



HEALTH PLAN OF NEVADA GUÍA PARA MIEMBROS

Queremos ser su aliado en la buena salud.



EN HEALTH PLAN OF NEVADA (HPN), NOS ESFORZAMOS POR BRINDAR COBERTURA DE CUIDADO DE LA SALUD DE CALIDAD QUE SEA CONVENIENTE, DE FÁCIL ACCESO Y TENGA UN PRECIO RAZONABLE. Las siguientes páginas le brindarán una descripción de su plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS) y le darán información y recursos para saber cuál es la mejor forma de usarlos.



CONOZCA SU PLAN

Como la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) más antigua de Nevada, Health Plan of Nevada ha brindado cobertura de cuidado de la salud a los habitantes de Nevada durante más de 30 años.

Las siguientes páginas presentan una descripción general de sus beneficios. Las secciones tituladas "Introducción a Sus Beneficios", "Cómo se Mide la Calidad" y "Cómo Comunicarse con Nosotros" contienen información que se aplica a todos los miembros.

También encontrará secciones sobre nuestros planes HMO y POS. Estas secciones le ayudarán a comprender cómo funciona su tipo de plan. Con cualquiera de los dos planes, esperamos que esté conforme con nuestros beneficios y servicios.

Para conocer detalles específicos sobre su plan, consulte su Comprobante de Cobertura de Health Plan of Nevada, el Anexo A del Plan de Beneficios, los Endosos y las Cláusulas Adicionales correspondientes, y las Exclusiones de Cobertura. Hay copias de estos documentos disponibles en línea o a solicitud.

Los documentos del plan rigen la resolución de cualquier pago o pregunta de beneficios.

Si tiene preguntas o necesita más información, llame a nuestro Departamento de Servicios a los Miembros al **1-800-777-1840; TTY 711**.

Si necesita ayuda para comunicarse, p. ej., los servicios de un intérprete de idiomas, llame al Departamento de Servicios a los Miembros.

ÍNDICE

PARA TODOS LOS MIEMBROS

Introducción a Sus Beneficios:

Centro para Miembros en Línea.....	5
Departamento de Servicios a los Miembros.....	5
Aplicación HPN/SHL Symptom Checker (Detector de Síntomas de HPN/SHL).....	5
Servicio de Enfermeras Asesoras por Teléfono.....	5
NowClinic® Servicios en Línea las 24 horas, los 7 días de la semana.....	6
Atención de Urgencia.....	6
Atención de Emergencia.....	6
Programas de Bienestar y Educación de Salud.....	7
Nuestros Recursos de Educación y Salud en Línea.....	7
Programa para Condiciones Crónicas.....	7
Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta.....	8
Autorización Previa para Medicamentos de Venta con Receta.....	9
Terapia Escalonada.....	9
Dosificación y Resurtidos.....	9
Solicitud de Excepción.....	9

Cómo se Mide la Calidad:

Atención al Paciente Adecuada, Oportuna y Necesaria.....	10
Planificación de Alta del Hospital.....	10
Evaluación de la Atención que Recibió.....	10
Nueva Tecnología Médica.....	10
No hay Incentivos para las Denegaciones de Autorizaciones Previas.....	10
Revisión Interna y Externa para la Denegación de Beneficios.....	11
Su Derecho a una Apelación.....	11
Autorización Previa.....	11
Si Tiene una Queja.....	11
Cómo Presentar un Reclamo.....	12
Sus Derechos de Privacidad.....	12

Conozca Su Plan HMO:

Conozca Su Plan HMO.....	13
Cómo Seleccionar o Cambiar Su Proveedor.....	13
Southwest Medical Associates.....	13
Citas de Rutina.....	13
Servicios Especializados y Hospitalarios.....	14
Atención Lejos de Casa.....	14
Servicios de Salud Conductual.....	14

Conozca Su Plan POS:

Conozca Su Plan POS.....	14
Cómo Seleccionar o Cambiar Su Proveedor.....	15
Southwest Medical Associates.....	16
Citas de Rutina.....	16
Servicios Especializados y Hospitalarios.....	16
Atención Lejos de Casa.....	16
Servicios de Salud Conductual.....	17

Derechos y Responsabilidades del Miembro:

Derechos del Miembro.....	17
Responsabilidades del Miembro.....	18

Cómo Comunicarse con Nosotros:

Servicio de Enfermeras Asesoras por Teléfono las 24 Horas.....	19
Departamento de Servicios a los Miembros.....	19
Centro para Miembros en Línea.....	19
División de Bienestar y Educación de Salud.....	19
Behavioral Healthcare Options.....	19
Administración de Reclamos.....	19

Introducción a Sus Beneficios

Centro para Miembros en Línea

Puede encontrar información sobre sus beneficios a través de nuestro centro para miembros en línea las 24 horas del día, los 365 días del año. Aproveche estas convenientes funciones de servicio:

- Vea los documentos de su plan
- Cambie su dirección
- Vea, envíe por correo electrónico o imprima su tarjeta de identificación virtual del plan de salud
- Solicite tarjetas de identificación de reemplazo del plan de salud
- Verifique su cobertura de servicios farmacéuticos, dentales o de la vista
- Consulte sus copagos por servicios médicos
- Revise el estado de un reclamo
- Averigüe a quién tenemos registrado como su proveedor de atención primaria.
- Consulte el estado de una solicitud de autorización previa
- Averigüe cuánto se ha aplicado a su deducible, si corresponde

Simplemente visítenos en **myHPNonline.com**. Quienes visiten el sitio por primera vez deberán registrarse. La información médica del miembro es confidencial y está disponible únicamente para usted y su proveedor.

Departamento de Servicios a los Miembros

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de su plan de salud o si necesita ayuda para seleccionar un proveedor, llame al Departamento de Servicios a los Miembros. Los representantes del Departamento de Servicios a los Miembros están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. También puede llamar después de este horario y dejar un mensaje. Le devolverán la llamada al siguiente día hábil. Llámenos al **702-242-7300** o al **1-800-777-1840**; TTY: **711**.

Aplicación HPN/SHL Symptom Checker (Detector de Síntomas de HPN/SHL)

Ahora usted cuenta con una excelente herramienta para orientarlo en el tipo de atención que podría necesitar, si es el caso. También puede encontrar formas de aliviar los síntomas de enfermedades y lesiones menores.

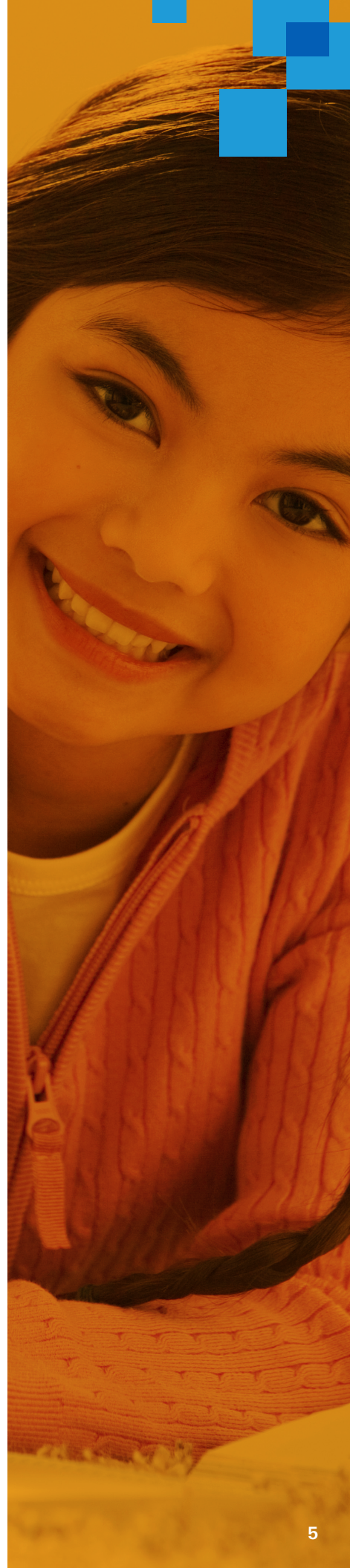
Use la aplicación HPN/SHL Symptom Checker en su computadora o dispositivo móvil (disponible en inglés y en español). Puede seleccionar sus síntomas y obtener información sobre qué podría hacer para sentirse mejor. Es fácil y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Esta aplicación está disponible para dispositivos iOS® y Android™ en la tienda en línea App Store™ o Google Play™. La aplicación tiene funciones adicionales y usted puede llevarla dondequiera que vaya.

Simplemente visite **myHPNonline.com**. O bien, visite la tienda App Store o Google Play para descargar la aplicación gratis.

Servicio de Enfermeras Asesoras por Teléfono

Health Plan of Nevada ofrece un servicio de Enfermeras Asesoras por Teléfono disponible las 24 horas. Esto significa que, de día o de noche, día festivo o fin de semana, nuestro Servicio de Enfermeras Asesoras por Teléfono está disponible para brindarle consejos o para ayudarle a decidir si debe buscar atención de urgencia, atención de emergencia o programar una cita con su proveedor. Simplemente llame al **702-242-7330** o al **1-800-288-2264**; TTY: **711**.



NowClinic® Servicios en Línea las 24 horas, los 7 días de la semana

Cuando no se siente bien pero tampoco se trata de una emergencia, puede ser difícil encontrar tiempo para ir al médico. Los miembros de Health Plan of Nevada tienen una opción conveniente que se adapta a sus atareados estilos de vida.

Use NowClinic para conectarse con proveedores de Southwest Medical y NowClinic a través de una cámara web segura, chat, teléfono o aplicación móvil en cualquier momento, las 24 horas, los 365 días del año. El tiempo de espera generalmente es de menos de 10 minutos*, y usted puede conectarse dondequiera que le resulte conveniente. Incluso puede evitar la espera si le pide al médico que le envíe un mensaje de texto cuando esté disponible.

NowClinic le permite hablar como si estuviera en un consultorio con proveedores que pueden diagnosticar, brindar recomendaciones de cuidado y recetar**, si corresponde, en caso de necesidades de atención simples como gripe, sinusitis, insomnio y conjuntivitis.

La mayoría de los planes tienen el mismo copago que por una visita a una clínica que atiende sin turno, así que no sólo es menos costoso sino que también es más fácil que un viaje habitual para visitar a su médico de familia.

Para inscribirse, visite **NowClinic.com** o descargue la aplicación NowClinic para dispositivos móviles iOS® y AndroidSM de la tienda en línea App StoreSM o Google PlayTM. Realice el breve proceso de inscripción y asegúrese de ingresar su nombre tal como aparece en su tarjeta de identificación del seguro. Ahora, sólo tendrá que hacer un clic cuando necesite consultar a un proveedor.

*Según estadísticas recientes, pero no se garantiza este tiempo de espera. No más de 30 minutos.

NowClinic no está diseñada para tratar condiciones médicas de emergencia o potencialmente mortales. Para esas circunstancias, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias.

Los proveedores de NowClinic no reemplazan a su médico de atención primaria. Los servicios no están cubiertos por Medicare, y es posible que no estén cubiertos por su plan de salud privado ni Medicaid, así que consulte con ellos antes de usar los servicios. Si los servicios no están cubiertos, el consumidor es responsable de pagar los cargos en el momento del servicio. Si están cubiertos, se pueden aplicar copagos y deducibles. Los proveedores de NowClinic no recetan sustancias controladas y se reservan el derecho a rehusarse a recetar otros medicamentos que estén restringidos por la ley estatal, o que puedan ser perjudiciales o no terapéuticos. Los proveedores también pueden rehusarse a aceptar a una persona como paciente si el problema médico presentado no es apropiado para la atención de NowClinic o por el uso indebido de servicios. Todas las marcas registradas son propiedad de sus respectivos titulares.

Atención de Urgencia

Considere visitar un establecimiento que preste servicios de atención de urgencia cuando su condición médica requiera atención rápida, por ejemplo:

- Infecciones de oído
- Resfríos y otros problemas respiratorios
- Torceduras y distensiones
- La mayoría de los tipos de dolor abdominal
- Vómitos y diarrea
- La mayoría de las cortaduras
- La mayoría de las quemaduras
- La mayoría de las fracturas
- La mayoría de los tipos de dolor de espalda

Atención de Emergencia

Una condición médica de emergencia verdadera es cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para que usted pudiera esperar razonablemente un grave peligro para su salud, como las condiciones que se enumeran a continuación. En una situación de emergencia, ya sea que se encuentre en su hogar o fuera de la ciudad, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano.

- Quemaduras graves
- Traumatismos importantes
- Intoxicaciones
- Dificultades graves para respirar
- Sangrado abundante
- Dolor intenso de pecho
- Parálisis repentina

Educación de Salud y Bienestar

Ya sea que desee alimentarse bien, hacer más ejercicio, dejar de fumar o relajarse, usted tiene una amplia gama de recursos que pueden ayudarlo a mantenerse saludable. Nuestro equipo incluye especialistas en educación de salud certificados, dietistas registrados y educadores en diabetes certificados. Es posible que se aplique un pequeño cargo para cubrir el material de los cursos. Los programas y cursos incluyen:

- Asma: adultos y niños/cuidadores
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca
- Control de la diabetes
- Salud del corazón: colesterol, presión arterial, triglicéridos
- Dejar de fumar
- Control del peso: adultos y niños/adolescentes

Recursos de Salud y Educación en Línea

Nuestra División de Educación de Salud y Bienestar (Health Education and Wellness, HEW) tiene amplia experiencia en brindar educación de salud de calidad en persona. HEW amplió sus servicios para brindar algunos de los mismos programas de educación de salud en internet. Si inicia sesión en el centro para miembros en línea, tendrá acceso a episodios virtuales como:

- Uso de medidores de glucosa en sangre
- Cuidado de los pies
- Técnica para la aplicación de inyecciones de insulina con plumas y jeringas
- Las tres fases del entrenamiento
- Cómo medir el perímetro de la cintura
- Una alimentación equilibrada
- Sodio
- Recorrido por un bufé
- Cómo bañar/hacer eructar a un bebé
- Uso de un asiento de carro para niños
- Ejercicio de un minuto para aliviar el estrés
- Ejercicio de respiración profunda
- Dejar de fumar
- Visita de atención de la salud preventiva
- Caminar

Para registrarse en una clase, hacer una consulta u obtener más información, llame al **702-877-5356** o al **1-800-720-7253**; TTY: **711**.

Programa para Condiciones Crónicas

Health Plan of Nevada ofrece a los miembros un Programa para el Manejo de Enfermedades. Este programa está diseñado para ayudarlo con sus necesidades de atención de la salud de modo que pueda alcanzar sus metas de salud a largo plazo.

Principales Características del Programa

Como miembro del Programa para el Manejo de Enfermedades, usted recibirá información valiosa para ayudarlo a controlar su salud. Algunos ejemplos son:

- Asesoramiento personalizado a cargo de una Enfermera Registrada Asesora de Salud para enseñarle la mejor manera de controlar su condición y mejorar su salud y bienestar general. Las enfermeras lo llaman en el horario que usted disponga.
- Ayuda con preguntas sobre medicamentos o problemas relacionados con el asma o a la diabetes.
- Información sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, consejos para hacer ejercicio, llevar una dieta saludable y dejar de fumar, así como los factores desencadenantes del asma.
- Diarios personales para registrar información clave de atención de la salud, como su peso y sus niveles de glucosa en sangre, si tiene diabetes y los valores del medidor de flujo máximo, si tiene asma.

¿Quiénes Puede Participar en el Programa?

Los miembros que tengan uno o más de los problemas de salud que se enumeran a continuación pueden inscribirse en el programa.

- Adultos y niños asmáticos
- Adultos diabéticos

El Programa para el Manejo de Enfermedades es gratuito para todos los miembros elegibles de Health Plan of Nevada. Después de inscribirse, usted puede dejar el programa en cualquier momento. Para inscribirse en el Programa para el Manejo de Enfermedades, llame al **702-242-7346** o al **1-877-692-2059**; TTY: **711**. Este programa brinda apoyo y no reemplaza los planes de tratamiento puestos en práctica por su proveedor. Siempre hable con su proveedor sobre cualquier problema de salud importante.



Medicamentos de Venta con Receta

Si la empresa para la cual trabaja ofrece un plan de medicamentos de venta con receta, Health Plan of Nevada tiene una cobertura de medicamentos de venta con receta y brinda acceso a una gran red de farmacias locales y nacionales. Además, usted se beneficiará de una amplia variedad de medicamentos eficaces y a precios razonables. Estos medicamentos se detallan en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL), que también se conoce como formulario. Es una lista de medicamentos genéricos y de marca registrada clínicamente comprobados que usan nuestros proveedores contratados. Cuando usted usa un medicamento de un nivel más bajo (Nivel I o Nivel II), sus copagos son más bajos que cuando usa un medicamento del Nivel III (o si su plan lo ofrece, del Nivel IV).

Puede ver nuestra Lista de Medicamentos Preferidos en **myHPNonline.com** o llamar al Departamento de Servicios a los Miembros al número que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Costos menores de medicamentos de venta con receta: comparación entre medicamentos genéricos y de marca registrada

¿Qué es un medicamento genérico?

Un medicamento genérico se vende o se surte con un nombre que no está protegido por una patente. Los medicamentos genéricos comienzan a ofrecerse después de que venza la patente del medicamento de marca registrada.

¿Los medicamentos genéricos actúan igual que los medicamentos de marca registrada?

Sí. La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos debe aprobar todos los medicamentos antes de que puedan venderse a los consumidores. Los medicamentos genéricos deben cumplir con exactamente los mismos estándares de pureza, concentración y calidad que los medicamentos de marca registrada. De hecho, un medicamento genérico debe contener exactamente los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca registrada, se debe absorber en el cuerpo con la misma velocidad y de la misma forma, y debe producir los mismos efectos.

¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos de marca registrada y los genéricos?

No hay gran diferencia, excepto el nombre y el precio. Los medicamentos genéricos se denominan por su nombre químico, mientras que los medicamentos de marca llevan el nombre que les asigna un fabricante. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los "de marca". En la mayoría de los casos, sus costos de desembolso personal también serán más bajos cuando le receten y compre un medicamento genérico. Es posible que su plan de salud clasifique a los medicamentos genéricos en varios niveles, así que para asegurarse de ahorrar lo máximo, consulte la Lista de Medicamentos Preferidos y use los medicamentos de los niveles más bajos.

¿Puedo ahorrar tiempo y dinero si uso un beneficio de farmacia de pedido por correo?

Sí. Considere usar nuestra farmacia de pedido por correo contratada, OptumRx, para sus necesidades de medicamentos. Los miembros de Health Plan of Nevada pueden usar uno de los siguientes métodos simples para comenzar:

Envíe su receta por correo. Si prefiere enviar su receta por correo, vaya a **myHPNonline.com** y descargue un formulario de pedido. Su proveedor debe extenderle una receta para un suministro de 90 días con resurtidos cuando corresponda (no un suministro de 30 días con tres resurtidos). Llene el formulario de pedido y envíelo por correo junto con su receta a la dirección proporcionada.

Pídale a su proveedor que lo haga. Llene la sección uno del formulario de pedido por fax de OptumRx, luego pídale a su proveedor que llene la sección dos y que envíe el formulario por fax por usted. El formulario está disponible en **myHPNonline.com**. Su proveedor debe extenderle una receta para un suministro de 90 días con resurtidos cuando corresponda (no un suministro de 30 días con tres resurtidos).

Si necesita más ayuda con su pedido o con otras preguntas relacionadas, llame al número del Departamento de Servicios a los Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud.

¿Qué es una Autorización Previa?

Si su médico quiere recetarle un medicamento para el cual el plan tiene requisitos específicos de uso o que no está en la Lista de Medicamentos Preferidos, es posible que usted necesite obtener una autorización previa. Autorización previa es el proceso de notificación y aprobación de un medicamento de venta con receta que tiene ciertas restricciones o que no está en la Lista de Medicamentos Preferidos. Por lo general, su médico solicita este proceso, que es necesario para brindarle a usted la atención de la salud más apropiada y eficiente en costo posible. Si no recibe autorización previa antes de pasar a buscar su medicamento de venta con receta, es posible que usted sea responsable del costo del medicamento. Para ver más detalles sobre cómo funciona el proceso de autorización previa, consulte su Comprobante de Cobertura o Convenio de Cobertura y los documentos de su plan.

¿Qué es la Terapia Escalonada?

Es un programa diseñado para personas que tienen ciertas condiciones (por ejemplo, artritis, presión arterial alta y colesterol alto) por las que deben tomar medicamentos con regularidad.

En algunos casos, su plan de salud le exige que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición.

Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, puede que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Usted y su médico trabajarán juntos para elegir las mejores opciones de medicamentos de venta con receta para usted.

Para averiguar qué medicamentos de venta con receta requieren terapia escalonada, consulte la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) de Health Plan of Nevada en **myHPNOnline.com**.

¿Hay Límites en la Dosificación y los Resurtidos?

Una farmacia puede negarse a surtir o resurtir una receta cuando, en la opinión profesional del farmacéutico, no se debería surtir la receta. Los beneficios por recetas de medicamentos de pedido por correo presentadas después de que Health Plan of Nevada haya recibido un aviso de cancelación de un miembro se limitarán al suministro terapéutico apropiado desde la fecha en que se reciba dicho aviso de cancelación hasta la fecha de vigencia de cancelación del miembro.

Si Health Plan of Nevada determina que usted podría estar utilizando medicamentos de venta con receta de una manera perjudicial o abusiva, o con una frecuencia perjudicial, su selección de farmacias del plan podría limitarse. Si esto ocurre, es posible que le exijamos que seleccione una sola farmacia del plan para que preste y coordine todos los servicios farmacéuticos futuros. La cobertura de beneficios se pagará solamente si usted usa esa sola farmacia del plan.

Si no elige una farmacia dentro de los treinta y un (31) días de la fecha en que se le notifique, seleccionaremos una sola farmacia del plan por usted.

¿Qué es una Solicitud de Excepción?

Una solicitud de excepción permite que usted, su proveedor o alguien en su nombre pida al plan que anule los requisitos de terapia escalonada o las restricciones del límite de cantidad. El formulario de solicitud de excepción está disponible en **myHPNOnline.com** o a través del Departamento de Servicios a los Miembros al **1-800-777-1840; TTY: 711**.



Cómo se Mide la Calidad

Tenemos el compromiso de mejorar la calidad de la atención de la salud y los servicios para nuestros miembros. Las metas de nuestro programa de calidad son medir, supervisar y analizar los resultados de los servicios y la atención de la salud que reciben los miembros del plan de salud. Luego planificamos y llevamos a cabo iniciativas centradas en la calidad para los miembros y los proveedores del plan de salud con el fin de mejorar dichos resultados. Cada año, desarrollamos un plan de trabajo para mejorar calidad, que es supervisado por el Comité de Mejoramiento de la Calidad del plan de salud y es evaluado anualmente por el directorio del plan de salud. Si tiene algún comentario o pregunta sobre nuestro programa de calidad y las iniciativas de calidad en curso, comuníquese con nuestro Departamento para el Mejoramiento de Calidad al **702-242-7735**; TTY: **711**.

Atención al Paciente Adecuada, Oportuna y Necesaria

Si lo admiten en un hospital, centro de rehabilitación u otro centro para pacientes hospitalizados, Health Plan of Nevada supervisará su atención mediante una revisión inicial y revisiones continuas. Hacemos esto para asegurar que la atención que usted reciba sea apropiada, se brinde en el centro adecuado y sea médicamente necesaria. Nuestros administradores de casos realizarán estas revisiones en el hospital o por teléfono con alguna de las enfermeras del centro o con su médico tratante.

Planificación de Alta del Hospital

Si es hospitalizado, nuestro administrador de casos comenzará a trabajar con usted y con su proveedor dentro de las primeras 24 horas de admisión. Haremos los arreglos necesarios para la atención continua, los servicios o los equipos que usted pueda necesitar después de dejar el hospital. Según su situación, estos planes podrían incluir el traslado a otro establecimiento, como un hospital de rehabilitación. O, podrían darle de alta a su hogar para que continúe con el tratamiento como paciente ambulatorio. Asegúrese de comunicarse con su proveedor de atención primaria para que pueda coordinar su atención médica de seguimiento.

Su proveedor de atención primaria ayudará a coordinar su atención si alguna vez usted debe ser admitido en un hospital por una situación que no sea de emergencia. Para asegurarnos de que usted reciba atención adecuada de calidad oportunamente y pague el menor costo de desembolso personal posible, tenemos contrato con la mayoría de los hospitales del área. Para conocer detalles sobre cualquier copago y/o coaseguro que pueda estar relacionado con visitas al hospital, servicios médicos y anestesia, consulte los documentos de su plan. Si desea ver una lista completa de hospitales, consulte su directorio de proveedores.

Evaluación de la Atención que Recibió

Si es admitido en un centro no contratado o si recibe atención o servicios fuera del área de servicio de Health Plan of Nevada, es posible que realicemos una revisión retrospectiva (después de que se recibió la atención) para evaluar si la atención médica, los servicios, tratamientos y procedimientos que usted recibió fueron adecuados. Como parte de este proceso, revisaremos sus registros médicos, diagnóstico de admisión y síntomas presentes.

Nueva Tecnología Médica

Por razones de seguridad, Health Plan of Nevada evalúa formalmente los descubrimientos médicos nuevos e incipientes antes de incluirlos en nuestro paquete de beneficios para miembros. Nuestro proceso de revisión, a cargo de personal técnico sumamente especializado (que incluye médicos), evalúa la nueva tecnología cotejándola con los estándares médicos y las investigaciones clínicas para determinar la eficacia y seguridad de:

- Nuevos medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos
- Nuevas aplicaciones de tecnologías existentes

Si usted, sus proveedores u otras partes interesadas desean presentar una solicitud de revisión de nueva tecnología médica, comuníquense con el Departamento de Servicios a los Miembros al número que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud.

No hay Incentivos para las Denegaciones de Autorizaciones Previas

¿Quién toma las decisiones relacionadas con su atención? Usted y su proveedor. Health Plan of Nevada prohíbe que se retribuya a médicos, otros profesionales o personal de atención de la salud por denegar beneficios o como incentivo por la denegación de beneficios. Todas las decisiones relacionadas con sus beneficios se analizan minuciosamente según sus necesidades médicas y la idoneidad de la atención y el servicio.

Los empleados de Health Plan of Nevada que realizan las tareas de revisión de utilización no reciben ningún incentivo, financiero ni de otra índole, para alentarlos a denegar beneficios. Esto significa que no damos incentivos a nadie de nuestro equipo para restringir los beneficios de nuestros miembros. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios a los Miembros al número que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Revisión Interna y Externa para la Denegación de Beneficios

Si se deniega un beneficio, Health Plan of Nevada ofrece una revisión interna para ayudar a asegurar la satisfacción del miembro en el proceso de toma de decisiones médicas. Además, un panel de profesionales médicos imparciales realiza una revisión externa independiente de las denegaciones elegibles que ya hayan pasado por la revisión interna.

Las apelaciones rápidas están disponibles cuando es necesario tomar una decisión lo antes posible. Para obtener más información, consulte los documentos de su plan en línea o llame al Departamento de Servicios a los Miembros.

Su Derecho a una Apelación

¿Cómo se apela una decisión que podría tener un efecto adverso en su cobertura, sus beneficios o su relación con Health Plan of Nevada?

Una apelación es una solicitud para que Health Plan of Nevada revise una decisión sobre la denegación de cobertura para servicios o beneficios de atención de la salud. Los miembros tienen 180 días a partir de la fecha de la denegación para apelarla. Para presentar una solicitud o iniciar una apelación para que se realice la revisión informal de una decisión, usted o su proveedor puede llamar al Departamento de Servicios a los Miembros o enviar una solicitud escrita por correo a:

Appeals and Grievances Department
Health Plan of Nevada
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645

Autorización Previa

Autorización previa es el proceso de notificación y aprobación de ciertos tipos de servicios, tratamientos o equipos de atención de la salud por parte de Health Plan of Nevada. Este paso es necesario para asegurar el pago de los beneficios. Para obtener información detallada sobre los servicios, tratamientos y equipos de atención de la salud que requieren autorización previa, consulte los documentos de su plan.

Salvo en casos de emergencia médica, las referencias para recibir atención fuera del área requieren autorización previa antes de que se paguen los beneficios. Usted, un miembro de su familia, su proveedor o un representante de un establecimiento con licencia puede comunicarse con el Departamento de Servicios a los Miembros para obtener información sobre el estado de una autorización previa.

Todas las solicitudes de autorización previa que requieren una decisión clínica o médica son revisadas por un médico con licencia o bajo la supervisión de uno. Además, únicamente un médico puede denegar una solicitud. Nuestro director médico revisa cada solicitud caso por caso, teniendo en cuenta cualquier circunstancia especial.

Si se deniega su solicitud o si usted tiene alguna pregunta sobre una autorización previa, puede llamar al Departamento de Servicios a los Miembros. Para iniciar una apelación de una decisión de autorización previa, llame al Departamento de Servicios a los Miembros o escriba a:

Appeals and Grievances Department
Health Plan of Nevada
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645

Si Tiene una Queja

Indudablemente queremos saberlo. Nos esforzamos por cumplir sus expectativas en todo sentido. Si en alguna oportunidad no está conforme con los servicios o la atención, o con las operaciones o administración de su plan de salud, llame al Departamento de Servicios a los Miembros o escriba o una carta a Health Plan of Nevada. De cualquiera de las dos maneras, usted recibirá una respuesta escrita a su queja.



Cómo Presentar un Reclamo

Los hospitales y proveedores fuera del área en general facturan los servicios (salvo su copago) directamente a Health Plan of Nevada. Si le exigen que pague por adelantado, obtenga sus registros médicos y todas las facturas del proveedor. Haga una copia para sus registros personales. Asegúrese de que su número de identificación de miembro esté en todos los documentos, y luego envíe los originales por correo directamente a Health Plan of Nevada:

Claims Administration
Health Plan of Nevada
P.O. Box 15645 Las Vegas, NV 89114-5645

Sus Derechos de Privacidad

Health Plan of Nevada se ocupa de proteger su privacidad mediante el desarrollo de normas y procedimientos operativos que rijan la forma en que trabajamos con otras compañías. Compartimos su información de salud protegida únicamente con las personas o entidades que sean necesarias para coordinar la atención de su salud o para administrar su beneficio de salud. Si se inscribe en uno de nuestros planes, podemos usar su información de salud protegida en el futuro con fines rutinarios o conocidos, por ejemplo, para tratamiento o para realizar evaluaciones de calidad. Y, desde luego, compartimos su información de salud protegida en conformidad con las leyes estatales y federales.

Health Plan of Nevada toma medidas de seguridad para proteger la información de salud protegida o los datos sobre usted que contengan detalles personales e información de salud que pueda identificarlo como persona, ya sea implícita o explícitamente. También exigimos a nuestros proveedores contratados que tomen medidas similares para proteger su información de salud protegida. Health Plan of Nevada no comparte su información de salud protegida con fines que no estén relacionados con la información del plan, a menos que tengamos su autorización. Usamos datos médicos para promover y mejorar la calidad de la atención que usted recibe. Cuando realizamos investigaciones y medimos la calidad, usamos información resumida siempre que sea posible, no información de salud protegida. Si usamos información de salud protegida, tomamos medidas para protegerla de divulgación indebida. No permitimos que organizaciones usen su información de salud protegida para investigación sin su consentimiento.

Usted tiene derecho a tener acceso a sus registros médicos y puede hacerlo comunicándose con su proveedor de atención. Cuando solicite que se compartan registros médicos específicos con terceros, podemos exigirle que firme un formulario de autorización. También podemos pedirle un consentimiento especial para el uso no rutinario de sus datos personales. Cuando le pedimos su autorización para divulgar su información de salud protegida, usted tiene derecho a rehusarse. Además de autorizarnos a divulgar su información de salud protegida, este paso adicional le permite comprender por qué se compartirá su información de salud protegida. Cuando un miembro carece de la capacidad para autorizar una divulgación, obtenemos la autorización de las personas reconocidas por las leyes estatales o federales para dar dicha autorización. Para obtener una copia completa de la política de privacidad, visite myHPNOnline.com o comuníquese con el Departamento de Servicios a los Miembros.

Si usted recibe la cobertura a través de un plan de salud de grupo patrocinado por la empresa para la cual trabaja, podemos compartir un resumen de la información de salud y de la información de inscripción y cancelación de la inscripción con el patrocinador del plan. Además, podemos compartir otra información de salud con el patrocinador del plan para la administración del plan si dicho patrocinador acepta restricciones especiales en el uso y la divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.

Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos en conformidad con los estándares estatales y federales correspondientes para proteger su información financiera personal contra riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios asegurados, y restricciones en quienes pueden tener acceso a su información financiera personal.



Conozca Su Plan HMO

Con la mayoría de los planes HMO de Health Plan of Nevada, no hay deducibles anuales, formularios de reclamo ni límites máximos anuales para muchos servicios. Sus copagos son predecibles y razonables gracias al diseño de beneficios en niveles de la HMO. Sus beneficios son fáciles de entender y obtener.

Cómo Seleccionar o Cambiar Su Proveedor

Para obtener la máxima cobertura y los menores gastos de desembolso personal, asegúrese de elegir su proveedor de atención primaria y sus especialistas del directorio de proveedores de Health Plan of Nevada HMO. Como su aliado en la salud, su proveedor de atención primaria ayudará a coordinar los servicios de atención de la salud que usted necesite.

- Cada miembro de su familia puede elegir un proveedor de atención primaria diferente
- Usted puede seleccionar un pediatra como proveedor de atención primaria de su hijo.
- Todas las mujeres miembro mayores de 14 años pueden elegir un obstetra/ginecólogo además de un proveedor de atención primaria

El directorio de proveedores de Health Plan of Nevada contiene información para ayudarle a acotar sus opciones. Encontrará la especialidad, la dirección del consultorio, el número de teléfono y el estado de certificación de la junta médica de cada proveedor contratado de nuestra red. Para ver nuestro directorio de proveedores en línea, visite **myHPNonline.com**. Para obtener una copia, comuníquese con el departamento de beneficios de la empresa para la cual trabaja o con el Departamento de Servicios a los Miembros al **702-242-7300** o al **1-800-777-1840**; TTY: **711**.

Para cambiar de proveedor de atención primaria, llame al Departamento de Servicios a los Miembros o envíe un formulario de cambio por correo a:

Member Services
Health Plan of Nevada
P.O. Box 15645 Las Vegas, NV 89114-5645

Southwest Medical Associates en el Sur de Nevada

Como miembro de Health Plan of Nevada, usted tiene acceso a Southwest Medical Associates, uno de los grupos médicos multidisciplinarios más grandes de Nevada. Southwest Medical tiene más de 250 proveedores de atención primaria y de atención especializada, además de un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. Con establecimientos convenientes ubicados por toda el área del Valle de Las Vegas y Pahrump, Southwest Medical está a su disposición para brindarle la atención que usted necesite.

Algunos de los centros de cuidado de la salud de Southwest Medical incluyen centros de atención de urgencia y la mayoría presta servicios de laboratorio y radiología en el lugar para su conveniencia.

El centro para pacientes en línea de Southwest Medical puede ayudarle a manejar el cuidado de su salud. *My SMA Health Onlinesm* ofrece acceso por internet las 24 horas a herramientas de programación de citas, registros médicos, renovaciones de recetas, visitas electrónicas y mucho más.

Para obtener más información, visite **smalv.com** o llame al **702-877-5199**; TTY: **711**.

Citas de Rutina

Para hacer una cita, llame al consultorio de su proveedor. Si es un miembro del Sur de Nevada y ha seleccionado un proveedor de Southwest Medical, llame al Centro de Programación de Citas de Southwest Medical al **702-877-5199**; TTY: **711**, o visite **smalv.com**. Si su proveedor está fuera de Southwest Medical, llame directamente al consultorio de su proveedor. Si debe cancelar una cita, asegúrese de llamar al proveedor con 24 horas de anticipación.

Servicios Especializados y Hospitalarios

Para que los costos de desembolso personal por servicios especializados sean los más bajos, asegúrese de que su proveedor de atención primaria le dé una referencia antes de ir a un especialista. Según su plan, también podría haber un costo compartido (como un copago o coaseguro) por radiografías o análisis que le indique su proveedor de atención primaria.

Si tiene programada una hospitalización o un procedimiento quirúrgico opcional o que no es de emergencia, su proveedor de atención primaria solicitará autorización previa a Health Plan of Nevada. Asegúrese de que el hospital tenga la autorización previa. Sin ella, usted podría ser responsable de todos los costos incurridos. Usted tiene cobertura para una hospitalización de emergencia no programada, pero se aplican reglas especiales en esas situaciones.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios a los Miembros o consulte los documentos de su plan en línea.

Atención Lejos de Casa

Si se enferma o sufre una lesión mientras viaja fuera del área de servicio de Health Plan of Nevada, siga estos simples pasos:

Para recibir Atención de Urgencia: Health Plan of Nevada cubre los servicios requeridos de urgencia si usted se encuentra en los Estados Unidos. Si está fuera de nuestra área de servicio, no es necesario que notifique antes a Health Plan of Nevada. Sin embargo, notifique al Departamento de Servicios a los Miembros en cuanto sea razonablemente posible. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios a los Miembros.

En Caso de Emergencia: Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si es posible, muestre su tarjeta de identificación del plan de salud. Llame al Departamento de Servicios a los Miembros dentro de las 48 horas, o en cuanto sea razonablemente posible, para verificar los beneficios de su plan por servicios médicamente necesarios después de recibir atención de emergencia o en relación con ésta.

Los beneficios por la atención médica de seguimiento de una enfermedad o lesión se limitan a la atención recibida antes de que pueda regresar sin riesgos al área de servicio de Health Plan of Nevada. Su proveedor de atención primaria debe coordinar la atención médica de seguimiento. Para obtener más información, consulte los documentos de su plan en línea.

Servicios de Salud Conductual

Behavioral Healthcare Options (BHO) brinda terapia profesional, consultas telefónicas y recursos en línea para ayudarle a encontrar las soluciones adecuadas a los desafíos de la vida y mantener una vida equilibrada y saludable.

Para recibir servicios de asesoramiento confidenciales, por ejemplo, referencias a un psicólogo, psiquiatra o proveedor de salud mental, llame a BHO al **702-364-1484** o al **1-800-873-2246**; TTY: **711**.

Para comunicarse con la línea de ayuda fuera de horario, llame al **1-800-873-2246** y seleccione la opción uno. Puede encontrar más información en línea en **bhoptions.com**. Si tiene beneficios por Behavioral Healthcare Options Plus, consulte los documentos de su plan para obtener más información sobre servicios adicionales.



Conozca Su Plan POS

Con un plan POS de Health Plan of Nevada, usted tiene una variedad de beneficios y servicios cubiertos disponibles dentro de un diseño de tres niveles: HMO, Proveedores Adicionales Dentro del Plan y Proveedores Fuera del Plan. Cada nivel está diseñado con diferentes grados de flexibilidad y costos compartidos. Por lo tanto, cada vez que tiene acceso a atención, puede elegir la cobertura que desee según sus necesidades actuales.

Cuando seleccione su nivel, tenga en cuenta los copagos, el acceso a proveedores, los deducibles y los coaseguros. Para tener una mejor idea de las diferencias entre los niveles de beneficios, los hemos resumido a continuación.

Nivel I, Opción de Beneficios de HMO

Esta opción le brinda la mayor cobertura por el menor costo de desembolso personal.

- Si usa la opción de beneficios de HMO del Nivel I, no habrá deducibles anuales, formularios de reclamo ni límites máximos anuales para muchos servicios.
- Elija un proveedor de atención primaria del directorio de proveedores del plan HMO de Health Plan of Nevada.
- Siempre obtenga una referencia o una autorización previa de su proveedor de atención primaria antes de visitar a un especialista, o de programar una cirugía u hospitalización opcional.

Nivel II, Opción de Beneficios de Proveedores Adicionales Dentro del Plan

Esta opción le brinda acceso a una red más amplia de proveedores, especialistas y centros de cuidado de la salud contratados.

- Si usa los beneficios del Nivel II, tendrá un mayor costo compartido que con la opción de beneficios de HMO del Nivel I. Esto podría incluir copagos o coaseguros por visitas al consultorio, coaseguros por otros servicios cubiertos y un deducible.
- Algunos servicios podrían requerir que usted presente formularios de reclamo o que reciba autorización previa antes de que se pueda efectuar un pago.
- Los beneficios por ciertos servicios cubiertos sólo podrían estar disponibles en la opción de beneficios de HMO del Nivel I.
- Si su plan POS incluye una red de proveedores nacionales, conforme a su beneficio del Nivel II, usted tendrá acceso a la red nacional UnitedHealthcare Choice Plus.

Nivel III, Opción de Beneficios de Proveedores Fuera del Plan

Esta opción le permite visitar cualquier hospital o proveedor de atención de la salud con licencia. Sin embargo, usted es responsable de pagar todos los costos de la atención en el momento del servicio, presentar formularios de reclamo para recibir un reembolso, cumplir con un deducible y compartir un coaseguro más alto.

- Los Proveedores Fuera del Plan del Nivel III no aceptan la Lista de Reembolsos de Health Plan of Nevada como pago total de los servicios cubiertos. Esto significa que usted será responsable de cualquier cargo que exceda nuestra lista de reembolsos, así como de los servicios que no cubra su plan de salud.
- Algunos servicios podrían requerir que usted presente formularios de reclamo o que obtenga autorización previa antes de que pueda recibir tratamiento.
- Los beneficios por ciertos servicios cubiertos sólo podrían estar disponibles en la opción de beneficios de HMO del Nivel I.

Cómo Seleccionar o Cambiar Su Proveedor

Como miembro de un plan POS, usted puede seleccionar su proveedor de atención primaria o especialistas de los tres niveles diferentes de opciones de beneficios.

- Si su proveedor de atención primaria o especialista tiene contrato con Health Plan of Nevada como proveedor de beneficios del Nivel I, usted pagará el menor costo de desembolso personal. Estos proveedores figuran en el directorio de proveedores del plan HMO de Health Plan of Nevada. Para que los beneficios del Nivel I sean pagaderos, recuerde obtener una referencia de su proveedor de atención primaria antes de ir a un especialista.
- Si su proveedor de atención primaria o especialista tiene contrato con Health Plan of Nevada como proveedor de beneficios del Nivel II, usted tendrá un mayor costo compartido y disfrutará de una red más amplia de proveedores para elegir. Estos proveedores figuran en el directorio de proveedores del plan PPO de Sierra Health and Life.
- Si su proveedor de atención primaria o especialista no tiene contrato con Health Plan of Nevada, sus beneficios se pagarán conforme a la opción de beneficios del Nivel III que incluye el mayor costo compartido. Usted puede seleccionar cualquier proveedor de atención de la salud con licencia cuando utilice sus beneficios del Nivel III.

Es importante que consulte los documentos de su plan para obtener información específica relacionada con su cobertura.

Puede cambiar de proveedor de atención primaria en cualquier momento con sólo llamar al Departamento de Servicios a los Miembros.

Southwest Medical Associates en el Sur de Nevada

Como miembro de Health Plan of Nevada, usted tiene acceso a Southwest Medical Associates, uno de los grupos médicos multidisciplinarios más grandes de Nevada. Southwest Medical tiene más de 300 proveedores de atención primaria y de atención especializada, además de un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. Con establecimientos convenientes ubicados por toda el área del Valle de Las Vegas y Pahrump, Southwest Medical está a su disposición para brindarle la atención que usted necesite.

Algunos de los centros de cuidado de la salud de Southwest Medical incluyen centros de atención de urgencia y la mayoría presta servicios de laboratorio y radiología en el lugar para su conveniencia.

El centro para pacientes en línea de Southwest Medical puede ayudarle a manejar el cuidado de su salud. *Health Onlinesm* ofrece acceso por internet las 24 horas a herramientas de programación de citas, registros médicos, renovaciones de recetas, visitas electrónicas y mucho más.

Para obtener más información, visite **smalv.com** o llame al **702-877-5199**; **TTY: 711**.

Citas de Rutina

Para hacer una cita, llame al consultorio de su proveedor. Si es un miembro del Sur de Nevada y ha seleccionado un proveedor de Southwest Medical, llame al Centro de Programación de Citas de Southwest Medical al **702-877-5199**; **TTY: 711** o visite **smalv.com**. Si su proveedor está fuera de Southwest Medical, llame directamente al consultorio de su proveedor. Si debe cancelar una cita, asegúrese de llamar al proveedor con 24 horas de anticipación.

Para recibir el tratamiento continuo de una condición crónica, considere usar su beneficio del Nivel I. Sin embargo, puede seleccionar los beneficios del Nivel II o del Nivel III para ir a un proveedor sin obtener primero una referencia o autorización de su proveedor de atención primaria. Algunos miembros usan esta opción para los proveedores a los que sólo visitan algunas veces por año, como un alergista o un dermatólogo.

Servicios Especializados y Hospitalarios

Para usar su opción de beneficios de HMO del Nivel I, necesitará una referencia de su proveedor de atención primaria para ir a un especialista. Cuando use las opciones de beneficios de Proveedores Adicionales Dentro del Plan del Nivel II o Proveedores Fuera del Plan del Nivel III, puede visitar a un especialista sin obtener primero una referencia de su proveedor de atención primaria. Sin embargo, habrá un copago más alto y costos de coaseguro adicionales. Para conocer más detalles, comuníquese con el Departamento de Servicios a los Miembros o consulte los documentos de su plan en línea.

Para usar la opción de beneficios de HMO del Nivel I para una hospitalización o cirugía opcional o de no emergencia, su proveedor de atención primaria necesita obtener una autorización previa de Health Plan of Nevada. Usted tiene cobertura para una hospitalización de emergencia, pero se aplican reglas especiales en esas situaciones. Si recibe servicios quirúrgicos o de hospitalización no de emergencia sin la autorización previa de Health Plan of Nevada, sus beneficios se reducirán y se pagarán conforme a las opciones del Nivel II o del Nivel III, según corresponda. Health Plan of Nevada sólo pagará servicios hospitalarios no autorizados como un beneficio del Nivel I cuando se presten para condiciones de emergencia.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios a los Miembros o consulte los documentos de su plan en línea.

Atención Lejos de Casa

Si se enferma o sufre una lesión mientras viaja fuera del área de servicio de Health Plan of Nevada, siga estos simples pasos:

Para recibir Atención de Urgencia: Health Plan of Nevada cubre los servicios requeridos de urgencia si usted se encuentra en los Estados Unidos. Si está fuera de nuestra área de servicio, no es necesario que notifique antes a Health Plan of Nevada. Sin embargo, notifique al Departamento de Servicios a los Miembros en cuanto sea razonablemente posible. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios a los Miembros.

En Caso de Emergencia: Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si es posible, muestre su tarjeta de identificación del plan de salud. Llame al Departamento de Servicios a los Miembros dentro de las 48 horas, o en cuanto sea razonablemente posible, para verificar los beneficios de su plan por servicios médicamente necesarios después de recibir atención de emergencia o en relación con ésta.

Los servicios de emergencia y de atención de urgencia se pagan conforme al nivel de beneficios de HMO del Nivel I, dentro o fuera del área de servicio.

Los beneficios por la atención médica de seguimiento de una enfermedad o lesión se limitan a la atención recibida antes de que pueda regresar sin riesgos al área de servicio de Health Plan of Nevada. Su proveedor de atención primaria debe coordinar la atención médica de seguimiento. Para obtener más información, consulte los documentos de su plan en línea.

Servicios de Salud Conductual

Behavioral Healthcare Options (BHO) brinda terapia profesional, consultas telefónicas y recursos en línea para ayudarle a encontrar las soluciones adecuadas a los desafíos de la vida y mantener una vida equilibrada y saludable. Con su plan POS, usted puede tener acceso a servicios de terapia confidenciales con psicólogos, psiquiatras o proveedores de salud mental conforme a la opción de beneficios de HMO del Nivel I o la opción de beneficios de Proveedores Adicionales Dentro del Plan del Nivel II. Para recibir servicios conforme a la opción de beneficios de HMO del Nivel I, llame a BHO al **1-800-873-2246**; **TTY: 711** para solicitar una referencia.

Para recibir servicios conforme a su opción de beneficios de Proveedores Adicionales Dentro del Plan del Nivel II, llame al Departamento de Administración de Utilización de BHO para obtener una autorización previa al **702-364-1484** o al **1-800-873-2246**; **TTY: 711**.

Una vez que reciba la autorización previa, puede seleccionar un proveedor de la red de BHO.

Para obtener información y ayuda de rutina, llame a BHO en el horario normal de atención, de lunes a viernes, al **702-364-1484** o al **1-800-873-2246**; **TTY: 711**.

Para comunicarse con la línea de ayuda fuera de horario, llame al **1-800-873-2246** y seleccione la opción uno. Puede encontrar más información en línea en **bhoptions.com**. Si tiene beneficios por Behavioral Healthcare Options Plus, consulte los documentos de su plan para obtener más información sobre servicios adicionales.



Derechos y Responsabilidades del Miembro

Health Plan of Nevada tiene el compromiso de garantizar que los miembros sean tratados de una manera que respete sus derechos y promueva la eficacia de la atención de la salud. Health Plan of Nevada también ha identificado las expectativas que tiene con respecto a las responsabilidades de los miembros en este esfuerzo conjunto. La declaración de Health Plan of Nevada en relación con los Derechos y Responsabilidades de los Miembros incluye lo siguiente:

1. Ser tratado con respeto y dignidad, y que se haga todo lo posible para proteger su privacidad.
2. Seleccionar un proveedor de atención primaria de la amplia lista de proveedores de HPN, incluido el derecho a rehusarse a recibir atención de profesionales específicos.
3. Tener la oportunidad de expresar quejas o presentar apelaciones sobre el plan y/o la atención recibida.
4. Recibir información sobre el plan, sus servicios, sus proveedores, así como sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.
5. Participar con su proveedor de atención primaria en el proceso de toma de decisiones con respecto a su atención de la salud.
6. Hacer recomendaciones con respecto a las políticas de responsabilidades y derechos del miembro de la organización.
7. Tener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.



8. Tener acceso directo a servicios de salud de la mujer para recibir atención preventiva y de rutina.
9. Tener acceso directo a la atención médicamente necesaria de un especialista junto con un plan de tratamiento aprobado elaborado con el médico de atención primaria. Las autorizaciones requeridas deben ser por una cantidad adecuada de visitas de acceso directo.
10. Tener acceso a servicios de atención de la salud de emergencia en casos donde una "persona prudente" que actúe razonablemente, hubiera creído que existía una emergencia.
11. Redactar Instrucciones por Anticipado.
12. Tener acceso a sus registros médicos de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes.

Responsabilidades del Miembro

1. Saber cómo funciona el Programa de Atención Administrada de HPN.
2. Brindar, en la medida de lo posible, la información que HPN y sus proveedores necesiten para prestar la mejor atención posible.
3. Asumir la responsabilidad de adoptar la mayor cantidad de hábitos de salud posible y seguir el plan de atención de la salud acordado entre usted, su médico y HPN.
4. Consultar a su médico de atención primaria y a HPN antes de buscar atención no de emergencia en el área de servicio. Le recomendamos que consulte a su médico y a HPN cuando reciba atención requerida de urgencia mientras esté temporalmente fuera del área de servicio de HPN.
5. Obtener una referencia escrita de su médico antes de ir a un especialista, a menos que usted utilice los beneficios de Punto de Servicio.
6. Obtener autorización previa de HPN y de su médico para cualquier procedimiento de diagnóstico, hospitalización o cirugía programada o de rutina.
7. Ser puntual en las citas y notificar oportunamente cuando tenga que cancelar una cita que no pueda cumplir.
8. Pagar todos los copagos correspondientes en el momento del servicio.
9. Evitar transmitir conscientemente una enfermedad.
10. Reconocer los riesgos y limitaciones de la atención médica y del profesional de atención de la salud.

11. Estar al tanto de la obligación del proveedor de atención de la salud de ser razonablemente eficiente e imparcial al brindar atención a otros pacientes de la comunidad.
12. Demostrar respeto por otros pacientes, proveedores de atención de la salud y representantes del plan.
13. Cumplir con los requisitos administrativos de HPN, los proveedores de atención de la salud y los programas de beneficios de salud del gobierno.
14. Denunciar actos ilícitos y fraudes a los recursos o autoridades legales correspondientes.
15. Conocer sus medicamentos. Mantener una lista y llevarla con usted a su cita con el proveedor de atención primaria de nuestro plan.
16. Resolver todas las necesidades de resurtidos de medicamentos en el momento de la visita al consultorio. Cuando obtenga el último resurtido, notifique en ese momento al consultorio de que necesitará más resurtidos. No espere hasta quedarse sin su medicamento.
17. Informar todos los efectos secundarios de los medicamentos a su proveedor de atención primaria. Notificar a su proveedor de atención primaria si deja de tomar sus medicamentos por cualquier motivo.
18. Hacer preguntas durante su cita sobre molestias físicas, medicamentos, efectos secundarios, etc.
19. Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados de manera conjunta en la medida de lo posible.



Cómo Comunicarse con Nosotros

Servicio de Enfermeras Asesoras por Teléfono las 24 Horas
702-242-7330 o **1-800-288-2264**; TTY: **711**.

Departamento de Servicios a los Miembros
702-242-7300 o **1-800-777-1840**; TTY: **711**.
El horario de atención es de lunes a viernes de
8 a.m. a 5 p.m., hora local

Centro para Miembros en Línea
myHPNonline.com

División de Bienestar y Educación de Salud
702-877-5356 o **1-800-720-7253**; TTY: **711**.

Behavioral Healthcare Options
Llamadas de rutina y línea de ayuda fuera de horario
702-364-1484 o **1-800-873-2246**; TTY: **711**.

Administrador de Reclamos, Dirección Postal:
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645



HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

La cobertura del plan de salud es proporcionada por Health Plan of Nevada.
© 2015 United HealthCare Services, Inc.