

Beneficios y formularios

Use este folleto para entender su nuevo plan de salud y sus beneficios.
¡Y enfóquese en su salud!



ÁBRALO PARA ENCONTRAR:



Servicios de atención de salud



Cómo obtener recompensas en dinero



Dónde acudir para recibir atención



Formularios importantes de salud











Cómo encontrar un proveedor

¿TIENE PREGUNTAS? Llame al **1-877-236-1341 (TTY: 711)** o visite **DelawareFirstHealth.com**.

Asegúrese de que Delaware First Health forme parte de su plan.

Delaware First Health ofrece una cobertura de atención de salud de calidad con programas y servicios valiosos para que usted y su familia puedan enfocarse en mantenerse sanos. Use este folleto para sacar el máximo provecho de su seguro. Téngalo a mano para acceder a información útil sobre su plan de salud.

Contenido:

	Documentos importantes	2
	Más información sobre su cobertura	3
	Configure su cuenta de miembro en línea	4
	Cuéntenos de su salud	5
	Conozca dónde buscar atención	6
	Proveedor de atención primaria (PCP)	8
	Notificación de embarazo	10
	Comience a ganar recompensas en dinero de <i>my health pays</i> [®]	13

VISITE EL SITIO WEB:

- Visite **DelawareFirstHealth.com** para configurar su cuenta de miembro en línea.
- Consulte todos los beneficios del plan de salud y llene los formularios en línea.

SI NO TIENE ACCESO A INTERNET:

- Lea este folleto y otros materiales para miembros incluidos en este paquete.
- Llene los formularios y envíelos por correo postal utilizando los sobres con franqueo pagado incluidos en este folleto.
- Comuníquese con Servicios al Miembro llamando **al 1-877-236-1341 (TTY: 711)** para que le ayuden a encontrar un proveedor de atención primaria (PCP) o respondan todas sus preguntas.

Si necesita información adicional o servicios que incluyan interpretación oral, traducción oral, ayudas y servicios auxiliares, información escrita en un idioma predominante que no sea inglés e información escrita en formatos alternativos, llámenos al **1-877-236-1341 (TTY: 711)**.

USE ESTA LISTA PARA COMENZAR.

Siga estos pasos. Llene los formularios que sean necesarios. Luego, marque las casillas a medida que termine cada paso.



Obtenga más información sobre sus beneficios

Encuentre información importante sobre sus beneficios y servicios en este folleto y en el Manual del miembro de Delaware First Health Plan. El Manual se encuentra en el sitio web, en la sección de miembros. Si quiere recibir una copia impresa, llame a Servicios al Miembro.



Configure su cuenta de miembro

Configure su cuenta de miembro en línea siguiendo los pasos de la página 4.

Inicie sesión: _____

Contraseña: _____

Guárdelo en un lugar seguro.



Llene el Formulario de información de salud

Cuéntenos de su salud. Hable con alguien de nuestro equipo de coordinación de la atención.



Comience a ganar recompensas en dinero de *myhealthpays*[®]

Los miembros de Delaware First Health pueden obtener recompensas por tomar decisiones de salud determinadas.

Visite DelawareFirstHealth.com o pase a la página 13 para obtener más información sobre *myhealthpays*[®].



Programe una cita con su proveedor de atención primaria (PCP)

Nombre del PCP: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Horario de atención: _____ Primera cita: _____

Cambie de PCP en DelawareFirstHealth.com.



Notificación de embarazo

Si está embarazada, llene el Formulario de notificación de embarazo. Llénelo en línea en DelawareFirstHealth.com o utilice el que está incluido en la página 11.



ESTOS DOCUMENTOS IMPORTANTES ESTÁN DISPONIBLES EN NUESTRO SITIO WEB: DelawareFirstHealth.com



DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Puede encontrar el Directorio de proveedores de Delaware First Health Plan en línea. Para obtener la lista más actualizada de médicos, utilice nuestra herramienta “Find a Provider” (Encontrar un proveedor) en línea. Esta lista se actualiza todos los días.



MANUAL DEL MIEMBRO

Puede encontrar el Manual del miembro de Delaware First Health en nuestro sitio web en la sección de miembros. El Manual incluye información útil sobre su cobertura y los beneficios.



Puede encontrar información sobre el Formulario de Delaware First Health en nuestro sitio web.



Si quiere solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores, el Manual del miembro o el Formulario, comuníquese con Servicios al Miembro y estaremos encantados de proporcionarle una sin costo alguno. Delaware First Health: **1-877-236-1341 (TTY: 711)**.



TAMBIÉN OFRECEMOS ESTOS BENEFICIOS GRATUITOS:

- Asistencia adicional para condiciones de salud complejas a través de nuestros programas de administración de casos y enfermedades.
- Ayuda para el transporte a las citas con ModivCare.
- Coordinación de la atención con programas y servicios de su comunidad.
- Línea Nurse Advice Line, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener asesoramiento inmediato sobre cualquier problema relacionado con la salud.

Para acceder a estos servicios, llame al **1-877-236-1341 (TTY: 711)**.



Delaware First Health ofrece una amplia variedad de servicios de atención de salud

SERVICIOS MÉDICOS

- Visitas al consultorio de un proveedor
- Medicamentos
- Análisis de laboratorio
- Radiografías
- Atención de salud en el hogar
- Admisión en hospitales
- Suministros médicos

SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

- Servicios de salud mental/tratamientos contra el abuso de sustancias y alcohol para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Servicios de salud mental de rehabilitación
- Servicios de análisis del comportamiento aplicado

COBERTURA DE FARMACIA

- Verifique su cobertura de farmacia
1-877-236-1341 (TTY: 711)

SERVICIOS PARA LA VISIÓN

- Exámenes oculares
- Anteojos

MIEMBROS MAYORES DE 21 AÑOS

- Examen ocular con refracción cada dos años
- Exámenes oculares médicamente necesarios cubiertos
- Monto permitido de \$160 para elementos como marcos, lentes y lentes de contacto o actualizaciones de cristales (incluye la prueba de adecuación) cada dos años
- Sin copagos

MIEMBROS MENORES DE 21 AÑOS (BENEFICIO CUBIERTO POR MEDICAID)

- Examen ocular anual con refracción, exámenes médicamente necesarios ilimitados
- Lentes de contacto médicamente necesarios o anteojos anuales
- Reemplazo/reparaciones cubiertos
- Sin copagos

MENORES DE 21 AÑOS EN EL SISTEMA DE ACOGIDA

- Anteojos de repuesto como sea necesario por cualquier motivo (lentes de contacto médicamente necesarios o anteojos)
- Examen ocular anual con refracción, exámenes médicamente necesarios ilimitados
- Lentes de contacto médicamente necesarios o anteojos anuales
- Reemplazo/reparaciones cubiertos
- Sin copago



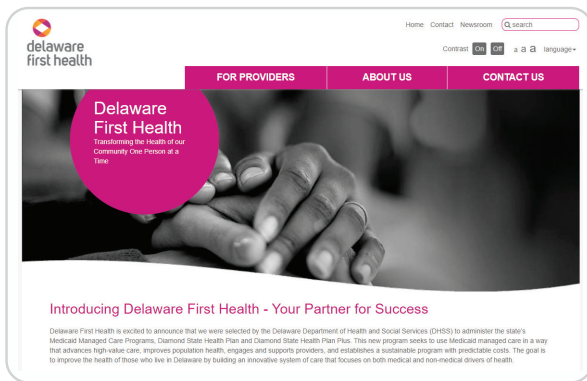
Configure su cuenta de miembro en línea

TAN SOLO SIGA ESTOS PASOS PARA CREAR SU CUENTA:

PASO 1: Visite el sitio web

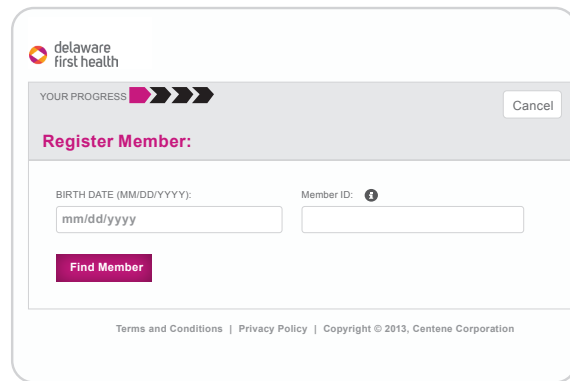
Visite DelawareFirstHealth.com.

Haga clic en **Login** (Iniciar sesión) y elija **Sign Up Now** (Registrarse ahora).



PASO 2: Ingrese su información

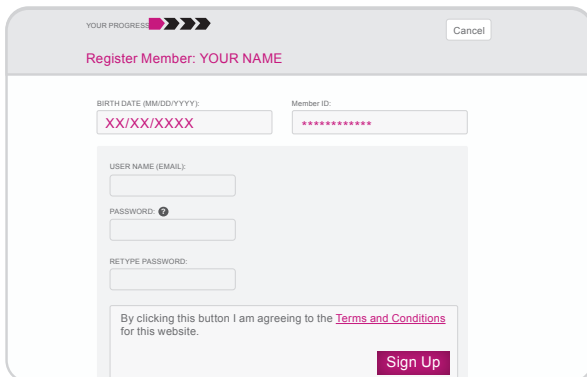
Ingrese su fecha de nacimiento y su número de identificación (ID) de miembro (en su tarjeta de ID). Luego, haga clic en **Find Member** (Buscar un miembro).



PASO 3: Registre su cuenta

Ingrese su dirección de correo electrónico.

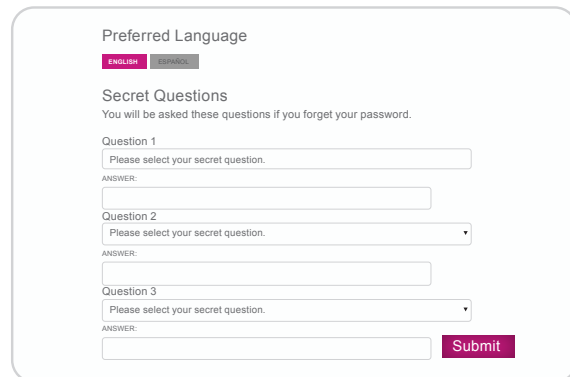
Elija una contraseña que sea una combinación de al menos ocho letras, números o símbolos. Marque la casilla **Terms and Conditions** (Términos y condiciones) y haga clic **Sign Up** (Registrarse).



Aparecerá un mensaje de confirmación en la pantalla. Además, recibirá un correo electrónico. Haga clic en el enlace de su correo electrónico para terminar de registrar su cuenta.

PASO 4: Verifique su cuenta

Elija su **preferred language** (idioma de preferencia) y complete las respuestas de sus **secret questions** (preguntas secretas). Si se olvida la contraseña, estas preguntas secretas podrían brindarle ayuda para acceder a su cuenta. Haga clic en el botón **Submit** (Enviar).



Puede añadir dependientes a su cuenta haciendo clic en **Continue** (Continuar).



Este examen de necesidades de atención de salud nos ayuda a mantenernos actualizados sobre su salud actual.

Utilizamos este formulario para conocer los cambios que haya tenido en su salud. Por eso es importante que llene este formulario todos los años. Disponer de esta información nos ayuda a satisfacer sus necesidades específicas de salud con servicios o asistencia adicionales.



LLENE EL FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario es confidencial. Asegúrese de llenar un formulario por cada miembro de Delaware First Health. Si necesita más formularios, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro llamando al **1-877-236-1341 (TTY: 711)** para empezar hoy mismo.

Recuerde que debe realizar este examen todos los años.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS

Disponible para todos los miembros que reciben servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), un coordinador de atención es la persona que ayuda a los miembros a administrar y crear su plan de atención de salud. También son los encargados de responder todas las preguntas y dudas que usted tenga sobre sus beneficios. Esto forma parte de los beneficios que usted recibe sin costo alguno.

CALIFICAR E INSCRIBIRSE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Si cree que podría calificar o le interesa recibir más información, comuníquese con nosotros llamando al **1-877-236-1341 (TTY: 711)**.

Miembros de DSHP Plus LTSS: Para obtener servicios de administración de casos, comuníquese con Servicios al Miembro llamando al **1-877-236-1341 (TTY: 711)**.



Conozca dónde buscar atención

Obtenga la atención adecuada en el lugar indicado

Asegúrese de conocer dónde obtener atención médica cuando la necesita. Si se enferma o se lesiona, tiene varias opciones para recibir la atención que necesita.



PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

El PCP es su proveedor principal. Llame al consultorio para programar una consulta si no necesita atención médica inmediata.

Consulte a su PCP si necesita lo siguiente:

- Ayuda con resfriados, gripe y fiebre
- Atención de problemas de salud continuos, como el asma o la diabetes
- Un examen anual de bienestar
- Vacunas
- Asesoramiento sobre su salud general



LÍNEA NURSE ADVICE LINE, DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

Nuestra línea Nurse Advice Line, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, es una línea telefónica gratuita de información de salud. Cuenta con profesionales médicos disponibles para responder preguntas sobre salud. También pueden brindarle ayuda para decidir si debe consultar a su PCP y asistencia para programar su cita.

Llame a la línea Nurse Advice Line, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si necesita lo siguiente:

- Ayuda para saber si debe acudir a su PCP
- Ayuda para cuidar a un niño enfermo
- Respuestas a preguntas sobre salud



CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

Los centros de atención de urgencia ayudan a diagnosticar y tratar enfermedades o lesiones que no ponen en peligro la vida pero no pueden esperar hasta el día siguiente. Si el consultorio de su PCP está cerrado, un centro de atención de urgencia puede ofrecerle atención rápida y práctica. Los centros de atención de urgencia también pueden ofrecer tiempos de espera más cortos que los de una sala de emergencias (ER).

Acuda a un centro de atención de urgencia de la red para lo siguiente:

- Esguinces
- Infecciones de oído
- Fiebre alta
- Síntomas de gripe con vómitos



SALA DE EMERGENCIAS (ER)

Se considera una situación de emergencia todo lo que podría poner en peligro su vida (o la de su hijo por nacer, si está embarazada) si no recibe atención médica inmediata. Los servicios de emergencia tratan lesiones por accidentes o el inicio de lo que parecería ser una condición médica. Nota: Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame a su PCP en un plazo de 24 horas o lo antes posible.

Acuda a la sala de emergencias (ER) en los siguientes casos:

- Fracturas
- Sangrado que no se detiene
- Dolores de parto u otras hemorragias (si está embarazada)
- Dolores torácicos intensos o síntomas de ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Ingesta de veneno
- Quemaduras graves
- Síntomas de shock (sudor, sed, mareos, palidez)
- Convulsiones o epilepsia
- Dificultad para respirar
- Pérdida repentina de las capacidades para ver, moverse o hablar
- Heridas de bala o arma blanca

Evite la sala de emergencias (ER) y acuda a su PCP en los siguientes casos:

- Gripes, resfriados, dolores de garganta o de oído
- Esguinces y torceduras
- Cortes o rasguños que no requieren puntos de sutura
- Más medicamentos o resurtido de medicamentos
- Dermatitis del pañal



RECURSOS ADICIONALES

Para obtener apoyo en caso de crisis de salud del comportamiento, llame a National Suicide Prevention Lifeline:

- Línea directa para crisis del norte de Delaware: 1-800-652-2929
- Línea directa para crisis del sur de Delaware: 1-800-345-6785
- Línea directa para crisis para jóvenes de DSCYF: 1-800-969-4357





Proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su médico personal principal.

Después de elegir un PCP, es importante que hagan una reunión para que puedan conocerse. Establecer una relación cercana con su PCP lo ayudará a sentirse cómodo cuando habla de su salud.

Su PCP mantendrá sus expedientes y estará al tanto de todos los cambios de su salud. Comuníquese con su PCP siempre que se sienta mal o tenga alguna duda sobre su salud para que pueda recibir la mejor atención. Si no elige un PCP dentro de 30 días, se le asignará uno automáticamente. Puede cambiar de PCP en cualquier momento a través de su cuenta segura en línea. Los servicios de atención de salud médicamente necesarios deben obtenerse a través de proveedores participantes, con excepciones como la atención de emergencia. También puede llamarnos.

ENCUENTRE UN PCP

Visite DelawareFirstHealth.com para elegir o cambiar de PCP.

-0-

Llámenos al 1-877-236-1341 (TTY: 711). Podemos brindarle ayuda para encontrar un PCP.

SU EXAMEN ANUAL DE BIENESTAR



Después de elegir un PCP, llame para programar su cita.

Hacer un control anual con su PCP es la mejor manera de mantenerse informado sobre su salud. Hable con su médico sobre cualquier cambio que haya notado o sobre las inquietudes que tenga. Su PCP podría recomendarle pruebas u otros servicios de atención preventiva para ayudar a supervisar su salud. Aproveche esta oportunidad para hacer todas las preguntas que tenga.

Si necesita ayuda para programar esta consulta, llámenos al **1-877-236-1341 (TTY: 711)**.



MANTÉNGASE INFORMADO SOBRE LA SALUD DE SU HIJO

Los bebés y los niños pequeños también necesitan ver a su médico con regularidad. Es importante que su hijo se haga un control de salud anual aunque no esté enfermo. En el siguiente cuadro, se indica cuándo los bebés, niños pequeños y adolescentes deberían atenderse con un PCP.

CALENDARIO DE CONTROLES DE SALUD



Nacimiento

- 3 a 5 días
- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses



Primera infancia

- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- 3 años
- 4 años



Segunda infancia y adolescencia

- Una vez por año hasta que su hijo cumpla los 21 años

El control de salud de su hijo incluye un examen y vacunas para ayudar a prevenir enfermedades. Hable con el médico sobre todas sus inquietudes y los problemas de salud de su hijo.





Cuide de sí misma y de su bebé

Start Smart for Your Baby

Nuestro programa Start Smart for Your Baby® ofrece apoyo y atención personalizados para mujeres embarazadas y madres de recién nacidos. Este programa le brinda ayuda para que se concentre en su salud durante el embarazo y el primer año de su bebé.

START SMART FOR YOUR BABY® OFRECE ESTOS BENEFICIOS SIN COSTO ALGUNO PARA USTED:

- Información sobre el embarazo y el cuidado de un recién nacido
- Ayuda comunitaria para vivienda, alimentos, ropa y cunas
- Apoyo y recursos para la lactancia materna
- Ayuda del personal médico para usted y para su médico si tiene algún problema durante el embarazo
- Consejos de salud por mensaje de texto y correo electrónico para usted y su recién nacido

PARA COMENZAR

Si está embarazada, llene el Formulario de notificación de embarazo en línea o en la página siguiente. Nos comunicaremos con usted para ofrecerle información de nuestro programa Start Smart for Your Baby®.



Aviso de Embarazo

Este formulario es confidencial.

Si tiene problemas o preguntas, por favor llame al Delaware First Health at 1-877-236-1341 (TTY: 711).
Este formulario también está disponible en línea en <https://www.delawarefirsthealth.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.

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:





Es fácil ganar recompensas en dinero de *myhealthpays*[®].

Cada vez que complete una actividad de salud, añadiremos las recompensas en dinero que haya ganado directamente a su tarjeta prepaga de Visa[®] de My Health Pays[®].

Le enviaremos su tarjeta prepaga de Visa[®] de My Health Pays[®] por correo postal una vez que haya completado su primera actividad de salud. Puede seguir ganando recompensas de My Health Pays[®] si completa más actividades de salud. Sus recompensas se añadirán a su tarjeta cuando recibamos la notificación.

**VISITE DELAWAREFIRSTHEALTH.COM PARA
OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE CÓMO GANAR
RECOMPENSAS DE MY HEALTH PAYS.**

UTILICE SUS RECOMPENSAS DE *myhealthpays*[®] PARA AYUDAR A PAGAR LO SIGUIENTE:

- Servicios públicos
- Transporte
- Telecomunicaciones (factura del teléfono móvil)
- Servicios de cuidado de niños
- Educación
- Alquiler

TAMBIÉN PUEDE USARLAS PARA LO SIGUIENTE:

- Comprar artículos de uso diario en **Walmart** *.

Inicie sesión en su
cuenta de miembro
para consultar el saldo
de sus recompensas de
myhealthpays[®].

* No se puede usar la tarjeta para comprar bebidas alcohólicas, productos con tabaco ni armas de fuego.

La tarjeta es emitida por The Bancorp Bank en virtud de una licencia de Visa U.S.A Inc. The Bancorp Bank; miembro de FDIC. La tarjeta no puede usarse en todos los sitios que aceptan tarjetas de débito de Visa. Para conocer todas las restricciones de uso, consulte el Convenio para titulares de tarjeta.

Los fondos vencen 90 días después de finalizada la cobertura de seguro o a los 365 días después de ganar la recompensa, lo que ocurra primero.



DelawareFirstHealth.com.

1-877-236-1341

TTY: 711 (para personas con dificultades de audición)

© 2022 Delaware First Health. Todos los derechos reservados.

Fecha del seguro: 1/1/2023

750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713