácido fólico:

- Jugo de naranja
- Verduras verdes
- Frijoles
- Pan integral
- Arvejas/Chícharos
- Cereales fortificados para el desayuno
- Arroz enriquecido

Es difícil obtener suficiente ácido fólico solo de los alimentos. Pregunte a su médico si debe tomar vitaminas prenatales. Estas tendrán el ácido fólico adicional que su bebé necesita. Su bebé necesita esto en seguida. Esta es una razón para consultar con su médico tan pronto como crea que podría estar embarazada.

Tenemos muchas maneras de ayudarla a tener un embarazo saludable. Para ayudarla, necesitamos saber si está embarazada. Llame a Servicios para los Afiliados tan pronto como se entere de que está embarazada. El número es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Coordinaremos el cuidado especial que usted y su bebé necesitan.

START SMART FOR YOUR BABY®

Start Smart for Your Baby® (Start Smart) es un programa para mujeres embarazadas y madres que tienen un recién nacido. Ayuda a asegurar que usted y su bebé estén sanos durante su embarazo y después de dar a

luz. Cuando se inscriba, le daremos información que la puede ayudar. Hablaremos con usted por teléfono y le enviaremos cosas por correo (o por correo electrónico una vez que la afiliada se haya registrado). Tenemos un sitio web solo para este programa. Este es <https://www.startsmartforyourbaby.com>.

Nuestro personal de Start Smart puede contestar preguntas y darle apoyo si tiene un problema. Incluso podemos coordinar una visita al hogar si necesita más ayuda.

DEJAR DE FUMAR

Si está embarazada y fuma podemos ayudarle a dejar de fumar. Tenemos un programa gratuito para dejar de fumar para mujeres embarazadas. El programa tiene profesionales médicos capacitados que están listos para ayudarla personalmente.

Ellos le proporcionarán la educación, asesoramiento y el apoyo que necesita para ayudarla a dejar de fumar. A través de llamadas telefónicas regulares, usted y su entrenador de la salud desarrollan un plan para hacer cambios para ayudarla a dejar de fumar.

TEXT4BABY

Text4baby es el primer servicio de salud para mujeres embarazadas y bebés que usa mensajes de texto. Text4baby es un servicio gratuito.

Puede mandar un mensaje con la palabra “BABY” (o “BEBÉ” para español) al 511411. Recibirá tres mensajes de texto gratuitos a la semana. Los mensajes se basan en la fecha calculada de parto de su bebé o su nacimiento. De manera que la información que usted reciba coincidirá con la edad de su bebé. Los mensajes se enviarán hasta el primer cumpleaños del bebé. Los mensajes incluyen varios temas:

- Signos y síntomas de trabajo de parto
- Atención prenatal
- Alertas urgentes
- Metas del desarrollo
- Vacunas
- Nutrición
- Prevención de defectos del nacimiento
- Dormir de manera segura
- Seguridad
- Y más

Envíe un mensaje con la palabra “STOP” (al 511411) para dejar de recibir mensajes de texto. Además, puede enviar un mensaje con la palabra “HELP” (al 511411) para preguntas en cualquier momento. Para obtener más información, visite www.text4baby.org.

INCENTIVO POR EL SEGUIMIENTO DE SIETE DÍAS

Si usted o su hijo(a) ha estado en el hospital por un problema de salud del comportamiento, es importante que consulte con su proveedor después de irse a casa. Esta cita debería ocurrir dentro de los siete días siguientes a su alta del hospital. Las citas de seguimiento ayudan a las personas a recuperarse de la crisis que causó que fueran al hospital.

Programe esta cita con una de las siguientes personas:

- Psiquiatra
- Consejero
- Otro profesional autorizado de salud del comportamiento

Cuando acude a su cita de seguimiento en siete días o menos recibirá un regalo de SilverSummit Healthplan. Los adultos recibirán una tarjeta de regalo. Los niños recibirán un oso HOPE.

Si tiene dificultades para programar una cita de seguimiento, le ayudaremos. Si tiene un Administrador de la atención, puede llamarlo. O puede llamar a Servicios para los Afiliados. El número es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

Algunos afiliados tienen necesidades especiales. SilverSummit Healthplan ofrece ayuda personalizada para los afiliados con un problema de salud específico. Usted o su médico pueden hacer una referencia a servicios de administración de la atención. Un administrador de atención también puede ayudarle a ponerse en contacto con otros programas estatales y locales. Su administrador de atención también le ayudará cuando salga del hospital o de otro entorno médico de corta duración para asegurarse de que recibe los servicios que necesita cuando llegue a casa. Estos servicios pueden incluir visitas a domicilio o terapias.

Administración de la atención brinda apoyo a los afiliados que necesitan ayuda adicional para que estén tan sanos como sea posible. Los servicios incluyen lo siguiente:

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

¿DEBERÍA ESTAR EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN?

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

- Tiene una enfermedad de toda la vida como asma o diabetes
- Tiene riesgo de una enfermedad grave como células falciformes o VIH/SIDA
- Tiene una necesidad de salud del comportamiento
- Tiene un hijo(a) con necesidades especiales
- Tiene una discapacidad del desarrollo o física
- Tiene alguna otra necesidad especial de atención médica

¿QUÉ ES UN ADMINISTRADOR DE LA ATENCIÓN?

Un Administrador de la atención es su asesor personal de bienestar. Ellos trabajan de cerca con usted para planear sus objetivos de salud. Ellos le ayudan a determinar los pasos para lograr sus objetivos.

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

- Enfermeros(as) titulados(as) (RN)
- Trabajadores sociales autorizados (LSW)
- Profesionales para la salud del comportamiento (asesor o trabajador social)
- Representantes de MemberConnections

Su administrador de la atención trabajará con usted y sus proveedores para ayudarle a obtener la atención que necesita. Juntos, ustedes desarrollarán su plan individualizado de atención. Algunas veces, ellos pueden coordinar tratamiento que no es típico para la mayoría de las personas. Ellos pueden trabajar con nuestro Director Médico para autorizar atención adicional en las situaciones siguientes:

- Un afiliado tiene una enfermedad grave y el tratamiento probablemente tomará un tiempo larg
- Hay servicios alternativos que se pueden usar en lugar de servicios cubiertos que son más caros
- Más servicios que lo normal son necesarios

SilverSummit Healthplan tiene derecho a cancelar un plan de atención alternativa. Podemos cancelar el plan si ya no es apropiado o no funciona. Usted recibiría una carta y se le informaría al menos 10 días antes de que se cancele el plan de atención.

Para obtener más información sobre Administración de la atención nos puede llamar.

El número es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Puede pedir hablar con Administración de la atención. Le ayudaremos a encontrar los recursos correctos para sus necesidades.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN CRÓNICA

SilverSummit Healthplan ofrece servicios de administración de la atención crónica. Esto es para ayudar a que nuestros afiliados que tienen una enfermedad de larga duración mejoren su calidad de vida. Nuestros Entrenadores de la salud ayudan a los médicos, especialistas y al afiliado a trabajar juntos para la mejor atención. Ellos enseñan al afiliado sobre su enfermedad. Ayudan al afiliado a elaborar un plan para mejorar su salud.

Los afiliados que tienen estas enfermedades se pueden beneficiar del manejo de atención crónica:

- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD)
- Ansiedad
- Asma
- Trastorno bipolar
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Diabetes
- Depresión
- Hemofilia
- Hepatitis C
- HIV/AIDS
- Hipertensión arterial
- Obesidad/control del peso
- Control del dolor
- Uso perinatal de sustancias
- Esquizofrenia
- Enfermedad de células falciformes

Nuestros Entrenadores de la salud escucharán sus problemas. Ellos le ayudarán a obtener lo que necesita. Hablarán con usted acerca de varios aspectos:

- Cómo entender su enfermedad
- Cómo crear un plan de atención
- Cómo administrar su medicamento
- Qué análisis de detección realizarse
- Cuándo llamar a su médico u otro proveedor

El objetivo de la administración de la atención crónica es ayudarlo a entender y tomar control de su salud. Mejor control significa mejor salud. Para obtener más información, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Elegibilidad General



ELEGIBILIDAD GENERAL

SilverSummit Healthplan es un plan de salud a través del programa de Nevada Medicaid y Nevada Check Up del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada (Nevada Department of Health and Human Services). SilverSummit Healthplan no decide quién puede obtener el plan. La División de Servicios de Asistencia Social y Apoyo (Division of Welfare and Supportive Services) (DWSS) decide su elegibilidad de Medicaid. Varias personas pueden ser elegibles:

- Padre/madre/parientes cuidadores de niños menores de 19 años de edad
- Mujeres embarazadas
- Niños menores de 19 años de edad elegibles
- Niños menores de 19 años de edad en nivel de pobreza
- Grupo especial para niños de Medicaid (Programa de seguro de salud para niños) (Children's Health Insurance Program, CHIP) (M-CHIP), niños de 6 a 18 años de edad; elegibles para tarifa igual a la de CHIP
- Adultos previamente en cuidado de crianza (personas hasta los 26 años de edad que salieron del programa de cuidado de crianza de Nevada debido a su edad)
- Los recién nacidos de madres elegibles para Medicaid
- Las personas que reciben Asistencia médica de transición/extendida
- Personas de edad avanzada, ciegas y discapacitadas (sin importar la edad)

Puede obtener más información sobre quién puede participar. Llame a DWSS de Nevada, ellos le pueden proporcionar más información.

CAMBIOS DE VIDA IMPORTANTES

Los cambios de vida importantes pueden afectar su elegibilidad con Nevada Check Up y Medicaid. Es muy importante que informe a Nevada Check Up, Medicaid y SilverSummit Healthplan cuando usted tenga estos cambios de vida. Puede perder su cobertura si Nevada Check Up y Medicaid no pueden comunicarse con usted.

Si tiene un cambio de vida importante, llame a Nevada Check Up y Medicaid. El número telefónico es 1-877-543-7669. Los números de teléfono de NV Medicaid son de la oficina del distrito de Las Vegas:

1-702-668-4200 y la oficina del Distrito de Reno: 1-775-687-1900. Puede visitar una de sus oficinas locales o acceder a su sitio web.

Los sitios web de Nevada Check Up son www.nevadahealthlink.com o <https://dwss.nv.gov/Medical/NCUMAIN/>. El sitio web de Nevada Medicaid es accessnevada.dwss.nv.gov. Comuníquese con ellos tan pronto como tenga un cambio grande en su vida.

Los cambios importantes en la vida incluyen varias situaciones:

- Cambio de nombre
- Un cambio en su seguro de salud.
- Si añade o pierde otra cobertura de seguro. Si se le añade o se le retira del seguro de alguien más.
- Mudarse a una nueva dirección
- También puede actualizar su dirección completando el formulario Actualizar mi dirección que se encuentra en el sitio web de Nevada DHHS DHCFP: <https://dhcfp.nv.gov/UpdateMyAddress/>
- Cambiar de trabajo
- Cambios en su capacidad o discapacidad
- Su familia cambia. Esto podría significar que su familia creció debido a un nacimiento o matrimonio. O su familia se redujo. Esto se puede deber a que un familiar muere o se muda.
- Cambios en su ingreso o bienes
- Queda embarazada
- Llámenos si está embarazada. Tenemos ayuda especial para usted y su bebé. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

OTRO SEGURO

Si tiene otro seguro médico infórmenos. Llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Esto nos ayudará a asegurar que todos sus servicios médicos se paguen. Informaremos al DHHS de Nevada sobre su otro seguro.

COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES Y OTROS RECLAMOS

Si usted se lesiona en el trabajo, Compensación a los Trabajadores puede cubrir sus lesiones. SilverSummit Healthplan no pagará los servicios cubiertos por la Compensación a los Trabajadores.

Puede tomar un poco de tiempo para revisar las lesiones relacionadas con el trabajo. SilverSummit Healthplan le proporcionará los servicios de atención médica que necesite mientras se responde a esas preguntas.

Antes de que podamos hacer esto, usted tiene que estar de acuerdo en proporcionarnos la información que necesitamos. Necesitaremos documentos para que la Compensación a los Trabajadores cubra esos servicios.

Comuníquese con SilverSummit en las siguientes circunstancias:

- Está involucrado(a) en una demanda por lesión personal
- Está involucrado(a) en una demanda por negligencia médica
- Tiene un reclamo por accidente automovilístico

Llame a Servicios para los Afiliados para informarnos. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Puede haber cobertura de seguro a través de otras empresas que ayudarán a pagar por sus servicios médicos.

INSCRIPCIÓN ABIERTA

La período de inscripción abierta es cuando usted puede decidir continuar con SilverSummit Healthplan o elegir un plan de salud diferente. Nevada Medicaid y Check Up tienen cuatro planes de entre los que puede elegir. La inscripción abierta ocurre solo una vez al año.

Para cambiar de plan, complete y devuelva el formulario que se le envió. Si perdió el formulario o no lo recibió, puede solicitar el cambio enviando una carta por escrito firmada a la dirección siguiente:	Nevada Medicaid Attn. MCO Changes P.O. Box 30042 Reno, NV 89520
--	--

También puede llamar a la Oficina de Distrito de Medicaid si tiene alguna pregunta: Oficina de Las Vegas 1-702-668-4200; Oficina de Reno: 1-775-687-1900. La Oficina de Distrito de Medicaid le proporcionará opciones de planes y material educativo para que pueda tomar una decisión informada.

Durante la inscripción abierta, tiene derecho a elegir cualquier plan. Si no elige un nuevo plan de salud, continuará afiliado(a) a SilverSummit Healthplan.

INSCRIPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Si usted es afiliado(a) de SilverSummit Healthplan cuando nazca su bebé, su bebé también está cubierto con nuestro plan. Algunas veces hay un periodo de espera para activar la identificación de Nevada Check Up de su recién nacido. Durante este tiempo, los servicios necesarios desde el punto de vista médico todavía están cubiertos. SilverSummit Healthplan cubrirá servicios que están autorizados apropiadamente.

DESAFILIACIÓN

CÓMO DESAFILIARSE DE SILVERSUMMIT HEALTHPLAN

Deseamos que esté contento(a) con SilverSummit. Si hay algo en lo que podamos ayudarle, llame a Servicios para los Afiliados. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Trabajaremos con usted para tratar de solucionar el problema. Si aún no está satisfecho(a), puede:

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

Si usted es un(a) nuevo(a) afiliado(a) de Medicaid o de Nevada Check Up, puede enviar su solicitud por correo a la siguiente dirección:	Nevada Medicaid Attn: MCO Changes P.O. Box 30042 Reno, NV 89520
---	--

Indique su nombre, su número de Medicaid, su dirección y su número telefónico.

Cambiar los planes de salud sin causa durante el período anual de inscripción abierta.

Si elige a SilverSummit o un plan de Medicaid durante la inscripción abierta, quedará inscrito(a) en el plan durante los próximos 12 meses. Usted puede elegir cambiar su plan dentro de los primeros 90 días después de la inscripción abierta. En el día 91, sólo puede cambiar de plan durante los próximos 12 meses si puede demostrar una causa justificada.

Cambiar de plan de salud después de los primeros 90 días de inscripción con causa justificada.

Los motivos justificados para desafiliarse son:

- Mudarse de Nevada
- El contrato entre SilverSummit Healthplan y el Estado de Nevada termina
- SilverSummit Healthplan no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, el servicio que usted desea. Usted necesita dos o más servicios al mismo tiempo y SilverSummit Healthplan no tiene esos servicios disponibles. Su PCP y otro proveedor deciden que obtener esos servicios por separado podría ponerle en riesgo.
- Otras razones, incluyen, pero sin limitarse a:
 - Mala calidad de la atención
 - Falta de acceso a los servicios cubiertos por el plan
 - Falta de acceso a proveedores que tengan experiencia en sus necesidades de atención médica.

Querer consultar con un proveedor que no está en la red de SilverSummit no se considera una “causa justificada.”

CÓMO DESAFILIARSE

Puede solicitar su desafiliación verbalmente o por escrito de la siguiente manera:

- Puede enviar un correo electrónico a DWSS con su solicitud de desafiliación a: welfare@dwss.nv.gov
- Puede llamar a su oficina del DWSS para solicitar verbalmente la desafiliación a:
 - Norte de Nevada: 1-775-684-7200
 - Sur de Nevada: 1-702-486-1646
- Puede solicitar la desafiliación sin causa justificada por escrito enviando una solicitud a:

Nevada Medicaid
Attn: MCO Changes
P.O. Box 30042
Reno, NV 89520
- Puede llamar sin costo a Servicios para los Afiliados de SilverSummit al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Solicite al Representante de Servicios para los Afiliados un formulario de desafiliación y se lo enviaremos por correo. El representante de Servicios para los Afiliados también puede completar el formulario por teléfono y enviarlo a Nevada Medicaid.

- También puede enviarnos una carta o un formulario de desafiliación completado a la siguiente dirección

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

Cuando recibamos su formulario o carta, lo revisaremos y tomaremos una decisión. Le enviaremos una carta dentro de los siguientes 14 días para informarle lo que decidamos. Si sus necesidades médicas requieren una respuesta más rápida, tomaremos nuestra decisión lo antes posible.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Es así como usted nos solicita que cambiemos nuestra decisión.

Usted o alguna persona que nombre para que actúe por usted, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama apelación. Puede solicitar una apelación por escrito o llamándonos. Si desea apelar, debe comunicárnoslo en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de nuestra carta de notificación de la decisión. Usted puede presentar una apelación por teléfono, fax o escribiéndonos a la siguiente dirección:

SilverSummit Healthplan
Appeals Department
2500 North Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128
Teléfono: 1-844-366-2880 • TDD/TTY 1-844-804-6086 • Fax 1-855-742-0125

Si apela por teléfono, también debe enviar una apelación por escrito y firmada.

La apelación por escrito debe incluir la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de afiliado(a)
- Un número de teléfono donde podemos comunicarnos con usted
- Por qué considera que deberíamos cambiar la decisión

Usted o su representante designado puede solicitar una apelación. Le daremos una respuesta dentro de los treinta (30) días de calendario de haber solicitado una apelación. Si usted o su representante designado creen que esperar hasta 30 días de calendario para decidir su apelación podría poner en grave riesgo su vida o su salud, inclusive el hecho de que pueda alcanzar, mantener o recuperar su función máxima, usted o su representante designado deben informarnos de esto cuando soliciten una apelación. Si estamos de acuerdo, tomaremos una decisión más rápida (dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud) sobre su apelación. Esto se llama “apelación acelerada”. Una apelación acelerada puede ser presentada oralmente. No tiene que ser presentada por escrito.

Usted debe autorizar por escrito a otra persona para que presente una apelación en su nombre. Nadie puede hablar por usted sin su permiso. Al final de este manual hay un “Formulario de Designación de Representante Autorizado” que nos indicará que usted autoriza a alguien a apelar en su nombre.

Si necesita ayuda para presentar su apelación, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, entonces tendrá derecho a una Audiencia Estatal Imparcial.

DESAFILIACIÓN INVOLUNTARIA CON CAUSA

SilverSummit Healthplan puede solicitar la desafiliación de un afiliado. Se lo notificaríamos al DWSS por escrito. SilverSummit Healthplan puede solicitar la desafiliación en cualquier momento en las siguientes situaciones:

- El/La afiliado(a) permite que alguien más use su tarjeta de identificación de SilverSummit Healthplan
- El uso de servicios del afiliado es fraudulento o abusivo
- El comportamiento de el/la afiliado(a) es tan perjudicial, amenazante o poco cooperativo que el comportamiento nos hace incapaz de cubrir o proporcionar servicios. Esto no incluye comportamiento que se debe a necesidades especiales o problemas de salud física o del comportamiento.
- El/La afiliado(a) se muda de Nevada

SilverSummit Healthplan no puede pedir la desafiliación en las siguientes situaciones:

- El/La afiliado(a) tiene una enfermedad preexistente
- El/La afiliado(a) tiene un cambio en su estado de salud
- El/La afiliado(a) usa servicios médicos
- El/La afiliado(a) tiene capacidad mental disminuida
- El/La afiliado(a) rechaza la atención médica o los análisis de diagnóstico
- El/La afiliado(a) presenta una queja o apelación
- El/La afiliado(a) solicita cambiar de proveedores
- Por la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad, el sexo, el estado de salud o la necesidad de servicios de salud del afiliado(a).

REASIGNACIÓN

Si se le ha desafiliado debido a pérdida de elegibilidad para Nevada Check Up o Medicaid, y usted vuelve a ser elegible, se le reasignará a una MCO basándonos en los siguientes criterios:

- Por afiliación familiar (usted tiene otros familiares que están inscritos en una MCO)
- Por historia (se le asigna a una MCO en la que estuvo inscrito en el pasado)
- Al azar

Satisfacción de los Afiliados



SATISFACCION DE LOS AFILIADOS

Esperamos que nuestros afiliados siempre estén contentos con nuestros servicios. Esperamos que nuestros afiliados siempre estén contentos con nuestros proveedores. Si no está contento(a), ¡queremos saberlo! SilverSummit Healthplan tiene medidas para lidiar con los problemas que usted pudiera tener. Su voz es importante para nosotros.

SilverSummit Healthplan ofrece a sus afiliados la oportunidad de expresar su opinión sobre nuestro trabajo:

- Comité Asesor de Afiliados
- Encuesta de satisfacción del equipo de atención
- Proceso del sistema de quejas
- Encuestas de satisfacción de los afiliados

COMITÉ ASESOR DE AFILIADOS

Usted puede ayudar a SilverSummit Healthplan a mejorar la manera en que funciona nuestro plan de salud. A través de nuestro Comité Asesor de Afiliados, brindamos a los afiliados como usted la oportunidad de compartir sus opiniones e ideas con nosotros. El comité comparte la educación de salud con nuestros afiliados. El Comité Asesor de Afiliados se reúne cuatro veces al año en distintas partes del estado. Hay posibilidades de acudir sin tener que viajar.

En estas reuniones, usted puede hablar acerca de los servicios que recibe. Nos puede decir cómo estamos haciendo las cosas. Puede compartir sus ideas sobre cambios en las políticas. Puede hacer preguntas o compartir inquietudes.

¿Desea acompañarnos? Simplemente llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Ellos pueden informarle sobre cómo formar parte del Comité Asesor de Afiliados.

COMPETENCIA CULTURAL

Es importante para SilverSummit Healthplan que brindemos servicios que sean competentes desde el punto de vista cultural. Es importante para nosotros que nuestros proveedores también sean competentes desde el punto de vista cultural. Esto significa que usted reciba servicios que sean respetuosos de sus necesidades sociales y culturales.

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

- Los afiliados sepan que pueden recibir ayuda con interpretación. Esto incluye muchos idiomas, lenguaje de señas y servicios de TDD/TTY. No hay costo por estos servicios.
- La raza y etnicidad tienen una influencia en la salud y las decisiones de tratamiento. Los proveedores deben entender estos problemas.
- El personal de SilverSummit Healthplan que ayuda a los afiliados recibe capacitación en competencia cultural.
- Recopilaremos datos para ayudarnos a tomar buenas decisiones. Trataremos de hacer lo mejor por recopilar información específica a raza e idiomas de nuestros afiliados. Además, explicaremos las categorías de raza/etnicidad al afiliado. Esto ayudará a los afiliados a identificar la raza/etnicidad de ellos mismos y de sus hijos.

La planificación de la atención centrada en la persona toma en cuenta todas las partes de la persona:

- Raza
- País de origen
- Idioma materno
- Clase social
- Religión
- Herencia
- Aculturación
- Edad
- Sexo
- Orientación sexual
- Capacidad mental o física
- Otras características que puedan influenciar la perspectiva del afiliado sobre la atención médica

Las oficinas tienen material publicado e impreso en varios idiomas..

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD

SilverSummit Healthplan tiene el compromiso de garantizar que usted y su familia reciban una atención médica de calidad. Nuestro objetivo es mejorar su salud. Queremos ayudarle con cualquier enfermedad o discapacidad.

Nuestros programas siguen las normas de calidad del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés).

Para ayudar a los afiliados a obtener atención médica segura, confiable y de calidad, nuestros programas incluyen:

- Revisión de médicos y proveedores cuando se vuelven parte de nuestra red
- Asegurar que los afiliados tengan acceso a todos los tipos de servicios de atención médica
- Ofrecer a los afiliados apoyo y educación sobre la atención médica en general y enfermedades específicas
- Enviar recordatorios a los afiliados para que reciban pruebas anuales como exámenes físicos del adulto, detección del cáncer del cuello uterino o detección del cáncer de mama
- Investigar las inquietudes de cualquier afiliado con respecto a la atención recibida
- SilverSummit Healthplan cree que sus ideas pueden ayudar a mejorar los servicios. Enviamos una encuesta del afiliado cada año. La encuesta le hace preguntas sobre su experiencia con la atención médica y los servicios que recibe. Esperamos que dedique tiempo para enviarnos sus respuestas.

Si tiene preguntas sobre nuestro Programa de mejora de la calidad, cómo opera SilverSummit, nuestra estructura o necesita información sobre nuestros planes de incentivos a proveedores, comuníquese con Servicios para los Afiliados.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Las directivas anticipadas protegen sus derechos para la atención médica. Todos los afiliados adultos de SilverSummit Healthplan tienen derecho a crear Directivas Anticipadas para sus decisiones de atención médica. Esto incluye la planificación del tratamiento antes de que lo necesite.

Una Directiva Anticipada informa a las personas lo que usted desea si no puede tomar sus propias decisiones. Si tiene una emergencia médica y no puede comunicar lo que necesita, sus médicos ya lo sabrán. La Directiva Anticipada no le quitará el derecho a tomar sus propias decisiones.

Para crear una Directiva Anticipada, complete el “formulario de Directivas Anticipadas” de nuestro sitio web. Servicios para los Afiliados le puede ayudar a encontrar el formulario. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Cuando llene el formulario, solicite a su médico y/o proveedor que lo incluya en su expediente.

Junto con su médico y/u otro proveedor, usted puede tomar decisiones antes de que tenga una crisis o emergencia. Esto ayudará a los proveedores a entender sus deseos en cuanto a su salud. Usted puede estar tranquilo porque ellos ya saben cuáles son sus preferencias.

Ejemplos de tipos comunes de Directivas Anticipadas incluyen:

Testamento en vida (vital): informa a los médicos qué tipo de atención médica quiere recibir (o no recibir) si usted ya no puede comunicar lo que quiere. Esto le permite decidir por anticipado qué tratamientos para prolongar la vida querría y cuáles no querría. Esto podría incluir varios de los siguientes:

- Sondas para alimentación
- Respiradores
- Trasplantes de órganos
- Tratamientos para que esté cómodo

Un testamento en vida solo se usa cuando usted está cerca del final de la vida y no hay esperanza de que se recupere.

Un Poder notarial para atención médica: nombra a alguien a quien se le permite tomar decisiones de atención médica para usted si usted ya no puede comunicar lo que quiere.

Una orden de “no resucitar” (DNR, por sus siglas en inglés): informa a los proveedores de atención médica que no se le dé Resucitación cardiopulmonar (CPR) si su corazón y/o respiración paran. Una orden de DNR solo se refiere a CPR. No da instrucciones sobre otros tratamientos.

No se debe discriminar en su contra por no tener una Directiva Anticipada.

SilverSummit Healthplan le informará sobre todo cambio en la ley estatal que afecte las Directivas Anticipadas. Le enviaremos esta información tan pronto como sea posible. La enviaremos dentro de un plazo de 90 días después de la fecha del cambio. Pregunte a su proveedor o llame a SilverSummit Healthplan para informarse más sobre las Directivas Anticipadas.

Comuníquese con la División de Financiamiento y Política de Atención Médica de Nevada (Nevada Division of Health Care Financing and Policy) (“DHCFP”) para presentar una queja si no se siguió su Directiva anticipada. Puede visitar su sitio web en dhcfp.nv.gov.

QUEJAS

Las quejas son reclamos orales o por escrito que usted o su representante autorizado presenta ante SilverSummit Healthplan. Estas quejas pueden ser sobre cualquier acción de SilverSummit Healthplan o un proveedor de nuestra red:

- Calidad de la atención
- Comportamiento personal como la descortesía de un proveedor o empleado
- Falta de respeto a los derechos de un afiliado
- Procesos u operaciones administrativas perjudiciales
- Determinación no proporcionada de manera oportuna

SilverSummit Healthplan desea resolver sus inquietudes. No lo usaremos en contra suya si usted presenta una queja. No lo trataremos de manera distinta.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Usted puede presentar una queja de la manera que sea más conveniente para usted. Usted puede:

- Llamar a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711.
- Usar el portal para afiliados en nuestro sitio web: SilverSummitHealthplan.com
- Presentarla en persona o por correo postal en:

SilverSummit Healthplan
ATTN: Grievances
2500 North Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128
Enviar un 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
- Qué es lo que no le satisface
- ¿Qué desearía que ocurriera?

Al final de este manual encontrará un formulario para presentar una queja. No es necesario que lo use. Puede ayudarle a saber qué información necesitamos.

Si presenta una queja por escrito, le enviaremos una carta para que sepa que la recibimos. Enviaremos la carta dentro de un plazo de 3 días hábiles.

SilverSummit Healthplan mantendrá una copia de su queja por 10 años. Además, mantendremos copias de las respuestas que le enviamos.

Si alguien más presentará una queja por usted, debemos tener su autorización por escrito para que esa persona presente su queja. Nadie puede actuar en su nombre sin su permiso.

Para dar su autorización hay un “Formulario de Designación de Representante Autorizado”. Está en la sección de formularios de este manual y en nuestro sitio web. Además, puede llamar a Servicios para los Afiliados. Este formulario se puede usar para asignar a alguien más su derecho a presentar su queja o apelación.

Es posible que usted tenga pruebas o información que respalde su queja. Si es así, envíenlos para que podamos añadirla a su información. Puede solicitar recibir copias de cualquier documentación que SilverSummit Healthplan usó para tomar la decisión sobre su queja sin costo para usted.

Resolveremos su queja tan pronto como su situación necesite que lo hagamos. Si cree que la situación es urgente, infórmenos. Recibirá una carta nuestra dentro de un plazo de 90 días del calendario. La carta le informará cómo se resolvió.

Si por alguna razón no podemos tomar una decisión en el plazo de 90 días, podemos solicitar una prórroga a Nevada Medicaid o Nevada Check Up. Tendríamos que explicarles por qué queremos la prórroga. Tendríamos que demostrar por qué la prórroga es lo mejor para usted.

También puede solicitar una prórroga si necesita más tiempo. La prórroga sería de 14 días adicionales. Si desea una prórroga, llame al Servicio para los Afiliados. 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 prórroga, puede presentar una queja.

No nos opondremos a que presente una queja. No le trataremos de forma diferente en ningún caso. Queremos conocer sus inquietudes para poder mejorar nuestros servicios.

APELACIONES

Una apelación es cuando nos solicita que revisemos una decisión que tomamos sobre una autorización. Usted podría apelar porque un servicio se ha denegado, limitado, reducido o terminado. Las apelaciones las puede presentar un(a) afiliado(a) (padre/madre o tutor de un afiliado menor de edad). Una apelación nos dice que volvamos a revisar una denegación para asegurar que haya sido la decisión correcta.

Apelar una decisión en las siguientes situaciones:

- Deniega la atención que usted solicitó
- Autoriza una cantidad menor de atención
- Termina la atención que se aprobó anteriormente
- Deniega el pago por la atención por la que es posible que usted tenga que pagar

Estos tipos de decisiones se conocen como una “determinación adversa de beneficios”. Si ocurre cualquiera de estas acciones, le enviaremos una carta. La carta explicará lo que decidimos y por qué tomamos esa decisión. Además, tendrá información sobre sus derechos de apelación.

Habrán una fecha en la carta de determinación adversa de beneficios. Si desea presentar una apelación, tiene que hacerlo dentro de un plazo de 60 días del calendario a partir de esa fecha.

Puede solicitar copias de cualquier documentación que SilverSummit Healthplan usó para tomar la decisión sobre su atención o apelación. Además, puede solicitar una copia de sus expedientes de afiliado. Recuerde que no le cobraremos por estas solicitudes. SilverSummit Healthplan mantiene los expedientes durante 10 años.

No nos negaremos a que presente una apelación. No le trataremos de forma diferente de ninguna manera.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Para presentar una apelación, puede llamar a Servicios para los Afiliados, llenar el formulario de apelación que se encuentra al final de este manual, enviar una carta o electrónicamente enviar la carta o formulario por fax. El número de teléfono es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Envíe su carta a SilverSummit Healthplan:

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 para servicios de salud mental o consumo 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 encontrará un formulario para presentar una apelación. No es necesario que lo use. Pero puede ayudarle a saber qué información necesitamos.

Después de recibir su llamada, apelación escrita o electrónica, le enviaremos una carta. En ella se le informará de que la hemos recibido y se le indicará la fecha en la que debe proporcionar al plan cualquier información adicional para asegurarse de que disponemos de todo lo necesario para llevar a cabo la revisión.

Usted puede proporcionar información adicional (que puede incluir, entre otras cosas, historias clínicas, razones legales o de hecho, pruebas, etc.) al plan de salud en persona o por escrito. Tenga en cuenta que el plazo para proporcionar esta información es limitado, así que verifique la fecha de la carta.

Después de tomar una decisión, le enviaremos otra carta. Tendrá la decisión en un plazo de 30 días. Si el plan no finaliza la revisión y no le da una resolución en ese plazo o si usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una audiencia estatal imparcial. Revise esa sección para obtener más información. Si por alguna razón no podemos tomar una decisión en el plazo de 30 días, podemos pedir una prórroga a Nevada Medicaid o Nevada Check Up. Tendríamos que decirles por qué queremos la prórroga. Tendríamos que demostrar por qué la prórroga es lo mejor para usted.

También usted puede solicitar una prórroga si necesita más tiempo. La prórroga sería de 14 días adicionales. Si desea una prórroga, llame al Servicio para los Afiliados. 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 prórroga, puede presentar una queja.

¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?

- Usted, el afiliado adulto
- El padre/la madre o tutor de un afiliado menor de edad
- Una persona nombrada por usted (su representante)
- Un proveedor que actúa por usted (el proveedor es su representante)

Usted debe dar su autorización por escrito para que otra persona presente una apelación en su nombre. Nadie puede hablar en su nombre sin su permiso. Al final de este libro encontrará un “Formulario de Designación de Representante Autorizado” que nos informará que usted ha dado a alguien este permiso para apelar en su nombre. Usted recibirá una copia de este formulario con sus cartas de determinación adversa de beneficios. También está disponible en nuestro sitio web: SilverSummitHealthplan.com.

El Formulario de Designación de Representante Autorizado debe enviarse junto con su apelación. Tenemos que recibirlo en un plazo de 60 días a partir de su carta de determinación adversa de beneficios.

Si necesita ayuda para presentar su apelación, llame a Servicios para los Afiliados. El número de teléfono es el 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Tenemos personal que le puede ayudar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico.

CÓMO CONTINUAR RECIBIENDO SERVICIOS

Usted puede solicitar seguir recibiendo atención mientras revisamos su apelación. Debe solicitarlo dentro de los 10 días siguientes a la recepción de su carta de determinación adversa de beneficios.

IMPORTANTE: Si la apelación determina que nuestra decisión era correcta, es posible que tenga que pagar por el servicio.

DECISIONES SOBRE APELACIONES ACELERADAS

Si su afección médica es urgente, podemos tomar una decisión sobre su apelación mucho más rápido. Es posible que necesite una decisión acelerada si el hecho de no recibir el tratamiento tendrá efectos adversos:

- Riesgo de problemas de salud graves o muerte
- Problemas graves con su corazón, pulmones u otras partes del cuerpo
- Que acuda a un hospital

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

Si cree que necesita una decisión rápida para una apelación, llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366- 2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Pregunte por el departamento de apelaciones. Nuestro Director Médico tomará una decisión y le informaremos dentro de un plazo de 72 horas.

AUDIENCIAS ESTATALES IMPARCIALES

Usted puede estar en desacuerdo con una decisión sobre la apelación. Si eso ocurre puede solicitar una Audiencia estatal imparcial. Esta es una apelación que va a la DHCFP de Nevada en lugar de a SilverSummit Healthplan. En una Audiencia estatal imparcial, la DHCFP de Nevada tomará una decisión final.

Usted debe completar el proceso de apelaciones de SilverSummit Healthplan antes de que pueda solicitar una Audiencia estatal imparcial. Después de que terminemos su apelación, le enviaremos una carta. Usted tiene 90 días desde la fecha de la carta para pedir una Audiencia estatal imparcial.

Usted puede solicitar continuar recibiendo atención durante el proceso de Audiencia estatal imparcial. Debe solicitarlo en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la carta.

IMPORTANTE: Si la Audiencia estatal imparcial encuentra que nuestra decisión fue correcta, puede que tenga que pagar por el servicio. Las solicitudes para una Audiencia estatal imparcial se pueden presentar por escrito o de manera electrónica. Envíe por correo su solicitud a:

**Nevada Department of Administration
Hearings Office
1100 East William Street, Suite 101
Carson City, NV 89701
Teléfono: 775-684-3676 • Sin costo: 1-800-992-0900**

También puede presentar una solicitud de manera electrónica accediendo al Formulario de Solicitud de Audiencias Imparciales del afiliado (Recipient Fair Hearings Request) en <http://dhcfnv.gov/Resources/PI/Hearings/>.

Para obtener más información sobre el proceso de Audiencia estatal imparcial, comuníquese con el DHCFP de Nevada.

CÓMO INFORMAR SUPUESTAS VIOLACIONES DE MERCADEO

Nevada DHCFP tiene reglas para el mercadeo a afiliados potenciales. SilverSummit Healthplan sigue estas reglas. Si usted nota actividades de cualquier plan de salud que podrían estar en contra de las reglas de Nevada DHCFP, ellos desean que usted les informe. Llene el “Formulario de Queja de Mercadeo de Nevada DHCFP”. Se encuentra en la sección “Formularios” al final de este manual. Ellos investigarán.

No se permiten actividades específicas:

- Actividades para hacer que cambie su plan. Usted recibirá información de su plan de salud (SilverSummit Healthplan), pero no debe recibirla de otros. Esto significa correo, correo electrónico, llamadas telefónicas o visitas a su hogar
- Adjuntar una solicitud de Nevada Check Up y Medicaid a los materiales de mercadeo
- Mostrar o distribuir materiales de mercadeo en la sala de emergencia de un hospital
- Proporcionar información falsa, confusa, engañosa o con la intención de engañar a los afiliados
- Ayudar a alguien a elegir un plan de salud
- Compararse a sí mismo con otros planes de salud nombrándolos
- Cobrar a los afiliados por los artículos o los servicios en los eventos
- Cobrar dinero a los afiliados por usar su sitio web
- Tratar de vender a los afiliados otros planes de seguro

INFORMAR EL FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO

SilverSummit Healthplan se toma en serio a búsqueda y denuncia cuando los fondos de Medicaid y Nevada Check Up se usan de manera incorrecta. Esto se llama fraude, desperdicio y abuso.

Fraude significa que un afiliado, proveedor u otra persona está usando indebidamente los recursos del programa Nevada Check Up y Medicaid:

- Dar a alguien su tarjeta de identificación de afiliado para que puedan recibir servicios bajo su nombre
- Usar la tarjeta de identificación de afiliado de otra persona para recibir servicios bajo su nombre
- Un proveedor que cobra por el mismo servicio dos veces
- Un proveedor que cobra por un servicio que nunca ocurrió

Sus beneficios de atención médica se los dan porque cumple con las reglas del programa. No son para nadie más. Usted no debe compartir sus beneficios con nadie. Si usted usa indebidamente sus beneficios, podría perderlos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada (Nevada Department of Health and Human Services) (DHHS) también podría tomar acción legal contra usted si usa indebidamente sus beneficios.

Si cree que un proveedor, un afiliado u otra persona está usando indebidamente los beneficios de Nevada Medicaid o Nevada Check Up, infórmenos en seguida. SilverSummit Healthplan tomará su llamada con seriedad. No tiene que dar su nombre cuando llame a Servicios para los Afiliados. El número telefónico es 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Además puede llamar a nuestra línea de

ayuda para Fraude, Desperdicio y Abuso al 1-866-685-8664, o comuníquese con nosotros a través de SilverSummitHealthplan.com, o por correo electrónico en ReportFWA@SilverSummithealthplan.com o a través del servicio postal de Estados Unidos 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), usted tiene ciertos derechos. SilverSummit Healthplan siempre quiere respetar sus derechos. Esperamos que nuestros proveedores respeten sus derechos.

Sus derechos son importantes para nosotros:

- Que se le trate con respeto, dignidad y privacidad
- Recibir información sobre SilverSummit Healthplan, sus servicios, sus profesionales y proveedores así como de los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Elegir o cambiar de médico de la red de proveedores
- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión usada como un medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia
- Poder comunicarse con su proveedor
- Consultar con cualquier proveedor o clínica para servicios de planificación familiar
- Recibir atención médica inmediata si tiene una emergencia
- Que se le diga cuál es su enfermedad o condición médica
- Analizar las opciones de tratamiento con su proveedor, lo que éste considere mejor independientemente del costo o beneficio de la cobertura.
- Colaborar con su médico para tomar decisiones sobre su atención médica
- Dar permiso antes del inicio del diagnóstico, tratamiento o cirugía
- Rechazar el tratamiento
- Que se mantenga privada su información personal de los expedientes médicos
- Solicitar una copia de sus expedientes médicos
- Solicitar que se enmiende o corrija su expediente médico según lo permita la ley
- Informar sobre cualquier reclamo o queja acerca de su proveedor o atención médica
- Apelar una acción que reduzca o deniegue servicios basándose en criterios médicos
- Discutir las opciones de tratamiento con sus proveedores y no ser presionado para tomar decisiones sobre el tratamiento, independientemente del costo o beneficio de la cobertura.
- Que no se le discrimine debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o la necesidad de servicios de atención médica
- Ser tratado de manera culturalmente competente por el plan de salud y los proveedores

- Solicitar una segunda opinión
- Que se le informe en el momento de la inscripción y anualmente sobre sus derechos a desafiliación
- Crear una Directiva Anticipada
- Presentar cualquier queja ante la DHCFP de Nevada si no se cumple su Directiva Anticipada
- Elegir un proveedor que le proporcione atención siempre que sea posible y apropiado
- Recibir servicios de atención médica accesibles similares a los servicios prestados bajo Medicaid FFS, los cuales incluirían similar cantidad, duración y alcance.
- Recibir suficientes servicios para que sea razonable esperar lograr el objetivo del tratamiento
- Que no se denieguen ni reduzcan sus servicios únicamente debido al diagnóstico, el tipo de enfermedad o la condición médica específica
- Usar sus derechos sin efectos negativos del DHHS de Nevada, de SilverSummit Healthplan, sus proveedores o contratistas
- Recibir toda la información escrita para los afiliados de SilverSummit Healthplan, sin costo alguno para usted y en otros idiomas además del inglés
- En otras formas, para ayudar con las necesidades especiales de los afiliados que puedan tener problemas para leer la información por cualquier razón
- Obtener servicios de interpretación gratuitos en cualquier idioma.
- Que se le informe que hay servicios de interpretación disponibles y cómo obtenerlos
- Recibir ayuda para comprender los requisitos y beneficios de SilverSummit Healthplan por parte del DHHS de Nevada y su Agente de Inscripción
- Recibir una copia de los derechos y responsabilidades del Afiliado y el derecho a hacer recomendaciones sobre la declaración de derechos y responsabilidades de Silver Summit Healthplan.

RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Como afiliado tiene ciertas responsabilidades. El tratamiento puede funcionar mejor si hace lo siguiente:

Informar a Nevada Medicaid o Nevada Check Up si ocurre lo siguiente:

- Cambia el tamaño de su familia
- Proporcionar a SilverSummit Healthplan y a sus proveedores la información médica correcta y completa que necesiten para brindarle atención.
- Se muda fuera del estado o tiene otros cambios de dirección
- Obtiene o tiene cobertura de salud con otra aseguradora, otro tercero o hay cambios en esa cobertura
- Trabajar para mejorar su propia salud
- Informar a SilverSummit Healthplan cuando acuda a la sala de emergencias
- Hablar con su proveedor sobre la autorización previa de los servicios que recomienda
- Conocer las responsabilidades de costos compartidos y hacer los pagos que le corresponden
- Informar a SilverSummit Healthplan en caso de pérdida o robo de su tarjeta de identificación de afiliado
- Mostrar su tarjeta de identificación de afiliado y su tarjeta de identificación de Nevada Medicaid cuando reciba servicios de atención médica

- Conocer lo mejor posible los procedimientos, las normas de cobertura y las restricciones de SilverSummit Healthplan
- Comunicarse con SilverSummit Healthplan cuando necesite información o tenga preguntas
- Proporcionar a los proveedores información médica precisa y completa
- Seguir el tratamiento indicado. O informar a su proveedor las razones por las cuales no se puede seguir el tratamiento lo antes posible.
- Hacer preguntas a su proveedor para entender mejor el tratamiento. Conocer los posibles riesgos, beneficios y costos de las alternativas de tratamiento. Tomar las decisiones de atención después de haber pensado en todas estas cosas.
- Participar activamente en su tratamiento. Comprender sus problemas de salud y participar todo lo posible en establecer objetivos del tratamiento con su proveedor.
- Seguir el proceso de queja si tiene dudas sobre su atención.

Aviso de prácticas de privacidad



AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Léalo detenidamente.

En vigencia a partir del 1 de julio de 2017

Revisado el 1 de julio de 2021

Para obtener ayuda para traducir o entender esto, llame al 1-844-366-2880. Problemas de audición TTY/TDD 1-844-804-6086, Retransmisión 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).

Los servicios de intérprete se ofrecen sin costo para usted.

Obligaciones de la Entidad Cubierta

SilverSummit Healthplan es una Entidad cubierta, como se define y regula bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) (HIPAA). La ley requiere que SilverSummit Healthplan mantenga la privacidad de su información de salud protegida (PHI), le avise de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respete los términos del Aviso que está vigente actualmente y que le informe en caso de que su PHI no protegida esté en peligro. Protegemos toda su Información personal de salud (PHI) oral, escrita y electrónica.

Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a acceder, modificar y administrar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los otros usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este Aviso se harán solo con su autorización por escrito.

SilverSummit Healthplan se reserva el derecho a cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia el aviso modificado o cambiado para su PHI que ya tenemos, así como para toda su PHI que recibamos en el futuro. SilverSummit Healthplan modificará y distribuirá oportunamente este Aviso siempre que haya un cambio sustancial a los usos o las divulgaciones, sus derechos, nuestros deberes legales u otras prácticas de privacidad indicadas en el aviso. Pondremos a su disposición todo Aviso modificado en nuestro sitio web y en cualquier material que enviamos.

USOS Y DIVULGACIONES PERMISIBLES DE SU PHI

La siguiente es 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 brinda tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para ayudarnos en la toma de decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

Pago: Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le brindan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Reglas federales de privacidad para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, determinación de elegibilidad o cobertura para reclamos, emisión de facturas de las primas, revisión de servicios para determinar necesidad médica y realizar revisión de la utilización de las reclamaciones.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir proporcionar servicios al cliente, responder a reclamos y apelaciones, proporcionar administración de casos y coordinación de la atención, llevar a cabo revisión médica de los reclamos y otras actividades de evaluación de la calidad y mejora. Además, es posible que en nuestras operaciones de atención médica divulguemos su PHI a socios comerciales con los que tenemos acuerdos por escrito que contienen términos para proteger la privacidad de su PHI.

Podemos divulgar su PHI a otra entidad que está sujeta a las Reglas federales de privacidad y que tiene una relación con usted para las operaciones de atención médica de dicha entidad relacionadas con las actividades de evaluación de la calidad y mejora, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, administración de casos y coordinación de la atención, o detectar o prevenir fraude y abuso en la atención médica.

Divulgaciones del plan de salud grupal/patrocinador del plan: Podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le está ofreciendo un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información de salud protegida (como estar de acuerdo con 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, como recaudar dinero para una fundación caritativa o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de no participar, o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.

Fines de suscripción de seguro: Podemos usar o divulgar su PHI para fines de suscripción de seguro, como hacer una determinación acerca de una solicitud o pedido de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para fines de suscripción de seguro, se nos prohíbe que usemos o divulguemos su PHI que es información genética en el proceso de suscripción..

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

Según lo requiere la ley: Si la ley federal, estatal y/o local requiere un uso o divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar la información de su PHI en la medida que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o normas que gobiernan el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con las leyes o normas más restrictivas.

Actividades de salud pública: Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública para fines de prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades. Puede que divulguemos su PHI a la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration [FDA]) para asegurar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.

Víctimas de abuso y abandono: Podemos divulgar su PHI a una autoridad del gobierno local, estatal o federal (inclusive a servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley) para recibir dichos informes si creemos razonablemente que ha habido abuso, abandono o violencia doméstica.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos, en respuesta a una orden de un tribunal, tribunal administrativo, o en respuesta a una citación, citatorio, orden de allanamiento, solicitud de descubrimiento, o solicitud legal similar.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar su PHI relevante a los oficiales de la ley cuando se requiera que lo hagamos, como en respuesta a una orden judicial, orden de allanamiento de un tribunal, citación o citatorio emitida por un funcionario judicial, o una citación de un jurado de acusación. Además, podemos divulgar su PHI relevante para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias: Podemos divulgar su PHI a un juez de instrucción o médico forense. Esto se puede necesitar, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. Además, podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para llevar a cabo sus obligaciones..

Donación de órganos, ojos y tejidos: Podemos divulgar su PHI a organizaciones de adquisición de órganos o entidades involucradas en la adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos cadavéricos, ojos o tejidos.

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

Funciones gubernamentales especializadas: Si es miembro de las fuerzas armadas estadounidenses, podemos divulgar su PHI según lo requieren autoridades del comando militar.

Además, podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para seguridad nacional y actividades de inteligencia, al Departamento de Estado (Department of State) para determinaciones de idoneidad médica y para servicios de protección del presidente u otras personas autorizadas.

Compensación al trabajador: Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes relacionadas con compensación al trabajador u otros programas similares, establecidos por la ley, que ofrecen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el empleo independientemente de la falta.

Situaciones de emergencia: Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia (o si está incapacitado(a) o no está presente) a un familiar, amigo personal cercano, agencia autorizada para asistencia en caso de desastres, o cualquier otra persona previamente identificada por usted. Usaremos criterio y experiencia profesional para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es lo mejor para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona a cargo de su cuidado.

Reclusos: Si está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI al correccional o funcionario encargado del cumplimiento de la ley, siempre y cuando dicha información sea necesaria para que la institución le brinde atención médica en las siguientes situaciones:

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

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando se haya aprobado su estudio de investigación clínica y cuando ciertas salvaguardas se hayan establecido para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Se requiere que obtengamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con pocas excepciones, por las razones siguientes:

Venta de la PHI: Solicitaremos su autorización por escrito antes de que hagamos divulgaciones que se consideren como una venta de su PHI, que significa que estamos recibiendo compensación para la divulgación de la PHI de esta manera.

Mercadeo: Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de mercadeo con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de mercadeo en persona con usted o cuando damos regalos publicitarios de valor nominal.

Notas de psicoterapia: Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para ciertas funciones operativas de atención médica, tratamiento o pago.

DERECHOS INDIVIDUALES

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros usando la información al final de este Aviso.

Derecho a revocar una autorización: Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, la revocación de su autorización debe ser por escrito. La revocación entrará en vigor inmediatamente excepto en la medida en que ya hayamos tomado acciones apoyándonos en la autorización antes de haber recibido su revocación por escrito.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar restricciones al uso y la divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que está solicitando e indicar a quién se aplica la restricción. No se requiere que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para pago u operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado por el servicio o artículo de su propio bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho solo aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted desea. Usted no tiene que explicar la razón para su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el medio o lugar de la comunicación. Debemos tener en cuenta su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativo donde se debería entregar su PHI.

Derecho a tener acceso a y recibir copia de su PHI: Usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI contenida en un conjunto de expedientes designados. Puede solicitar que entreguemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que usted solicita a menos que no sea práctico que lo hagamos. Debe hacer la solicitud de acceso a su PHI por escrito. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito y le diremos si las razones para la denegación se pueden revisar. También le informaremos cómo solicitar dicha revisión o si la denegación no puede ser revisada.

Derecho a enmendar PH: Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos, o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud se debe hacer por escrito, y debe explicar por qué se debe enmendar la información. Podemos denegar su solicitud por ciertas razones, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que está en desacuerdo 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 por informar a otros, incluso personas que usted nombre, de la enmienda y de incluir los cambios en futuras divulgaciones de esa información.

Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de casos dentro del periodo de los últimos seis años en el que nosotros o nuestros socios divulgamos su PHI. Esto no aplica a divulgaciones para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó. Si solicita este recuento más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

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

Además puede presentar un reclamo ante el Ministerio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, Oficina de Derechos Civiles (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office 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: 1-866-788-4989 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
No tomaremos medidas en contra suya por presentar un reclamo.

Derecho a recibir una copia de este aviso: Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento usando la información de contacto que aparece 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 preguntas acerca de este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, se puede comunicar con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece a continuación.

**SilverSummit Healthplan
ATTENTION: Privacy Official
2500 North Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128
1-844-366-2880, TTY/TDD 1-844-804-6086, Relay 771**

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

SilverSummit Healthplan cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. SilverSummit Healthplan no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

SilverSummit Healthplan:

Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros:

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

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

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a SilverSummit Healthplan al 1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Retransmisión 711. Si cree que SilverSummit Healthplan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

**SilverSummit Healthplan
Grievance Coordinator
2500 North Buffalo Dr. Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128
1-844-366-2880, TTY: 1-844-804-6086, Relay 711 • Fax 1-855-742-0125**

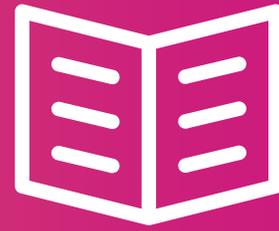
Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, SilverSummit Healthplan está disponible para ayudarle.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) electrónicamente a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en:

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

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

Glosario de términos



- **Apelación:** Procedimiento por el cual puede cuestionar nuestras acciones si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación.
- **Copago:** Un pago que usted realiza para poder recibir atención médica.
- **Equipo médico duradero (DME):** Determinados artículos que el médico le ordena que use en su hogar. Por ejemplo, andaderas, sillas de ruedas o camas de hospital.
- **Condición médica de emergencia:** Una emergencia significa que su vida puede correr peligro o que puede sufrir lesiones permanentes (discapacidad) si no recibe atención médica rápidamente. Si está embarazada, puede poner en peligro su salud o la del bebé en gestación.
- **Transporte médico de emergencia:** Su estado es tal que no puede acudir al hospital por ningún otro medio que no sea llamando al 911 para pedir una ambulancia.
- **Atención en una sala de emergencias:** Una sala del hospital que está equipada y dotada de personal para tratar a las personas que necesitan atención o servicios médicos de inmediato.
- **Servicios de emergencia:** Servicios brindados en una sala de emergencias por un proveedor capacitado para tratar emergencias médicas o de la salud del comportamiento.
- **Servicios excluidos:** Servicios que no están cubiertos por el beneficio de Medicaid.
- **Queja:** Un reclamo que usted hace sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja 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 sus gastos de salud, médicos y quirúrgicos incurridos por usted.
- **Atención médica a domicilio (en el hogar):** Servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar, como atención de enfermería, servicios de un asistente de salud a domicilio y otros servicios.
- **Servicios de Atención para Pacientes Terminales:** Un programa de apoyo y atención que ayuda a las personas con pronósticos terminales a vivir con comodidad. Con “pronóstico terminal” nos referimos a una persona con una enfermedad terminal que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Una persona inscrita que tenga un pronóstico terminal tiene derecho a solicitar la atención para pacientes terminales. Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención integral para las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

- **Hospitalización:** La acción de ingresar a una persona en un hospital como paciente.
- **Atención ambulatoria en el hospital:** Atención o tratamiento que no requiere pasar la noche en un hospital.
- **Medicamento necesario:** De este modo se describe a los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que recibe para evitar que tenga que acudir al hospital o a un centro de convalecencia. Con este término también se describe a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados para la práctica médica o que son de otro modo necesarios conforme a las reglas de cobertura vigentes de Nevada Medicaid.
- **Red:** Una red es un directorio de médicos, profesionales de atención médica, hospitales y centros de atención de salud que tienen contrato con un plan para brindar atención médica a sus afiliados.
- **Proveedor no participante:** Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad o administrado por nuestro plan, y que no tiene contrato para prestar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.
- **Proveedor participante:** Son los proveedores, hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros establecimientos que tienen contrato con su plan de salud para brindarle servicios de atención médica, equipo médico, y servicios y apoyo a largo plazo. Los proveedores participantes también se conocen como “proveedores de la red” o “proveedores del plan”.
- **Servicios del médico:** Atención brindada por una persona que, conforme a la ley estatal, tiene licencia para brindar servicios médicos, quirúrgicos y para la salud del comportamiento.
- **Plan:** Con “plan” nos referimos a una organización de atención administrada que brinda servicios médicos a sus afiliados.
- **Autorización previa:** Es una decisión que toma su plan o el Departamento de Financiación y Política de Salud (DHCFP) acerca de si un servicio de atención de salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. Esta decisión a veces se denomina “autorización previa”, “aprobación previa” o “precertificación”.
- **Prima:** El pago mensual que recibe un plan de salud por brindarle cobertura de atención médica.
- **Cobertura de medicamentos recetados:** Medicamentos recetados cubiertos (pagados) por su plan de salud. Algunos medicamentos de venta libre también están cubiertos.
- **Medicamentos recetados:** Un medicamento que, por ley, solo se puede obtener con la receta de un médico.
- **Médico de atención primaria:** Su médico de atención primaria es el médico u otro profesional al que consulta en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella también puede hablar con otros médicos y profesionales de atención médica sobre sus cuidados y referirlos a ellos.
- **Proveedor de atención primaria (PCP):** Médicos que practican la medicina general, la medicina familiar, la medicina interna general, la pediatría general o la medicina osteopática. Son responsables de brindar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención de salud. Por lo general, si necesita atención de salud, primero debe comunicarse con ellos. Los médicos obstetras o ginecólogos pueden ser PCP durante el embarazo de la afiliada del plan de salud.
- **Proveedor:** Una persona autorizada para brindar servicios o atención médica. Por ejemplo, médicos, enfermeras, proveedores para la salud del comportamiento, centros de convalecencia y especialistas.

- **Servicios y dispositivos de rehabilitación:** Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse luego de una enfermedad, accidente o cirugía importante para que vuelva a tener el mejor desempeño posible de una función.
- **Atención de enfermería especializada:** Con “atención de enfermería especializada” nos referimos a las evaluaciones, opiniones, intervenciones y valoraciones de las intervenciones que requieren la capacitación y experiencia de un personal de enfermería con licencia. La atención de enfermería especializada incluye, pero sin limitarse a:
 1. Evaluaciones para determinar los fundamentos de la acción o la necesidad de acción.
 2. Control del equilibrio hidroelectrolítico.
 3. Control de la succión de las vías respiratorias.
 4. Cuidado de catéteres intravenosos centrales.
 5. Control de la ventilación mecánica.
 6. Cuidado durante una traqueostomía.
- **Especialista:** Un médico que brinda atención de salud para tratar enfermedades o partes del cuerpo específicas.
- **Atención urgente:** Atención que le brindan cuando necesita consultar con un médico y su médico no puede atenderle o el consultorio está cerrado. Este tipo de atención se necesita para enfermedades, lesiones o afecciones repentinas que no se consideran emergencias, pero que deben tratarse de inmediato.

Formularios



- Formulario de Solicitud para cambiar mi Proveedor de Atención Primaria
- Formulario de Quejas o Apelaciones
- Formulario de Inquietud o Recomendación
- Aviso de Embarazo
- Formulario de Representante Personal Para Apelación

Formulario de Solicitud para cambiar mi Proveedor de Atención Primaria

UN AFILIADO POR FORMULARIO

Información del afiliado

Primer nombre: Segundo nombre: Apellido:
Identificación de Medicaid*: Fecha de nacimiento (mmddaaaa):
Número de seguro social: Número de teléfono: - -
Dirección de correo postal:
Ciudad: Estado: Código postal:

*Campo requerido

Solicitud de cambio de PCP - Dé la información del PCP

Nombre del PCP solicitado NPI#
Dirección del consultorio:
Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono del consultorio: - - Fecha de entrada en vigencia (mmddaaaa):

La fecha de entrada en vigencia estará basada en la selección del plan/la política de cambio.

Razón para cambio del PCP asignado - Elija todas las que correspondan. Seleccione al menos una.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Afiliado nuevo - hace la selección por primera vez | <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor |
| <input type="checkbox"/> Ya es paciente del PCP solicitado | <input type="checkbox"/> Asociación con hospital o grupo médico |
| <input type="checkbox"/> El PCP solicitado ya ve a un familiar | <input type="checkbox"/> Barreras de idioma/comunicación |
| <input type="checkbox"/> Preferencia del afiliado | <input type="checkbox"/> Tiempo de espera en el consultorio del proveedor |
| <input type="checkbox"/> El afiliado se mudó | <input type="checkbox"/> Disponibilidad para conseguir una cita/acceso a la atención |
| <input type="checkbox"/> El horario del PCP no se ajustó a la necesidad del miembro | <input type="checkbox"/> Relación establecida con otro proveedor |
| <input type="checkbox"/> Calidad de la atención | <input type="checkbox"/> Proveedor solicita desafiliación del afiliado |
| <input type="checkbox"/> Proveedor salió de la red | <input type="checkbox"/> Otra |

Firma del afiliado o representante autorizado

Fecha (mmddaaaa)

Nombre en letra de imprenta del representante personal

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

FORMULARIO DE QUEJAS O APELACIONES

Este formulario es para ayudarle a presentar una queja o apelación. Lo puede llenar y enviarnoslo. O puede escribir una carta e incluir esta información en su carta. Envíe este formulario o su carta por correo a:

SilverSummit Healthplan Member Services	Behavioral Health appeals:
2500 North Buffalo Drive Suite 250 Las Vegas, NV 89128 Fax 1-866-694-3734	SilverSummit Healthplan - Appeals 12515-8 Research Blvd Suite 400 Austin, TX 78759 Fax 1-866-714-7991

EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del afiliado:

Núm. de identificación del afiliado:

Dirección:

Ciudad:

Estado :

Código
postal:

Número telefónico del afiliado:

Número de seguimiento (si tiene uno). Se encuentra en la esquina superior izquierda de la carta.

Detalle la información que tiene sobre la queja o apelación:

Nombre del representante (si nombra uno):

Firma del afiliado/representante:

Núm. telefónico
durante el día:

Fecha:

- Puede presentar una queja en cualquier momento.
- Debe presentar una apelación dentro de un plazo de 60 días desde la fecha de la carta de denegación.

FORMULARIO DE INQUIETUD O RECOMENDACIÓN

Este formulario es para ayudarle a informarnos sobre una inquietud o hacer una recomendación.

¡Queremos escuchar sus ideas! Lo puede llenar y enviárnoslo. O puede escribir una carta e incluir esta información en su carta. Envíe este formulario o su carta por correo a:

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, Retransmisión 711 • Fax 1-866-694-3734

EN LETRA DE IMPRENTA		
Nombre del afiliado:		
Núm. de identificación del afiliado:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número telefónico del afiliado:		
Detalle la información que tiene sobre la inquietud o recomendación:		
Nombre del representante (si nombra uno):		
Firma del afiliado/representante:		
Núm. telefónico durante el día:	Fecha:	

Este formulario es confidencial.

Si tiene problemas o preguntas, por favor llame al 1-844-366-2880 (TDD/TTY: 1-844-804-6086). Este formulario también está disponible en línea en www.silversummithealthplan.com.

*Campo Obligatorio

*¿Está embarazada? Sí No *Si está embarazada, por favor continúe y conteste todas las preguntas.

Envíenos el formulario en el sobre adjunto. Cuando recibamos sus respuestas, ¡le enviaremos un regalo! Podríamos llamarla si determinamos que usted está en riesgo de tener problemas con su embarazo.

*Núm. de identificación de Medicaid:

Su nombre:

Su apellido:

*Su fecha de nacimiento MMDDAAAA:

Fecha de hoy MMDDAAAA:

Dirección Postal:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono del hogar:

Teléfono celular:

¿Desea recibir mensajes de texto sobre el embarazo y el cuidado del recién nacido? Sí No

Si no tiene un plan de texto ilimitado, podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para dejar de recibir mensajes envíe un mensaje de texto con la palabra STOP. Se hace notar que enviar mensajes de texto no es seguro y otros pueden verlos.

Dirección de correo electrónico:

*Nombre de su proveedor de obstetricia:

*Fecha programada de su parto:

¿Tiene seguro primario (para mamá y bebé) aparte de Medicaid? Sí No

Raza/Etnicidad (seleccione todas las que correspondan): Caucásica, no hispana/latina Negra/Afroamericana

Hispana/Latina Indígena americana /Nativa americana Asiática Hawaiana/de las Islas del Pacífico

Otra etnicidad Si su etnicidad es otra, por favor especifique:

Idioma preferido (si no es el inglés):

¿Planea amamantar? Sí No Si contesta no, ¿por qué razón?

¿Ya escogió al pediatra? Sí No Nombre del pediatra:

Cantidad de partos a término: Cantidad de abortos espontáneos/abortos:

Cantidad de partos prematuros: Cantidad de bebés nacidos muertos:

Altura: Peso anterior al embarazo (redondéelo al número entero más cercano):

*¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes? Sí No Si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique.

Su Historial Medico

¿Parto prematuro previo (<37 semanas o un parto más de tres semanas antes de la fecha programada)? Sí No

¿Ha dado a luz en los últimos 12 meses? Sí No ¿Dio a luz en los últimos 6 meses? Sí No

¿Cesárea anteriormente? Sí No ¿Diabetes (antes del embarazo)? Sí No

***Núm. de identificación de Medicaid:**

Nombre:

Anemia de células falciformes Sí No

¿Asma? Sí No Si contesta sí, ¿sus síntomas de asma son peores durante el embarazo? Sí No

¿Alta presión sanguínea (antes del embarazo)? Sí No

¿Muerte neonatal o bebé nacido muerto anteriormente? Sí No

¿Positiva VIH? Sí No ¿Negativa VIH? Sí No

¿Se rehusó a hacerse el análisis del VIH? Sí No ¿SIDA? Sí No

¿Problemas de la tiroides? Sí No Si contesta sí, es éste un problema nuevo de la tiroides? Sí No

Trastorno por convulsiones Sí No ¿Convulsión en los últimos 6 meses? Sí No

¿Abuso de alcohol o drogas previo? Sí No

Historial de su embarazo actual

¿Trabajo de parto antes de tiempo en este embarazo? Sí No ¿Diabetes gestacional actualmente? Sí No

¿Gemelos actualmente? Sí No ¿Trillizos actualmente? Sí No

¿Está teniendo náuseas matutinas severas? Sí No

¿Preocupaciones de salud mental actualmente? Sí No Enumere:

¿Enfermedad de transmisión sexual actualmente? Sí No Enumere:

¿Consume tabaco actualmente? Sí No Cantidad:

Si contesta sí, ¿le interesa crear un plan de acción para dejar de fumar? Sí No

¿Consume alcohol actualmente? Sí No Cantidad:

¿Consume drogas ilegales actualmente? Sí No

¿Toma algún medicamento de venta con receta (aparte de las vitaminas prenatales)? Sí No

Enumere:

¿Hospitalizaciones durante este embarazo? Sí No

Si contesta sí, por favor enumere las hospitalizaciones durante este embarazo.

Asuntos sociales

¿Tiene suficiente Comida? Sí No ¿Está inscrita en WIC? Sí No

¿Tiene problemas para llegar a sus citas médicas? Sí No ¿Tiene acceso telefónico confiable? Sí No

¿Está sin hogar o vive en un refugio? Sí No

¿Actualmente está experimentando violencia doméstica o se siente insegura en su hogar? Sí No

Por favor enumere todas las demás necesidades sociales que pueda tener.

Por favor enumere todo lo demás que desee decirnos sobre su salud:

Si sus respuestas indican que usted corre un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante este embarazo, ¿nos daría su consentimiento para participar en nuestro programa de Administración de Casos Start Smart para ayudarla a usted y a su bebé? Sí No

FORMULARIO DE REPRESENTANTE PERSONAL PARA APELACIÓN

Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre en una queja o apelación. La persona que indique a continuación será aceptada como su representante. No podemos hablar con nadie en su nombre hasta que recibamos este formulario. Envíenoslo 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, Retransmisión 71 Fax 1-855-742-0125
Yo, _____ [NOMBRE DEL AFILIADO EN LETRA DE IMPRENTA] deseo que la siguiente persona actúe en mi nombre en mi queja o apelación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi queja o apelación puede ser revelada a mi representante.	

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA		
1. Nombre del representante:		
2. Dirección del representante:		
Dirección/Apdo. de correos/Núm. de apartamento:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono durante el día ()::	Teléfono durante la noche ():	
3. Breve descripción de la queja o apelación para la que el Representante actuará en mi nombre:		
4. Firma de el/la afiliado(a) [FIRMA DEL AFILIADO, O PADRE/MADRE/TUTOR]		
Fecha de nacimiento de el/la afiliado(a):	ID del afiliado:	Fecha:
*Relación con el/la afiliado(a): <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor		
5. Firma del representante [FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA QUEJA O APELACIÓN*]		
*Relación con el/la afiliado(a): <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro, especifique:		



1-844-366-2880

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

 **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. SilverSummit Healthplan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

SilverSummit Healthplan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SilverSummit Healthplan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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).

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).

© 2023 SilverSummit Healthplan <material ID#>