



Manual del Miembro del Programa de administración de cuidados de New Hampshire Medicaid

Vigente a partir del 1 de abril de 2023

**CARE IS THE HEART
OF OUR WORK.®**

www.amerihealthcaritasnh.com


AmeriHealth Caritas™
New Hampshire

La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas New Hampshire cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de edad, raza, etnia, origen nacional o ascendencia, discapacidad mental o física, orientación o preferencia sexual o afectiva, identidad de género, estado civil, información genética, fuente de pago, sexo, credo, religión, situación o historial médico o de salud mental, necesidad de servicios de atención médica, monto pagadero a AmeriHealth Caritas New Hampshire sobre la base de la clase actuarial de una persona o miembro elegible o afecciones preexistentes, ya sea que el miembro haya ejecutado o no una última voluntad médica, o cualquier otra situación protegida por la ley federal o estatal.

AmeriHealth Caritas New Hampshire brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades. Los ejemplos de estas ayudas y servicios incluyen intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Brindamos servicios de idiomas gratuitos, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, a personas con dominio limitado del inglés o cuyo idioma principal no es el inglés.

Si necesita estos servicios, comuníquese con AmeriHealth Caritas New Hampshire las 24 horas del día, los siete días de la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Si cree que AmeriHealth Caritas New Hampshire no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera, usted o su representante autorizado (si tenemos su autorización por escrito en el archivo) pueden presentar una queja formal ante:

- AmeriHealth Caritas New Hampshire Grievances
P.O. Box 7389
London, KY 40742-7389
1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)

- También puede presentar una queja por teléfono llamando al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire está disponible para ayudarle. Se puede comunicar con Servicios al Miembro las 24 horas del día, los siete días de la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

También puede presentar una queja por discriminación a través de la oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) designado para coordinar las iniciativas de cumplimiento de los derechos civiles del DHHS de NH por parte del Departamento:

State of New Hampshire, Department of Health and Human Services, Office of the Ombudsman
129 Pleasant Street
Concord, NH 03301-3857
1-603-271-6941 o 1-800-852-3345 ext. 6941
Fax: **1-603-271-4632, (TTY 1-800-735-2964)**
E-mail: **ombudsman@dhhs.nh.gov**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos 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 al:

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

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

19-00002

Servicios de intérpretes en varios idiomas

Inglés — atención: Si no habla inglés, le ofrecemos sin cargo servicios de asistencia lingüística. Llame al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Spanish — Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

French — Attention : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Chinese — 注意: 如果您使用中文, 我们可为您提供免费语言援助服务。请致电 **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**)。

Nepali — ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। फोन गर्नुहोस्: **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**)।

Vietnamese — Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Portuguese — Atenção: Se você fala português, serviços de assistência linguística estão disponíveis gratuitamente. Ligue para **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Greek — Προσοχη: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Arabic — ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Serbo-Croatian — Pažnja: Ako govorite srpskohrvatski, besplatno su vam dostupne usluge jezičke pomoći. Nazovite **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Indonesian — Perhatian: Jika Anda berbicara dalam Bahasa Indonesia, layanan bantuan bahasa akan tersedia secara gratis. Hubungi **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Korean — 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**)번으로 전화해 주십시오.

Russian — Внимание: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

French Creole — Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Kirundi — Uragaba: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zigufasha mu ndimi ku buntu ata kiguzi. Terefona **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Polish — Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Visite **www.amerhealthcaritasnh.com**
para obtener la versión más actualizada del Manual del Miembro.

Índice

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro	09
Sección 1.1 Bienvenida.....	09
Sección 1.2 ¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?.....	09
Sección 1.3 Qué esperar del plan.....	10
Sección 1.4 Actualización de su información personal y de otros seguros.....	11
Sección 1.5 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	13
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.....	14
Sección 2.1 Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire	14
Sección 2.2 Cómo comunicarse con el plan por una decisión de cobertura o para presentar una apelación.....	14
Sección 2.3 Cómo comunicarse con el plan por una queja formal.....	15
Sección 2.4 Cómo comunicarse con el plan por la administración de cuidados.....	15
Sección 2.5 Cómo comunicarse con la Línea de enfermeros del plan.....	16
Sección 2.6 Cómo solicitar servicios de la salud conductual (salud mental o trastornos por consumo de sustancias tóxicas)	16
Sección 2.7 Cómo solicitar transporte médico que no se considera de emergencia ...	17
Sección 2.8 Cómo comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente del DHHS de NH.....	17
Sección 2.9 Cómo comunicarse con el defensor del pueblo de Atención a largo plazo de NH.....	18
Sección 2.10 Cómo comunicarse con el defensor del pueblo del DHHS de NH.....	18
Sección 2.11 Cómo comunicarse con el Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad ServiceLink	19
Sección 2.12 Cómo denunciar la sospecha de casos de fraude, consumo innecesario o abuso	20
Sección 2.13 Otra información y otros recursos importantes.....	21
Capítulo 3. Cómo utilizar AmeriHealth Caritas New Hampshire para los servicios cubiertos	22
Sección 3.1 Su proveedor de atención primaria (PCP) proporciona y supervisa su atención médica	23
Sección 3.2 Servicios que puede obtener sin una autorización previa.....	25
Sección 3.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red	25
Sección 3.4 ¿Qué sucede cuando un PCP, un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan?.....	27
Sección 3.5 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	28
Sección 3.6 Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención	29

Capítulo 4. Servicios cubiertos	32
Sección 4.1 Acerca del Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)	32
Sección 4.2 Cuadro de beneficios	33
Sección 4.3 Beneficios adicionales que cubre el plan	61
Sección 4.4 Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan	63
Sección 4.5 Beneficios que no cubre nuestro plan ni New Hampshire Medicaid	65
Capítulo 5. Cómo utilizar AmeriHealth Caritas New Hampshire para ayudar a administrar su salud	66
Sección 5.1 Mantenerse saludable	66
Sección 5.2 Apoyo para la coordinación de la atención	67
Sección 5.3 Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención	68
Sección 5.4 Garantía de paridad en salud mental.....	70
Capítulo 6. Normas sobre la autorización previa de servicios	72
Sección 6.1 Servicios médicamente necesarios.....	72
Sección 6.2 Cómo obtener la autorización del plan para ciertos servicios.....	73
Sección 6.3 Cómo obtener autorización para recibir servicios fuera de la red	75
Sección 6.4 Admisiones hospitalarias fuera de la red en casos de emergencia	75
Sección 6.5 Cómo obtener servicios y suministros de planificación familiar dentro o fuera de la red.....	75
Sección 6.6 Cómo obtener una segunda opinión médica	75
Capítulo 7. Cómo obtener medicamentos bajo receta	76
Sección 7.1 Normas y restricciones sobre la cobertura de medicamentos	76
Sección 7.2 Formulario o listado de medicamentos del plan	78
Sección 7.3 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	79
Sección 7.4 Surtido de recetas médicas en farmacias de la red	80
Sección 7.5 Cobertura de medicamentos en centros médicos	81
Sección 7.6 Programas para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos de manera segura	81
Sección 7.7 Copago de medicamentos bajo receta.....	82
Capítulo 8. Cómo solicitar que paguemos	83
Sección 8.1 Los proveedores de la red es posible que no cobren los servicios cubiertos.....	83
Sección 8.2 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	84
Sección 8.3 Luego de que el plan recibe su solicitud de pago.....	85
Sección 8.4 Normas de pago que deben recordarse	85

Capítulo 9. Sus derechos y responsabilidades	86
Sección 9.1 Sus derechos	86
Sección 9.2 Sus responsabilidades.....	87
Sección 9.3 Planificación anticipada de sus decisiones de atención médica.....	88
Capítulo 10. Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal	90
Sección 10.1 Acerca del proceso de apelación.....	90
Sección 10.2 Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar luego de presentarla (apelación estándar de primer nivel).....	91
Sección 10.3 Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar luego de presentarla (apelación acelerada de primer nivel)	93
Sección 10.4 Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla (apelación estándar de segundo nivel)	95
Sección 10.5 Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla (apelación acelerada de segundo nivel)	96
Sección 10.6 Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla.....	98
Sección 10.7 Cómo presentar una queja formal y qué esperar luego de presentarla.....	99
Capítulo 11. Desafiliación del plan.....	102
Sección 11.1 Hay ciertas ocasiones en las que su membresía en el plan puede finalizar	102
Sección 11.2 Cuando la desafiliación del plan no es voluntaria	103
Capítulo 12. Avisos legales	104
Capítulo 13. Acrónimos y definiciones de palabras importantes.....	106
Sección 13.1 Acrónimos.....	106
Sección 13.2 Definiciones de palabras importantes.....	107
Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire	113

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 1.1 Bienvenida

Usted está inscrito en AmeriHealth Caritas New Hampshire

Obtendrá la mayor parte de su cobertura de atención médica y medicamentos bajo receta de New Hampshire Medicaid a través de nuestro plan, AmeriHealth Caritas New Hampshire, un plan de atención administrada de New Hampshire Medicaid. Consulte la sección 4.1 (*Cuadro de beneficios ([lo que está cubierto])*) y 4.2 (*Cuadro de beneficios*) para ver la lista de servicios que cubre el plan.

AmeriHealth Caritas New Hampshire tiene un contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS de NH) para proporcionar los servicios cubiertos que se describen en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 (*Servicios cubiertos*). El plan contrata a una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores para brindar servicios cubiertos a los miembros del plan. Para obtener más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red, consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar AmeriHealth Caritas New Hampshire para los servicios cubiertos*).

Como miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire, obtendrá su cobertura de atención médica y de medicamentos bajo receta de New Hampshire Medicaid a través de nuestro plan. También ofrecemos programas de salud diseñados para ayudarle a manejar sus necesidades médicas especiales y/o de la salud conductual a través de la educación y el asesoramiento sobre su afección.

Su opinión nos importa. Varias veces al año AmeriHealth Caritas New Hampshire convoca reuniones de la Junta Asesora de Miembros para escuchar a miembros como usted. Si está interesado en integrar la Junta Asesora de Miembros del plan, infórmenos llamando a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.2 ¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a recibir la cobertura médica necesaria.

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Sea elegible y siga siendo elegible para New Hampshire Medicaid*.
- Viva en New Hampshire (el área de servicio de AmeriHealth Caritas New Hampshire).
- Sea ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en los Estados Unidos.

Si está embarazada y está inscrita en AmeriHealth Caritas New Hampshire cuando dé a luz, su bebé estará automáticamente cubierto por AmeriHealth Caritas New Hampshire a partir de la fecha de nacimiento.

Llame sin cargo al Centro de Servicio al Cliente del DHHS de NH sin cargo al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (TTY 1-800-735-2964)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este, cuando dé a luz a su bebé o para recibir más información sobre New Hampshire Medicaid y sus programas.

*La continuidad de su elegibilidad para New Hampshire Medicaid se vuelve a determinar cada seis o doce meses. Seis semanas antes de que se renueve su elegibilidad, recibirá por correo una carta y una Solicitud de redeterminación del DHHS de NH. Para asegurarse de la continuidad de su cobertura de atención médica, debe completar y devolver la Solicitud de redeterminación antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta. Si necesita ayuda para completar el formulario, póngase en contacto con el Centro de Servicio al Cliente del DHHS de NH (Elegibilidad) llamando sin cargo al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (TTY 1-800-735-2964)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. hora del Este.

Sección 1.3 Qué esperar del plan

Manual del Miembro

Este Manual del Miembro describe cómo funciona el plan y está vigente a partir del 1 de enero de 2023 hasta cada mes que esté inscrito en AmeriHealth Caritas New Hampshire. El Manual del Miembro también está disponible sin cargo, previa solicitud, y en nuestro sitio web en www.amerhealthcaritasnh.com.

Su tarjeta de miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire: úsela para recibir todos los servicios y los medicamentos bajo receta cubiertos.

Mientras sea miembro del plan, debe usar su tarjeta de miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire cada vez que obtenga servicios cubiertos o medicamentos bajo receta. Sin embargo, aunque no tenga su tarjeta de miembro del plan, un proveedor nunca debe negarle atención. Si un proveedor se niega a atenderle, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. Verificaremos su elegibilidad en nombre del proveedor.

El siguiente es un ejemplo de una tarjeta de miembro:

		www.amerhealthcaritasnh.com	
Member name John L Doe	Effective date MM/DD/YYYY	Always carry your AmeriHealth Caritas New Hampshire card. You'll need it to get your benefits. Go to your AmeriHealth Caritas New Hampshire primary care provider (PCP) for medical care.	
AmeriHealth Caritas New Hampshire ID 123456789		Emergency room: Go to an emergency room near you if you believe your medical condition may be an emergency. If you get emergency care, please notify your PCP.	
Date of birth: MM/DD/YYYY		Out-of-area care: Report out-of-area care to AmeriHealth Caritas New Hampshire and your PCP within 48 hours.	
State ID: 1234567890123		Mental health, drug, and alcohol services: Call Member Services at 1-833-704-1177 .	
Copays ER: \$0 PCP: \$0 SPEC: \$0		To file an appeal or grievance, contact Member Services at 1-833-704-1177 .	
<i>Limits may apply to some services.</i>	<i>Not transferable</i>	AmeriHealth Caritas New Hampshire Claims Processing P.O. Box 7387 London, KY 40742-7387	
		Member Services 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730) 24 hours a day, seven days a week	
		Provider Services and prior authorization 1-888-599-1479 Report Medicaid fraud 1-866-833-9718 To speak with a nurse anytime 1-855-216-6065	
		Pharmacy Member Services 1-888-765-6363 or TTY 711 Pharmacy RxBIN #019595 Pharmacy RxPCN #PRX00800 Pharmacy Provider Services: 1-888-765-6394	
		<i>All other insurance payors must be billed before AmeriHealth Caritas New Hampshire, payor of last resort.</i>	

Mientras sea miembro del plan, **debe usar su tarjeta de miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire** para obtener servicios cubiertos. También conserve su tarjeta de New Hampshire Medicaid. Presente **ambas** tarjetas, la de su plan y la de New Hampshire Medicaid, cada vez que reciba servicios.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al Miembro de inmediato. Le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual.) Si pierde su tarjeta y necesita reemplazarla, podemos ayudar: llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Llamada de bienvenida

Cuando se una por primera vez en AmeriHealth Caritas New Hampshire, le llamaremos para darle la bienvenida como miembro del plan. Durante la llamada, le explicaremos las normas del plan y responderemos las preguntas que pueda tener sobre el plan. Como se describe en la siguiente sección, le explicaremos la importancia de completar su Evaluación de riesgos de la salud (HRA).

Evaluación de riesgos de la salud (HRA)

El DHHS de NH nos exige que usted complete una Evaluación de riesgos para la salud (HRA). La información que usted proporciona en la HRA nos ayuda a planificar y a trabajar con usted para satisfacer sus necesidades funcionales y de atención médica.

Nos pondremos en contacto con usted para que complete la HRA por teléfono o por correo, o puede completarla en persona con un administrador de cuidados local, una agencia comunitaria, o con su proveedor de atención primaria (PCP) durante una visita a domicilio programada o una consulta médica. Recibirá la HRA en su paquete de bienvenida. Complétela y envíela por correo en el sobre provisto en su kit de bienvenida. **Puede recibir una recompensa de \$30** por completar su HRA en los 90 días siguientes a su afiliación al plan. No tiene la obligación de completar la HRA. Sin embargo, le recomendamos que complete la evaluación y la devuelva a AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Aviso de explicación de beneficios

Periódicamente, le enviaremos un informe llamado Explicación de beneficios (EOB). Cada mes, nos comunicamos con miembros como usted que han recibido servicios que AmeriHealth Caritas New Hampshire tuvo que pagar. Este informe no es una factura. Solo queremos asegurarnos de que usted recibió todos los servicios que se nos solicitó que pagáramos. Si recibe uno de estos informes, revise la lista que aparece en el reverso del informe. La lista muestra algunos de los servicios médicos por los que se pidió a AmeriHealth Caritas New Hampshire que pagara en un cierto tiempo. Llámenos si no recibió algunos de estos servicios o si tiene preguntas sobre los mismos. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. También puede escribirnos a:

AmeriHealth Caritas New Hampshire
ATTN: Member Services Department
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570

Sección 1.4 Actualización de su información personal y de otros seguros

Cómo ayudar a garantizar que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de afiliación al plan tiene información del DHHS de NH, que incluye su dirección y su número de teléfono. Es muy importante que mantenga su información actualizada. Los proveedores de la red y el plan necesitan tener la información correcta para comunicarse con usted cuando sea necesario.

Infórmenos sobre alguno de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga, por ejemplo:
 - Una póliza de seguro médico de grupo para empleados o jubilados, ya sea para usted o para cualquier persona de su hogar cubierta por el plan.
 - Cobertura de compensación de los trabajadores debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.
 - Beneficios para veteranos u otra cobertura de un plan de salud gubernamental.
 - Medicare.
 - COBRA u otra cobertura de continuación del seguro médico. (COBRA es una ley que exige a determinadas empresas que permitan a los empleados y a sus dependientes mantener su cobertura médica de grupo durante cierto tiempo tras dejar el empleo, cambiar de empleo y otros eventos de la vida.)
 - Si tiene algún reclamo de responsabilidad legal, como reclamos por un accidente automovilístico
- Cambios en sus ingresos u otro apoyo económico.
- Si lo han admitido en un hogar de ancianos

- Si dio a luz a un bebé.
- Si recibe atención en un hospital fuera del área o fuera de la red o en una sala de emergencia.
- Si cambia su tutor, curador, representante autorizado o representante personal, o si se activa su poder durable.

Si cualquiera de esta información cambia:

Si cualquiera de esta información cambia, llame a:

Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**

O

Centro de Atención al Cliente de New Hampshire Medicaid, llamada gratuita al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (acceso al servicio TDD: 1-800-735-2964)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

La información médica personal de los miembros se mantiene privada

Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su historial médico y de su información personal de salud. Protegemos su información médica según lo exigen estas leyes. En el momento de la inscripción del miembro y posteriormente cada año, el plan distribuye a los miembros un aviso de prácticas de privacidad que incluye:

- El uso y la divulgación de rutina de la PHI por parte de la organización.
- El uso de las autorizaciones.
- El acceso a la PHI.
- La protección interna de la PHI oral, escrita y electrónica en toda la organización.

SECCIÓN 1.5 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro

Medicaid es el pagador de último recurso. Esto significa que cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura médica de grupo del empleador o Medicare), éste siempre paga primero sus facturas de atención médica. Esto se llama “seguro primario”. Debe seguir todas las normas de su seguro primario cuando reciba servicios. Los artículos o servicios no cubiertos por su seguro primario y los copagos o deducibles de su seguro primario pueden tener la cobertura de AmeriHealth Caritas New Hampshire. **Para que los reclamos se paguen correctamente, es importante que use proveedores que estén en la red de su seguro primario y en nuestra red.**

Cuando reciba servicios, informe a su médico, hospital o farmacia si tiene otro seguro médico. Su proveedor sabrá cómo procesar los reclamos cuando tenga un seguro primario y New Hampshire Medicaid a través de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Si recibe una factura por sus servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 9 (*Cómo solicitar que paguemos*).

Si tiene dudas o si necesita actualizar la información de su seguro, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Quién paga si otra persona o parte es o puede ser responsable de su lesión

Si otra persona o parte lo lesiona, AmeriHealth Caritas New Hampshire seguirá un proceso llamado “subrogación”. Esto significa que podemos utilizar su cesión de derechos legales como condición de su solicitud de Medicaid para recuperar el dinero que hemos gastado por sus servicios médicos de:

- La persona que causó su lesión, o
- Una compañía de seguros u otra parte responsable.

Si otra persona o parte es o puede ser responsable de pagar los servicios relacionados con su lesión, utilizaremos su cesión de derechos legales para recuperar el monto total del dinero que hemos pagado o que pagaremos por los servicios médicos para tratar su lesión. Bajo ninguna circunstancia se le exigirá que pague directamente los servicios médicos.

Para ejercer estos derechos, podemos iniciar acciones legales, con o sin su consentimiento, contra cualquier parte responsable para devolver el dinero que hemos pagado por su tratamiento. Nuestros derechos de subrogación se aplican incluso si el miembro lesionado es menor de 18 años. Si otra parte le paga directamente los gastos médicos que nosotros pagamos, tenemos derecho a que nos devuelva el importe total que pagamos por su tratamiento.

Si tiene otra cobertura disponible a causa de una lesión accidental (como un accidente de automóvil), llame a Servicios al Miembro lo antes posible (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si un abogado lo representa por su lesión, usted tiene la responsabilidad informarle a su abogado que tiene cobertura de Medicaid a través de AmeriHealth Caritas New Hampshire. También debe informar a cualquier compañía de seguros (ya sea su seguro o el de otra persona) relacionada con la lesión accidental que usted tiene cobertura de Medicaid a través de nuestro plan y brindar la información de contacto relacionada. Además, si recibimos información de otra fuente que indique que usted puede tener otra cobertura como resultado de un accidente, podemos ponernos en contacto con usted para obtener información sobre su accidente y la otra cobertura.

Si tiene preguntas o si necesita actualizar la información de su seguro, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Sección 2.1 Cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire

Para obtener ayuda relacionada con preguntas sobre la cobertura, cómo buscar un proveedor, los reclamos, las tarjetas de membresía u otros asuntos, llame o escriba a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Nos complacerá ayudarlo.

En caso de una emergencia médica o de la salud conductual: marque el **911** o vaya directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Para ver una descripción de los servicios de emergencia, consulte el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*).

En caso de una emergencia de la salud mental y/o del consumo de sustancias tóxicas: si usted o alguien que conoce necesita apoyos/servicios de la salud emocional o mental (o hay riesgo de suicidio), llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** — la línea nacional de salud mental (Mental Health Lifeline)— las 24 horas del día, los 7 días de la semana para conectarse con un asesor capacitado en crisis. Esta línea ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional.

O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial.

Método	Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire: contacto
LLAME	1-833-704-1177 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios al Miembro también tiene servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-855-534-6730 Las llamadas a este número son gratuitas.
ENVÍE UN FAX	1-833-243-2264
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas New Hampshire P.O. Box 7386 London, KY 40742-7386
SITIO WEB	www.amerihealthcaritasnh.com

Sección 2.2 Cómo comunicarse con el plan por una decisión de cobertura o para presentar una apelación

Una decisión de cobertura es la que tomamos para determinar si el plan cubre un servicio o un medicamento. La decisión de cobertura también puede incluir información sobre el monto del copago de la receta médica que usted puede tener la obligación de pagar. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, tiene derecho a apelarla.

Una apelación es una manera formal de pedirnos que reconsideremos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Método	Decisiones de cobertura o apelaciones: información de contacto
LLAME	1-833-704-1177 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios al Miembro también tiene servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-855-534-6730 Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax:	1-833-243-2264
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas New Hampshire P.O. Box 7386 London, KY 40742-7386
SITIO WEB	www.amerihealthcaritasnh.com

Sección 2.3 Cómo comunicarse con el plan por una queja formal

Queja formal es el nombre del proceso que un miembro utiliza para presentar una queja ante el plan acerca del personal, los proveedores del plan, la cobertura y los copagos. Para más información sobre cómo presentar una queja formal, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Método	Queja formal: información de contacto
LLAME	1-833-704-1177 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-855-534-6730 Las llamadas a este número son gratuitas.
ENVÍE UN FAX	1-833-243-2264
SITIO WEB	www.amerihealthcaritasnh.com

Sección 2.4 Cómo comunicarse con el plan por la administración de cuidados

La administración de cuidados es el término utilizado para describir la práctica del plan de ayudar a los miembros a obtener los servicios y los apoyos comunitarios necesarios.

La administración de cuidados se asegura de que las personas que forman parte del equipo de atención médica del miembro tengan información sobre todos los servicios y los apoyos que se proporcionan al miembro, incluidos los servicios que presta cada miembro del equipo o proveedor. Para obtener más información, consulte la Sección 5.2 (*Apoyo para la coordinación de la atención*).

Método	Administración de cuidados: información de contacto:
LLAME	1-833-704-1177 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-855-534-6730 Las llamadas a este número son gratuitas.
ENVÍE UN FAX	1-833-243-2264
SITIO WEB	www.amerihealthcaritasnh.com

Sección 2.5 Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermeros del plan

La Línea de enfermeros es un servicio telefónico de información médica que funciona las 24 horas provisto por AmeriHealth Caritas New Hampshire. Los enfermeros registrados están listos para responder sus preguntas las 24 horas del día, los 365 días del año. Comuníquese con la Línea de enfermeros cuando tenga preguntas o inquietudes sobre su salud, necesite consejo sobre cuándo ir a su PCP o para hacer consultas sobre síntomas o medicamentos.

En caso de una emergencia médica o de la salud conductual: marque el **911** o vaya directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Para ver una descripción de los servicios de emergencia, consulte el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*).

En caso de una emergencia de la salud mental y/o del consumo de sustancias tóxicas: si usted o alguien que conoce necesita apoyos/servicios de la salud emocional o mental (o hay riesgo de suicidio), incluso preocupaciones sobre el consumo de sustancias tóxicas, llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** — la línea nacional de salud mental (Mental Health Lifeline)— las 24 horas del día, los 7 días de la semana para conectarse con un asesor capacitado en crisis. Esta línea ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional.

O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial.

Método	Línea de enfermeros: información de contacto
LLAME	1-855-216-6065 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios al Miembro también tiene servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-855-534-6730 Las llamadas a este número son gratuitas.
ENVÍE UN FAX	1-833-243-2264
SITIO WEB	www.amerihealthcaritasnh.com

Sección 2.6 Cómo solicitar servicios de la salud conductual (servicios para la salud mental o por trastornos por consumo de sustancias tóxicas)

Otro término que se utiliza para describir los servicios de la salud mental y/o los problemas por el consumo de sustancias tóxicas es el servicio de la salud conductual. Esto incluye, entre otros, problemas de estado de ánimo como la depresión, problemas de ira y agresividad en la escuela o problemas de consumo de alcohol u otras drogas. Comuníquese con AmeriHealth Caritas New Hampshire cuando tenga preguntas sobre qué tipos de servicios están cubiertos para los problemas de la salud mental y el consumo de sustancias tóxicas. No necesita nuestra referencia médica ni de su PCP para recibir servicios para la salud mental. Simplemente acuda a uno de nuestros proveedores de la salud conductual y ellos podrán ayudarle a obtener los servicios necesarios.

En caso de una emergencia o crisis de la salud conductual (salud mental y consumo de sustancias tóxicas), llame, envíe un mensaje de texto o chatee al 988 - la línea nacional de salud mental que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana para conectarse con un consejero capacitado en crisis. Esta línea ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional.

O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo (1-833-710-6477) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial. Para ver una descripción de los servicios de emergencia, consulte el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*).

Método	Servicios de la salud conductual (servicios para la salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas): información de contacto
LLAME	1-833-704-1177 Línea directa por crisis: 1-833-234-2264 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios al Miembro también tiene servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-855-534-6730 Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.amerihealthcaritasnh.com

Sección 2.7 Cómo solicitar transporte médico que no se considera de emergencia

El plan cubre la asistencia de transporte médico que no sea de emergencia, incluido el reembolso del millaje si no puede pagar el costo del transporte a las consultas y centros de los proveedores por razones médicas. El servicio cubierto por New Hampshire Medicaid aparece en el Cuadro de beneficios de la sección 4 (*véase Servicios de transporte: transporte médico que no se considera de emergencia o NEMT*).

Método	Transporte médico que no se considera de emergencia (NEMT) Información de contacto
LLAME	1-833-301-2264 Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a.m. – 8 p.m. de lunes a miércoles 8 a.m. – 5 p.m. jueves y viernes Los servicios de transporte coordinado (CTS) también tienen servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para las personas que no hablan inglés.

Sección 2.8 Cómo comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente del DHHS de NH

El Centro de Servicio al Cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS) le ofrece ayuda cuando tiene preguntas sobre:

- La elegibilidad para New Hampshire Medicaid.
- La elegibilidad para Granite Advantage.
- La inscripción en el plan.
- Información o instrucciones sobre el sitio web del DHHS de NH y la inscripción en el plan de beneficios administrados.
- Los demás beneficios administrados directamente por el DHHS de NH que se describen en la Sección 4.4 (*Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan*), y
- Cuando necesita una tarjeta de New Hampshire Medicaid nueva o de reemplazo.

Método	Centro de Servicio al Cliente del DHHS de NH: información de contacto
LLAME	<p>1-888-901-4999 (para obtener información del plan) 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (para otras llamadas)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.</p> <p>Se ofrecen servicios de intérpretes sin cargo para quienes no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-735-2964</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.</p>

Sección 2.9 Cómo comunicarse con el defensor del pueblo de atención a largo plazo de NH

El defensor del pueblo de atención a largo plazo de New Hampshire presta asistencia con respecto a quejas o problemas **relacionados con la cobertura a largo plazo en establecimientos de atención médica (también conocidos como establecimientos de enfermería)** cubiertos directamente por el DHHS de NH.

Cuando tenga un problema relacionado con los servicios cubiertos por el plan, primero intente resolverlo a través del Centro de Atención al Cliente del DHHS de NH. Si el Centro de Atención al Cliente del DHHS de NH no puede resolver el problema, póngase en contacto con el defensor del pueblo de atención a largo plazo.

Método	Defensor del pueblo de atención a largo plazo de NH: información de contacto
LLAME	<p>1-800-442-5640</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m., hora del Este.</p>
TTY	<p>Acceso al sistema TDD (NH): 1-800-735-2964</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.</p>
ENVÍE UN FAX	1-603-271-5574
ESCRIBA	<p>Office of the Long-Term Care Ombudsman Office of the Commissioner NH Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301</p>
SITIO WEB	https://www.dhhs.nh.gov/oltco/contact.htm

Sección 2.10 Cómo comunicarse con el defensor del pueblo del DHHS de NH

El el defensor del pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS de NH) presta asistencia en la resolución de desacuerdos que incluyen quejas o problemas que involucran la elegibilidad o la cobertura de Medicaid para las siguientes personas:

- Miembros del plan.
- Clientes.
- Empleados del departamento.
- Miembros del público.

Antes de comunicarse con el defensor del pueblo del DHHS de NH cuando tenga un problema relacionado con su plan, primero busque la resolución mediante los procesos de apelación y queja formal del plan que se describen en el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Método	Defensor del pueblo del DHHS de NH: información de contacto
LLAME	1-800-852-3345, ext. 6941 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m., hora del Este.
TTY	1-800-735-2964 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
ENVÍE UN FAX	1-603-271-4632
ESCRIBA	Office of the Ombudsman Office of the Commissioner NH Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301
SITIO WEB	https://www.dhhs.nh.gov/oos/contact.htm

Sección 2.11 Cómo comunicarse con el Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad ServiceLink

ServiceLink es un programa del DHHS de NH que ayuda a las personas a:

- Identificar y acceder a los apoyos y servicios a largo plazo.
- Acceder a información y apoyos sobre cuidadores familiares.
- Aprender sobre los beneficios de Medicare y Medicaid.

ServiceLink es un programa avalado por el DHHS de NH.

Método	Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad ServiceLink: información de contacto
LLAME	1-866-634-9412 Las llamadas a este número nacional son gratuitas. Las llamadas realizadas al número desde algunos teléfonos móviles y fuera de New Hampshire serán dirigidas al Centro de Atención al Cliente del DHHS de NH. Cuando se comunique con esa oficina, se le transferirá al número de la ubicación de ServiceLink que corresponda a su zona. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m., hora del Este. Para más información sobre su ServiceLink local, visite: https://www.servicelink.nh.gov/locator/index.htm . Se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés, además de otros servicios de acceso a la comunicación y de apoyo tecnológico.
TTY	Llame al número anterior o visite el sitio web siguiente para conocer los servicios TTY de su oficina local.
ENVÍE UN FAX	Llame al número anterior o visite el sitio web siguiente para conocer el número de fax de su oficina local.
ESCRIBA	Llame al número anterior o visite el sitio web siguiente para conocer la dirección de su oficina local.
SITIO WEB	http://www.servicelink.nh.gov/

Sección 2.12 Cómo denunciar la sospecha de fraude, consumo innecesario o abuso

Usted desempeña un papel vital en la protección de la integridad del programa New Hampshire Medicaid. Para prevenir y detectar el fraude, el consumo innecesario y el abuso, AmeriHealth Caritas New Hampshire trabaja con el DHHS de NH, los miembros, los proveedores, los planes médicos y los organismos encargados de hacer cumplir la ley. (Para conocer las definiciones de fraude, despilfarro y abuso, consulte la Sección 13.2 [*Definiciones de palabras importantes*].)

Algunos ejemplos de fraude, consumo innecesario y abuso incluyen:

- Cuando recibe una factura por servicios médicos que nunca recibió.
- Falta de información en la historia clínica del miembro para justificar los servicios facturados.
- Prestar su tarjeta de miembro del seguro médico a otras personas con el fin de recibir servicios de atención médica, suministros o medicamentos bajo receta.
- Proporcionar información médica falsa o engañosa que afecte al pago de los servicios.

Si sospecha que hay fraude, consumo innecesario o abuso en Medicaid, denúncielo inmediatamente. Cualquier persona que sospeche que un miembro de New Hampshire Medicaid, un proveedor o un plan ha cometido fraude, consumo innecesario o abuso puede denunciarlo también al plan y/o a la Oficina del Fiscal General de New Hampshire. **No tiene que dar su nombre. Puede permanecer en el anonimato.**

Método	AmeriHealth Caritas New Hampshire para denunciar fraude, consumo innecesario o abuso
LLAME	1-866-833-9718 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios al Miembro también tiene servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para las personas que no hablan inglés.
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas New Hampshire Special Investigations Unit 200 Stevens Drive Philadelphia, PA 19113 O Correo electrónico: fraudtip@amerihealthcaritas.com
SITIO WEB	www.amerihealthcaritasnh.com

Método	Oficina del Fiscal General de New Hampshire para denunciar fraude, consumo innecesario o abuso: información de contacto
LLAME	1-603-271-3658 El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Este.
TTY	1-800-735-2964 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
ENVÍE UN FAX	1-603-271-2110
ESCRIBA	Office of the Attorney General 33 Capitol Street Concord, NH 03301
SITIO WEB	http://www.doj.nh.gov/consumer/complaints/index.htm

Sección 2.13 Otra información y otros recursos importantes

- **Puede designar a un representante autorizado o a un representante personal:** puede designar a una persona a la que le dé autoridad para actuar en su nombre. Su representante podrá proporcionar al plan información o recibir información sobre usted de la misma manera que el plan discutiría o revelaría información directamente con usted.

Para que alguien le represente, debe autorizar a su representante por escrito y decirnos de qué manera puede representarlo. La designación de su representante autorizado o representante personal es válida hasta que usted la revoque o modifique por escrito. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- **Formatos alternativos y servicios de interpretación.**

Si tiene una discapacidad auditiva, visual o del habla, tiene derecho a recibir información sobre su plan médico, atención y servicios en un formato que pueda entender y al que pueda acceder. Por ese motivo, AmeriHealth Caritas New Hampshire ofrece servicios de asistencia lingüística. Estos servicios están disponibles para los miembros sin costo alguno. Las ayudas y servicios que AmeriHealth Caritas New Hampshire proporciona para ayudar a las personas a comunicarse con nosotros incluyen:

- Una máquina TTY. Nuestro número de teléfono TTY es **1-855-534-6730**.
- Intérpretes calificados del lenguaje de señas americano.
- Subtitulado.
- Información escrita en otros formatos (como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).

Estos servicios se ofrecen sin costo a los miembros discapacitados. Para solicitar estas ayudas y servicios, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

- Si usted cumple los requisitos para recibir Medicaid, estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan de manera accesible y apropiada para usted, sin costo alguno. La información está disponible en braille, en letra grande y en otros formatos.

También disponemos de servicios de interpretación. Para solicitar servicios de interpretación u obtener información del plan de una forma que le resulte adecuada, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si tiene problemas para obtener información acerca de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o a una discapacidad, comuníquese con el problema al Centro de Atención al Cliente del DHHS de NH llamando al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (TTY 1-800-735-2964)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

- **Información sobre la estructura y el funcionamiento del plan:** AmeriHealth Caritas New Hampshire tiene un contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire para cubrir las necesidades de atención médica de las personas con New Hampshire Medicaid. Nos asociamos con un grupo de proveedores de atención médica para ayudarle a satisfacer sus necesidades. Estos proveedores (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria y otros centros de salud) componen nuestra red de proveedores.
- **Información sobre los incentivos y acuerdos de compensación de los proveedores del plan:** para solicitar información sobre los incentivos o acuerdos de pago de nuestros proveedores, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Los incentivos y acuerdos de pago de los proveedores describen la manera en que se paga a los proveedores de la red por los servicios cubiertos, incluidos los bonos de pago que pueden recibir en función de los resultados de los pacientes o de otras medidas de desempeño.

Los miembros pueden solicitar al plan la siguiente información sobre los incentivos y los acuerdos de compensación de los proveedores:

- Si el plan utiliza un plan de incentivos para los médicos que afecta el uso de los servicios de derivación/referencia médica;
- El tipo de acuerdos de incentivos vigentes con los proveedores, y
- Si los acuerdos de protección para detener las pérdidas (stop-loss) ofrecen a los proveedores un alivio financiero con respecto a los miembros con costos elevados, cuando corresponda.

Para solicitar esta información, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- **Solicitudes de materiales informativos para miembros:** comuníquese con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire para solicitar una copia de nuestro Manual del Miembro, listado de medicamentos o directorio de proveedores. Los documentos se enviarán dentro de los cinco días hábiles siguientes a su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual.)

Capítulo 3. Cómo utilizar AmeriHealth Caritas New Hampshire para los servicios cubiertos

En este capítulo se explica lo que debe saber para acceder a los servicios cubiertos por el plan. Define ciertos términos y explica las normas que debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos por el plan. Para más definiciones, consulte la Sección 13 (*Acrónimos y definiciones de palabras importantes*).

AmeriHealth Caritas New Hampshire trabajará con usted y su proveedor de atención primaria (PCP) para garantizar que reciba servicios médicos de especialistas formados y capacitados en sus necesidades únicas, lo cual incluye información y acceso a especialistas dentro y fuera de la red de proveedores del plan, según corresponda.

Para obtener información sobre los servicios que cubre nuestro plan, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4. Los servicios cubiertos por Medicaid que aparecen en el Cuadro de beneficios están respaldados por las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (capítulos He-W, He-E, He-C, He-M y He-P). Las normas están disponibles en línea en http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm.

¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo recibir la atención y los servicios cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica habilitados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros médicos, así como farmacias.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos, las farmacias y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales, los proveedores de equipos médicos duraderos y otros centros de salud que tienen un acuerdo con el plan para aceptar nuestro pago y el copago de su receta, si lo hubiera, como pago total. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por su atención médica.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen todos los servicios de atención médica, medicamentos bajo receta, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4 para ver la lista de servicios cubiertos.

Normas para obtener sus servicios de atención médica y medicamentos bajo receta cubiertos por el plan

AmeriHealth Caritas New Hampshire cubre todos los servicios requeridos en nuestro contrato con el DHHS de NH.

Generalmente, AmeriHealth Caritas New Hampshire cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, insumos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de la práctica médica. Para más información sobre los servicios médicamente necesarios, consulte la Sección 6.1 (*Servicios médicamente necesarios*).
- **Usted recibe la aprobación previa del plan antes de recibir el servicio cubierto, si es necesario.** Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos aparecen en cursiva en la Sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*).
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red. No se requiere una derivación de su PCP si elige ver a otro proveedor que esté en la red de proveedores de AmeriHealth Caritas New Hampshire.
- **Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.** No necesita contar con la aprobación del plan o de su PCP antes de recibir atención médica de emergencia y tampoco tiene la obligación de utilizar nuestros médicos u hospitales.
- **La atención que recibe es de un proveedor de la red** (para más información, consulte la Sección 3.3 (*Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red*)). Cuando reciba atención de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan), la mayoría de los servicios no estarán cubiertos, excepto con la aprobación previa del plan o para servicios de emergencia. Para obtener más información sobre cuándo pueden estar cubiertos los servicios fuera de la red, consulte la Sección 3.5 (*Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red*).

Hay cuatro excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios que necesita con urgencia y que recibe de un proveedor fuera de la red. Para más información sobre los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.6 (*Atención de emergencia, de urgencia y fuera de horario*).
- Si necesita atención médica que New Hampshire Medicaid le exige a nuestro plan que cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Para información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 6.3 (*Cómo recibir servicios fuera de la red*).
- El plan cubre los servicios de diálisis de riñón que reciba en un centro médico de diálisis certificado por New Hampshire Medicaid cuando está temporalmente fuera del área del plan. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Para los servicios de planificación familiar cubiertos, puede acudir a cualquier médico, clínica, centro de salud comunitario, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar de la red de New Hampshire Medicaid. Para más información, consulte “Servicios de planificación familiar” en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 (*Servicios cubiertos*).

Sección 3.1 Su proveedor de atención primaria (PCP) proporciona y supervisa su atención médica

¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

Un PCP es el proveedor de la red que usted elige (o que el plan le asigna hasta que usted elija uno) y al que debe ver en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Esta persona se asegurará de que obtenga la atención que necesita para mantenerlo saludable. El PCP también puede hablar

con otros médicos y proveedores sobre su atención. Su PCP tiene la responsabilidad de supervisar, coordinar y proporcionar su atención médica primaria. Es el encargado de derivarlo a los especialistas y de mantener la continuidad de su atención. No olvide informar a su PCP si usted ve a otros proveedores, como especialistas o acupunturistas. Ayudará a su PCP a coordinar mejor su atención.

Su PCP puede incluir una red:

- Pediatra,
- Médico de familia,
- Médico generalista,
- Internista,
- Obstetra/ginecólogo,
- Asistente médico (bajo la supervisión de un médico),
- Enfermera profesional, o
- Enfermera registrada de práctica avanzada (APRN).

Si necesita ayuda para elegir o cambiar de PCP, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Su PCP es un médico, una enfermera, un asistente médico u otro tipo de proveedor que se ocupará de su salud, coordinará sus necesidades de atención y le ayudará a obtener derivaciones para que reciba servicios especializados si los necesita.

Las mujeres pueden elegir a un obstetra/ginecólogo (OB/GIN) para que se desempeñe como su PCP. Las mujeres no necesitan una referencia médica del PCP para ver a un médico OB/GIN de la red o a otro proveedor que ofrezca servicios médicos para mujeres. Las mujeres pueden recibir chequeos, seguimiento médico si fuera necesario y atención periódica durante el embarazo.

Si tiene una enfermedad compleja o una necesidad de atención médica especial, es posible que pueda elegir a un especialista para que sea su PCP. Para recibir más información o para solicitar elegir a un especialista como su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Trabajaremos con usted para ayudarlo a coordinar la atención que necesita.

¿Cómo elegir a su PCP?

Cuando se inscriba en AmeriHealth Caritas New Hampshire, tendrá la oportunidad de elegir su propio PCP. Para elegir a su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Si no selecciona a un PCP, elegiremos a uno por usted. Tenemos en cuenta lo siguiente:

- El historial de reclamos del miembro.
- Necesidades médicas especiales.
- Asignación del proveedor a un miembro de la familia.
- Preferencias de idioma y culturales.
- Ubicación.

Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de identificación.

Cuando esté por tomar una decisión sobre un PCP, es posible que quiera encontrar un PCP que:

- Haya visto antes.
- Pueda atenderlo en su idioma.
- Comprenda sus problemas de salud.
- Sea fácil de localizar.
- Esté tomando pacientes nuevos.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP de la red por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, si su PCP abandona la red de proveedores del plan, es posible que tenga que buscar un nuevo PCP. Para más información sobre lo que sucede cuando su proveedor abandona la red, consulte la Sección 3.4 (*Qué sucede cuando un PCP, un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan*).

Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de identificación. Puede cambiar el PCP asignado dentro de los 30 días posteriores a recibir su tarjeta de identificación de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Simplemente llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. No tiene que darnos un motivo para realizar el cambio. Si desea cambiar de PCP más de una vez al año, puede hacerlo en cualquier momento si tiene un buen motivo (buena causa). Por ejemplo, puede tener una buena causa si:

- Usted no está de acuerdo con su plan de tratamiento.
- Su PCP se muda a una ubicación diferente a la que no le resulta fácil llegar.
- Tiene problemas para comunicarse con su PCP debido al idioma o a otro problema de comunicación.
- Su PCP no puede atender sus necesidades especiales.

Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** para recibir más información sobre cómo cambiar de PCP.

Sección 3.2 Servicios que puede obtener sin una autorización previa

Puede recibir ciertos servicios sin obtener una aprobación previa, tales como:

- Atención médica de rutina de la mujer, que incluye exámenes de senos, mamografías (radiografías de senos), pruebas de Papanicolaou, exámenes pélvicos y atención de la maternidad.
- Vacunas contra la gripe
- Servicios de emergencia de los proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de los proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de planificación familiar cuando va a un proveedor de planificación familiar de la red de New Hampshire Medicaid.

Sección 3.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red

Es importante saber qué proveedores están incluidos en nuestra red para que el plan médico pague sus servicios. El plan solo pagará sus servicios si utiliza los proveedores de la red que el plan exige para obtener los servicios cubiertos.

Las únicas excepciones a esta regla son:

- Emergencias.
- Servicios de urgencia cuando la red no esté disponible.
- Cuando reciba autorización por adelantado del plan para acudir a un proveedor fuera de la red.

Cómo saber qué proveedores están en nuestra red

Hay tres formas sencillas de verificar qué proveedores están en nuestra red:

- Consulte nuestro Directorio de proveedores, ya sea en línea o impreso. El Directorio de Proveedores incluye una lista de los proveedores de la red.
- Utilice nuestro enlace Buscar un proveedor: amerihealthcaritasnh.com/find-provider.

- Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Puede solicitar una copia del Directorio de proveedores a Servicios al Miembro. Se lo pueden enviar por correo electrónico o postal. Asimismo, puede solicitar más información a Servicios al Miembro sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones.

También puede ver el Directorio de proveedores en **www.amerhealthcaritasnh.com** o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

El Directorio de proveedores está disponible en letra normal o grande, en formatos alternativos, incluyendo ayudas y servicios auxiliares, y está disponible sin costo alguno a pedido del miembro o potencial miembro.

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo específica. Cuando su PCP considere que usted necesita un especialista, lo derivará (o transferirá su atención) a un especialista de la red. Existen muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer.
- Atención de cardiólogos para pacientes con enfermedades cardíacas.
- Atención de ortopedistas para pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

A veces, usted o su hijo con necesidades médicas especiales pueden necesitar la atención de un especialista. Los especialistas tratan tipos especiales de afecciones, como discapacidades físicas, intelectuales y del desarrollo, así como problemas de salud conductual o de consumo de sustancias tóxicas. Su proveedor de atención primaria (PCP) puede ayudarle a encontrar un especialista o un proveedor de atención para la salud conductual. No necesita una derivación formal de su PCP siempre que el especialista esté en nuestra red de proveedores.

Cuando su PCP crea que usted necesita un tratamiento especializado, podría derivarlo (aprobación por adelantado) para que vea a un especialista de la red o a otros proveedores. Para algunos tipos de derivaciones, es posible que su PCP deba obtener la aprobación anticipada de nuestro plan. Esto se llama obtener una “autorización previa”. Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos aparecen en cursiva en la Sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*).

Es muy importante obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP antes de ver a un especialista de la red o a otros proveedores determinados.

Las siguientes son algunas cosas que debe conocer sobre la atención de proveedores que no son su PCP.

Para un especialista

Su PCP lo derivará a un especialista si necesita una atención especializada que su PCP no puede proporcionarle. Un especialista es un médico capacitado que ejerce en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano). Si su PCP lo deriva a otro proveedor, pagaremos su atención. La mayoría de los especialistas a los que su PCP lo pueda derivar, son proveedores de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las referencias médicas.

- Si usted considera que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita ver a un especialista diferente.
- Hay algunos tratamientos y servicios para los que su PCP debe solicitar la aprobación de AmeriHealth Caritas New Hampshire antes de poder recibirlos. Su PCP le podrá decir cuáles son.
- Si tiene problemas para obtener una derivación que necesita, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Si AmeriHealth Caritas New Hampshire no tiene un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, lo derivaremos a un especialista fuera de nuestro plan. Esto

se llama derivación **fuera de la red**. Su PCP u otro proveedor de la red deben solicitar la aprobación de AmeriHealth Caritas New Hampshire antes de poder obtener una derivación para recibir atención fuera de la red. Esto se llama autorización previa.

Su proveedor enviará la solicitud de autorización previa con información médica a AmeriHealth Caritas New Hampshire para ayudarnos a tomar una decisión sobre su atención. Nuestro equipo de administración de la utilización revisará esta información y tomará una decisión.

Es posible que a veces no aprobemos una derivación para que reciba atención fuera de la red porque tenemos un proveedor en nuestra red que puede tratarlo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte la página 83 para saber cómo hacerlo.

Puede hablar con su PCP al respecto o llamar a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** para hablar sobre sus necesidades y recibir más información.

Si tiene una enfermedad compleja o una necesidad de atención médica especial, es posible que pueda elegir a un especialista para que sea su PCP. Para recibir más información o para solicitar elegir a un especialista como su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Trabajaremos con usted para ayudarlo a coordinar la atención que necesita.

Para un proveedor obstetra/ginecólogo

Puede elegir cualquier proveedor obstetra/ginecólogo que esté en la red de proveedores de AmeriHealth Caritas New Hampshire. No necesita una derivación para recibir tratamiento de proveedores de planificación familiar ya sea que estén dentro o fuera de nuestra red. Los servicios obstétricos, como la atención prenatal y el apoyo posparto, están cubiertos. **Deberá notificar a AmeriHealth Caritas New Hampshire el nacimiento de su bebé en el plazo de 30 días.**

Para otros proveedores y servicios

Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** para obtener más información sobre cómo obtener servicios, de la vista o de la salud mental y/o de trastornos por consumo de sustancias tóxicas. También consulte el Capítulo 4 *Servicios cubiertos*.

Vista

Se cubre una asignación anual de \$100 para lentes de contacto.

Salud mental/trastornos por consumo de sustancias tóxicas

Servicios al Miembro también puede ayudarlo a encontrar un proveedor de la salud mental y/o para trastornos por consumo de sustancias tóxicas y a obtener los servicios que pueda necesitar. También puede pedirle a su PCP que le ayude a encontrar un proveedor de la salud mental o para trastornos por consumo de sustancias tóxicas. No necesita una derivación para acceder a los servicios de la salud mental o de trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

Sección 3.4 ¿Qué sucede cuando un PCP, un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan?

Podríamos hacer cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan durante el año. Asimismo, a veces su proveedor puede dejar la red. Si su médico, especialista u otro proveedor del que recibe tratamiento de forma habitual abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se describen a continuación:

- Siempre que sea posible, le notificaremos cuando su PCP u otro proveedor del que recibe tratamiento habitual abandone la red del plan. Se lo notificaremos 15 días calendario después de que el plan reciba el aviso de que su proveedor abandona la red o 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia de la desvinculación del proveedor, lo que ocurra primero, para que

tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades médicas.
- Si usted está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa dicho tratamiento médico necesario y haremos lo posible para que así sea. Para más información, consulte la Sección 5.3 (*Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención*).
- Si considera que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja formal o una apelación ante nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista va a dejar nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Usted puede elegir sus proveedores médicos de la red preferidos en la medida en que sea posible y apropiado.
- Si está recibiendo un tratamiento en curso previamente autorizado con un proveedor participante que no está disponible para seguir prestando servicios, el plan se lo notificará **por escrito en un plazo de siete días calendario** a partir de la fecha en que el plan tenga conocimiento de dicha falta de disponibilidad y desarrollará un plan de transición para ayudarlo con la continuidad de su atención.

Sección 3.5 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si AmeriHealth Caritas New Hampshire no tiene un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, lo derivaremos a un especialista fuera de nuestro plan. Esto se llama derivación fuera de la red. Su PCP u otro proveedor de la red deben solicitar la aprobación de AmeriHealth Caritas New Hampshire antes de poder obtener una derivación para recibir atención fuera de la red. Puede hablar con su PCP sobre esto o llamar a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** para analizar sus necesidades y recibir más información. Revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión al respecto.

Es posible que a veces no aprobemos una derivación para que reciba atención fuera de la red porque tenemos un proveedor en AmeriHealth Caritas New Hampshire que puede tratarlo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*) para saber cómo hacerlo.

A veces, es posible que no aprobemos una referencia médica para que reciba un tratamiento específico fuera de la red porque usted solicitó atención que no difiere mucho a la que puede recibir de un proveedor de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*) para saber cómo hacerlo.

Si es usted un nativo americano o de Alaska de una tribu reconocida por el gobierno federal o cualquier otra persona que se haya determinado elegible para recibir servicios de atención médica para indios, se aplican normas de cobertura especiales. Puede recibir servicios fuera de la red en un centro de salud para indígenas sin autorización previa. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Cuando obtenga la autorización previa del plan para recibir tratamiento de un proveedor fuera de la red, nunca se le debe cobrar más que el copago de medicamentos recetados, si lo hubiera, por los servicios cubiertos. **Si le cobran estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 3.6 Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debería hacer si tiene una?

Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona razonable con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un órgano o parte del cuerpo. O en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, lo que significa que no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto, o el traslado puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la de su hijo no nacido.

Si tiene una urgencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al **911** para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación o una derivación de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha informado a nuestro plan de su emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención médica de emergencia, usualmente dentro de las primeras 48 horas del inicio de la emergencia. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Si tiene una emergencia de salud mental o por consumo de sustancias tóxicas:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Usted **no** necesita obtener primero la aprobación o la derivación de su PCP.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. **La atención de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos o sus territorios.** El plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que usted, o cualquier otra persona razonable con un conocimiento promedio de salud y medicina, considere que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en riesgo su salud.

Si tiene una emergencia, el plan o su PCP hablarán con los médicos que le estén brindando la atención de emergencia para ayudar a administrar y a hacer un seguimiento de la atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y haya terminado la situación de emergencia.

Después de que la emergencia termina, usted tiene derecho a recibir atención médica de seguimiento para asegurar que su estado siga siendo estable. La atención de seguimiento será cubierta por nuestro plan. Si un proveedor fuera de la red le proporciona atención de emergencia, el plan o su PCP cooperarán con usted según sea necesario para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

Para más información, consulte el Cuadro de beneficios (*Atención médica de urgencia*) en el Capítulo 4 de este manual.

¿Y si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir a recibir atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro y el médico puede decir que, después de todo, no era una emergencia médica.

Algunos ejemplos de emergencias médicas:

- Fractura de huesos.
- Convulsiones o ataques.
- Dolor torácico severo o ataque al corazón.
- Accidentes severos.
- Derrame cerebral (los síntomas suelen incluir la caída de la cara y la dificultad para hablar).
- Pérdida de conocimiento.
- Hemorragia intensa.
- Fuertes dolores de cabeza o de otro tipo.
- Vómitos de sangre o vómitos continuos.
- Desmayos o mareos.
- Intoxicación.
- Shock (los síntomas suelen ser sudoración, sensación de sed, mareo, palidez).
- Quemaduras severas.
- Dificultad para respirar
- Incapacidad repentina de ver, moverse o hablar.
- Pensamientos, planes y/o acciones suicidas.
- Primera experiencia de alucinaciones auditivas o visuales.
- Sobredosis

Si resulta que no era una emergencia, cubriremos su atención siempre y cuando haya tenido motivos razonables para pensar que su salud estaba en grave peligro. Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional sólo si usted recibe la atención adicional en una de estas dos maneras:

- Va a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- La atención adicional que recibe se consideran “servicios de urgencia necesarios”, y usted cumple con las normas para obtener este tipo de atención. Para más información, consulte las subsecciones tituladas “¿Qué ocurre si se encuentra en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad de atención urgente después del horario laboral normal?” y “¿Qué ocurre si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad de atención urgente?”

¿Qué es una “emergencia de la salud conductual” o “crisis de la salud conductual”?

Una “**emergencia de la salud conductual**” es una situación emergente en la que alguien necesita una evaluación y un tratamiento de la salud conductual (salud mental y/o consumo de sustancias tóxicas), es un peligro para sí mismo o para los demás, o muestra un deterioro significativo del comportamiento que hace que el miembro sea inmanejable e incapaz de cooperar en el tratamiento.

Una “**crisis de la salud conductual**” es cualquier situación en la que las conductas de una persona la ponen en riesgo de dañarse a ella misma o a otras personas, y/o cuando no es capaz de resolver la situación con las habilidades y recursos disponibles. Muchas cosas pueden llevar a una crisis de la salud conductual, como el aumento del estrés, las enfermedades físicas, los problemas en el trabajo o en la escuela, los cambios en la situación familiar, los traumas/la violencia en la comunidad o el consumo de sustancias tóxicas. Estos problemas son difíciles para todo el mundo, pero pueden ser especialmente duros para alguien que vive con una enfermedad o un trastorno de la salud conductual.

Si usted tiene una emergencia o una crisis de la salud conductual:

- Consiga ayuda lo antes posible. Llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** —la línea nacional de salud mental— que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana para conectarse con un consejero capacitado en crisis. Esta línea ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional.
- O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial.

Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha informado a nuestro plan de su emergencia o crisis de la salud conductual. Debemos hacer un seguimiento de la atención de su emergencia o crisis. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para informarnos sobre la atención de su emergencia o crisis, normalmente dentro de las 48 horas al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

No necesita obtener primero la aprobación o una derivación de su PCP.

¿Qué sucede si usted o alguien a quien conoce lucha contra la adicción o el consumo de sustancias tóxicas?

AmeriHealth Caritas New Hampshire entiende que la adicción es una enfermedad y que el acceso a la ayuda inmediata es fundamental para la recuperación.

- Si usted es un miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire que lucha contra la adicción y necesita atención urgente, póngase en contacto con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire, o
- Si está sufriendo una crisis por consumo de sustancias tóxicas o si tiene una emergencia, obtenga ayuda tan pronto como sea posible. Llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** —la línea nacional de salud mental— que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana para conectarse con un consejero capacitado en crisis. Esta línea ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional.
- O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial.

No necesita obtener primero la aprobación o una derivación de su PCP.

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad de atención de urgencia fuera del horario normal de atención?

Los servicios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad o lesión médica no considerada de emergencia, o una afección que requiere atención médica inmediata para evitar un agravamiento de la salud debido a síntomas que una persona razonable creería que no son una emergencia pero que sí requieren atención médica. Siempre debe tratar de recibir los servicios de necesidad urgente de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de un proveedor de la red, pagaremos los servicios cubiertos que le proporcionen.

Puede acudir a una clínica de atención urgente para recibir atención el mismo día o solicitar una consulta para el día siguiente. Tanto si está en casa como fuera, llame a su PCP en cualquier momento del día o de la noche si tiene preguntas sobre su salud. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Informe a la persona que le responda lo que está sucediendo. Le ayudará a decidir qué hacer.

Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al **911**.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan pagará los servicios de necesidad urgente que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, nuestro plan **no** cubre los servicios de urgencia ni ningún otro servicio si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Capítulo 4. Servicios cubiertos

Sección 4.1 Acerca del Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Este capítulo describe los servicios que cubre AmeriHealth Caritas New Hampshire. Puede obtener los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan, a menos que se permita lo contrario según se describe en este manual. Algunos servicios cubiertos requieren la autorización previa del plan.

Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos aparecen en cursiva en la Sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*).

El Cuadro de beneficios de este capítulo explica cuándo hay límites o requisitos de autorización previa para los servicios. Los servicios cubiertos por Medicaid que aparecen en el Cuadro de beneficios están respaldados por las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (capítulos He-W, He-E, He-C, He-M y He-P). Las normas están disponibles en línea en http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm.

Acerca de los servicios cubiertos:

- El Cuadro de beneficios enumera los servicios que cubre AmeriHealth Caritas New Hampshire. El cuadro es para su información general y es posible que no incluya todos los beneficios disponibles para usted. Llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire si tiene preguntas sobre sus servicios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios se cubren **solo cuando cumplen los siguientes requisitos de cobertura**:
 - Los servicios cumplen las pautas de cobertura establecidas por New Hampshire Medicaid.
 - Los servicios son médicamente necesarios. Para más información sobre los servicios médicamente necesarios, consulte la Sección 6.1 (*Servicios médicamente necesarios*).
 - Los servicios son brindados por proveedores de la red, a menos que se permita lo contrario según se describe en este manual. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red no estará cubierta a menos que haya recibido una autorización previa del plan. Para obtener más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red, consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar AmeriHealth Caritas New Hampshire para los servicios cubiertos*).
 - Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que proporciona y supervisa su atención.
 - Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red recibe la aprobación del plan por adelantado (llamada “autorización previa”). Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos aparecen en cursiva en la Sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*).
- No tiene que pagar nada, excepto los copagos aplicables, por los servicios cubiertos descritos en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla con las normas del plan descritas en este manual. Actualmente solamente tiene que pagar el copago de los medicamentos bajo receta cubiertos.
- Los beneficios de New Hampshire Medicaid pueden cambiar con el tiempo. Se le notificarán estos cambios.
- Su proveedor puede sugerirle servicios médicos que el plan no cubre. Si recibe esos servicios, es posible que tenga que pagarlos. El plan no pone objeciones religiosas o morales para denegar la cobertura de un servicio cubierto.

Si tiene preguntas acerca de los servicios cubiertos, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Sección 4.2**Cuadro de beneficios****Servicios cubiertos por el plan****Examen para la detección de un aneurisma aórtico abdominal**

El plan cubre una prueba de ultrasonido por única vez para hombres de 65 a 75 años que nunca han fumado.

No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de aborto

El plan cubre los servicios de aborto solamente si:

Tiene menos de 24 semanas de gestación:

- El embarazo es producto de violación o incesto; o
- En el caso de una mujer que padezca un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física (incluida una afección que ponga en peligro la vida causada por el propio embarazo o derivada de él) que, según certifique un médico, pondría en peligro la vida de la mujer a menos que se realice un aborto.

En la semana 24 de gestación o posteriormente:

- En caso de emergencia médica (“emergencia médica” significa que abarca riesgos importantes para la salud, es decir, aquellas circunstancias en las que la vida de una mujer embarazada o una función corporal importante están amenazadas).

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de atención médica de día para adultos

El plan cubre los servicios prestados por proveedores autorizados de atención médica diurna para adultos. Los servicios se prestan a adultos de 18 años en adelante que, por otra parte, viven de forma independiente.

Los participantes deben necesitar servicios de atención médica diurna para adultos durante un mínimo de cuatro (4) horas al día de forma regular, pero no se cubren los servicios durante más de 12 horas al día de forma regular.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de enfermería y supervisión de la salud.
- Terapias de mantenimiento del nivel.
- Servicios nutricionales y dietéticos.
- Actividades recreativas, sociales y cognitivas.
- Asistencia en las actividades de la vida diaria.
- Insumos médicos
- Servicios de salud y seguridad.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol

Consulte los servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias tóxicas (SUD) en este Cuadro de beneficios.

Pruebas y tratamiento de alergias

El plan cubre las pruebas de alergia cuando existen síntomas significativos y la terapia convencional no ha funcionado. Las pruebas de alergia se centran en determinar qué alérgenos causan una reacción en particular, el grado de la reacción y en informar sobre las opciones de tratamiento.

Los servicios de pruebas cubiertos incluyen el servicio profesional de preparación y administración de un extracto alérgico.

Si se identifica un alérgeno, el tratamiento cubierto de la alergia incluye la medicación y la inmunoterapia.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Terapias alternativas para el dolor: servicios de acupuntura y quiropraxia

Servicios de acupuntura y de quiropraxia, sin exceder 12 visitas de cada uno por miembro y por año, como alternativas a las prescripciones de opiáceos a través de nuestro programa Vivir más allá del dolor (Living Beyond Pain).

Servicios de ambulancia: emergencia

El plan cubre los servicios de ambulancia cuando usted tiene una afección de emergencia y cuando otros medios de transporte podrían poner en riesgo su salud o su vida.

Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen:

- Servicios de ambulancia terrestre.
- Servicios de ambulancia aérea si:
 - No se le puede trasladar de forma segura y oportuna por transporte terrestre, y
 - Corre un riesgo inminente de perder la vida o una extremidad si no se utiliza el medio de transporte más rápido.

El servicio de ambulancia de emergencia lo llevará al lugar más cercano donde puedan brindarle la atención adecuada.

No se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia de emergencia.

Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia aérea.

Los servicios de ambulancia no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de ambulancia: no de emergencia

El plan cubre los servicios de ambulancia que no sean de emergencia para acudir a las consultas de los servicios cubiertos por Medicaid cuando otros medios de transporte puedan poner en peligro su salud y su seguridad.

Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen:

- Servicios de ambulancia terrestre
- Servicios de ambulancia aérea si:
 - No se le puede trasladar de forma segura y oportuna por transporte terrestre, y
 - Corre un riesgo inminente de perder la vida o una extremidad si no se utiliza el medio de transporte más rápido.

CTS maneja estos servicios para el plan. Llame a CTS al **1-833-301-2264**.

Se requiere autorización previa del plan para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.

Los servicios de ambulancia no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Anestesia

Consulte los *Servicios de médicos* en este cuadro de beneficios.

Servicios de audiólogo

El plan cubre las pruebas de audición y las evaluaciones de audífonos para determinar si se necesita un audífono. Las evaluaciones y las consultas sobre audífonos realizadas por un audiólogo se limitan a una cada 24 meses para los miembros mayores de 21 años, y según sea necesario para los miembros menores de 21 años.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Consulte “Servicios de audición” para obtener más información relacionada con los servicios y los audífonos. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Cirugía bariátrica (cirugía de pérdida de peso)

El plan cubre una serie de procedimientos quirúrgicos bariátricos para tratar la obesidad.

Para ser elegible, una persona debe tener un índice de masa corporal (IMC) superior a 35 y un problema de salud grave relacionado con la obesidad, como diabetes, apnea del sueño, hipertensión arterial o enfermedad cardíaca.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios para la salud conductual

Consulte los *Servicios para la salud conductual para pacientes hospitalizados* en este Cuadro de beneficios.

Consulte los *Servicios para la salud conductual para pacientes ambulatorios* en este Cuadro de beneficios.

Consulte los *Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias tóxicas (SUD)* en este Cuadro de beneficios.

Servicios cubiertos por el plan

Densitometría ósea

El plan cubre ciertos procedimientos para determinar la masa ósea.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Examen para la detección del cáncer de seno (mamografía)

El plan cubre las mamografías y los exámenes clínicos de los senos para las mujeres de 40 años o más cada uno o dos años. Se pueden realizar mamografías y exámenes de senos más frecuentes cuando los ordene su PCP.

No se requiere autorización previa del plan para las pruebas de detección realizadas por un proveedor de la red, pero puede requerirse para las pruebas de detección que se solicitan con una frecuencia mayor a la recomendada.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)

El plan cubre los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios físicos, educación y asesoramiento. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca más intensivos.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades del corazón)

El plan cubre visitas a su PCP como parte de una iniciativa para disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante esta visita, su médico puede:

- Hablarle sobre el uso de la aspirina.
- Revisar su presión arterial.
- Darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón y vasos sanguíneos)

El plan cubre los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (corazón y vasos sanguíneos) y enfermedades relacionadas.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino y vaginal

El plan cubre las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos de las mujeres, ordenados por un médico u otro profesional de la salud autorizado.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Quimioterapia

El plan cubre la quimioterapia para el tratamiento del cáncer. La quimioterapia puede administrarse en su domicilio, en el consultorio del médico o en un centro hospitalario para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Los servicios de quimioterapia cubiertos incluyen:

- Medicamentos.
- Servicios profesionales necesarios para administrar los medicamentos.
- Honorarios de las instalaciones médicas.
- Radiografías y pruebas de laboratorio necesarias para el seguimiento.

Puede ser necesaria la autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Pruebas de detección de cáncer colorrectal

El plan cubre los siguientes servicios:

- Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol.
- Prueba inmunoquímica fecal.
- Prueba de detección mediante enema de bario.
- Sigmoidoscopia flexible.
- Prueba de detección mediante colonoscopia.

Servicios de centros médicos comunitarios

El plan cubre los servicios prestados por un centro médico comunitario. Los servicios incluyen lo siguiente:

- Visitas al consultorio para atención primaria y servicios de la salud conductual.
- Visitas de obstetricia o ginecología (OB/GYN).
- Educación para la salud.
- Servicios sociales médicos.
- Servicios de nutrición, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y la terapia de nutrición médica.
- Servicios para dejar de fumar.
- Vacunas, excepto las vacunas para viajes fuera del país.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Asesoramiento para dejar de fumar o usar tabaco

El plan cubre hasta 5 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco. (Consulte también la sección “Dejar de fumar” en el Cuadro de beneficios).

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Examen para la detección de la depresión

El plan cubre pruebas de detección para la depresión para niños y adultos.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Insumos y capacitación para la diabetes

El plan cubre los siguientes artículos y servicios si tiene diabetes o prediabetes (aunque no utilice insulina):

- Insumos para controlar los niveles de la glucosa en sangre que incluyen:
 - Dispositivo de control de la glucosa en sangre.
 - Tiras reactivas para controlar la glucosa en sangre.
 - Lancetas y dispositivos para lancetas.
 - Preparados (soluciones) para el control de la glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores.
- Adaptación y suministro de calzado terapéutico, moldeado a medida o de profundidad si tiene una enfermedad grave del pie diabético.
- La capacitación para ayudarle a entender su diabetes es un beneficio cubierto.

Puede ser necesaria la autorización previa de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Puede ser necesaria la autorización previa del plan si se utilizan medidores de glucosa en sangre y suministros que no son productos preferidos.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Diálisis y otros servicios y suministros para enfermedades renales (riñón)

El plan cubre los siguientes servicios:

- Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de la red, como por ejemplo cuando está de viaje.
- Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado si ingresa como paciente a un hospital o en una unidad de cuidados especiales.
- Capacitación para hacerse diálisis a usted mismo, que incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis.
- Equipos e insumos para diálisis en el hogar.
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de personas capacitadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, ayuden en casos de urgencia y revisen su equipo de diálisis y suministro de agua.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red. Sin embargo, se requiere autorización previa para servicios de diálisis fuera de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Equipo médico duradero (DME), incluidas las piezas de repuesto, las modificaciones, las reparaciones y la capacitación.

El plan cubre el equipo médico duradero (DME) que incluye artículos que:

- No son desechables y pueden resistir un uso repetido;
- Tienen principalmente fines médicos para el tratamiento de una afección, enfermedad o lesión aguda o crónica diagnosticada médicamente, y
- No son útiles para una persona en ausencia de una afección, enfermedad o lesión aguda o crónica diagnosticada médicamente.
- Algunos ejemplos de DME incluyen:
 - Sillas de ruedas.
 - Muletas.
 - Camas de hospital.
 - Equipos de monitoreo.
 - Camas especiales.
 - Bastones.
 - Sillas inodoro.
 - Nebulizadores.
 - Equipo de oxígeno.
 - Bombas de infusión IV.
 - Andadores.
 - Dispositivos generadores de habla [(comunicación alternativa aumentativa (CAA)]
 - Cualquier otro DME médicamente necesario.

Puede ser necesaria la autorización previa de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

El plan cubre los servicios de EPSDT para los miembros menores de 21 años, incluido el análisis conductual aplicado (ABA) para los miembros con diagnóstico de autismo.

El beneficio de EPSDT es un beneficio de la salud integral que ayuda a satisfacer las necesidades de salud y desarrollo de los niños. Los beneficios cubiertos incluyen servicios de detección médica, oftalmológica y auditiva adecuados a la edad en momentos específicos, comúnmente conocidos como chequeos de rutina para niños, y cuando surgen o se sospecha de problemas de salud. Además de las pruebas de detección, los servicios EPSDT incluyen todos los servicios de diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios para corregir o mejorar la enfermedad o la afección física o mental del niño. Esto es especialmente importante para los niños con necesidades especiales de atención médica y discapacidades.

No se requiere autorización previa del plan para los exámenes EPSDT.

No obstante, algunos servicios de tratamiento sí requieren autorización previa.

Para obtener servicios de tratamiento especializado o para más información, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Servicios cubiertos por el plan

Atención médica de emergencia

El plan cubre la atención médica de emergencia. Una “emergencia médica” sucede cuando usted tiene una afección que cualquier persona con un conocimiento medio de la salud y la medicina podría suponer que es tan seria que, sin atención médica inmediata, el resultado puede ser:

- Riesgo serio para su salud o la de su hijo que no ha nacido.
- Daños serios en sus funciones físicas.
- Disfunción seria de un órgano u otra parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones:
 - No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado podría suponer un riesgo para su salud o seguridad o la de su hijo que no ha nacido.

La atención médica de urgencia está cubierta donde y cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. **La atención médica de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos o sus territorios.**

Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención médica hospitalaria después de que su afección haya sido estabilizada, debe regresar a un hospital de la red para continuar con la cobertura de su atención. La atención hospitalaria fuera de la red está cubierta si el plan aprueba su hospitalización.

No se requiere autorización previa del plan para la atención médica de emergencia dentro y fuera de la red; sin embargo, sí se requiere autorización previa del plan para la atención hospitalaria fuera de la red luego de la estabilización de su atención.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de planificación familiar

Puede elegir cualquier médico, clínica, centro de salud comunitario, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar participante en New Hampshire Medicaid dentro o fuera de la red. **Los servicios de planificación familiar no necesitan una derivación.**

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Examen y tratamiento médico de planificación familiar.
- Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico para la planificación familiar.
- Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, dispositivo intrauterino/DIU, inyecciones o implantes).
- Suministros para la planificación familiar con receta médica (condones, esponja, espuma, película, diafragma o capuchón cervical).
- Asesoramiento y pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH cuando se realicen como parte de una visita de planificación familiar inicial, de rutina o de seguimiento.
- El tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH, está sujeto a los requisitos descritos en la sección de *Servicios de médicos* de este Cuadro de beneficios.
- Esterilización voluntaria. Debe tener 21 años o más, ser mentalmente competente y firmar un formulario de consentimiento de esterilización. Un mínimo de 30 días y un máximo de 180 deberán transcurrir entre la fecha en que firmó el formulario de consentimiento y la fecha del procedimiento de esterilización.

No se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Barniz de flúor

El plan cubre el barniz de flúor aplicado durante una visita al médico/pediatra para un miembro de 6 meses a 5 años de edad. La cobertura se limita a la aplicación de barniz de flúor dos veces al año.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Cirugía de reasignación de género

El plan cubre los servicios de reasignación de género. Los servicios cubiertos incluyen:

- Mastectomía.
- Aumento de senos.
- Histerectomía.
- Salpingectomía.
- Ooforectomía.
- Cirugía reconstructiva de los genitales.

El plan no cubre los procedimientos estéticos.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de habilitación

El plan cubre los servicios de atención médica que ayudan a los niños y adultos a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Estos servicios incluyen terapias ocupacionales, físicas y del habla, además de otros servicios para miembros con discapacidades en una variedad de entornos ambulatorios.

Ejemplos:

- Terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada.
- Terapia para un adulto con el fin de mantener el tono muscular.

El plan cubre:

- Fisioterapia ambulatoria (PT).
- Terapia ocupacional (OT).
- Terapia del habla (ST).

Límite de 20 visitas por año de beneficios para cada tipo de terapia.

Los límites de los beneficios se comparten entre los servicios de habilitación y los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.

Los servicios pueden prestarse en su domicilio, en el consultorio del proveedor de terapia, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro de rehabilitación.

Se requiere autorización previa para los miembros menores de 21 años.

Para los miembros de 21 años en adelante se requiere autorización previa cuando los servicios exceden el límite de 20 visitas por modalidad.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de audiología, incluidos los audífonos

El plan cubre las pruebas de audición cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado de la red.

El plan también cubre lo siguiente:

- Exámenes auditivos, pruebas de equilibrio y consultas relacionadas.
- Evaluaciones para la adaptación de audífonos, incluyendo moldes e impresiones del oído.
- Audífonos, incluidos los binaurales.
- Suministro y entrega de audífonos, pilas y accesorios.
- Instrucción para el uso, el cuidado y el manejo de los audífonos.
- Visita de seguimiento para garantizar el funcionamiento del audífono.
- Préstamo de un audífono cuando sea necesario.

Examen de evaluación de audífonos/consulta sobre audífonos:

21 años en adelante: un examen o consulta cada dos años desde la última fecha de servicio.

Menores de 21 años: según sea necesario.

No se requiere autorización previa del plan para los audífonos prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Prueba de detección de hepatitis B

El plan cubre la prueba de detección de la hepatitis B para adolescentes y adultos cuando la solicita y la realiza el PCP en un consultorio.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Examen del virus de la hepatitis C (VHC)

El plan cubre la detección del VHC para los adultos que presenten una de las siguientes condiciones, cuando el PCP la solicite y la realice en el consultorio:

- Alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis C, incluido el haber recibido una transfusión de sangre antes de 1992.
- Prueba de detección única para adultos nacidos entre 1945 y 1965.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Prueba de VIH

El plan cubre los exámenes de detección del VIH y las pruebas relacionadas para adultos y adolescentes cuando son ordenados y realizados por el PCP en un consultorio.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios médicos en el hogar

El plan cubre los servicios prestados por una agencia de asistencia médica a domicilio, que incluyen:

- Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y de asistencia médica a domicilio.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Equipo médico duradero y suministros.

No se requiere autorización previa del plan para las primeras 18 visitas (modalidades combinadas, no cada una).

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de terapia de infusión a domicilio

El plan cubre los servicios de terapia de infusión a domicilio que incluyen la administración de nutrientes, antibióticos y otros medicamentos y líquidos por vía intravenosa. Los servicios cubiertos incluyen los servicios profesionales médicamente necesarios, los suministros médicos y los equipos.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Atención para enfermos terminales

El plan cubre los servicios de atención para enfermos terminales que sean razonables y necesarios para aliviar o disminuir los síntomas de la enfermedad terminal, incluidas las afecciones o complicaciones relacionadas. Tiene derecho a elegir la atención para enfermos terminales si su proveedor y el director médico de dichos cuidados determinan que tiene una enfermedad terminal. Esto significa que tiene una afección que resulta en una esperanza de vida de 6 meses o menos, si la enfermedad sigue su curso normal.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Atención de enfermería.
- Servicios sociales médicos.
- Servicios médicos prestados por el médico del centro de para enfermos terminales o por el PCP del miembro.
- Servicios de asesoramiento, incluido el asesoramiento sobre la alimentación.
- Cuidados generales para pacientes hospitalizados para el control del dolor o el manejo de los síntomas que no pueden ser proporcionados en un entorno ambulatorio.
- Servicios de apoyo para el cuidado de pacientes hospitalizados que no residen en un establecimiento de enfermería.
- Equipo médico duradero y suministros para la autoayuda y la comodidad personal relacionados con el alivio, la disminución o el control de los síntomas y los efectos de la enfermedad terminal del miembro o de las afecciones relacionadas con la enfermedad terminal.
- Medicamentos para aliviar, disminuir o controlar los síntomas o efectos de la enfermedad terminal del miembro o de las afecciones relacionadas con la enfermedad terminal.
- Asistente para la salud en el hogar y servicios de ayuda para tareas domésticas.
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla con el fin de controlar los síntomas o permitir que el miembro mantenga la capacidad de realizar actividades de la vida diaria y habilidades funcionales básicas.
- Transporte en ambulancia y en camioneta para sillas de ruedas.
- Cualquier otro servicio que se especifique en el plan de atención del miembro como razonable y necesario para aliviar, disminuir o manejar la enfermedad terminal del miembro y las afecciones relacionadas.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Histerectomía

El plan cubre la histerectomía, que es la extirpación quirúrgica del útero (matriz). El plan no cubre los procedimientos de histerectomía cuando se realizan únicamente para la esterilización.

De acuerdo con la normativa federal, es necesario firmar un formulario de consentimiento para la histerectomía que incluya el reconocimiento por escrito que se le ha informado, tanto oralmente como por escrito, que la histerectomía le incapacitará permanentemente para reproducirse.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Vacunas

El plan cubre ciertas vacunas (pueden aplicarse restricciones de edad), entre ellas:

- Vacuna contra la neumonía (neumococo).
- Vacuna contra la gripe (influenza).
- Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo intermedio o alto de contraer hepatitis B.
- Vacunas para niños/adolescentes.
- Vacunas contra el herpes zóster.
- Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).

La cobertura de vacunas no incluye las requeridas o recomendadas para viajes fuera del país.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios de vacunación prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios para la infertilidad

El plan cubre los servicios de infertilidad limitados a la determinación de la causa y el tratamiento de las afecciones que causan la infertilidad.

Se requiere autorización previa del plan.

Servicios de hospitalización, incluidos los servicios de rehabilitación de agudos

El plan cubre los servicios de hospitalización, que incluyen:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).
- Comidas, incluso dietas especiales.
- Servicios de enfermería.
- Costos de unidades de cuidado especial como terapia intensiva o unidad coronaria.
- Fármacos y medicamentos.
- Pruebas de laboratorio.
- Radiografías y otros servicios de radiología.
- Insumos médicos y quirúrgicos.
- Equipo médico duradero, como silla de ruedas.
- Servicios de sala de operaciones y de recuperación.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Administración de productos derivados de la sangre.
- Servicios médicos, incluida la anestesia.

Se requiere autorización previa del plan, excepto para los ingresos de emergencia.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios para la salud mental para pacientes hospitalizados

El plan cubre los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que incluyen:

- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda.*
- Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes hospitalizados.*

*Se aplican normas de cobertura especiales para algunas hospitalizaciones. Si tiene entre 21 y 64 años, comuníquese con Servicios al Miembro para ver si cumple con los requisitos de cobertura. Las admisiones hospitalarias no pueden exceder de 60 días por ingreso para los miembros de 21 a 64 años.

No hay límite de por vida en el número de días que un miembro puede permanecer en un centro de salud mental para pacientes hospitalizados.

Consulte también los *Servicios para la salud mental para pacientes ambulatorios* en este Cuadro de beneficios.

Consulte también los servicios de tratamiento de *Trastornos por consumo de sustancias tóxicas (SUD)* en este Cuadro de beneficios.

Puede ser necesaria la autorización previa de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Se requiere una autorización previa del plan, excepto para las admisiones residenciales por trastornos de consumo de sustancias tóxicas y las admisiones de emergencia.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de laboratorio

El plan cubre los servicios de laboratorio cuando los ordena un médico u otro profesional de la salud autorizado para ello.

Puede necesitarse autorización previa.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de maternidad

El plan cubre los servicios de maternidad prenatal, de parto, de nursery y de posparto. El parto está cubierto en un hospital y en un centro de maternidad (ya sea en el centro de maternidad o como parto en casa cuando lo atiende el personal del centro de maternidad), y en su domicilio. También están cubiertos los servicios de laboratorio y de ecografía necesarios.

También se ofrecen servicios adicionales relacionados con la maternidad a través de los programas Home Visiting NH y Servicios Integrales de Apoyo a la Familia. Para obtener información sobre estos programas, llame a la División de Servicios de Salud Pública de NH al número sin cargo, **ext. 4501 (TDD acceso a relé: 1-800-735-2964)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del Este.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por proveedores de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Insumos médicos

El plan cubre insumos médicos. Los insumos médicos son artículos consumibles o desechables que son apropiados para el alivio o tratamiento de una afección, enfermedad o lesión específica diagnosticada médicamente.

Los insumos médicos incluyen los siguientes:

- Insumos para ostomía.
- Catéteres.
- Productos para la incontinencia.
- Férulas.
- Insumos para traqueotomía.
- Artículos con cargos facturados iguales o superiores a \$750.
- Arrendamientos o alquileres de DME y equipos personalizados.
- Pañales/pull-ups (3 años en adelante) por montos superiores a los límites de cantidad publicados por el estado.
- Suplementos nutricionales enterales.
- Dispositivos prostéticos y ortóticos personalizados.
- Todos los artículos no enumerados o no categorizados, sin importar el costo.
- Terapia de heridas por presión negativa.

Puede ser necesaria la autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Terapia nutricional médica

Asesoramiento nutricional en grupo o individual, visita de un dietista y programa de control de peso.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios para la salud mental

Consulte los *Servicios para la salud conductual para pacientes hospitalizados* en este cuadro de beneficios.

Consulte los *Servicios para la salud conductual para pacientes ambulatorios* en este cuadro de beneficios.

Consulte los *Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias tóxicas (SUD)* en este Cuadro de beneficios.

Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para la pérdida de peso

El plan cubre la detección de la obesidad y la terapia de asesoramiento para ayudarle a perder peso. Hable con su médico para más información.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de terapia ocupacional

Consulte los servicios de *Rehabilitación ambulatoria* (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y el lenguaje) en este Cuadro de beneficios.

Servicios cubiertos por el plan

Trasplantes de órganos y tejidos

El plan cubre los siguientes trasplantes de órganos y tejidos:

- Trasplantes de riñón.
- Trasplantes de corazón.
- Trasplantes de corazón y pulmón.
- Trasplante de pulmón.
- Trasplante de médula ósea.
- Trasplantes de células madre.
- Trasplantes de hígado.
- Trasplantes de páncreas.
- Trasplantes de páncreas y riñón.
- Trasplantes de córnea.
- Trasplantes de piel, excepto los de pelo.
- Injertos de hueso.

Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por el plan revisará su caso para determinar si es candidato a un trasplante.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Dispositivos ortóticos

El plan cubre los dispositivos ortóticos, que son artículos ortopédicos aplicados externamente a una extremidad o cuerpo para:

- Proteger contra lesiones.
- Apoyar una parte débil o deformada del cuerpo.
- Prevenir o corregir una deformidad o mal funcionamiento físico.

Los dispositivos ortóticos incluyen:

- Órtesis de columna para escoliosis.
- Órtesis de pierna.
- Aparatos ortopédicos para manos.
- Las órtesis para el pie y el calzado están cubiertas para los miembros con diabetes; enfermedad vascular periférica; o afecciones metabólicas, neurológicas o patológicas del pie debidas a una enfermedad localizada, lesión o síntomas que afecten al pie.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios ambulatorios para la salud mental

El plan cubre los servicios ambulatorios para la salud mental prestados por un centro comunitario de salud mental, un psiquiatra, una enfermera registrada con práctica avanzada en psiquiatría (APRN), un proveedor de terapia de salud mental, un psicólogo, un proveedor de psicoterapia con licencia, un centro de salud comunitario, un centro de salud con calificación federal (FQHC), un centro de salud rural (RHC) y centros de salud mental para pacientes ambulatorios.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Visitas para controlar la medicación.
- Terapia individual, grupal y de familia.
- Evaluación de diagnóstico.
- Programa de hospitalización parcial (PHP).
- Programa ambulatorio intensivo (IOP).
- Servicios psiquiátricos y psicoterapéuticos de emergencia.*
- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Estimulación magnética transcraneal.
- Intervención en crisis y servicios relacionados con la estabilización posterior.*
- Servicios individualizados orientados a la recuperación y la resiliencia (IROS).
- Servicios de administración de casos, incluido el tratamiento comunitario asertivo (ACT).
- Pruebas psicológicas.

*Algunos servicios de intervención en crisis por salud mental, servicios de estabilización posteriores a la intervención y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando los prestan los equipos de respuesta rápida de los centros de salud mental comunitarios. Para más información, consulte la Sección 4.4 (*Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan*).

Consulte también los *Servicios para la salud mental para pacientes hospitalizados* en este Cuadro de beneficios.

Consulte también los servicios de tratamiento de *Trastornos por consumo de sustancias tóxicas (SUD)* en este Cuadro de beneficios.

No se requiere autorización previa del plan, excepto para las pruebas neuropsicológicas, la terapia electroconvulsiva, la estimulación magnética transcraneal y los servicios de salud mental prestados en un programa de día.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

El plan cubre los servicios hospitalarios ambulatorios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, que incluyen las hospitalizaciones para observación o cirugía ambulatoria.
- Análisis de laboratorio y pruebas para diagnóstico proporcionados por el hospital.
- Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por el hospital.
- Radioterapia, incluidos los servicios técnicos, materiales e insumos.
- Algunos servicios de detección y prevención.
- Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo.
- Insumos quirúrgicos, como vendajes.
- Materiales para enyesado.
- Administración de productos derivados de la sangre.
- Infusiones intravenosas (IV).

Para algunos servicios, que incluyen la cirugía ambulatoria y algunas pruebas diagnósticas, es necesaria la autorización previa del plan.

Consulte el servicio específico en este Cuadro de beneficios para obtener más información o llame a Servicios al Miembro.

Servicios de Rehabilitación ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y el lenguaje)

El plan cubre los servicios de rehabilitación para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía. Los servicios de rehabilitación incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.

La cobertura se limita a 20 visitas por año de beneficios para cada tipo de terapia.

Los límites de los beneficios se comparten entre los servicios de rehabilitación y los servicios de habilitación ambulatorios.

Los servicios pueden prestarse en su domicilio, en el consultorio del proveedor de terapia, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro de rehabilitación.

Se requiere autorización previa para los miembros menores de 21 años.

Para los miembros de 21 años en adelante se requiere autorización previa cuando los servicios exceden el límite de 20 visitas por modalidad.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Cirugía ambulatoria

El plan cubre la cirugía ambulatoria realizada en un centro médico para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

Puede necesitarse autorización previa para ciertos procedimientos.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Equipos de oxígeno y terapia respiratoria

El plan cubre los equipos de oxígeno, incluidos los sistemas de oxígeno, las recargas de oxígeno y el alquiler de equipos de oxigenoterapia.

El plan también cubre los equipos respiratorios, incluidos los aparatos de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), los aparatos de presión positiva en las vías respiratorias de dos niveles (BiPAP) y los respiradores.

No se requiere autorización previa del plan para el oxígeno prestado por un proveedor de la red.

Se requiere autorización para el oxígeno hiperbárico. Puede ser necesaria la autorización previa del plan para los equipos de terapia respiratoria.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de asistente de cuidado personal

El plan cubre los servicios de asistencia personal para ayudar en las actividades de la vida diaria y en las actividades fundamentales de la vida diaria. Para poder ser elegible para este servicio, debe tener 18 años o más, ser usuario de silla de ruedas y ser capaz de dirigir usted mismo su atención.

Los servicios incluyen asistencia con:

- El baño y otras actividades de higiene personal.
- Vestirse y asearse.
- Administración y gestión de la medicación.
- Movilidad y traslados.
- Aseo y tareas relacionadas.
- Preparación de las comidas y alimentarse.
- Lavado de ropa.
- Tareas domésticas livianas.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de fisioterapia

Consulte los servicios de *Rehabilitación ambulatoria* (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y el lenguaje) en este Cuadro de beneficios.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de médicos, asistentes médicos y enfermeras registradas de práctica avanzada

El plan cubre los servicios de médicos, asistentes médicos y enfermeras registradas de práctica avanzada, que incluyen:

- Servicios de diagnóstico y tratamiento, servicios preventivos y servicios quirúrgicos, (incluida la anestesia), que se prestan en un consultorio u otro centro para pacientes ambulatorios, en un centro de enfermería o en su domicilio.
- Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista, incluido un obstetra o ginecólogo (OB/GIN), ya sea en persona o mediante servicios de telemedicina.
- Segunda opinión de un proveedor dentro de la red o de un proveedor fuera de la red (con autorización previa), por ejemplo, antes de realizar un procedimiento médico o quirúrgico.
- Visitas en hospitales para pacientes hospitalizados por días de internación para atención de casos agudos.
- Servicios de laboratorio y radiología.
- Evaluación y tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Manejo del dolor.
- Anestesia como parte del plan de tratamiento odontológico de un niño.

Consulte también los servicios específicos para la cobertura adicional del plan.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red, excepto para los centros quirúrgicos ambulatorios certificados, la cirugía ambulatoria y algunos centros de tratamiento del dolor.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de podología

El plan cubre los cuidados de rutina y de especialidad para las afecciones patológicas del pie debidas a enfermedades localizadas, lesiones o síntomas que afectan al pie.

Los servicios incluyen:

- Cuidado de rutina de los pies: fresado y corte de uñas cuando su PCP determine que necesita este servicio y le proporcione una derivación a un podólogo.
- Prevención y reducción de callos, durezas y verrugas por medio de cortes o cirugía.
- Colocación de yesos, correas y cintas adhesivas cuando las realice un podólogo para el tratamiento de fracturas, dislocaciones, esguinces, distensiones y heridas abiertas del tobillo, el pie y los dedos.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Medicamentos bajo receta

El plan cubre los medicamentos bajo receta (y los de venta libre con receta) incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan aprobada por el DHHS de NH. Se aplican las normas y las restricciones de la cobertura de medicamentos.

Copago en farmacias minoristas:

- Copago de \$1 por cada medicamento recetado preferido o aprobado no preferido hasta un suministro para 34 días.
- Copago de \$1 por un medicamento bajo receta que no esté identificado como preferido ni como no preferido.
- Copago de \$2 por cada medicamento bajo receta no preferido (si el proveedor que lo prescribe determina que un medicamento preferido será menos eficaz y/o tendrá efectos adversos para el miembro, el copago por el medicamento no preferido será de \$1).

Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos bajo receta, consulte el capítulo 7 (*Cómo obtener medicamentos bajo receta cubiertos*).

Servicios de enfermería privada

El plan cubre servicios de enfermería privada provistos por un enfermero registrado (RN) o auxiliar de enfermería (LPN). Los miembros que reúnen los requisitos para recibir estos servicios requieren observación, juicio, evaluación o intervenciones continuas de enfermería especializada durante más de dos horas para mantener o mejorar el estado de salud del miembro.

El primer paso en el proceso de aprobación es una orden escrita de un médico o de una enfermera registrada de práctica avanzada, que incluya un plan de cuidados por escrito que describa por qué los servicios de enfermería privada son médicamente necesarios para el miembro. La agencia que presta los servicios de enfermería privada debe proporcionar la documentación de apoyo que demuestre el nivel de capacidad para brindar atención y las necesidades continuas del miembro.

Se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Pruebas de detección de cáncer de próstata

El plan cubre las siguientes pruebas de detección de cáncer de próstata como parte de un examen médico o según sea necesario:

- Un examen de tacto rectal.
- Un examen de antígeno prostático específico (PSA).

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Dispositivos protésicos e insumos relacionados

El plan cubre la compra y reparación de dispositivos protésicos e insumos relacionados. Los dispositivos protésicos son tipos artificiales de reemplazo no dentales, dispositivos correctivos o de apoyo o partes de un dispositivo que se utilizan para reemplazar una porción faltante del cuerpo, o para reemplazar una función faltante del cuerpo.

Los dispositivos protésicos cubiertos y los suministros relacionados incluyen:

- Zapatos protésicos.
- Brazos y piernas artificiales
- Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía).
- Laringe artificial.

Puede ser necesaria la autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de rehabilitación pulmonar

El plan cubre servicios de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa. Los servicios cubiertos incluyen:

- Capacitación en técnicas de respiración.
- Nutrición.
- Oxígeno.
- Cómo realizar las tareas cotidianas con menos dificultad para respirar.
- Cómo mantenerse saludable y prevenir el agravamiento de los síntomas de la EPOC.
- Medicaciones.
- Relax
- Viajes.

No se requiere autorización previa del plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)

El plan cubre los servicios de LDCT una vez cada 12 meses para las personas de entre 55 y 80 años que tengan un historial de tabaquismo de 30 paquetes al año y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años. Las pruebas de detección deben interrumpirse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema de salud que limite sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una cirugía pulmonar curativa.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Pruebas de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)

Además de las pruebas de detección del VIH y de la hepatitis B (analizadas por separado en este Cuadro de beneficios), el plan cubre las pruebas de detección de clamidia, gonorrea y sífilis. El plan también cubre sesiones relacionadas de asesoramiento conductual intensivo.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios para dejar de fumar y de usar tabaco

AmeriHealth Caritas New Hampshire apoya los servicios de tratamiento del consumo de tabaco de QuitNowNH, tanto si fuma como si mastica, aspira (snuff/rapé) o vapea. Llame sin cargo al **1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)** (TDD acceso de relé **1-800-833-1477**), las 24 horas del día, los siete días de la semana, o ingrese en **www.quitnownh.org**.

Para obtener una lista de las recetas médicas de terapia de sustitución de la nicotina y de los productos genéricos de venta libre cubiertos disponibles en las farmacias de la red, consulte el Listado de medicamentos bajo receta del plan.

Puede ser necesaria la autorización previa del plan para ciertos tipos de servicios, recetas médicas y productos.

*La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) define los productos del tabaco como cigarrillos, habanos, disolubles, tabaco para narguile, geles de nicotina, tabaco para pipa, tabaco para armar, productos del tabaco sin humo, incluidos el dip, el rapé, el snus y el tabaco de mascar, vapes, cigarrillos electrónicos, bolígrafos para narguile y otros sistemas electrónicos de suministro de nicotina.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de patología del habla y lenguaje

Consulte los servicios de *Rehabilitación ambulatoria* (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y el lenguaje) en este Cuadro de beneficios.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias tóxicas (SUD)

El plan cubre los servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias tóxicas proporcionados por un centro de salud mental comunitario, un centro de salud comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal (FQHC), un centro de salud rural (RHC), un proveedor de salud mental, un hospital de cuidados para pacientes agudos, un hospital psiquiátrico, un terapeuta licenciado en materia de drogas y alcohol (MLDAC), un terapeuta habilitado en materia de drogas y alcohol (LADC), un psiquiatra, una enfermera registrada con práctica avanzada en psiquiatría (APRN), un médico, un trabajador certificado de apoyo para la recuperación, centros de tratamiento y rehabilitación residenciales, clínicas de metadona/ programas de tratamiento de opioides y programas de recuperación entre pares.

Los servicios cubiertos pueden incluir:

Pruebas de detección, intervención breve y derivación al tratamiento (SBIRT)

- Pruebas de detección del consumo de sustancias tóxicas.
- Terapia individual, grupal y de familia.
- Servicios ambulatorios intensivos para trastornos por consumo de sustancias tóxicas.
- Programa de hospitalización parcial (PHP).
- Control de la abstinencia para pacientes ambulatorios con supervisión médica.
- Intervención por causa de crisis*.
- Apoyo entre pares para la recuperación*.
- Apoyo no entre pares para la recuperación
- Supervisión continua para la recuperación.
- Tratamiento para la abstinencia de alcohol.

Servicios de tratamiento para el consumo de opioides

- Tratamiento asistido con medicación.
- Control de la abstinencia con supervisión médica en un centro residencial.
- Servicios de tratamiento en un centro residencial, incluidos los servicios especializados para mujeres embarazadas y en posparto.

*Algunos servicios de intervención en crisis por consumo de sustancias tóxicas, servicios de estabilización posteriores a la intervención y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando los prestan los equipos de respuesta rápida de los centros de salud mental comunitarios. Para más información, consulte la Sección 4.4 (*Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan*).

Consulte también los *Servicios para dejar de fumar y de usar tabaco* en este Cuadro de beneficios.

Consulte también los *Servicios para la salud mental para pacientes hospitalizados* en este Cuadro de beneficios.

Consulte también los *Servicios para la salud mental para pacientes ambulatorios* en este Cuadro de beneficios.

Puede ser necesaria la autorización previa de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de telemedicina

El plan cubre los servicios de telemedicina interactivos de audio y video para los servicios cubiertos por Medicaid (excepto los servicios de atención primaria) cuando los servicios son prestados por los siguientes proveedores como método de prestación de la atención médica:

- Médico o asistente médico.
- Enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) o especialista en enfermería clínica.
- Enfermera partera.
- Psicólogo clínico.
- Trabajador social clínico.

Los sitios elegibles donde pueden prestarse y/u originarse servicios de telemedicina interactiva por video son:

- Consultorio médico.
- Consultorio de profesionales médicos asociados.
- Consultorio médico a domicilio.
- Hospital.
- Establecimientos de enfermería especializada.
- Centro de salud mental comunitario.
- Centro médico con habilitación federal (FQHC).
- Centro médico rural (RHC).
- Hogar del miembro.
- Sitio de prestación de servicios del equipo de respuesta rápida*.

*Algunos servicios de intervención en crisis por consumo de sustancias tóxicas, servicios de estabilización posteriores a la intervención y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando los prestan los equipos de respuesta rápida de los centros de salud mental comunitarios. Para más información, consulte la Sección 4.4 (*Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan*).

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios de transporte: transporte en ambulancia

Consulte los *Servicios de ambulancia: de emergencia* en este Cuadro de beneficios.

Consulte los *Servicios de ambulancia: no de emergencia* en este Cuadro de beneficios.

Servicios de transporte: transporte médico que no se considera de emergencia (NEMT)

El plan cubre los servicios de transporte médico no de emergencia.

Para el transporte médico no de emergencia autorizado, debe seguir las normas del plan para obtener el reembolso o los servicios de transporte. El reembolso del millaje, el transporte público y los viajes están disponibles según corresponda.

- Los miembros deben utilizar el programa de reembolso de millas a familiares y amigos siempre que sea posible.
- La tasa de reembolso es de \$0.58 por milla.

Continúa en la página siguiente

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de transporte: continuación de la página anterior

Excepciones al Programa de Reembolso de Millas a Familiares y Amigos

- Debe utilizar el Programa de Reembolso de Millas a Familiares y Amigos si tiene automóvil, o cuando un amigo o familiar con automóvil pueda llevarle a su servicio médicamente necesario.
- Si tiene automóvil y no desea inscribirse en el Programa de Familiares y Amigos, debe cumplir uno de los siguientes criterios para poder recibir los servicios de transporte.
 - No tiene una licencia de conducir válida.
 - No dispone de un vehículo que funcione en el hogar.
 - No puede viajar o esperar los servicios solo.
 - Tiene una limitación física, cognitiva, mental o de desarrollo.
- El transporte público está disponible cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:
 - Vive a menos de media milla de una ruta de autobús.
 - Su proveedor está a menos de media milla de la ruta de autobús.
 - Es usted un adulto menor de 65 años.

Las excepciones al requisito del transporte público son:

- Si tiene dos o más hijos menores de 6 años que viajen con usted.
- Si tiene uno o más hijos mayores de 6 años que tengan movilidad limitada y le acompañen a la consulta.
- Si tiene al menos una de las siguientes condiciones:
 - Embarazo o hasta seis semanas después del parto.
 - Afección respiratoria de moderada a grave con o sin dependencia de oxígeno.
 - Movilidad limitada (andador, bastón, silla de ruedas, amputado, etc.).
 - Deficiencia visual.
 - Retraso en el desarrollo.
 - Grado significativo e incapacitante de enfermedad mental.
 - Otra excepción, solo con la aprobación del proveedor.

Los servicios de transporte médico que no son de emergencia son proporcionados por Coordinated Transportation Solutions (CTS). Su número de teléfono es **1-833-301-2264**.

Para programar un viaje para una consulta médica de rutina cubierta por el plan médico, llame a CTS:

Lunes, martes y miércoles	de 8 a.m. a 8 p.m.
Jueves y viernes	de 8 a.m. a 5 p.m.

También debe llamar a este número para que le recojan después de una consulta o para cualquier otra pregunta relativa al transporte médico que no sea de emergencia.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Para programar el transporte a las oficinas o establecimientos de los proveedores para los servicios prestados directamente por el DHHS de NH, llame a la línea sin cargo de CTS al **1-844-259-4780** de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., ET, y jueves y viernes de 8 a.m. a 6 p.m. ET.

Servicios cubiertos por el plan

Atención médica urgente

El plan cubre la atención necesaria de urgencia de un proveedor dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles.

La atención médica urgente se brinda para tratar lo siguiente:

- Un caso que no es una emergencia (no incluye servicios de atención primaria de rutina).
- Una enfermedad repentina.
- Un cambio repentino en la salud mental.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Una lesión.
- Una afección que necesita atención inmediata.

Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla en un centro de atención de urgencia de la red o llamar a la Línea de enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1-855-216-6065**. Debe informar a su PCP siempre que sea posible si ha recibido tal atención.

Si requiere atención de urgencia por una crisis de la salud conductual o por consumo de sustancias tóxicas, llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** — la línea nacional de salud mental — que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana para conectarse con un consejero capacitado en crisis. Esta línea ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional.

O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial.

No necesita obtener primero la aprobación o una derivación de su PCP.

Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla en un centro de atención de urgencia de la red o llamar a la Línea de enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1-855-216-6065**. Debe informar a su PCP siempre que sea posible si ha recibido tal atención.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios de urgencia.

La atención médica de urgencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios para la vista y anteojos

El plan cubre los siguientes servicios:

- Servicios de atención oftalmológica por un oftalmólogo, optometrista u óptico.
- Un examen ocular de refracción para determinar la necesidad de anteojos con una frecuencia no superior a 12 meses.
- Exámenes oculares para diagnosticar y controlar las enfermedades de los ojos.
- Un par de lentes monofocales con marcos, como se indica a continuación:
 - Para los miembros de 21 años o más, si el error de refracción es de al menos más o menos 0.50 dioptrías de acuerdo al error de refracción que puede calcularse como un total combinado de los errores esféricos y cilíndricos **en ambos ojos**.
 - Para los miembros menores de 21 años, si el error de refracción es de al menos más o menos 0.50 dioptrías de acuerdo al error de refracción que puede calcularse como un total combinado de los errores esféricos y cilíndricos **en al menos un ojo**.
- Un par de anteojos con lentes correctivos bifocales (o un par de anteojos con lentes correctivos para la visión cercana y un par de anteojos con lentes correctivos para la visión lejana) si existe un error de refracción de al menos 0.50 dioptrías tanto para la visión cercana como para la lejana.
- Lentes de transición para miembros con albinismo ocular.
- Lentes de contacto para patología ocular en los casos en que la agudeza visual no sea corregible hasta 20/70 o mejor sin lentes de contacto, o cuando se requiera para corregir la afaquia o para tratar una enfermedad de la córnea.
- Reemplazo de las piezas de los anteojos por rotura o daño, siempre que se cumpla lo siguiente:
 - La sustitución puede ser de una sola lente, de las dos lentes, del marco solamente o de un par completo de lentes correctoras.
 - Cada componente o par completo de lentes correctoras solo puede ser sustituido una vez en un período de 12 meses.
 - Cuando el miembro tiene dos pares de anteojos en lugar de bifocales, cada par de anteojos es elegible para el reemplazo.
- Los miembros menores de 21 años sólo pueden recibir un reemplazo de anteojos por **pérdida** de por vida.

El plan cubre los siguientes servicios:

- Lentes trifocales si el miembro:
 - Está empleado y las lentes trifocales son necesarias para el trabajo del miembro, o

Continúa en la página siguiente

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de la vista y anteojos: continuación de la página anterior

- Es un estudiante a tiempo completo y las lentes trifocales son necesarias para el trabajo relacionado con la educación del miembro, o
- Actualmente tiene trifocales.
- Sustitución de marcos de níquel después de 12 meses si el miembro tiene una alergia documentada al níquel demostrada por la irritación de la piel y el desgaste del marco en la zona afectada.
- Prótesis oculares, incluyendo ojos y lentes artificiales.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios cubiertos prestados por proveedores de la red. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Radiografías y servicios de radiología

El plan cubre la radioterapia y las radiografías de diagnóstico.

Se requiere autorización previa del plan para las imágenes de diagnóstico de alta tecnología, incluidas las tomografías computarizadas, las imágenes por resonancia magnética (MRI), la angiografía por resonancia magnética (MRA), las tomografías por emisión de positrones y las imágenes cardíacas nucleares, a menos que se realicen en una visita a la sala de emergencias, en una hospitalización o al mismo tiempo o el mismo día que una visita a un centro de atención de urgencia.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Sección 4.3 Servicios adicionales que cubre el plan

El plan ofrece algunos beneficios adicionales a los servicios cubiertos requeridos por New Hampshire Medicaid. Encuentre más información en nuestro sitio web o llamando a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Los beneficios de valor agregado incluyen:

- **Vista:** los miembros adultos de 21 años en adelante reciben \$100 por año para lentes de contacto.
- **Visitas de educación domiciliaria para niños:** ofrecemos visitas domiciliarias a los miembros con asma que califican para poder analizar qué desencadena el asma en casa. En Manchester y en Nashua, trabajamos con el Departamento de Salud Pública.
- **SafeLink Wireless:** es un programa federal que proporciona servicio telefónico y minutos gratuitos cada mes a los clientes que los solicitan y con ingresos que cumplen los requisitos para participar en el programa.
- **Living Beyond Pain (Vivir más allá del dolor):** los miembros que padecen dolor crónico pueden inscribirse en el programa de coordinación de la atención para acceder a estrategias alternativas de tratamiento del dolor como parte de un plan centrado en la persona. Los miembros pueden obtener derivaciones y cobertura para las alternativas apropiadas para el manejo del dolor, como la acupuntura y la terapia quiropráctica, con un máximo de 12 visitas de acupuntura y terapia quiropráctica por miembro y por año de beneficios. La referencia médica y la cobertura de los servicios se facilitan a través de un coordinador de la atención como parte de un plan de atención centrado en el miembro en todo el estado.

AmeriHealth Caritas New Hampshire también ofrece recompensas e incentivos a los miembros.*

- **CARE Card*:** con nuestro programa de la tarjeta CARE, puede recibir recompensas por completar actividades relacionadas con la salud (hasta un valor de \$250 por miembro por año).

Monto de la recompensa	Incentivos	Detalles	Categoría
\$30	Evaluación de riesgos de la salud (HRA)	Complete la evaluación dentro de los 90 días de inscribirse en AmeriHealth Caritas New Hampshire. Luego de permanecer un año en AmeriHealth Caritas New Hampshire, los miembros pueden completar otra evaluación cada año que estén inscritos, en cualquier momento antes de su próxima fecha de aniversario anual.	Bienestar
\$10	Vacuna contra la gripe	Reciba su vacuna antigripal todos los años.	
\$15	Administración de cuidados	Para miembros con necesidades sociales sin cumplir, cuando participan de la administración de cuidados.	
\$20	Control anual de la diabetes	Realice su examen anual de azúcar en la sangre (HbA1c).	
\$20	Tratamiento para dejar de fumar	Ocho semanas de uso continuo de reemplazo de nicotina.	
\$20	Prueba de detección de cáncer de seno	Mamografía anual para mujeres (50 a 74 años)	
\$50	Adherencia a medicamentos antipsicóticos y evaluación de detección anual	Continúe usando el medicamento (dentro de la misma clase) durante 90 días y realícese el análisis de colesterol (LDL-C) y de azúcar en la sangre (HbA1c).	
\$70	Bright Start® ¡Felicitaciones, está embarazada!	Cuando nos informe sobre su embarazo en el primer trimestre o dentro de los 30 días desde la inscripción.	Madres embarazadas y después del parto
\$50	Notificación de embarazo	Cuando nos informe sobre su embarazo en el segundo o tercer trimestre o después de los primeros 30 días de la inscripción.	
\$30	Visita posparto de Bright Start®:	Asista a la consulta posparto de 7 a 84 días después del parto	
\$75	Baby Bright Start®	Complete al menos seis consultas de bienestar, las 10 inmunizaciones requeridas y una prueba de detección de plomo antes del segundo cumpleaños del bebé.	Bienestar de los niños
\$30	Chequeo anual de niños/adolescentes	Complete una visita de bienestar por año, por niño, desde los 2 a los 21 años.	
\$50	Vacunas para preadolescentes	Reciba las vacunas recomendadas: Tdap, meningitis y VPH, antes del cumpleaños 13 del menor.	

- **Asientos y elevadores de asientos de automóvil***: proporcionamos asientos y elevadores de asientos de automóvil a los niños miembros (por un valor de hasta \$210).
- **Membresía en WW® (anteriormente Weight Watchers®)***: los miembros que reúnan los requisitos pueden obtener una membresía en línea de seis meses (hasta un valor de \$250).
- **Mission GED****: los miembros adultos que reúnan los requisitos pueden recibir apoyo para obtener su examen de equivalencia de escuela secundaria (HiSET® en NH) (por un valor de hasta \$125).*

- **Comidas a domicilio***: los miembros que reciban el alta luego de una hospitalización que reúna los requisitos pueden recibir comidas a domicilio (14 comidas/siete días) posteriores del alta. Las hospitalizaciones que reúnen los requisitos son las siguientes:
 - Madres que acaban de dar a luz y que se recuperan de un trastorno por consumo de sustancias tóxicas.
 - Miembros con trastorno por consumo de sustancias tóxicas que completen con éxito un programa de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias tóxicas en régimen de hospitalización como parte del beneficio de recuperación flexible.
 - Miembros adultos (de 21 a 64 años) con enfermedades cardíacas o diabetes.

Las comidas para los miembros con restricciones dietéticas se preparan de acuerdo con las pautas dietéticas (hasta un valor de \$175).

- **Transporte de relevo entre compañeros***: transporte a los servicios de relevo cubiertos por el estado para eliminar los obstáculos de acceso para los miembros que necesitan un relevo entre compañeros (hasta un valor de \$175).
- **Beneficio flexible para apoyar la recuperación**: los miembros pueden recibir un crédito de hasta \$500 para acceder a servicios alternativos de apoyo entre pares para la recuperación disponibles después de completar un programa de tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias tóxicas no hospitalario. Los servicios disponibles están sujetos a un límite de por vida de \$500, y algunos también están sujetos al límite de incentivo anual de \$250. Los servicios incluyen atención de quiropráctico, acupuntura y transporte. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** o consulte el sitio web.

(*Pueden aplicarse ciertas restricciones y limitaciones. Gane hasta \$250 en efectivo, o bienes y servicios que no sean en efectivo, cada año fiscal estatal que termina el 30 de junio.)

- **Nueva tecnología**: AmeriHealth Caritas New Hampshire evalúa la nueva tecnología, incluidos los procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos, y la nueva aplicación de la tecnología existente, para determinar la cobertura. El director médico de AmeriHealth Caritas New Hampshire y/o el personal de administración médica pueden identificar periódicamente avances tecnológicos relevantes para su revisión, pertinentes a la población de AmeriHealth Caritas New Hampshire. El Comité de Política Clínica (CPC) revisa todas las solicitudes de cobertura y toma una determinación con respecto a cualquier cambio de beneficio que esté indicado AmeriHealth Caritas New Hampshire utiliza directrices tecnológicas de publicaciones científicas reconocidas a nivel nacional y de los Centros para Servicios de Medicaid y Medicare (CMS). Cuando se reciba una solicitud de cobertura de nueva tecnología que no haya sido revisada por el CPC, el director médico de AmeriHealth Caritas New Hampshire revisará la solicitud y tomará una determinación por única vez. Esta solicitud de nueva tecnología se revisará en la siguiente reunión programada del CPC.

En la Sección 4.4 Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan

New Hampshire Medicaid cubre directamente algunos beneficios de Medicaid que el plan no cubre, aunque el plan pueda ayudar a coordinarlos. Por eso siempre debe llevar con usted sus dos tarjetas de identificación de AmeriHealth Caritas New Hampshire y de New Hampshire Medicaid. Muestre siempre su tarjeta de miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire para recibir los servicios cubiertos por el plan. Si necesita ayuda para obtener cualquier servicio cubierto, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SIEMPRE LLEVE CON USTED SUS TARJETAS DE MIEMBRO DE AMERIHEALTH CARITAS NEW HAMPSHIRE Y NEW HAMPSHIRE MEDICAID.

Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan. Sin embargo, estos servicios están disponibles a través de New Hampshire Medicaid siempre que el proveedor esté inscrito en New Hampshire Medicaid:

- Algunos medicamentos bajo receta están cubiertos por New Hampshire Medicaid cuando se facturan a través de una farmacia. Incluyen, entre otros, ciertos medicamentos recetados para tratar la hemofilia, y los medicamentos Carbaglu® y Ravicti®. La farmacia facturará a New Hampshire Medicaid estos medicamentos.
- Zolgensma®, una terapia génica recetada y facturada por los proveedores a través del plan, está cubierta por New Hampshire Medicaid para los miembros que cumplan los requisitos.
- Servicios odontológicos integrales, incluida la ortodoncia.
- Apoyos y servicios tempranos para bebés y niños desde el nacimiento hasta los 3 años.
- Servicios de Medicaid a la escuela.
- Servicios en hogares de ancianos o centros de enfermería (a veces llamados centros de enfermería de cuidado a largo plazo), que incluyen: servicios en centros de enfermería especializados, servicios en centros de enfermería de cuidado a largo plazo y servicios en centros de cuidado intermedio (hogares de ancianos y camas adaptables para el cuidado de pacientes agudos).
- Servicios de centros de cuidados intermedios (residencias de ancianos y camas adaptables para el cuidado de pacientes agudos).
- Servicios del hogar Glenciff.
- Servicios de la División de Programas para Niños, Jóvenes y Familias para los niños y jóvenes que reúnen los requisitos de Medicaid y que son derivados por los tribunales o por la junta de libertad condicional de menores, que incluyen:
 - Terapia a domicilio.
 - Servicios de apoyo infantil (también conocidos como servicios de apoyo de la salud infantil).
 - Servicios intensivos a domicilio y en la comunidad.
 - Servicios de colocación.
 - Atención institucional privada no médica para niños.
 - Intervención por causa de crisis.
- Exención de servicios domiciliarios y comunitarios para:
 - Miembros con trastornos cerebrales adquiridos.
 - Miembros con discapacidades del desarrollo.
 - Miembros de hasta 21 años con discapacidades del desarrollo según el programa de exención de apoyo en el hogar.
 - Miembros con discapacidades relacionadas con la edad, enfermedades crónicas o discapacidades físicas según el programa de exención Choices for Independence.

Estos programas proporcionan servicios y apoyos a largo plazo en su hogar, así como en centros de vida asistida, residencias comunitarias y hogares de atención residencial.

- Servicios de intervención de crisis a causa de la salud mental, incluidos los servicios de respuesta móvil en casos de crisis, servicios de estabilización relacionados posteriores a la intervención, y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia cuando los prestan los Equipos de Respuesta Rápida de los centros de salud mental comunitarios.

Para obtener más información, llame al Centro de Atención al Cliente de DHHS de NH al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (TTY 1-800-735-2964)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Sección 4.5 Beneficios que no cubre nuestro plan ni New Hampshire Medicaid

AmeriHealth Caritas New Hampshire puede conectarlo con recursos y derivaciones en su comunidad para ayudarlo a manejar los problemas que van más allá de su atención médica.

Si usted:

- Necesita ayuda para el cuidado de su hijo o para cubrir sus necesidades básicas o las de su familia.
- Le preocupan sus condiciones de vivienda o de vida.
- Tiene problemas para obtener comida suficiente para alimentarse o alimentar a su familia.
- Le resulta difícil llegar a las consultas médicas, al trabajo o a la escuela debido a problemas de transporte.
- No se siente segura o sufre violencia doméstica (si está en peligro inminente, llame al **911**).

Para recibir ayuda y más información, puede llamar a:

- Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- **211** o **1-866-444-4211 (TTY 1-603-634-3388)**. También puede visitar **www.211nh.org**.

Esta sección le informa acerca de los beneficios que están excluidos por el plan y por New Hampshire Medicaid. “Excluidos” significa que el plan no paga por estos beneficios. El plan no cubrirá los servicios y artículos mencionados en esta sección (o en alguna otra parte de este Manual del Miembro), excepto en las condiciones específicas enumeradas. Si considera que debemos pagarle por un servicio o artículo que no está cubierto, puede presentar una apelación o una queja formal. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación o una queja formal, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Capítulo 5. Cómo utilizar AmeriHealth Caritas New Hampshire para ayudar a administrar su salud

Sección 5.1 Mantenerse saludable

AmeriHealth Caritas se compromete a ayudarle a mantenerse saludable. Cuando elija un PCP, recibirá atención y servicios preventivos. Las visitas periódicas a su PCP le ayudarán a:

- Mantener sus registros médicos al día.
- Responder a preguntas sobre su salud.
- Recibir información sobre una alimentación saludable.
- Mantenerlo actualizado en cuanto a vacunas y exámenes médicos.
- Encontrar problemas antes de que sean graves.
- Recibir atención de otros proveedores, si fuera necesario.

Si usted o su hijo tienen necesidades especiales, el personal de Servicios al Miembro y Administración de cuidados de AmeriHealth Caritas New Hampshire se comunicará con usted para identificar cualquier afección existente y determinar los servicios especiales que usted o su hijo requieran al completar una evaluación de necesidades de atención. Esta evaluación identifica sus necesidades y si puede necesitar una administración de cuidados complejos. Los miembros desde el nacimiento hasta los 21 años reciben servicios de atención médica a través del programa de Evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). Para mantener a sus hijos saludables, es necesario que programe consultas periódicas con el PCP de su hijo. Estas consultas se llaman visitas de rutina y son importantes a todas las edades. Son diferentes a las visitas al PCP cuando su hijo está enfermo. En una visita de rutina, el PCP examinará a su hijo. Lo que el PCP hace durante el examen depende de la edad de su hijo. El PCP le hará preguntas, ordenará pruebas y comprobará el crecimiento y el desarrollo de su hijo basándose en la edad del niño.

Servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

AmeriHealth Caritas New Hampshire informará a los miembros elegibles para EPSDT (o a sus familiares o cuidadores) sobre el programa EPSDT en el plazo de sesenta días calendario a partir de la fecha en que sean elegibles y luego anualmente para los miembros que no hayan accedido al beneficio. La información sobre EPSDT incluirá información por correo, material del Manual del Miembro, mensajes de texto y comunicación telefónica.

Administración de cuidados

Los administradores de cuidados también pueden ayudarle a mantenerse saludable. La administración de cuidados se encuentra disponible sin cargo para todos los participantes. Si participa en la administración de cuidados, se le asignará un administrador de cuidados primarios. Nuestro equipo de administración de cuidados es un equipo integrado por:

- Enfermeras registradas (RN).
- Coordinador de trastornos por consumo de sustancias tóxicas.
- Coordinador de vivienda.
- Conectores de cuidados no clínicos.
- Navegadores de salud de la comunidad. El equipo trabaja en colaboración para ayudarle a administrar sus necesidades de salud, poniéndole en contacto con la atención médica y los servicios que necesita para estar bien y mantenerse bien.

Nuestro enfoque integral incluye la educación y el empoderamiento para participar activamente en la mejoría de su salud. Le brindaremos la información que necesita, cuando la necesite, para ayudarle a manejar afecciones complejas, crónicas o a largo plazo.

Puede obtener ayuda para manejar sus afecciones crónicas como:

- Diabetes.
- Asma.
- Cardiopatía.
- Presión arterial alta.
- Depresión.
- Problemas por consumo de sustancias tóxicas.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD).

También le ayudaremos cuando salga del hospital o de otro centro médico para asegurarnos de que disponga de los servicios que necesita y coordinar las consultas de seguimiento para usted.

Nuestros administradores de cuidados pueden ayudar con una variedad de afecciones especiales:

- Adultos y niños con necesidades especiales de atención.
- VIH/SIDA.
- Enfermedad mental grave (SMI).
- Alteración emocional grave (SED).
- Discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD).
- Trastornos por consumo de sustancias tóxicas.
- Dolor crónico.
- Miembros que reciben servicios bajo las exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).
- Miembros identificados como de alto riesgo.
- Personas con grandes necesidades de recursos no cubiertas.
- Madres de bebés nacidos con síndrome de abstinencia neonatal (NAS).
- Bebés con síndrome de abstinencia neonatal (NAS).
- Mujeres embarazadas con trastorno por consumo de sustancias tóxicas.
- Personas que consumen drogas por vía intravenosa, incluidos los miembros que requieren antibióticos por vía intravenosa a largo plazo y/o tratamiento quirúrgico como resultado del consumo de drogas por vía intravenosa.
- Personas que han estado en la sala de emergencias por un evento de sobredosis en los últimos doce (12) meses.
- Personas recientemente encarceladas.
- Personas que han tenido un intento de suicidio en los últimos 12 meses.

Si está embarazada, AmeriHealth Caritas New Hampshire ofrece nuestro programa Bright Start® para ayudarla a tener un embarazo y un bebé saludables. El programa Bright Start le proporciona información sobre:

- La importancia de comer bien.
- Tomar sus vitaminas prenatales.
- Recibir atención de manera oportuna.
- No consumir drogas, alcohol o tabaco.
- Visitar al odontólogo.

AmeriHealth Caritas New Hampshire trabajará con sus proveedores para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** para recibir más información.

Sección 5.2 Apoyo para la coordinación de la atención

AmeriHealth Caritas New Hampshire ofrece servicios de coordinación de la atención mediante nuestro programa de administración de cuidados para ayudar a coordinar su atención a través de su equipo de atención médica. Nuestro equipo de administración de cuidados le hará preguntas para evaluar sus necesidades de atención médica. Si es necesario, le ayudaremos a programar las consultas con su PCP. Si tiene necesidades adicionales, como la atención de un especialista, su administrador de cuidados trabajará con usted y su PCP para coordinar la atención. Su administrador de cuidados programará llamadas de seguimiento con usted y cooperará con usted y su PCP para establecer objetivos personales y trabajar para mejorar su salud y su calidad de vida. La duración de la coordinación de la atención depende de su estado de salud y del avance hacia sus objetivos.

Algunos ejemplos de lo que nuestros administradores de cuidados pueden hacer:

- Programar consultas.
- Organizar el transporte.
- Conectarlo con los recursos de la comunidad.
- Obtener beneficios de cupones de alimentos.
- Unirlo a grupos de apoyo.
- Coordinar la atención entre proveedores y especialistas.
- Ofrecer educación sobre las enfermedades y/o los medicamentos.

Para empezar y ver si usted o su hijo son elegibles, llame al Equipo de Alcance y Respuesta Rápida de AmeriHealth Caritas New Hampshire al **1-833-212-2264** o a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Sección 5.3 Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención

“Continuidad de la atención” significa la prestación de la atención continua para afecciones crónicas o agudas a través de las transiciones de los miembros entre:

- Centros médicos.
- Residencia del miembro o comunitaria.
- Proveedores.
- Áreas de servicio.
- Planes de atención médica administrada.
- Tarifa por servicio de Medicaid (FFS).
- Cuidado tutelar y vida independiente (que incluye el regreso de la colocación de cuidado tutelar a la comunidad; o cambio en la situación jurídica de cuidado tutelar a adopción).
- Seguro privado y cobertura de atención administrada.

Cuando usted realiza la transición a nuestro plan desde New Hampshire Medicaid, otro plan de atención administrada de Medicaid u otro tipo de cobertura de seguro médico, es posible que pueda continuar con su tratamiento. Si cumple al menos una de las condiciones indicadas a continuación, puede seguir recibiendo atención de sus proveedores actuales durante un tiempo limitado, incluso si su proveedor está fuera de la red de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Además de cumplir al menos una de las condiciones siguientes, su proveedor actual de la red debe estar al día con el plan y con New Hampshire Medicaid para por seguir tratándolo.

Cuando le corresponda una de estas circunstancias clínicas, podrá seguir recibiendo atención de los proveedores que lo tratan durante un tiempo limitado	Puede seguir recibiendo atención de los proveedores que lo tratan durante este período de tiempo	Puede seguir recibiendo los medicamentos que actualmente le recetan durante este período de tiempo
En el momento de la transición está recibiendo un tratamiento en curso previamente autorizado con su proveedor actual.	Hasta 90 días calendario a partir de su fecha de inscripción o hasta que se complete la revisión de la necesidad médica por parte del plan, lo que ocurra primero.	Durante hasta 90 días calendario a partir de la fecha de inscripción o hasta la finalización de una revisión de necesidad médica por parte del plan, lo que ocurra primero.
Usted está recibiendo servicios de su proveedor actual y padece una enfermedad aguda, una afección lo suficientemente grave como para requerir atención médica para la que una interrupción del tratamiento podría suponer una posibilidad razonable de muerte o daño permanente.		
Está recibiendo servicios que deben continuar porque tiene una enfermedad o afección crónica, una enfermedad o afección que pone en peligro la vida, es degenerativa o incapacitante y requiere atención médica o tratamiento durante un período prolongado.		
Usted es un niño con necesidades especiales de atención médica, es decir, que tiene o corre un mayor riesgo de tener una afección física, de desarrollo, conductual o emocional grave y que también requiere servicios médicos y servicios relacionados de un tipo o una cantidad superior a la que normalmente se espera para la edad del niño, y está en un tratamiento continuo en el momento de la transición*.		
Está en su segundo o tercer trimestre de embarazo y prefiere seguir recibiendo atención por parte de su proveedor actual.	Durante su embarazo y hasta 60 días calendario después del parto.	
Desea o requiere la continuación de los servicios por parte de sus proveedores actuales porque padece una enfermedad terminal, tiene un pronóstico médico de esperanza de vida de seis (6) meses o menos.	Durante el resto de su vida con respecto a la atención directamente relacionada con el tratamiento de la enfermedad terminal o sus efectos médicos.	

*Incluidos los niños o bebés en cuidado tutelar; que requieran atención en una unidad de cuidados intensivos neonatales; que tengan diagnóstico de síndrome de abstinencia neonatal (NAS); en entornos sociales de alto estrés/estrés de los cuidadores; que reciban apoyos y servicios tempranos

centrados en la familia, o que participen en los Servicios Médicos Especiales o en los Servicios de Socios de Salud con un diagnóstico de trastorno emocional serio, discapacidad intelectual del desarrollo o trastorno por consumo de sustancias tóxicas.

Cuando se cambie a otro proveedor o plan, usted o su proveedor autorizado pueden solicitar la transferencia de su historial médico a su(s) nuevo(s) proveedor(es).

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 5.4 Garantía de paridad en salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que el plan cubra los tratamientos de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias tóxicas de una manera tan favorable como los demás servicios médicos. Esto se denomina paridad. Las leyes de paridad exigen que la cobertura de los trastornos de la salud mental y/o por consumo de sustancias tóxicas no sea más restrictiva que la de otras afecciones médicas, como la diabetes o las enfermedades cardíacas. Por ejemplo, si el plan ofrece una cobertura ilimitada de las visitas médicas para la diabetes, debe hacer lo mismo para la depresión o la esquizofrenia.

La paridad significa que:

- AmeriHealth Caritas New Hampshire debe proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier trastorno de salud mental y/o por consumo de sustancias tóxicas que para otras afecciones que pueda tener.
- AmeriHealth Caritas New Hampshire debe tener requisitos de autorización previa y de limitaciones de tratamiento similares para los beneficios de la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias tóxicas que para otros beneficios médicos.
- AmeriHealth Caritas New Hampshire debe proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica utilizados por AmeriHealth Caritas New Hampshire para la autorización previa a pedido suyo o de su proveedor.
- AmeriHealth Caritas New Hampshire no debe imponer límites anuales o de por vida adicionales a los beneficios de la salud mental o de trastornos por consumo de sustancias tóxicas.
- Dentro de un plazo razonable, AmeriHealth Caritas New Hampshire debe comunicarle el motivo de cualquier denegación de autorización para los servicios de la salud mental y/o de trastornos por consumo de sustancias tóxicas.
- Si AmeriHealth Caritas New Hampshire proporciona cobertura fuera de la red para otros beneficios médicos, debe brindar una cobertura comparable fuera de la red para los beneficios relativos a la salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

El requisito de paridad se aplica a:

- Copagos de medicamentos.
- Limitaciones en la cobertura de servicios (como límites en el número de visitas ambulatorias cubiertas).
- El uso de herramientas de administración de la atención (como las normas y restricciones de los medicamentos bajo receta).
- Criterios para determinar la necesidad médica y las autorizaciones previas.
- Estructura de la lista de medicamentos bajo receta, incluidos los copagos.

Si considera que AmeriHealth Caritas New Hampshire no está aplicando la paridad según lo explicado anteriormente, tiene derecho a presentar una apelación o una queja formal. Para más información, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Si cree que AmeriHealth Caritas New Hampshire no cubrió los servicios de la salud conductual (servicios de la salud mental y/o de trastornos por consumo de sustancias tóxicas) de la misma forma que los servicios médicos, también puede presentar una queja formal o queja mediante la línea directa de servicios al consumidor del Departamento de Seguros de New Hampshire llamando al **1-800-852-3416 (TTY 1-800-735-2964)** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del Este, o en línea en <https://www.nh.gov/insurance/consumers/complaints.htm>.

Capítulo 6. Normas sobre la autorización previa de servicios

Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos aparecen en cursiva en la Sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*). Para todos los servicios que requieren autorización previa, su proveedor debe solicitar y recibir la autorización previa de AmeriHealth Caritas New Hampshire para que usted pueda obtener la cobertura del servicio. Si no obtiene esta autorización, es posible que AmeriHealth Caritas New Hampshire no cubra el servicio.

Para obtener más información sobre cómo obtener una autorización previa para los servicios, consulte la Sección 6.2 (*Cómo obtener la autorización del plan para ciertos servicios*).

Para obtener información sobre cómo obtener la autorización previa para los medicamentos recetados, consulte la Sección 7.1 (*Normas y restricciones sobre la cobertura de medicamentos: cómo obtener la aprobación del plan por adelantado*).

Sección 6.1: Servicios médicamente necesarios

Al tomar su decisión de cobertura, AmeriHealth Caritas New Hampshire considerará si el servicio es médicamente necesario

AmeriHealth Caritas New Hampshire determina si un servicio es “médicamente necesario” de una manera que no es más restrictiva que los criterios de New Hampshire Medicaid. Para obtener información sobre los criterios utilizados para apoyar una decisión de necesidad médica, llame a Servicios al Miembro y solicite una copia de las normas escritas específicas para su situación. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual.)

En algunos casos, AmeriHealth Caritas New Hampshire revisará la necesidad médica después de la prestación de los servicios cubiertos.

La revisión de un servicio que ya recibió se llama revisión posterior al servicio. Para que realicemos una revisión posterior al servicio, su proveedor nos envía su historial médico. Nuestro equipo de médicos y otros clínicos autorizados revisarán su historial y tomarán una decisión en los 30 días siguientes a recibir la información. Si deciden no cubrir su servicio, usted y su proveedor serán notificados de la decisión y del motivo de la misma.

Para los miembros de hasta 21 años, “médicamente necesario” significa que el tratamiento:

- Está razonablemente calculado para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el agravamiento de enfermedades que:
 - Ponen en peligro la vida.
 - Causan dolor.
 - Provocan una enfermedad o dolencia.
 - Amenazan con causar o agravar una discapacidad.
 - Provocan una deformación o una disfunción física.
- No se dispone de ningún otro tratamiento igualmente eficaz o adecuado para el miembro.

Para obtener información adicional sobre los servicios médicamente necesarios para los miembros de hasta 21 años, consulte los servicios EPSDT en la Sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*).

En el caso de los miembros de 21 años o más, “médicamente necesario” significa los servicios de atención médica que un proveedor médico habilitado, en ejercicio de un juicio clínico prudente, prestaría a un miembro con el fin de evaluar, diagnosticar, prevenir o tratar una enfermedad, una lesión, afección aguda o crónica o sus síntomas de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de práctica médica.

Los servicios médicamente necesarios para los miembros de 21 años o más deben ser:

- Clínicamente apropiados en extensión, sitio y duración.
- Consistentes con el diagnóstico o el tratamiento establecido de la enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas.
- No ser principalmente para la conveniencia del miembro o de su familia, su cuidador o su proveedor médico.
- No ser más costosos que otros artículos o servicios que producirían resultados diagnósticos, terapéuticos o de tratamiento equivalentes en relación con la enfermedad, lesión o afección del miembro o sus síntomas.
- No ser de naturaleza experimental, de investigación, estética o que duplican otro tratamiento o artículo.

Sección 6.2 Cómo obtener la autorización del plan para ciertos servicios

Las decisiones de autorización previa de AmeriHealth Caritas New Hampshire cumplen con las leyes estatales y federales, y están de acuerdo con las normas y las directrices de práctica clínica basadas en la evidencia. Las directrices para la toma de decisiones del plan tienen en cuenta sus necesidades y se basan en pruebas clínicas válidas y razonables o según lo acordado por los proveedores de atención especializada en ejercicio de la profesión. Para solicitar una copia de las directrices de práctica, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Cuando el plan rechaza una solicitud de autorización de servicio, o autoriza un servicio en una cantidad, duración o alcance inferiores a los solicitados, el plan emite una notificación de decisión de cobertura por escrito para usted y su proveedor. Si desea ayuda para presentar una apelación, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelación*).

Las siguientes condiciones se aplican a las solicitudes de decisiones de autorización previa urgente:

- Las decisiones del plan relacionadas con la atención urgente se tomarán con la rapidez que requiera su estado de salud, pero no más de 72 horas después de recibir la solicitud de servicio, a menos que usted o su representante autorizado no proporcionen información suficiente para determinar si sus beneficios están cubiertos o en qué medida tienen cobertura.
 - En el caso de tal omisión, AmeriHealth Caritas New Hampshire le notificará a usted o a su representante autorizado dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud, e indicará la información específica que se necesita para que el plan tome una decisión.
 - Usted o su representante tendrán un tiempo razonable, teniendo en cuenta cualquier circunstancia especial, pero no menos de 48 horas para aportar la información especificada.
 - A partir de ese momento, la decisión del plan se tomará lo antes posible, pero no después de las 48 horas siguientes a la recepción por parte del plan de la información adicional especificada o de la finalización del período concedido a usted o a su representante autorizado para proporcionar la información adicional, lo que suceda primero.
- Cuando se trata de solicitudes de autorización para continuar o ampliar el servicio o servicios que impliquen:
 - (a) la atención urgente de un tratamiento en curso, y
 - (b) una cuestión de necesidad médica,

la decisión del plan se tomará en un plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud, siempre que se realice al menos 24 horas antes de que expire el plazo o el tratamiento prescrito.

- Si no está de acuerdo con la decisión adversa de autorización previa del plan, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelación*).

Para todas las demás decisiones de autorización previa de AmeriHealth Caritas New Hampshire se aplican las siguientes condiciones:

- La decisión de autorización previa del plan se tomará dentro de un período de tiempo razonable y adecuado a sus circunstancias médicas, pero no superará los 14 días calendario a partir de la recepción de la solicitud de autorización.
- Se dispone de una prórroga de hasta 14 días calendario para las decisiones de radiología no diagnóstica si usted o su representante autorizado solicitan una prórroga, o si el plan justifica la necesidad de información adicional. Si la prórroga es necesaria porque usted o su representante autorizado no han proporcionado información suficiente para que el plan tome una decisión, usted o su representante autorizado tienen al menos 45 días calendario a partir de la recepción del aviso para proporcionar la información especificada al plan.
 - Cuando AmeriHealth Caritas New Hampshire amplíe el plazo, el plan le notificará por escrito los motivos de la decisión de la prórroga y le informará de su derecho a presentar una queja formal si no está de acuerdo con nuestra decisión. Para obtener ayuda para presentar una queja, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de presentarla*).
- Desde ese momento, la decisión del plan se tomará lo antes posible, pero no más tarde de 14 días calendario después de lo que ocurra primero:
 - El plan recibe la información adicional específica.
 - Finaliza el período que se le concedió a usted o a su representante autorizado para proporcionar la información adicional especificada.
- Si no está de acuerdo con la decisión adversa de autorización previa del plan, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelación*).

En el caso de decisiones de cobertura después de que se le haya prestado el servicio o el artículo, se aplican las siguientes condiciones:

- La decisión del plan se tomará dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de cobertura o la solicitud de su representante autorizado.
- En caso de que usted o su representante autorizado no proporcionen suficiente información para que AmeriHealth Caritas New Hampshire tome la decisión, el plan le notificará a usted o a su representante autorizado en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha de la solicitud qué información adicional necesitan para que el plan tome la decisión. Usted o su representante autorizado tienen 45 días calendario para proporcionar la información requerida. Si el plan solicita información adicional especificada, el plazo de decisión se reanuda al recibir la información adicional especificada.
- Cuando se trate de una decisión adversa, el plan se lo notificará a usted o a su representante autorizado por escrito en un plazo de tres días calendario a partir de la decisión.
- Si no está de acuerdo con la decisión adversa de autorización previa del plan, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelación*).

Para solicitar ayuda con su solicitud de servicio, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 6.3 Cómo obtener autorización para recibir servicios fuera de la red

Para más información sobre cómo obtener atención de proveedores fuera de la red, consulte la sección 3.5 (*Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red*).

Si es usted un indio americano o nativo de Alaska (AI/AN) de una tribu reconocida por el gobierno federal o cualquier otra persona que se haya determinado elegible para recibir servicios de atención médica para indios, se aplican normas de cobertura especiales. Puede recibir servicios fuera de la red en un centro de salud para indígenas sin autorización previa. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 6.4 Admisiones hospitalarias fuera de la red en casos de emergencia

Las normas generales de cobertura de la atención fuera de la red son diferentes para la atención de emergencia. Para obtener información sobre cómo recibir atención en hospitales fuera de la red en caso de emergencia y para servicios de estabilización posterior, consulte la Sección 3.6 (*Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención*).

Sección 6.5 Cómo obtener servicios y suministros de planificación familiar dentro o fuera de la red

Puede elegir cualquier médico, clínica, centro de salud comunitario, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar participante en New Hampshire Medicaid dentro o fuera de la red.

Los servicios cubiertos se enumeran en Servicios cubiertos por el plan. Los servicios de planificación familiar no necesitan una derivación.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios de planificación familiar.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Sección 6.6 Cómo obtener una segunda opinión médica

Los miembros pueden recibir una segunda opinión de un profesional médico calificado dentro de la red, o AmeriHealth Caritas New Hampshire puede solicitar una fuera de la red del plan sin costo alguno para usted. Si el proveedor pertenece a la red de proveedores de AmeriHealth Caritas New Hampshire, no se le cobrará la segunda opinión. Si elige un proveedor que no está en la red de AmeriHealth Caritas New Hampshire para la segunda opinión, es posible que tenga que obtener una autorización previa.

Capítulo 7. Cómo obtener medicamentos bajo receta

Sección 7.1 Normas y restricciones sobre la cobertura de medicamentos

El Listado de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si a un medicamento que usted toma o quiere tomar le corresponde alguna de estas restricciones, revise el Listado de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383** o visite nuestro sitio web, www.amerihhealthcaritasnh.com/druglist.

Si su medicamento tiene una restricción, esto generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que el plan cubra el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, pida a su proveedor que solicite una autorización previa al plan. Para obtener más información, comuníquese con Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.

El plan generalmente cubrirá los medicamentos siempre que usted cumpla estas normas básicas:

- Un proveedor de la red de AmeriHealth Caritas New Hampshire (un médico u otra persona calificada para hacerlo) escribe su receta.
- El médico que le receta el medicamento (u otra persona calificada para hacerlo) está inscrito tanto en New Hampshire Medicaid como en AmeriHealth Caritas New Hampshire.
- Usted surte su receta en una farmacia de la red, a menos que se permita hacerlo de otro modo, como se describe en la Sección 7.4 (*Surtido de recetas médicas en farmacias de la red*).
- Su medicamento está incluido en el Listado de medicamentos del plan.
- Su medicamento debe utilizarse por una razón médicamente aceptada, que esté aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldada por publicaciones reconocidas.
- Si se requiere un copago, usted paga el copago de la receta médica. Sin embargo, recuerde que la imposibilidad de pagar el copago no le impide surtir su receta médica. Para obtener más información sobre los copagos, consulte la Sección 7.7 (*Copagos de medicamentos bajo receta*).

Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a las restricciones de cobertura de los medicamentos cuando solicitan al plan que les permita obtener un medicamento que no está en el formulario del plan. Asimismo, puede solicitar una excepción cuando el plan le exige que pruebe primero otro medicamento o limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita.

Restricciones de cobertura de medicamentos

Para algunos medicamentos bajo receta, existen normas más detalladas que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la forma más segura y eficaz. Estas normas también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, y exigen el uso de un medicamento de menor costo si funciona tan bien como uno de mayor costo.

Las restricciones de la lista de medicamentos descritas en esta sección incluyen:

- Restringir el acceso a los medicamentos de marca cuando existe una versión genérica del medicamento.
- Exigir la autorización previa del plan.
- Exigirle que pruebe primero un medicamento diferente pero similar (“terapia escalonada”).
- Imponer límites a la cantidad en los medicamentos bajo receta.

Restricción del acceso a los medicamentos de marca cuando se dispone de una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando se dispone de una versión genérica de un medicamento de marca y se ha demostrado su eficacia para la mayoría de**

las personas con su afección, las farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.

Generalmente, no cubriremos el medicamento de marca cuando se dispone de una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos informa de la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará en su caso, el plan cubrirá el medicamento de marca.

Exigir la autorización previa del plan

El listado de medicamentos preferidos (PDL) de NH Medicaid es una lista de los medicamentos recetados eficaces dentro de las clases de medicamentos. Estos medicamentos son la primera opción recomendada a la hora de recetar a los pacientes de Medicaid. La lista de medicamentos preferidos del DHHS de NH se puede encontrar en: <https://www.dhhs.nh.gov/ombp/pharmacy/documents/preferred.pdf>.

El listado de medicamentos del plan le indicará si el medicamento requiere aprobación previa para recibirlo. El Listado de medicamentos del plan también le indicará si el plan limita la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que surta o renueve su receta o si requiere que pruebe primero un medicamento diferente pero similar. Los medicamentos que no están en el Listado de medicamentos del plan o que están clasificados como “no preferidos” en el Listado de medicamentos del plan también requerirán la aprobación antes de que usted pueda obtener el medicamento.

En estos casos, usted o su proveedor tendrán que obtener la autorización del plan para obtener la cobertura de los medicamentos. Esto se llama “autorización previa”.

Exigirle que pruebe primero un medicamento diferente pero similar (“terapia escalonada”)

Este requisito exige que se pruebe un medicamento menos costoso e igualmente eficaz antes de que el plan cubra el medicamento más costoso. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección, el plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A de menor costo. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá entonces el medicamento B de mayor costo. Si usted ya ha probado el medicamento A, o su médico no cree que para usted sea seguro tomar el medicamento A, su médico deberá comunicarnos esta información en un formulario de solicitud de autorización previa. Este requisito de probar primero un medicamento en particular se llama “terapia escalonada”.

Si ha cambiado de plan médico y el medicamento que ha estado tomando requiere aprobación previa, se le permitirá obtener un suministro de hasta 30 días de su medicamento. Este suministro se permite durante los primeros 90 días desde la fecha en que se cambió a AmeriHealth Caritas New Hampshire. Esto le dará tiempo para hablar con su médico. Si su médico quiere que continúe con este medicamento, el médico tendrá que llamar para solicitar una aprobación.

Imponer límites a la cantidad en los medicamentos bajo receta

En el caso de algunos medicamentos del Listado de medicamentos del plan, éste limita la cantidad del medicamento que usted puede obtener cada vez que surte o renueva su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta médica a no más 30 comprimidos por renovación y no más de un surtido por cada 30 días. Si intenta renovar su receta demasiado pronto, es posible que el farmacéutico le pida que la renueve más adelante.

Qué hacer si su medicamento tiene restricciones o no está en el formulario o listado de medicamentos del plan

Si su medicamento no está en el Listado de medicamentos o tiene restricciones, estas son cosas que puede hacer:

- Comience por hablar con su proveedor sobre sus opciones.
- A veces podrá obtener un suministro temporal del medicamento. Si su medicamento requiere autorización previa, pero necesita comenzar a tomarlo de inmediato, su farmacia le puede dar un suministro único de emergencia de tres días. Esto le dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que cubran el medicamento. Es posible que su farmacéutico no le dé un suministro de tres días de algunos medicamentos si considera que no es seguro que los tome.

- Puede cambiar a otro medicamento. Usted o su proveedor pueden solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan su enfermedad, llamando a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento. Para solicitar una excepción, su médico deberá enviar al plan un formulario de autorización previa. El plan revisará la solicitud y les comunicará a usted y a su médico nuestra decisión. El plan cubrirá el medicamento si es médicamente necesario. Si no lo es, el plan les enviará a usted y a su médico una carta en la que les explicará el motivo. El plan también le informará qué otros medicamentos o terapias puede usar.
Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.
- Puede presentar una apelación o una queja formal. Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal.*)

Límites sobre cuándo se le puede exigir que cambie sus recetas médicas cubiertas

No se le pedirá que cambie los medicamentos recetados cubiertos más de una vez por año calendario, excepto:

- Cuando sea nuevo en Medicaid o cambie de un plan de atención administrada de Medicaid a otro plan de atención administrada de Medicaid.
- Cuando el cambio de un medicamento recetado cubierto es iniciado por su proveedor.
- Cuando un producto biosimilar cubierto pasa a estar disponible en el mercado.
- Cuando las advertencias en recuadro de la Administración Federal de Medicamentos (FDA) o las nuevas directrices clínicas son reconocidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el regulador federal que supervisa los planes médicos de atención administrada de Medicaid.
- Cuando un medicamento recetado cubierto se retira del mercado porque se ha encontrado que no es seguro o se retira por otra razón.
- Cuando un medicamento recetado cubierto no está disponible debido a una escasez de suministro.

Para obtener más información sobre los beneficios de farmacia, comuníquese con Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.

Sección 7.2 Formulario o listado de medicamentos del plan

El plan tiene una lista de medicamentos aprobada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS de NH). Los medicamentos de esta lista incluyen tanto medicamentos genéricos como de marca, seleccionados cuidadosamente con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. El listado de medicamentos cubiertos de AmeriHealth Caritas New Hampshire se denomina Listado de medicamentos.

Un medicamento genérico es un medicamento bajo receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca y normalmente cuesta menos. Se encuentran disponibles medicamentos genéricos que sustituyen a muchos medicamentos de marca.

¿Qué no está en el Listado de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos bajo receta. AmeriHealth Caritas New Hampshire elige qué medicamentos cubrir y la ley de Medicaid prohíbe la cobertura de algunos medicamentos.

Cómo averiguar si un medicamento específico está en el Listado de medicamentos

Para averiguar si un medicamento concreto está en el Listado de medicamentos:

- Visite el sitio web de AmeriHealth Caritas New Hampshire en www.amerihealthcaritasnh.com. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.

- Llame y pregunte en Servicios de Farmacia para el Miembro para averiguar si el medicamento está en el Listado de Medicamentos de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Llame a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.
- Llame a Servicios de Farmacia para el Miembro y solicite una copia del Listado de medicamentos. Comuníquese con Servicios de Farmacia para el Miembro en el **1-888-765-6383**.

Medicamentos de venta libre

El plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre **cuando tiene una receta médica** de su proveedor. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos bajo receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de venta libre, llame a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.

El formulario o Listado de medicamentos puede cambiar durante el año de inscripción

Durante el año de inscripción, el plan puede realizar cambios en el Listado de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos del Listado de medicamentos.** Por ejemplo, AmeriHealth Caritas New Hampshire puede incluir nuevos medicamentos genéricos o de marca a medida que estén disponibles. AmeriHealth Caritas New Hampshire puede eliminar un medicamento del Listado de Medicamentos si se retira del mercado o se descubre que no es eficaz.
- **Añadir o eliminar una restricción de cobertura para un medicamento.** Para más información sobre las restricciones de cobertura de medicamentos, consulte la Sección 7.3 (*Normas y restricciones de cobertura de medicamentos*) en este capítulo.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En todos los casos, primero debemos obtener la aprobación del DHHS de NH para realizar cambios en la lista de medicamentos del plan.

Cómo saber si la cobertura de su medicamento ha cambiado

Si el plan cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando, el plan le enviará un aviso por escrito.

Algunos ejemplos de situaciones en los que sus medicamentos pueden cambiar:

- Cuando un medicamento es **retirado repentinamente** del mercado por el fabricante, por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o por ambos porque se ha determinado que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, el plan retirará el medicamento de forma inmediata del Listado de medicamentos. Les notificaremos a usted y a su proveedor este cambio de inmediato. Su proveedor trabajará con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- Si un **medicamento de marca que está tomando se reemplaza por un nuevo medicamento genérico**: la farmacia reemplazará automáticamente el medicamento de marca por el genérico. Si el medicamento de marca es medicamento necesario, el profesional que lo receta debe emitir una nueva receta médica que indique que el medicamento de marca es “medicamento necesario” y presentar una solicitud de autorización previa al plan para su revisión.

Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.amerihealthcaritasnh.com/druglist o llame a Servicios de Farmacia para el Miembro.

Sección 7.3 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le explica qué tipos de medicamentos bajo receta están no están cubiertos.

Si desea obtener medicamentos no cubiertos por el plan, deberá pagarlos usted mismo. **Nosotros no pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección.**

AmeriHealth Caritas New Hampshire **no cubrirá** medicamentos en las situaciones siguientes:

- El plan no cubrirá los medicamentos de la Parte D si usted está inscrito en las Partes A, B, C (Medicare Advantage) o D.
- El medicamento se compra fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- El medicamento es para un uso no indicado en la etiqueta y ese uso no está respaldado en una publicación reconocida. **(En el caso de los miembros de 21 años en adelante, puede aplicarse una excepción para las recetas médicamente necesarias cuyo uso no está contemplado).**
 - “Uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.
 - Las publicaciones reconocidas son American Hospital Formulary Service® Drug Information™ y DrugDex® Information System. Con respecto al cáncer, las publicaciones reconocidas son National Comprehensive Cancer Network® y *Clinical Pharmacology*, o sus sucesoras.

Además, el plan no cubre las siguientes categorías de medicamentos:

- Medicamentos experimentales o de investigación no aprobados por la FDA.
- Medicamentos mencionados como medicamentos de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI) o del sustrato del receptor de insulina (IRS).
- Medicamentos que se utilicen para estimular o promover la fertilidad.
- Medicamentos que se utilicen para el alivio de la tos o de los síntomas del resfrío.
- Medicamentos que se utilicen para propósitos estéticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se utilicen para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que le compren a él exclusivamente las pruebas o servicios de control asociados como condición de venta.
- Artículos que son gratuitos para el público en general.

Sección 7.4 Surtido de recetas médicas en farmacias de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos bajo receta cubiertos.

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red. Cuando usted muestra su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de sus medicamentos bajo receta cubiertos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo (su copago si procede) cuando recoja su receta médica. Para obtener más información sobre los copagos, consulte la Sección 7.7 (*Copagos de medicamentos bajo receta*).

Si no tiene su tarjeta de miembro del plan con usted cuando surte su receta médica, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de Proveedores, visitar nuestra página web (www.amerihhealthcaritasnh.com) o llamar a Servicios de Farmacia para el Miembro al 1-888-765-6383.

Le informaremos si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan. Si su farmacia abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que pertenezca a la red. Para

encontrar otra farmacia de la red, puede obtener ayuda llamando a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383** o utilizando el Directorio de Farmacias.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces las recetas médicas se deben surtir en una farmacia de la red especializada. Las farmacias especializadas incluyen farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión a domicilio.

Busque en su Directorio de Proveedores una farmacia especializada que pertenezca a la red o llame a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.

Sección 7.5 Cobertura de medicamentos en centros médicos

Si es admitido en un hospital o en otro centro médico por una admisión hospitalaria cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos bajo receta durante su admisión. Una vez que deje el hospital u otro centro médico, el plan cubrirá los medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas las normas de cobertura que se describen en este Capítulo.

¿Qué sucede si reside en un centro médico de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro médico de atención a largo plazo (LTC) (por ejemplo, un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia de la red que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro médico de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos bajo receta a través de la farmacia del centro médico siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su Directorio de farmacias para averiguar si la farmacia del centro médico de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no figura en nuestra red, o si necesita más información, póngase en contacto con los Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.

Sección 7.6 Programas para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para nuestros miembros que ayudan a garantizar que están recibiendo la atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta los medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros periódicamente. En estas revisiones, buscamos problemas posibles como:

- Errores posibles en la medicación.
- Medicamentos que es probable que no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser apropiados o seguros debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas médicas que tienen componentes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de medicamento que está tomando

Si vemos la posibilidad de un problema en el uso de medicaciones, vamos a trabajar con su proveedor para corregir el problema.

Sección 7.7 Copagos de medicamentos bajo receta

Puede ser necesario un copago por cada receta

Se le cobrará un copago en la farmacia por los medicamentos recetados cubiertos, a menos que la categoría de la receta esté exenta o que usted pertenezca a una de las categorías de exención de los miembros, como se describe a continuación (véase *Miembros exentos de copagos*).

Un “copago” es el monto fijo que puede pagar cada vez que surta y renueve una receta. Los montos de los copagos de los medicamentos recetados están sujetos a cambios.

Para conocer los montos de los copagos de los medicamentos bajo receta, consulte la Sección 4.2 (Cuadro de beneficios, véase *Medicamentos bajo receta*).

Miembros exentos de copagos

El DHHS de NH determina si usted está exento de los copagos de las recetas médicas. No tiene que pagar un copago si:

- Está por debajo del umbral de ingresos designado (100% del nivel federal de pobreza o menos).
- Es menor de 18 años.
- Está en un centro de enfermería o en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual.
- Participa en uno de los programas de exención de atención domiciliaria y comunitaria (HCBC).
- Está embarazada y recibe servicios relacionados con su embarazo o cualquier otra afección que pueda complicar su embarazo.
- Está recibiendo servicios por afecciones relacionadas con su embarazo y su receta médica se surte o renueva dentro de los 60 días posteriores al mes en que terminó su embarazo.
- Está en el Programa de Cáncer de Mama y Cuello Uterino.
- Está recibiendo cuidados para enfermos terminales.
- Usted es nativo americano o de Alaska.

Si cree que puede calificar para alguna de estas exenciones y se le cobra un copago, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente de DHHS de NH llamando sin cargo al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447)** (TTY **1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Capítulo 8. Cómo solicitar que paguemos

Sección 8.1 Los proveedores de la red es posible que no cobren los servicios cubiertos

A excepción de los copagos de los medicamentos, los proveedores de la red no pueden cobrarle por los servicios cubiertos. Nunca debería recibir una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos, siempre que cumpla con las normas indicadas en este manual.

No permitimos que los proveedores facturen a los miembros o que agreguen cargos adicionales o separados, llamados “facturación de saldos”. Para conocer la definición de facturación de saldos, consulte la Sección 13.2 (*Definiciones de palabras importantes*). Esta protección (que usted nunca paga más que el importe de su copago, si corresponde) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio. También se aplica cuando hay una disputa sobre el pago del plan al proveedor por un servicio cubierto y cuando no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento bajo receta, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede darse cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, lo único que debe hacer es pedir al plan que le devuelva el dinero.

A veces también puede ocurrir que un proveedor le facture el costo total de la atención médica que ha recibido. Si cree que deberíamos haber pagado una parte o la totalidad de estos servicios, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla, o notificar al proveedor para que le facture al plan.

Para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago, consulte la Sección 8.2 (*Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago*).

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede necesitar solicitar al plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

- **Ha recibido servicios de atención médica de emergencia o de urgencia o medicamentos recetados de un proveedor que no pertenece a la red del plan.**

Pida al proveedor que facture al plan. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de las recetas que surta en una farmacia minorista.

Si paga la totalidad o parte del costo en el momento de recibir el servicio de atención médica o el medicamento recetado, pida al plan que le devuelva la parte del costo que le corresponde. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado, como los recibos.

Si recibe una factura de un proveedor que le solicita un pago que usted cree que no debe, envíe la factura al plan, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado, como un recibo. Si al proveedor se le debe pagar, le pagaremos al proveedor directamente. Si ya ha pagado más de su parte del costo de la factura, le devolveremos la parte del costo que le corresponde pagar al plan. Si recibió y se le facturaron servicios no cubiertos por el plan, es posible que tenga que pagar esos costos.

Para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago, consulte la Sección 8.2 (*Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago*).

- **Cuando un proveedor de la red le envía una factura que considera que no debe pagar.**

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le facturan a usted por equivocación.

Cuando esto sucede:

- Envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado la factura, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Pídanos que le devolvamos la diferencia entre el dinero que ha pagado y el que debe según el plan.

Para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago, consulte la Sección 8.2 (*Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago*).

- **Cuando usted paga el costo total de una receta médica porque no lleva su tarjeta de miembro del plan con usted.**

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan con usted, solicite a la farmacia que llame al plan o que consulte su información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesitan, es posible que le pidan que pague usted mismo el costo total de la receta médica. Si paga la receta médica, guarde el recibo, envíenos una copia y pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago, consulte la Sección 8.2 (*Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago*).

- **Cuando usted paga el costo total de una receta médica en otras situaciones.**

Usted puede pagar el costo total de la receta médica porque averigua que el medicamento no está cubierto por algún motivo. Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en el *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)*; o podría tener un requisito o restricción que no se cumplió. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es probable que deba pagar el costo total. Conserve su recibo, envíenos una copia y solicítenos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde.

En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para que le devolvamos nuestra parte del costo. Si recibió y se le facturaron servicios no cubiertos por el plan, es posible que tenga que pagar esos costos.

Para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago, consulte la Sección 8.2 (*Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago*).

Todos los anteriores son ejemplos de tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión o presentar una queja formal. Para obtener información sobre cómo hacer una apelación o presentar una queja formal, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

SECCIÓN 8.2 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con una copia de su factura y la documentación de todo pago que haya realizado. Es una buena idea hacer copias de las facturas y los recibos como constancia.

Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o recibe una factura que no entiende, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Podemos ayudar. También puede llamar al plan si quiere darnos más información sobre una solicitud de pago que ya envió al plan.

Sección 8.3 Luego de que el plan recibe su solicitud de pago

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que el servicio de atención médica o el medicamento bajo receta están cubiertos y usted cumplió con todas las normas para obtener el servicio o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio.
 - Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si no está de acuerdo con el monto que le pagamos, puede presentar una apelación.
 - Si usted todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si decidimos que el servicio de atención médica o el medicamento bajo receta *no* están cubiertos, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explica los motivos por los que no le enviamos el pago solicitado y su derecho a apelar esa decisión.

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación esto significa que le pide al plan que cambie la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Sección 8.4 Normas de pago que deben recordarse

AmeriHealth Caritas New Hampshire cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se enumeran en el Cuadro de beneficios del plan en el Capítulo 4 de este manual y que se reciben conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por el plan. Puede ser necesario realizar dichos pagos porque el servicio no es un servicio cubierto, o se obtuvo fuera de la red y no fue autorizado previamente por el plan.

Con respecto a los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Puede llamar a Servicios al Miembro cuando quiera saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficios. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual.)

Si quiere saber si pagaremos algún servicio médico o atención médica que está considerando, tiene el derecho de preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a preguntar esto por escrito. Si le decimos que no cubriremos sus servicios o recetas médicas, tiene derecho a presentar una queja formal o a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Capítulo 9. Sus derechos y responsabilidades

Sección 9.1 Sus derechos

Como miembro de nuestro plan, tiene ciertos derechos relacionados con su atención médica.

- Tiene derecho a recibir información en un formato fácilmente comprensible y accesible que se ajuste a sus necesidades. Para obtener más información, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: formatos alternativos y servicios de interpretación*).
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y con la debida consideración a su dignidad y privacidad.
- Tiene derecho a recibir información sobre las opciones y las alternativas de tratamiento disponibles presentada de una manera adecuada a su condición y capacidad de comprensión sin importar el costo o la cobertura de los beneficios.
- Tiene derecho a participar de las decisiones relacionadas con la atención de su salud, incluido el derecho a rehusarse al tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a ver, así como a solicitar y recibir una copia de su historial médico, y el derecho a solicitar que su historial médico se modifique o corrija.
- Tiene derecho a que los servicios y medicamentos cubiertos estén disponibles y accesibles de manera oportuna.
- Tiene derecho a la coordinación de la atención médica.
- Tiene derecho a la privacidad y a la protección de su información médica personal.
- Tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.
- Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.
- El plan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS de NH) no pueden tomar ningún tipo de represalia contra usted por ejercer sus derechos.
- Tiene derecho a una segunda opinión. Para más información, consulte la Sección 6.6 (*Cómo obtener una segunda opinión médica*).
- Tiene derecho a saber qué hacer si lo tratan injustamente o no se respetan sus derechos. Para más información, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de presentarla*).
- Tiene derecho a ser informado de cualquier cambio en la legislación estatal que pueda afectar su cobertura. El plan le ofrecerá toda la información actualizada al menos 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, siempre que sea posible.
- Tiene derecho a ejercer la planificación anticipada de sus decisiones de atención médica si así lo desea. Para más información, consulte la Sección 9.3 (*Planificación anticipada de sus decisiones de atención médica*).
- Tiene derecho a presentar una queja si un proveedor no respeta los deseos expresados en su última voluntad médica. Para más información, consulte la Sección 9.3 (*Planificación anticipada de sus decisiones de atención médica*).
- Tiene derecho a abandonar nuestro plan en ciertas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 11 (*Desafiliación del plan*).
- Tiene derecho a expresar sus quejas o apelaciones sobre el plan o la atención que ofrece.
- Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros del plan.

Sección 9.2 Sus responsabilidades

A continuación, se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para recibir estos servicios cubiertos.** Utilice este manual para conocer lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y 4 se detallan los servicios de atención médica, que incluye lo que está cubierto por el plan, lo que no está cubierto y las normas que debe seguir.
 - El capítulo 7 proporciona detalles sobre la cobertura de medicamentos bajo receta, incluido lo que puede tener que pagar.
 - Para tener la cobertura de AmeriHealth Caritas New Hampshire, debe recibir toda su atención médica de los proveedores de la red del plan, excepto:
 - Atención de emergencia.
 - Atención de urgencia cuando se encuentra de viaje fuera del área de servicio del plan.
 - Servicios de planificación familiar.
 - Cuando le damos autorización por adelantado para recibir atención de un proveedor fuera de la red.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o cobertura de medicamentos bajo receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informar a AmeriHealth Caritas New Hampshire lo antes posible.** Llame a Servicios al Miembro para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Tenemos la obligación de seguir las normas establecidas por Medicaid para asegurarnos de que usted utiliza toda su cobertura. Esto se llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos bajo receta que usted recibe de nuestro plan con otros beneficios médicos y de medicamentos que se encuentren disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. Para obtener más información sobre la coordinación de los beneficios, consulte la Sección 1.5 (*Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan*).

- **Dígale a su médico y a otros proveedores médicos que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de New Hampshire Medicaid siempre que reciba los servicios cubiertos, incluidos los servicios médicos u otros servicios de atención médica y los medicamentos bajo receta.
- **Facilite la atención que recibe de médicos y otros proveedores brindándoles información, haciendo preguntas, y realizando el seguimiento de su atención.**
 - Ayude a sus médicos y a los demás proveedores a ayudarle dándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención. Bríndeles a los proveedores médicos la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos y demás proveedores médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Hable con su PCP sobre cómo buscar los servicios de un especialista antes de acudir a uno, excepto en caso de emergencia.
 - No falte a las consultas, sea puntual y llame con antelación si va a llegar tarde o tiene que cancelarla.
 - Autorice a su PCP a obtener las copias necesarias de todos los registros médicos de sus otros proveedores médicos.

- Si tiene alguna pregunta, no se olvide de hacerla. Sus médicos y otros proveedores médicos le explicarán las cosas de manera que pueda entenderlas. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, pregunte nuevamente.
- **Solicite servicios de interpretación si los necesita.** Nuestro plan cuenta con personal y servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si usted cumple los requisitos para recibir New Hampshire Medicaid debido a una discapacidad, estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan de manera accesible y apropiada para usted, sin costo alguno. Para obtener más información, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: formatos alternativos y servicios de interpretación*).
- **Respete a los demás miembros, al personal del plan y a los proveedores.** Para obtener información sobre cuando los miembros pueden ser desafiados involuntariamente por conductas amenazantes o abusivas, consulte la Sección 11.2 (*Cuando la desafiliación del plan no es voluntaria*).
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos, según corresponda:
 - En el caso de los medicamentos bajo receta cubiertos por el plan, deberá abonar un copago, si corresponde. Sin embargo, la imposibilidad de pagar el copago no le impide surtir su receta médica. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo obtener medicamentos bajo receta*) para saber lo que debe pagar por sus medicamentos bajo receta.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamento bajo receta que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, usted será responsable de pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un cierto servicio médico o medicamento bajo receta, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).
- **Informe al plan si se muda.** Si va a mudarse o se ha mudado, es importante que nos lo informe lo antes posible. Llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **No permita que nadie más use sus tarjetas de miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire o New Hampshire Medicaid.** Consulte la Sección 2.12 (*Cómo denunciar la sospecha de fraude, consumo innecesario o abuso*). Notifíquenos cuando crea que alguien ha utilizado deliberadamente sus beneficios de atención médica.
- **Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 9.3 Planificación anticipada de sus decisiones de atención médica

Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar sus propias decisiones de atención médica. Antes de que eso le suceda, puede:

- Completar un formulario escrito para otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted.
- Dar a sus médicos instrucciones escritas sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones se llaman “últimas voluntades médicas”. Los documentos son una forma de comunicar sus deseos a su familia, a sus amigos y a los proveedores médicos. Le permiten expresar sus deseos de atención médica por escrito en caso de que no pueda hacerlo si está seriamente enfermo o lesionado.

Existen dos tipos de últimas voluntades médicas en New Hampshire:

- Testamento en vida: un documento que indica a su proveedor de atención médica si debe administrarle un tratamiento para mantenerle con vida si está cerca de la muerte o está permanentemente inconsciente sin esperanza de recuperación.
- Poder durable para la atención médica: un documento en el que usted designa a alguien para que tome decisiones sobre la atención médica, incluidas las decisiones sobre el soporte vital, si ya no puede hablar por usted mismo. Esta persona es su “agente” de atención médica y también puede llevar a cabo los deseos que usted describió en su testamento en vida.

Si quiere crear una última voluntad médica:

- Obtenga el formulario de su médico, su abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social.
- Complete y firme el formulario. Recuerde que es un documento legal. Es posible que desee que un abogado le ayude a completar el formulario.
- Entregue copias a las personas que deban conocerlo, entre ellas a su médico y a la persona que nombre como su agente. También puede entregar copias a amigos cercanos o familiares.
- No olvide conservar una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado, lleve una copia con usted al hospital. El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de última voluntad médica y si lo tiene con usted. Si no ha firmado un formulario de última voluntad médica, el hospital tendrá formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Si ha firmado una última voluntad médica, y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que indica el documento, puede presentar una queja ante el Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, que puede derivarlo a la agencia o parte adecuada. Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 2.10 (*Cómo comunicarse con el defensor del pueblo del DHHS de NH*).

Recuerde, usted decide si desea completar una última voluntad médica (incluso si quiere firmar una cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en base a si ha firmado una última voluntad médica o no.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro o visite www.amerihealthcaritasnh.com.

Capítulo 10. Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal

Como miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire, tiene derecho a presentar una apelación o queja formal si no está satisfecho con el plan de alguna manera. Cada proceso de apelación y queja formal tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y el plan deben cumplir. Este capítulo explica los dos tipos de procesos para manejar los problemas y las inquietudes.

Estos son:

- **Proceso de apelación:** para algunos tipos de problemas, debe usar el proceso de apelación de AmeriHealth Caritas New Hampshire. En la mayoría de los casos, debe apelar al plan y agotar su proceso de apelación (apelación de primer nivel) antes de solicitar una Audiencia Estatal Justa ante la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU) del DHHS de NH (apelación de segundo nivel).
- **Proceso de queja formal:** para otros tipos de problemas, debe usar el proceso de queja formal de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar una apelación o una queja formal, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de DHHS de NH al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (TTY 1-800-735-2964)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Sección 10.1 Acerca del proceso de apelación

Siempre que AmeriHealth Caritas New Hampshire tome una decisión de cobertura o tome una medida con la que usted no esté de acuerdo, puede presentar una apelación. Si AmeriHealth Caritas New Hampshire niega, reduce, suspende o finaliza sus servicios de atención médica, el plan debe enviarle un aviso por escrito **en un plazo mínimo de 10 días calendario antes de tomar la medida**. El aviso escrito debe explicar el motivo de la “medida”, especificar la base legal que la respalda e incluir información sobre el proceso de apelación. Si decide apelar la decisión del plan, es muy importante que revise cuidadosamente el aviso escrito del plan y que siga los plazos del proceso de apelación.

Las “medidas” del plan que pueden ser apeladas incluyen las siguientes:

- Una decisión de denegar o limitar un servicio de atención médica solicitado o una solicitud de autorización previa en su totalidad o en parte.
- Una decisión de reducir, suspender o finalizar el servicio de atención médica que está recibiendo.
- La decisión de denegar la solicitud de un miembro de disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, los copagos y otras responsabilidades financieras del miembro. Esto incluye la negativa al pago de un servicio, en su totalidad o en parte (excepto cuando el pago de un servicio se debe únicamente a que el reclamo incluye defectos o carece de la documentación necesaria para el pago oportuno del reclamo).
- Cuando un miembro no puede acceder a los servicios de atención médica en el momento oportuno.

Usted tiene derecho a presentar una apelación, aunque el plan no le haya enviado ningún aviso. Si recibe una negativa oral, debe solicitar un aviso de denegación por escrito al plan y apelar después de recibir el aviso de denegación oral y/o escrito si no está satisfecho con la decisión del plan.

Existen **dos** niveles de apelación. Estos son:

- **Apelación estándar o acelerada de primer nivel a través del plan.** En este nivel de apelación usted pide a AmeriHealth Caritas New Hampshire que reconsidere su decisión sobre una “medida” en particular. Las apelaciones de primer nivel incluyen tanto las estándar como las aceleradas. La excepción a los requisitos de la apelación de primer nivel es cuando el plan no cumple el plazo para notificarle su decisión por escrito a tiempo. Cuando esto sucede, usted tiene derecho a presentar inmediatamente una apelación mediante una audiencia justa estatal.

Para obtener más información sobre las apelaciones estándar, consulte la Sección 10.2 (*Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar luego de presentarla [apelación estándar de primer nivel]*).

Para obtener más información sobre las apelaciones aceleradas, consulte la Sección 10.3 (*Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar luego de presentarla [apelación acelerada de primer nivel]*).

- **Apelaciones de segundo nivel mediante Audiencia justa estatal estándar o acelerada.** Antes de presentar una apelación mediante Audiencia justa estatal ante la AAU del DHHS de NH, debe agotar el primer nivel de apelación a través de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Para obtener más información sobre las apelaciones estándar mediante Audiencia justa estatal, consulte la Sección 10.4 *Cómo presentar una apelación estándar mediante Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla [apelación estándar de segundo nivel]*.

Para obtener más información sobre las apelaciones aceleradas mediante Audiencia justa estatal, consulte la Sección 10.5 (*Cómo presentar una apelación acelerada mediante Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla [apelación acelerada de segundo nivel]*).

Si tiene preguntas y necesita ayuda para presentar su apelación, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 10.2 Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar luego de presentarla (apelación estándar de primer nivel)

Para presentar una apelación estándar (apelación de primer nivel) ante el plan:

- **Debe presentar su apelación estándar ante AmeriHealth Caritas New Hampshire por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso escrito del plan.**
- En su solicitud de apelación escrita y firmada:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una).
 - Describa la fecha de la medida o el aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso.
 - Explique por qué quiere apelar la decisión.
 - Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).
- Envíe su solicitud de apelación al plan por escrito a:

AmeriHealth Caritas New Hampshire
P.O. Box 7389
London, KY 40742-7389

Para solicitar una apelación por teléfono, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Puede llamar las 24 horas al día, los siete días de la semana.

Por fax: **1-833-810-2264**.

- **Puede designar a alguien para que presente una apelación en su nombre, incluido su proveedor.** Sin embargo, debe otorgar un permiso por escrito para designar a su proveedor o a otra persona para que presente una apelación en su nombre. Para más información sobre cómo designar a otra persona para que le represente, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).

- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios, puede tener derecho a solicitar la continuación de los beneficios a AmeriHealth Caritas New Hampshire durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.** Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su apelación estándar ante el plan:

- **Después de presentar su apelación estándar, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente que el plan utilizó para tomar su decisión.** La copia de su expediente no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión del plan.
- AmeriHealth Caritas New Hampshire debe darle una oportunidad razonable de presentar pruebas en persona, así como por escrito como parte de la apelación.
- **En el caso de una apelación estándar, AmeriHealth Caritas New Hampshire emitirá su decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.** El plan puede tomar hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita la prórroga, o si el plan necesita información adicional y considera que la prórroga es lo mejor para usted, el plan se lo informará por escrito en un plazo de **dos días calendario** después de tomar la decisión sobre la prórroga. Si el plan decide tomar días adicionales para llegar a una decisión, el plan se lo informará por escrito. Si no está de acuerdo con la prórroga del plan, puede presentar una queja formal al plan. Para más información, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de presentarla*).
- **Si AmeriHealth Caritas New Hampshire revierte su decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios que no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, AmeriHealth Caritas New Hampshire autorizará los servicios de inmediato. Los servicios se autorizarán con la mayor rapidez que requiera su estado de salud, pero no más tarde de 72 horas a partir de la fecha en que el plan cambió su decisión.**
- Si usted continuó recibiendo los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
 - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde la apelación y continuó recibiendo los beneficios, puede ser responsable del costo de los servicios prestados por el plan durante el período de apelación.

Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).

- **Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de AmeriHealth Caritas New Hampshire, puede presentar un segundo nivel de apelación y solicitar una audiencia justa estatal estándar o acelerada.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla [apelación estándar de segundo nivel]*) y la Sección 10.5 (*Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla [apelación acelerada de segundo nivel]*).

Para obtener ayuda con su apelación, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 10.3 Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar luego de presentarla (apelación acelerada de primer nivel)

Si el tiempo que tarda la resolución estándar de su apelación podría poner en serio peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad, puede solicitar una **resolución acelerada** de su apelación a AmeriHealth Caritas New Hampshire. Esto se llama a veces “pedir una decisión rápida”.

Para presentar una apelación acelerada (apelación de primer nivel) ante el plan:

- **Debe presentar su apelación acelerada ante AmeriHealth Caritas New Hampshire por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso escrito del plan médico. Cuando se comunique con el plan, recuerde solicitar una apelación acelerada.**
- Para su solicitud de apelación acelerada oral o escrita:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una).
 - Describa la fecha de la medida o el aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso.
 - Explique el motivo de su solicitud acelerada y por qué quiere apelar la decisión.
 - Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).
- Envíe su solicitud de apelación al por escrito a:

AmeriHealth Caritas New Hampshire
P.O. Box 7389
London, KY 40742-7389

Para presentar una apelación por teléfono, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Puede llamar las 24 horas al día, los siete días de la semana.

Por fax: **1-833-810-2264**.

- **Puede designar a alguien para que presente una apelación en su nombre, incluido su proveedor.** Sin embargo, debe otorgar un permiso por escrito para designar a su proveedor o a otra persona para que presente una apelación en su nombre. El plan no necesita una autorización por escrito si su proveedor solicita la apelación acelerada de primer nivel en su nombre. Para más información sobre cómo designar a otra persona para que le represente, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios, puede tener derecho a solicitar la continuación de los beneficios a AmeriHealth Caritas New Hampshire durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.** Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su apelación acelerada ante el plan:

- **Después de presentar su apelación acelerada, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente que el plan utilizó para tomar su decisión.** La copia de su expediente no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión del plan.

- Si AmeriHealth Caritas New Hampshire acepta su solicitud de apelación acelerada, debe darle una oportunidad razonable de presentar pruebas en persona y por escrito como parte de la apelación. Debe tener en cuenta que esto puede ser difícil de hacer con una decisión de apelación acelerada “rápida”.
- **En el caso de una apelación acelerada, AmeriHealth Caritas New Hampshire debe resolver su solicitud tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más tarde de 72 horas después de la fecha en que el plan reciba su solicitud.** El plan puede tardar hasta 14 días calendario si usted solicita una prórroga, o si el plan necesita información adicional y considera que la prórroga es lo mejor para usted. Si el plan decide tomar más días para tomar una decisión, tratará de informarle de la demora con un aviso oral inmediato y se lo comunicará por escrito en un plazo de dos días calendario. Si no está de acuerdo con la prórroga del plan, puede presentar una queja formal al plan. Para más información, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de presentarla*).
- Si AmeriHealth Caritas New Hampshire **acepta** su solicitud de apelación acelerada, el plan emitirá su decisión por escrito tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero antes de 72 horas después de la fecha en que el plan reciba su solicitud.
- Si AmeriHealth Caritas New Hampshire **niega** su solicitud de apelación acelerada, el plan debe intentar notificarle la denegación verbalmente y por escrito en un plazo de dos días calendario.
- **Tiene derecho a presentar una queja ante AmeriHealth Caritas New Hampshire si el plan rechaza su solicitud de apelación acelerada.** Si el plan rechaza su solicitud de apelación acelerada, AmeriHealth Caritas New Hampshire tratará su apelación como parte del proceso de apelación estándar.
- **Si AmeriHealth Caritas New Hampshire revierte su decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios que no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, AmeriHealth Caritas New Hampshire autorizará los servicios de inmediato. Los servicios se autorizarán con la mayor rapidez que requiera su estado de salud, pero no más tarde de 72 horas a partir de la fecha en que el plan cambió su decisión.**
- Si usted continuó recibiendo los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
 - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde la apelación y continuó recibiendo los beneficios, puede ser responsable del costo de los servicios prestados por el plan durante el período de apelación.

Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).

- **Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de AmeriHealth Caritas New Hampshire, puede presentar un segundo nivel de apelación y solicitar una audiencia justa estatal estándar o acelerada.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla [apelación estándar de segundo nivel]*) y la Sección 10.5 (*Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla [apelación acelerada de segundo nivel]*).

Si tiene preguntas y necesita ayuda para presentar su apelación, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 10.4 Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla (apelación estándar de segundo nivel)

Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de AmeriHealth Caritas New Hampshire, puede presentar una apelación de segundo nivel al solicitar una Audiencia Estatal Justa ante la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU) del DHHS de NH.

Para presentar una apelación estándar mediante una Audiencia justa estatal (apelación de segundo nivel):

- **Debe solicitar una audiencia justa estatal estándar por escrito en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión escrita del plan.** En la mayoría de las situaciones, no puede solicitar una Audiencia justa estatal sin pasar primero por los procesos estándar o acelerados (apelación de primer nivel) del plan descritos anteriormente. Para conocer las excepciones en las que no tiene que agotar el proceso de apelación del plan antes de solicitar una apelación de Audiencia justa estatal, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelación*).
- En su solicitud de Audiencia justa estatal estándar firmada y por escrito:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una).
 - Describa la fecha de la medida o el aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso.
 - Explique por qué quiere apelar la decisión.
 - Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. Debe comunicarse con el plan para solicitar la continuación de los beneficios. Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).
 - Describa cualquier requisito especial que necesite para la audiencia (por ejemplo, accesibilidad para discapacitados, servicios de interpretación).
- Envíe su solicitud de Audiencia justa estatal por escrito a:
Administrative Appeals Unit
NH Department of Health and Human Services
105 Pleasant Street, Room 121C Concord, NH 03301
Fax: 1-603-271-8422.
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios, puede tener derecho a solicitar la continuación de los beneficios a AmeriHealth Caritas New Hampshire durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.** Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su apelación estándar mediante Audiencia justa estatal:

- **Después de presentar su apelación estándar mediante Audiencia justa estatal, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente que el plan utilizó para tomar su decisión.** La copia de su expediente no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión de la Audiencia justa estatal.
- **En el caso de una apelación estándar mediante una Audiencia justa estatal, la Unidad Administrativa de Apelaciones (AAU) debe resolver su solicitud con la rapidez que requiera su estado de salud, pero no más de 90 días después de la fecha en que presentó su apelación de primer nivel ante el plan (sin contar el número de días que tardó en solicitar la Audiencia justa estatal).**
- La AAU le informará dónde tendrá lugar la audiencia. Por lo general, las audiencias se celebran en la AAU en Concord, o en la Oficina de Distrito del DHHS de NH local.

- Un funcionario de la AAU dirigirá la audiencia.
- Usted puede llevar testigos, presentar testimonios y pruebas tanto en persona como por escrito, e interrogar a otros testigos en su Audiencia justa estatal.
- **Si la AAU revoca la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los beneficios previamente autorizados que no le proporcionaron mientras la apelación de primer nivel y/o la Audiencia justa estatal estaban pendientes, el plan autorizará los servicios tan rápidamente como su estado de salud lo requiera, pero no más tarde de 72 horas desde la fecha en que el plan reciba la notificación de que la AAU revocó la decisión del plan.**
- Si usted continuó recibiendo los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
 - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde la apelación y continuó recibiendo los beneficios, puede ser responsable del costo de los servicios prestados por el plan durante el período de apelación.

Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).

Para más información, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, extensión **4292**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de DHHS de NH al **1-ASK-DHHS (1-844-275-3447)** (TTY **1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Sección 10.5 Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla (apelación acelerada de segundo nivel)

Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel ante AmeriHealth Caritas New Hampshire y la demora de los servicios podría poner en serio peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad, puede presentar una Audiencia justa estatal acelerada ante la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU) del DHHS de NH.

Para presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia justa estatal (apelación de segundo nivel):

- **Es importante que solicite una apelación acelerada mediante Audiencia justa estatal por escrito inmediatamente después de recibir la decisión escrita del plan. Si su apelación es para continuar con los beneficios de los servicios previamente autorizados, también debe solicitar la continuación de los beneficios al mismo tiempo que presenta su apelación acelerada mediante la Audiencia justa estatal.** Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).

En la mayoría de las situaciones, no puede solicitar una Audiencia justa estatal sin pasar primero por los procesos estándar o acelerados (apelación de primer nivel) del plan descritos anteriormente. Para conocer las excepciones en las que no tiene que agotar el proceso de apelación del plan antes de solicitar una apelación de Audiencia justa estatal, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelación*).

- En su solicitud de Audiencia justa estatal acelerada firmada y por escrito:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una).
 - Describa la fecha de la medida o el aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso.
 - **Aclare que usted desea una Audiencia justa estatal acelerada.**
 - **Explique cómo la demora de los servicios podría comprometer seriamente su vida, su salud física o mental, o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.**

- Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. Debe comunicarse con el plan para solicitar la continuación de los beneficios. Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*), y
- Describa cualquier requisito especial que necesite para la audiencia (por ejemplo, accesibilidad para discapacitados, servicios de interpretación).
- Envíe su solicitud de Audiencia justa estatal por escrito a:
Administrative Appeals Unit
NH Department of Health and Human Services
105 Pleasant Street, Room 121C Concord, NH 03301
Fax: 1-603-271-8422.
- **Puede designar a alguien para que presente una apelación en su nombre, incluido su proveedor.** Sin embargo, debe otorgar un permiso por escrito para designar a su proveedor o a otra persona para que presente una apelación en su nombre. Para más información sobre cómo designar a otra persona para que le represente, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios, puede tener derecho a solicitar la continuación de los beneficios a AmeriHealth Caritas New Hampshire durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.** Para más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su apelación acelerada mediante Audiencia justa estatal:

- **Después de presentar su apelación acelerada mediante Audiencia justa estatal, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente que el plan utilizó para tomar su decisión.** La copia de su expediente no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión de la Audiencia justa estatal.
- Si la Unidad Administrativa de Apelaciones (AAU) acepta su solicitud de apelación acelerada mediante Audiencia justa estatal, la AAU emitirá su decisión por escrito con la rapidez que requiera su estado de salud, pero no más tarde de 3 días hábiles después de que la AAU reciba el expediente del caso del plan y toda información adicional para su apelación.
- Si la AAU **rechaza** su solicitud de apelación acelerada mediante una Audiencia justa estatal, la AAU procurará notificárselo verbalmente y por escrito. Si su solicitud acelerada es rechazada, su apelación se tratará como una apelación estándar mediante Audiencia justa estatal descrita en la Sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante Audiencia justa estatal y qué esperar luego de presentarla [apelación estándar de segundo nivel]*).
- La AAU le informará dónde tendrá lugar la audiencia. Por lo general, las audiencias se celebran en la AAU en Concord, o en la Oficina de Distrito del DHHS de NH local.
- Un funcionario de la AAU dirigirá la audiencia.
- Usted puede llevar testigos, presentar testimonios y pruebas tanto en persona como por escrito, e interrogar a otros testigos en su Audiencia justa estatal.
- **Si la AAU revoca la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los beneficios previamente autorizados que no le proporcionaron mientras la apelación de primer nivel y/o la Audiencia justa estatal estaban pendientes, el plan autorizará los servicios tan rápidamente como su estado de salud lo requiera, pero no más tarde de 72 horas desde la fecha en que el plan reciba la notificación de que la AAU revocó la decisión del plan.**

- Si usted continuó recibiendo los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
 - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde la apelación y continuó recibiendo los beneficios, puede ser responsable del costo de los servicios prestados por el plan durante el período de apelación.

Para más información, consulte la Sección 10.6 (Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla).

Para obtener más información, llame a la AAU a **1-800-852-3345**, extensión **4292**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este. También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente del DHHS de NH al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447)** (TDD acceso de relé: **1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Sección 10.6 Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla

Como se describe en las secciones anteriores de este capítulo, si usted apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los beneficios previamente autorizados, puede tener derecho a solicitar la continuación de los beneficios de AmeriHealth Caritas New Hampshire hasta que se resuelva una o ambas apelaciones de primer y/o segundo nivel. **Aunque usted puede designar a alguien para que presente una apelación en su nombre, su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios en su nombre.**

- El plan debe continuar prestando los beneficios solicitados cuando ocurra lo siguiente

Para las apelaciones estándar y aceleradas del plan (apelación de primer nivel)	Para las apelaciones estándar y aceleradas mediante Audiencia justa estatal (apelación de segundo nivel)
<ul style="list-style-type: none"> • En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recepción del aviso de la medida del plan o de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida del plan, usted presenta su apelación de primer nivel oralmente o por escrito Y solicita la continuación de los beneficios mientras espera el resultado de su apelación de primer nivel, oralmente o por escrito, y • La apelación implica la cancelación, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado, y • El servicio fue ordenado por un proveedor autorizado, y • El período original de autorización del servicio no ha expirado. 	<p>En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recepción del aviso de la medida del plan sobre la apelación de primer nivel o de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida del plan, usted presenta su apelación de segundo nivel oralmente o por escrito Y solicita la continuación de los beneficios mientras espera el resultado de una o ambas apelaciones de primer y/o segundo nivel, oralmente o por escrito.</p> <p>Si no solicitó la continuación de los beneficios durante su apelación de primer nivel con el plan, también se aplican las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La apelación implica la cancelación, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado. • Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado. • El período original de autorización del servicio no ha expirado.

Para solicitar la continuación de los beneficios cuando se cumplan las condiciones anteriores, comuníquese con:

AmeriHealth Caritas New Hampshire
 P.O. Box 7389
 London, KY 40742-7389

Para presentar una apelación por teléfono, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**). Puede llamar las 24 horas al día, los siete días de la semana.

Por fax: **1-833-810-2264**.

- Si el plan, a petición suya, continúa o restablece sus beneficios mientras su apelación está pendiente, éstos deben continuar hasta que suceda uno de los siguientes:

Para las apelaciones estándar y aceleradas del plan (apelación de primer nivel)	Para las apelaciones estándar y aceleradas mediante Audiencia justa estatal (apelación de segundo nivel)
<ul style="list-style-type: none"> • Usted retira la apelación del plan, por escrito, o • La decisión de la apelación de primer nivel del plan resulta desfavorable para usted, o • Usted no solicita una Audiencia justa estatal NI la continuación de los beneficios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que el plan le notifica la decisión de la apelación de primer nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted retira su solicitud de apelación de audiencia estatal justa, por escrito, o • Usted no solicita una apelación mediante una Audiencia justa estatal NI la continuación de los beneficios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que el plan le notifica la decisión de la apelación de primer nivel, o • La apelación mediante la Audiencia justa estatal resulta en una decisión no favorable para usted.

- Si pierde la apelación y ha seguido recibiendo los beneficios, **puede ser responsable del costo de los servicios prestados por el plan durante el período de apelación.**

Si tiene preguntas y necesita ayuda para presentar su apelación de primer y/o segundo nivel y la continuación de los beneficios, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de DHHS de NH al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447)** (TTY **1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Para recibir ayuda con su apelación de segundo nivel y la continuación de los beneficios, comuníquese con la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU) al **1-800-852-3345**, extensión 4292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de DHHS de NH al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447)** (TTY **1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Sección 10.7 Cómo presentar una queja formal y qué esperar luego de presentarla

Una queja formal es el proceso que utiliza un miembro para expresar su descontento al plan sobre cualquier asunto que no sea la medida que tomó el plan, tal y como se describe en la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelación*). Usted puede presentar una queja formal en cualquier momento.

Los tipos de quejas formales son los siguientes:

- Insatisfacción con la calidad de la atención o los servicios que recibe.
- Insatisfacción con el trato recibido por el plan o los proveedores de la red.
- Si cree que AmeriHealth Caritas New Hampshire o los proveedores de la red no respetan sus derechos.
- Disputa de una prórroga propuesta por el plan para tomar una decisión de autorización.

Para presentar su queja formal

- Llame o escriba a AmeriHealth Caritas New Hampshire. Es preferible hacerlo por escrito (recuerde guardar una copia como constancia).
- Puede designar a alguien para que presente una queja formal en su nombre, incluido su proveedor.

Debe otorgar un permiso por escrito para designar a su proveedor o a otra persona para que presente una queja formal en su nombre. Para más información sobre cómo designar a otra persona para que le represente, consulte la Sección 2.13 (Otra información importante: *puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su queja formal:

- **AmeriHealth Caritas New Hampshire responderá a su queja formal tan rápido como su estado de salud lo requiera, pero no más tarde de 45 días calendario a partir de la fecha en que el plan la reciba.** El plan puede tomar hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita la prórroga, o si el plan necesita información adicional y considera que la prórroga es lo mejor para usted. Si el plan decide tomar días adicionales para llegar a una decisión, se lo informaremos por escrito en dos días calendario. En cuanto a las quejas formales sobre cuestiones clínicas, el plan responderá por escrito. Con respecto a las quejas formales no relacionadas con cuestiones clínicas, el plan puede responder oralmente o por escrito.
- Usted no tiene derecho a apelar su queja formal. Sin embargo, tiene derecho a expresar sus preocupaciones al DHHS de NH si no está satisfecho con la resolución de su queja formal. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de DHHS de NH al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (TTY 1-800-735-2964)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Plazos para las apelaciones

- **Apelaciones estándar:** si tenemos toda la información que necesitamos, le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días desde su apelación.
- **Apelaciones aceleradas (vía rápida):** si tenemos toda la información que necesitamos, le llamaremos y le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión en los tres días siguientes a su apelación.

Si precisamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita. En el caso de las apelaciones aceleradas, le llamaremos inmediatamente y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos una decisión antes de los 14 días posteriores al día en que solicitamos más información.
- Si necesita más tiempo para reunir sus documentos e información, simplemente pídalo. Usted, su proveedor o alguien de su confianza pueden solicitar la prórroga de su caso hasta que esté preparado. Queremos tomar la decisión que respalde su salud de la mejor manera. Para hacerlo, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** o escriba a AmeriHealth Caritas New Hampshire, P.O. Box 7389, London, KY 40742-7389.

Su atención mientras espera una decisión

Cuando la decisión del plan médico reduce o interrumpe un servicio que usted ya está recibiendo, puede pedir que continúen los servicios que su proveedor ya había ordenado mientras tomamos una decisión sobre su apelación. También puede pedir a un representante de confianza que haga esa solicitud en su nombre.

Debe pedirnos que continuemos con sus servicios en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso que dice que su atención cambiará o en el momento en que la medida entre en vigencia. Usted o su representante autorizado pueden llamar a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY: 1-855-534-6730)** o comunicarse con el Coordinador de Apelaciones que figura en su carta de acuse de recibo para solicitar la continuación de los beneficios.

Si pide a su plan médico que continúe los servicios que ya estaba recibiendo durante su apelación, el plan médico pagará esos servicios si su apelación se decide a su favor. Es posible que su apelación

no cambie la decisión que tomó el plan médico sobre sus servicios. Cuando su apelación no cambia la decisión del plan médico, el plan puede exigirle que pague los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

Si tiene preguntas y necesita ayuda para presentar su queja formal, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Este capítulo fue preparado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire con adaptaciones de Conozca sus derechos: Planes médicos de atención administrada de New Hampshire – Su derecho a apelar o presentar una queja formal, un Centro de Derechos de los Discapacitados – NH (www.drcnh.org), versión del 10 de mayo de 2016.

Capítulo 11. Desafiliación del plan

Sección 11.1 Hay ciertas ocasiones en las que su membresía en el plan puede finalizar

Las ocasiones en las que su membresía puede finalizar son:

- Cuando ya no califica para New Hampshire Medicaid.
- Si decide cambiar a otro plan durante el Período anual de inscripción abierta.
 - **¿Cuándo es el Período anual de inscripción abierta? El Período anual de inscripción abierta se describe en el aviso de inscripción abierta que le envía cada año el DHHS de NH.** El aviso le proporcionará instrucciones sobre cómo y cuándo cambiar de plan médico si decide hacerlo, incluso cuándo termina su afiliación en su plan actual.
 - Para información sobre las transiciones de la atención entre planes, consulte la Sección 5.3 (*Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención*).
- En determinadas situaciones, en otros momentos del año también puede ser elegible para dejar el plan por una causa. Estas situaciones incluyen:
 - Cuando se muda fuera del estado.
 - Cuando necesita que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red; y cuando recibir los servicios por separado lo expondría a un riesgo innecesario.
 - Por otros motivos, como la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios, la violación de sus derechos o la falta de acceso a proveedores de la red con experiencia en el manejo de sus necesidades.

Cuando solicite la desafiliación del plan por uno de los motivos anteriores (excepto cuando se muda fuera del estado), primero deberá presentar una queja formal al plan para solicitar una decisión sobre su queja formal. Si no está satisfecho con la respuesta del plan y sigue queriendo solicitar la desafiliación, puede llamar al DHHS de NH para saber si puede desafiliarse.

Consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar luego de presentarla*).

- También puede ser elegible en otros momentos del año para dejar el plan sin causa, por ejemplo:
 - Una vez durante los 90 días calendario siguientes a la fecha de su elegibilidad inicial para Medicaid.
 - Durante los primeros 12 meses de inscripción para los miembros que están autoasignados a un plan y tienen una relación establecida con un PCP que solo está en la red de un plan médico no asignado.
 - Durante la inscripción abierta relacionada con los nuevos contratos del DHHS de NH para los planes de atención administrada de New Hampshire Medicaid.
 - Durante los 60 días calendario siguientes a una reinscripción automática si la pérdida temporal de Medicaid ha hecho que se pierda el Período anual de inscripción abierta. (Esto no se aplica a las nuevas solicitudes de New Hampshire Medicaid.)
- Cuando el DHHS de NH otorga a los miembros el derecho a cancelar la inscripción sin causa y notifica a los miembros afectados su derecho a desafiliarse del plan.
- Cuando los miembros son desafiliados involuntariamente del plan como se describe en la siguiente sección.

Para solicitar la desafiliación del plan, llame o escriba al DHHS de NH. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente del DHHS de NH al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447)** (TTY **1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Hasta que comience su nueva cobertura, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos bajo receta a través de nuestro plan.

Sección 11.2 Cuando la desafiliación del plan no es voluntaria

Hay ocasiones en las que un miembro puede ser desafiliado involuntariamente del plan, por ejemplo:

- Cuando un miembro deja de reunir los requisitos para New Hampshire Medicaid según lo establecido por el DHHS de NH.
- Cuando un miembro no es elegible para la inscripción en el plan según lo establecido por el DHHS de NH.
- Cuando un miembro ha establecido su residencia fuera del estado.
- Cuando un miembro utiliza su tarjeta de miembro del plan de manera fraudulenta.
- Cuando el miembro muere.
- De acuerdo con los términos del contrato del plan con el DHHS de NH, el plan puede solicitar la desafiliación de un miembro en caso de que su comportamiento amenazante o abusivo ponga en peligro la salud o la seguridad de otros miembros, del personal del plan o de los proveedores. Si el plan realiza dicha solicitud, el DHHS de NH participará en la revisión y aprobación de la solicitud.

AmeriHealth Caritas New Hampshire no puede pedirle que deje el plan por cualquier motivo relacionado con su salud.

Si cree que le están pidiendo que deje el plan por una razón de salud, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente del DHHS de NH llamando al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447)** (TTY **1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este.

Capítulo 12. Avisos legales

Se aplican muchas leyes a este manual y también se pueden aplicar por ley algunas disposiciones adicionales. Esto puede afectar sus beneficios, sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas New Hampshire cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de edad, raza, origen étnico, nacionalidad o ascendencia, discapacidad mental o física, orientación o preferencia sexual o afectiva, identidad de género, estado civil, información genética, fuente de pago, sexo, credo, religión, estado o historial médico o salud mental, necesidad de servicios de atención médica, monto pagadero a AmeriHealth Caritas New Hampshire sobre la base de la clase actuarial de una persona o miembro elegible o condiciones médicas/de salud preexistentes, ya sea que el miembro haya ejecutado o no una última voluntad médica o cualquier otro estado protegido por la ley federal o estatal.

AmeriHealth Caritas New Hampshire cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables, entre ellas:

- El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según se implementa en las regulaciones en la sección 45 del CFR parte 80.
- La Ley de Discriminación por Edad de 1975 según se implementa en las regulaciones del CFR parte 91.
- La Ley de Rehabilitación de 1973.
- El Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972 (sobre los programas y las actividades educativas).
- Los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades; y la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible.

AmeriHealth Caritas New Hampshire brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades. Los ejemplos de estas ayudas y servicios incluyen intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Brindamos servicios de idiomas gratuitos, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, a personas con dominio limitado del inglés o cuyo idioma principal no es el inglés.

Si necesita estos servicios, comuníquese con AmeriHealth Caritas New Hampshire las 24 horas del día, los siete días de la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Si cree que AmeriHealth Caritas New Hampshire no ha brindado estos servicios o la ha discriminado de otra manera, usted o su representante autorizado (si tenemos su autorización por escrito en el archivo) pueden presentar una queja formal ante:

- AmeriHealth Caritas New Hampshire Grievances
P.O. Box 7389
London, KY 40742-7389
1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)
- También puede presentar una queja por teléfono llamando al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire está disponible para ayudarle. Se puede comunicar con Servicios al Miembro las 24 horas del día, los siete días de la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

- Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, AmeriHealth Caritas New Hampshire está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja por discriminación ante el Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) designado para coordinar los esfuerzos para el respeto de los derechos civiles del DHHS de NH por el Departamento:
State of New Hampshire, Department of Health and Human Services, Office of the Ombudsman
129 Pleasant Street
Concord, NH 03301-3857
1-603-271-6941 or **1-800-852-3345** ext. **6941**
Fax: **1-603-271-4632**, (acceso TDD: relé de NH **1-800-735-2964**)
E-mail: **ombudsman@dhhs.nh.gov**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos 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 postal o teléfono:

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

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

Capítulo 13. Acrónimos y definiciones de palabras importantes**Sección 13.1 Acrónimos**

Acrónimo	Descripción
AAC	Comunicación aumentativa alternativa
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
APRN	Enfermera registrada de práctica avanzada
BiPAP	Presión positiva de dos niveles de las vías respiratorias
IMC	Índice de masa corporal
CMS	Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid
COBRA	Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo (COBRA)
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
CPAP	Presión positiva continua de las vías respiratorias
CTS	Soluciones de transporte coordinadas
DESI	Implementación del estudio de la eficacia de los medicamentos
DME	Equipo médico duradero
EOB	Explicación de beneficios
EPSDT	Evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento
ET	Hora del Este
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
FFS	Tarifa por servicio
FQHC	Centro de salud con calificación federal
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
HRA	Evaluación de riesgos para la salud
DIU	Dispositivo intrauterino
IV	Intravenoso
LADC	Terapeuta habilitado en consumo de alcohol y sustancias tóxicas
LDCT	Tomografía computarizada de baja dosis
LPN	Enfermera práctica habilitada
LTC	Cuidado a largo plazo
MLADC	Terapeuta habilitado con maestría en consumo de alcohol y sustancias tóxicas
NEMT	Transporte médico que no sea de emergencia
NH	New Hampshire
NH DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire
OB/GIN	Obstetricia y ginecología; obstetra/ginecólogo
OT	Terapia ocupacional
OTC	(Medicamentos) de venta libre
PCP	Proveedor (o médico) de atención primaria
PAP	Programa de asistencia con las primas
PSA	Antígeno prostático específico

Acrónimo	Descripción
PT	Fisioterapia
RHC	Centro médico rural
RN	Enfermera registrada
SBIRT	Detección, intervención breve y derivación al tratamiento
ST	Terapia del habla
STI	Infección de transmisión sexual
SUD	Trastorno por consumo de sustancias tóxicas
TMJ	Articulación temporomandibular

Sección 13.2 Definiciones de palabras importantes

Abuso: el abuso describe prácticas que, directa o indirectamente, producen costos innecesarios para el Programa Medicaid. El abuso incluye cualquier práctica que no sea coherente con brindar a los miembros servicios que sean médicamente necesarios, que cumplan con los estándares reconocidos profesionalmente y que tengan un precio justo, según corresponda. Algunos ejemplos de abuso incluyen: facturar servicios médicos innecesarios, cobrar excesivamente por servicios o insumos y usar indebidamente los códigos en un reclamo, como codificar para pagar más o separar códigos de facturación.

Punto de Acceso: es el centro estatal de llamadas/mensajes de texto/chats de New Hampshire (1-833-710-6477) que ofrece servicios de apoyo, derivación y despliegue para quienes luchan contra una crisis de la salud mental y por consumo de sustancias tóxicas. Está disponible los 365 días del año, los 7 días de la semana, las 24 horas del día.

Medida: cuando el plan niega, reduce, suspende o finaliza su servicio de atención médica en su totalidad o en parte. Para obtener información sobre las decisiones de cobertura y otras medidas, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Última voluntad médica: documento legal que le permite dar instrucciones sobre su futura atención médica. Puede hacer que alguien tome decisiones por usted si no puede hacerlo por usted mismo. Consulte también la Sección 9.3 (*Planificación anticipada de sus decisiones de atención médica*).

Medida adversa: una decisión que puede tomar su plan para reducir, detener o restringir sus servicios de atención médica.

Período anual de inscripción: el momento de cada año en que puede cambiar su plan médico.

Apelación: medida tomada si no está de acuerdo con la decisión del plan de denegar una solicitud de cobertura o pago. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de suspender o reducir los servicios que está recibiendo. Para más información, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Autorización: consulte la definición de “autorización previa”.

Representante autorizado o representante personal: una persona a la que le da autoridad para actuar en su nombre. El representante podrá proporcionar al plan información o recibir información sobre usted de la misma manera que el plan discutiría o revelaría información directamente con usted. Para obtener más información consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).

Facturación de saldos: cuando un proveedor factura a un miembro un monto superior al copago del plan, según corresponda, o le cobra al miembro la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y el pago del plan al proveedor. Como miembro del plan, es posible que usted solo tenga que pagar los montos del copago del plan cuando surta recetas médicas cubiertas. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” o que de otro modo le cobren más del monto del copago que el plan dice que usted debe pagar.

Emergencia de la salud conductual: una situación emergente en la que el miembro necesita una evaluación y un tratamiento de la salud conductual en un entorno seguro y terapéutico, es un peligro para sí mismo o para los demás, o muestra un deterioro significativo del comportamiento que hace que el miembro sea inmanejable e incapaz de cooperar en el tratamiento.

Servicios de la salud conductual: otro término utilizado para describir los servicios de la salud mental y/o los servicios relacionados con trastornos por abuso de sustancias tóxicas.

Beneficios: un conjunto de servicios médicos cubiertos por su plan médico.

Año de beneficios: el período de 12 meses durante el cual se aplican los límites a los beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento bajo receta fabricado y vendido por la compañía que desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que la versión genérica del medicamento.

Administración de cuidados: el término utilizado para describir la práctica del plan de ayudar a los miembros a obtener los servicios y los apoyos comunitarios necesarios. Los coordinadores de cuidados se aseguran de que las personas que forman parte del equipo de atención médica del miembro tengan información sobre todos los servicios y los apoyos que se proporcionan al miembro, incluidos los servicios que presta cada miembro del equipo o proveedor. Para obtener más información, consulte la Sección 5.2 (*Apoyo para la administración de cuidados*).

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra los programas Medicare y Medicaid.

Continuidad de la atención: se refiere a las prácticas que garantizan la atención ininterrumpida de las enfermedades crónicas o agudas durante las transiciones. Para obtener más información, consulte la Sección 5.3 (*Continuidad de la atención*).

Copago: un monto que usted puede tener la obligación de pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, que incluye una visita al médico, al hospital como paciente ambulatorio, o un medicamento bajo receta. En nuestro plan, es posible que tenga que pagar un copago por los medicamentos bajo receta.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a cualquier monto de copago, deducible o desembolso máximo que usted tenga que pagar por un servicio de atención médica o un medicamento bajo receta. El costo compartido de un miembro también se conoce como el gasto “de bolsillo” del miembro.

Decisión de cobertura: una determinación o decisión tomada por el plan sobre si un servicio o un medicamento están cubiertos. La decisión de cobertura también puede incluir información sobre el copago de la receta médica que usted puede tener la obligación de pagar.

Servicios cubiertos: incluyen todos los servicios de atención médica, medicamentos bajo receta, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (capítulos He-W, He-E, He-C, He-M y He-P) describen los servicios cubiertos por el plan. Las normas están disponibles en línea en http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm. Consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4 para ver la lista de servicios cubiertos.

Desafiliar o desafiliación: el proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (usted no lo decide).

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo que es ordenado por su médico por motivos médicos. Los DME suelen resistir un uso repetido y se utilizan principal y habitualmente para servir a un propósito médico, y generalmente no son útiles para una persona que no tenga una enfermedad o lesión, y son apropiados para su uso en el hogar.

Atención médica de emergencia o servicios de emergencia: tratamiento para abordar una afección de emergencia. Para más información, consulte la Sección 3.6 (*Atención de emergencia, de urgencia y fuera de horario*).

Afección de emergencia: una “emergencia médica” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. O en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, lo que significa que no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto, o el traslado puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la de su hijo no nacido.

Transporte médico de emergencia: transporte especializado de un miembro para que reciba servicios de emergencia lo más rápido posible, como por ejemplo en una ambulancia.

Sala de emergencias o departamento de emergencias: departamento de un centro de emergencias que suele estar ubicado dentro de un hospital para tratar emergencias médicas.

Servicios excluidos: se refiere a los servicios de atención médica y medicamentos bajo receta que el plan no cubre.

Audiencia justa: una manera de exponer su caso ante un juez de derecho administrativo si no está satisfecho con una decisión que tomó su plan y que redujo, suspendió o restringió sus servicios después de su apelación.

Fraude: engaño intencionado o declaración falsa hecha por una persona o entidad comercial con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para sí mismo, alguna otra persona o la entidad comercial.

Medicamento genérico: un medicamento bajo receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los medicamentos de marca. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) afirma que estos medicamentos son tan seguros y eficaces como los de marca.

Queja formal: el proceso que utiliza un miembro para expresar su insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una medida del plan. Las quejas formales pueden incluir, entre otras, la calidad de la atención o de los servicios prestados, y aspectos de las relaciones interpersonales, como la descortesía de un proveedor o empleado, o la falta de respeto a sus derechos como inscrito, independientemente de si se solicita una medida correctiva. Las quejas formales incluyen el derecho de un inscrito a disputar una prórroga propuesta por el plan para tomar una decisión sobre una autorización. Para más información, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “medida” del plan o presentar una queja formal*).

Servicios y dispositivos de habilitación: los servicios y dispositivos de habilitación sirven para que una persona mantenga, aprenda o mejore las habilidades y el desempeño para la vida cotidiana. Estos servicios pueden incluir terapias y servicios para personas con discapacidades que se prestan en una variedad de entornos ambulatorios.

Seguro médico: tipo de cobertura de seguro que paga los gastos médicos, quirúrgicos y de otro tipo en los que incurre el asegurado (a veces llamado miembro). El seguro médico puede reembolsar al asegurado los gastos incurridos por una enfermedad o lesión, o pagar directamente al proveedor.

Asistente para la salud en el hogar: el asistente para la salud en el hogar ofrece servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero habilitado o un terapeuta, tales como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro y vestirse).

Cuidado médico domiciliario o servicios de salud en el hogar: los servicios incluyen servicios de enfermería especializada a tiempo parcial y servicios de asistencia para la salud en el hogar, insumos y equipos duraderos, y terapias. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Servicios de atención para enfermos terminales: atención para miembros al final de la vida, con una expectativa de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal.

Internación en hospital u hospitalización: una admisión hospitalaria cuando haya sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 (*Servicios para pacientes ambulatorios*).

Atención hospitalaria ambulatoria: atención médica que no requiere pasar la noche en un hospital o centro médico. La atención ambulatoria puede administrarse en el consultorio de un proveedor o en un hospital. Por ejemplo, la mayoría de los servicios relacionados se brindan en el consultorio de un proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria.

Período de inscripción inicial: el período de tiempo en el que usted es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de atención administrada de Medicaid.

Listado de medicamentos cubiertos (formulario o “Listado de medicamentos”): una lista de medicamentos bajo receta cubiertos. El Listado de medicamentos incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos.

Atención administrada: una forma organizada para que los proveedores trabajen juntos para coordinar y gestionar todas sus necesidades médicas. Puede considerarlo como un hogar central para su salud.

Medicaid (o Asistencia Médica): Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que incluye la cobertura de atención médica para niños, adultos con hijos dependientes, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con discapacidad elegibles.

Medicamento necesario: servicios, insumos o medicamentos bajo receta que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Para más información sobre los servicios médicamente necesarios, consulte la Sección 6.1 (*Servicios médicamente necesarios*).

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más. Otras personas que pueden recibir Medicare son las personas menores de 65 años con discapacidades y las personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan, o “miembro del plan”): persona inscrita en nuestro plan.

Servicios al Miembro: un departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre la membresía y los beneficios del plan. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

Crisis de la salud conductual: cualquier situación en la que las conductas de una persona la ponen en riesgo de dañarse a ella misma o a otras personas y/o cuando no es capaz de resolver la situación con las habilidades y recursos disponibles. Muchas cosas pueden llevar a una crisis de la salud mental, como el aumento del estrés, las enfermedades físicas, los problemas en el trabajo o en la escuela, los cambios en la situación familiar, los traumas/la violencia en la comunidad o el consumo de sustancias tóxicas. Estos problemas son difíciles para todo el mundo, pero pueden ser especialmente duros para alguien que vive con una enfermedad o un trastorno de la salud mental.

Red: grupo de proveedores y centros médicos que tienen contrato con el plan para prestar servicios cubiertos a los miembros del plan.

Proveedores de la red: médicos, farmacias y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales, proveedores de equipos médicos duraderos y otros centros médicos que tienen un contrato con el plan para aceptar nuestro pago y su importe de costo compartido, si lo hay, como pago total. Hemos arreglado que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

New Hampshire Medicaid: el plan tiene un contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS) para proporcionar servicios de atención administrada a las personas inscritas en New Hampshire Medicaid y que seleccionan o son asignadas a nuestro plan.

Servicios de transporte médico que no se considera de emergencia (NEMT): estos servicios están cubiertos por el plan si usted no puede pagar el costo del transporte a los consultorios y centros médicos de los proveedores. El plan cubre el transporte médico que no se considera de emergencia a los servicios cubiertos por New Hampshire Medicaid que sean médicamente necesarios y que figuran en el Capítulo 4 del Cuadro de beneficios (*Servicios de transporte: transporte médico que no se considera de emergencia [NEMT]*).

Proveedor no participante: consulte la definición de “Proveedor fuera de la red, farmacia fuera de la red o centro médico fuera de la red”.

Proveedor fuera de la red, farmacia fuera de la red o centro médico fuera de la red: proveedor, farmacia o centro médico que no está empleado, no es propiedad de nuestro plan ni está dirigido por el plan, o que no tiene contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros del plan. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar AmeriHealth Caritas New Hampshire para los servicios cubiertos*).

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “costos compartidos”.

Proveedor participante: consulte la definición de “proveedor de la red”.

Representante personal: consulte la definición de “representante autorizado o representante personal”.

Servicios de médico: servicios prestados por un médico autorizado.

Plan: a los fines de este manual, el término se refiere generalmente a una organización de atención administrada de Medicaid contratada por el DHHS de NH para prestar servicios de atención administrada de Medicaid a los beneficiarios elegibles de New Hampshire Medicaid.

Atención posterior a la estabilización: servicios cubiertos, relacionados con una afección de emergencia, que se prestan después de que un miembro se estabiliza para mantener la afección estabilizada, para mejorar o resolver la afección del inscrito.

Preautorización: consulte la definición de “autorización previa”.

Medicamentos preferidos: medicamentos bajo receta que se recomiendan como primera opción al recetar a los pacientes de Medicaid.

Prima: pago periódico a una compañía de seguros o a un plan médico por parte de un miembro o de un tercero para proporcionar cobertura de atención médica. No existe una prima para los miembros del plan de atención administrada de New Hampshire Medicaid.

Medicamentos bajo receta: medicamentos que requieren una receta médica de un proveedor autorizado. El costo de estos medicamentos/fármacos está cubierto cuando se surten en una farmacia de la red.

Cobertura de medicamentos bajo receta: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Proveedor de atención primaria: el médico u otro proveedor de la red a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegurará de que obtenga la atención que necesita para mantenerlo saludable. El PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención. Consulte la Sección 3.1 (*Su proveedor de atención primaria [PCP] proporciona y supervisa su atención médica*).

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos o medicamentos solo se cubren si su médico obtiene la autorización previa de nuestro plan. Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos aparecen en cursiva en el Capítulo 4 del Cuadro de beneficios.

Proveedor: médico u otro profesional de atención médica habilitados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedor” también incluye un hospital, otro centro de atención médica y una farmacia.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden estar en la cantidad de medicamento que cubrimos por cada receta médica o por un período definido de tiempo.

Respuesta rápida: equipos de centros comunitarios de salud mental integrados por colegas, clínicos de la salud mental y/o terapeutas que prestan servicios en caso de crisis de la salud mental y de consumo de sustancia tóxicas sin cita previa por telemedicina o de manera presencial en el lugar de la crisis o a elección de la persona.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento o equipo que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor.

Área de servicio: los planes médicos suelen aceptar o inscribir a los miembros en base al lugar en el que viven y del área geográfica en la que el plan presta sus servicios. El área de servicio de AmeriHealth Caritas New Hampshire es estatal.

Atención de enfermería especializada: un tipo de atención intermedia en la que el miembro o el residente de un centro de enfermería necesita más asistencia de la habitual, generalmente de parte del personal de enfermería habilitado y asistentes de enfermería habilitados.

Especialista: un médico que brinda atención para una enfermedad o parte del cuerpo en particular.

Terapia escalonada: el requisito de probar otro medicamento antes de que un plan médico cubra el medicamento que su médico le recetó primero.

Consumo de sustancias tóxicas: un trastorno médico que incluye el mal uso o la adicción al alcohol y/o a drogas legales o ilegales.

Atención de urgencia o atención necesaria con urgencia: los servicios de urgencia o la atención luego del horario de consultorio se prestan para tratar una enfermedad o lesión médica no considerada de emergencia, o una afección que requiere atención médica inmediata para evitar un agravamiento de la salud debido síntomas que una persona razonable creería que no son una emergencia pero que sí requieren atención médica. Los servicios de necesidad urgente pueden ser brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente. Los servicios de atención de urgencia no son atención de rutina. Para más información, consulte la Sección 3.6 (*Atención de emergencia, de urgencia y fuera de horario*).

Consumo innecesario: para los fines de este manual, el consumo innecesario se refiere a los costos adicionales que se producen cuando los servicios se utilizan en exceso o cuando las facturas se preparan de forma incorrecta. El consumo innecesario a menudo sucede por error. Para más información, consulte la Sección 2.12 (*Cómo denunciar la sospecha de fraude, consumo innecesario o abuso*).

Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire

Método	Servicios al Miembro: información de contacto
LLAME	1-833-704-1177 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Servicios al Miembro también tiene servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-855-534-6730 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
ENVÍE UN FAX	1-833-243-2264
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas New Hampshire P.O. Box 7386 London, KY 40742-7386
SITIO WEB	www.amerihealthcaritasnh.com

Para consultas relacionadas con la farmacia, comuníquese con Servicios de Farmacia para el Miembro al: **1-888-765-6383 (TTY 711)**.



Servicios al Miembro: **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**

Servicios de Farmacia para el Miembro: **1-888-765-6383 (TTY 711)**

©2023 AmeriHealth Caritas New Hampshire

www.amerihealthcaritasnh.com

AmeriHealth Caritas New Hampshire cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de edad, raza, origen étnico, nacionalidad o ascendencia, discapacidad mental o física, orientación o preferencia sexual o afectiva, identidad de género, estado civil, información genética, fuente de pago, sexo, color, credo, religión, estado o historial médico o salud mental, necesidad de servicios de atención médica, monto pagadero a AmeriHealth Caritas New Hampshire sobre la base de la clase actuarial de una persona o miembro elegible o condiciones médicas/de salud preexistentes, ya sea que el miembro haya ejecutado o no una última voluntad médica o cualquier otro estado protegido por la ley federal o estatal.

Attention: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

For the full nondiscrimination notice, go to **www.amerihealthcaritasnh.com**.

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos. Cualquier persona representada es un modelo.