Member Handbook



nh healthy families™

Fecha de entrada en vigor: Agosto de 2026

© 2026 NH Healthy Families. Todos los derechos reservados.
NH Healthy Families está suscrito por Granite State Health Plan, Inc.

21-1241-R13

Manual del miembro del programa de gestión de la atención de Medicaid de New Hampshire

En vigor a partir de agosto de 2026

nh healthy families™

Servicios para Miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)
De lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., jueves y viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Índice

Capítulo 1. Introducción para los miembros 5
Sección 1.1 Bienvenida 5
Sección 1.2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 5
Sección 1.3 Qué esperar del plan 6
Sección 1.4 Mantener actualizada su información personal y otra información de su seguro 8
Sección 1.5 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 9

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 11
Sección 2.1 Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de NH Healthy Families. 11
Sección 2.2 Cómo comunicarse con el plan sobre una decisión de cobertura o para presentar una apelación 12
Sección 2.3 Cómo comunicarse con el plan acerca de una queja 13
Sección 2.4 Cómo comunicarse con el plan acerca de la coordinación de la atención 14
Sección 2.5 Cómo comunicarse con la línea de consejos de enfermería del plan 15
Sección 2.6 Cómo solicitar servicios de salud conductual (servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias) 16
Sección 2.7 Cómo solicitar la asistencia de transporte médico que no es de emergencia. 17
Sección 2.8 Cómo comunicarse con el centro de servicio al cliente del NH DHHS 19
Sección 2.9 Cómo comunicarse con el defensor del paciente de atención a largo plazo de NH 20
Sección 2.10 Cómo comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS 21
Sección 2.11 Cómo comunicarse con el Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad ServiceLink 22
Sección 2.12 Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro o abuso 23
Sección 2.13 Otra información y recursos importantes 25

Capítulo 3. Cómo usar NH Healthy Families para recibir servicios cubiertos 27
Sección 3.1 Su PCP que proporciona y supervisa su atención médica 29
Sección 3.2 Servicios que puede recibir sin aprobación previa 31
Sección 3.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 32
Sección 3.4 Qué sucede cuando un PCP, especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan 35
Sección 3.5 Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red 37
Sección 3.6 Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención 37

Capítulo 4. Servicios cubiertos 43
Sección 4.1 Acerca del Cuadro de beneficios (lo que está cubierto) 43
Sección 4.2 Cuadro de beneficios 44
Sección 4.3 Beneficios adicionales proporcionados por el plan 89
Sección 4.4 Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan 100
Sección 4.5 Beneficios que no cubre nuestro plan ni Medicaid de New Hampshire 101

Capítulo 5. Cómo usar NH Healthy Families para manejar su salud 103
Sección 5.1 Mantenerse saludable 103
Section 5.2 Apoyo con la coordinación y la gestión de la atención 104
Sección 5.3 Continuidad de la atención y transiciones 106
Sección 5.4 Aseguramiento de la paridad de la salud mental y trastornos por consumo de sustancias 108

Capítulo 6. Reglas sobre la autorización previa de servicios 110
Sección 6.1 Servicios médicamente necesarios 110
Sección 6.2 Cómo obtener autorización del plan para algunos servicios 112
Sección 6.3 Cómo obtener autorización para servicios fuera de la red 115
Sección 6.4 Admisiones en hospital fuera de la red en caso de emergencia 115
Sección 6.5 Cómo obtener servicios e insumos de planificación familiar dentro y fuera de la red 115
Sección 6.6 Cómo obtener una segunda opinión médica 116

Capítulo 7. Cómo obtener medicamentos con receta cubiertos 117
Sección 7.1 Reglas y restricciones a la cobertura de medicamentos 117
Sección 7.2 Formulario o lista de medicamentos del plan 121
Sección 7.3 Tipos de medicamentos que no cubrimos 123
Sección 7.4 Surtir sus recetas en farmacias de la red 124
Sección 7.5 Cobertura de medicamentos en centros 126
Sección 7.6 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura 127
Sección 7.7 Copagos de medicamentos con receta 128

Capítulo 8. Cómo solicitarnos que paguemos 130
Sección 8.1 Los proveedores de la red no pueden cobrarle servicios cubiertos 130
Sección 8.2 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago 132
Sección 8.3 Después de que el plan recibe su solicitud de pago 133
Sección 8.4 Reglas de pago que debe recordar 133

Capítulo 9. Sus derechos y responsabilidades 134
Sección 9.1 Sus derechos 134

Sección 9.2 Sus responsabilidades 135
Sección 9.3 Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica138

Capítulo 10. Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja 140
Sección 10.1 Acerca del proceso de apelaciones 140
Sección 10.2 Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar después de hacerlo (apelación de primer nivel) 142
Sección 10.3 Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de primer nivel) 144
Sección 10.4 Cómo presentar una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar, después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel) 146
Sección 10.5 Cómo presentar una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de segundo nivel) 148
Sección 10.6 Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después 150
Sección 10.7 Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo 152

Capítulo 11. Finalizar su inscripción en el plan 154
Sección 11.1 Solamente existen ciertos momentos en que puede finalizar voluntariamente su inscripción en el plan 154
Sección 11.2 Cuándo puede cancelarse su inscripción en el plan involuntariamente 155

Capítulo 12. Avisos legales 156

Capítulo 13. Siglas y definiciones de palabras importantes 167
Sección 13.1 Siglas 167
Sección 13.2 Definiciones de palabras importantes 168

Capítulo 1. Introducción para los miembros

Sección 1.1 Bienvenida

Usted está inscrito en NH Healthy Families.

Recibirá la mayor parte de su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicaid de New Hampshire a través de nuestro plan, NH Healthy Families, un plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire. Consulte las secciones 4.1 *(Acerca del Cuadro de beneficios [lo que está cubierto])* y 4.2 *(Cuadro de beneficios)* para ver una lista de los servicios que cubre el plan.

NH Healthy Families tiene contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (New Hampshire Department of Health and Human Services, NH DHHS) para prestar los servicios cubiertos descritos en el Cuadro de beneficios que aparece en el capítulo 4 *(Servicios cubiertos)*. El plan tiene contrato con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores para prestar servicios cubiertos a los miembros del plan. Si desea más información sobre cómo usar proveedores dentro y fuera de la red, consulte el capítulo 3 *(Cómo usar NH Healthy Families para recibir servicios cubiertos)*.

Como miembro de NH Healthy Families, usted recibirá su cobertura de atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan. También ofrecemos programas de salud diseñados para ayudarlo a manejar sus necesidades médicas o de salud conductual especiales a través de educación y capacitación sobre su afección médica.

Su opinión es importante para nosotros. Varias veces al año, NH Healthy Families convoca reuniones del Comité asesor de miembros para escuchar las opiniones de los miembros como usted. Si le interesa participar en el Comité asesor de miembros del plan, háganoslo saber llamando al Servicio para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Sección 1.2 ¿Qué lo hace 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 de atención médica necesaria.

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Sea y siga siendo elegible para Medicaid de New Hampshire*;
- *y* viva en New Hampshire (el área de servicio de NH Healthy Families);
- *y* sea un ciudadano de Estados Unidos o tenga residencia legal en Estados Unidos.

Si está embarazada e inscrita en NH Healthy Families al momento del parto, el bebé tendrá

cobertura de NH Healthy Families automáticamente a partir de la fecha de su nacimiento. Comuníquese sin costo con el centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447)

(Acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este, cuando nazca su bebé o para obtener más información sobre Medicaid de New Hampshire y sus programas.

*La continuidad de su elegibilidad para Medicaid de New Hampshire se vuelve a determinar cada seis a doce meses. Varias semanas antes de que venza el plazo para renovar su elegibilidad, recibirá una carta por correo postal o un correo electrónico de NH Easy con una Solicitud de Redeterminación del DHHS de NH. Para asegurarse de que no haya interrupción de su cobertura de atención médica, debe completar y devolver la Solicitud de redeterminación antes de la fecha indicada en el aviso. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese sin costo con el Centro de servicio al cliente del DHHS de NH (elegibilidad) al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 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 de agosto de 2026 y durante todos los meses en que esté inscrito en NH Healthy Families. El Manual del miembro también está disponible en nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com.

Su tarjeta de membresía de NH Healthy Families: úsela para recibir todos los servicios y medicamentos con receta cubiertos.

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de NH Healthy Families siempre que reciba servicios o medicamentos con receta cubiertos. Sin embargo, incluso si no tiene su tarjeta de membresía del plan, un proveedor no debe negarle la atención. Si un proveedor se niega a tratarlo, llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros. Verificaremos su elegibilidad para atenderse con el proveedor.

Aquí se muestra una tarjeta de membresía como ejemplo:



Siempre que sea miembro del plan, **debe utilizar su tarjeta de membresía de**

NH Healthy Families para recibir servicios cubiertos. Guarde también su tarjeta de Medicaid de New Hampshire. Presente su tarjeta de membresía del plan **y** su tarjeta de Medicaid de New Hampshire siempre que reciba servicios.

Si su tarjeta de membresía del plan se deteriora, se pierde o la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato. Le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual). También puede ingresar en su cuenta del portal seguro para miembros y solicitar una nueva tarjeta e imprimir una tarjeta provisoria válida por 24 horas para surtir recetas o presentar en la cita con el médico mientras espera que le llegue la tarjeta definitiva.

Llamada de bienvenida

Comprender sus necesidades de salud y otras necesidades especiales es importante para nosotros. Cuando se incorpore a NH Healthy Familie*s* por primera vez, lo/la llamaremos para darle la bienvenida como miembro del plan. Durante la llamada, le explicaremos las reglas del plan y responderemos todas las preguntas que pudiera tener acerca del mismo. Lo/la ayudaremos a seleccionar un médico de atención primaria (PCP) y podemos ayudarle a programar una visita de bienestar con su PCP. Por último, como se describe en la siguiente sección, explicaremos la importancia de completar una Evaluación de riesgos para la salud (HRA) con su Médico de atención primaria (PCP).

Evaluación de riesgos para la salud (HRA)

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

Aviso de la Explicación de beneficios

Cada cierto tiempo, le enviaremos un informe llamado la Explicación de beneficios *(Explanation of Benefits, EOB)*.

La Explicación de beneficios le indica el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en un servicio en particular. La Explicación de beneficios también está disponible si la solicita. Para obtener una copia, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). También puede imprimir una copia de su EOB en nuestro portal seguro para miembros en www-es.nhhealthyfamilies.com.

Portal seguro para miembros

Todos los miembros de NH Healthy Families tienen acceso gratuito a la información de su cuenta y a herramientas útiles las 24 horas, todos los días, a través del portal seguro para miembros.

Una vez que se inscribe y se vuelve activo en NH Healthy Families, puede crear una cuenta en línea en la que puede actualizar su PCP, enviar un correo electrónico seguro a un representante de NH Healthy Families, completar su Evaluación de detección de riesgos de salud y ver su resumen de beneficios, entre otras cosas. Para acceder al portal seguro para miembros, ingrese en nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com y seleccione “Inicio de sesión” en la parte superior. Siga las instrucciones en la pantalla para acceder al portal. Si es la primera vez que accede y debe

crear una cuenta, deberá ingresar su fecha de nacimiento y su número de identificación de miembro de NH Healthy Families. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Conecte su atención médica: nuevas opciones para administrar sus registros médicos digitales

El 1 de julio de 2021, una nueva regla federal llamada Regla de Interoperabilidad y Acceso para Pacientes (CMS 9115 F) facilitó que los miembros puedan obtener sus registros médicos cuando más los necesiten. Ahora tiene acceso total a sus registros médicos en su dispositivo móvil, lo que le permite controlar mejor su salud e informarse sobre los recursos disponibles para usted.

Imagine lo siguiente:

- Consulta con un médico nuevo porque no se siente bien y ese médico puede acceder a su historia clínica de los últimos cinco años.
- Usted accede a un directorio de proveedores actualizado para buscar un proveedor o especialista.
- Ese proveedor o especialista puede usar su historia clínica para diagnosticarlo/a y asegurarse de que reciba la mejor atención.
- Consulta en la computadora si una reclamación fue pagada, rechazada o todavía se está procesando.
- Si lo desea, puede llevarse su historia clínica cuando cambie de plan de salud.*

**En 2022, los miembros pueden empezar a solicitar llevarse sus registros médicos cuando cambien de plan de salud.*

La nueva regla facilita la búsqueda de información sobre:**

- reclamaciones (pagadas y rechazadas)
- cobertura de medicamentos en farmacias
- partes específicas de su información clínica
- proveedores de atención médica

***Puede obtener información sobre las fechas en las que recibió atención a partir del 1 de enero de 2016.*

Para más información, visite su cuenta de miembro en línea.

Sección 1.4 Mantener actualizada su información personal y otra información de su seguro

Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de membresía del plan contiene información obtenida del NH DHHS, que incluye su dirección y número de teléfono. Es importante que mantenga su información actualizada. La red

de proveedores y el plan deben tener información correcta para comunicarse con usted cuando sea necesario.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga, incluido lo siguiente:

- Una póliza de seguro médico grupal de un empleador para empleados o jubilados, ya sea para usted o para otra persona en su núcleo familiar que tenga cobertura del plan.
- Cobertura de la compensación a los trabajadores debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.
- Beneficios para veteranos o cobertura de otro plan de salud del Gobierno.
- Medicare.
- COBRA u otra cobertura de continuación del seguro médico. (COBRA es una ley que exige que determinados empleadores permitan que los empleados y sus dependientes conserven su cobertura de salud grupal por un período después de que abandonen el empleo o se produzcan cambios en el empleo y otros eventos de la vida).
- Algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil, si lo tiene.

- Cambios en su ingreso u otro apoyo financiero.
- Si es ingresado en un asilo de ancianos.
- Si tiene un bebé.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia de tutor, custodio, representante autorizado o representante personal o si se activa su poder notarial duradero.

Si alguna parte de esta información cambia, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o comuníquese sin costo con el centro de servicio al cliente de Medicaid de New Hampshire al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964),
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

La información médica personal de los miembros se mantiene de forma confidencial.

Las leyes federales y estatales nos exigen que mantengamos en privado sus registros médicos y la información médica personal. Protegemos su información médica según lo exigen esas leyes.

Sección 1.5 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro

Medicaid es el pagador de última instancia. Eso significa que, cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica grupal de un empleador o Medicare), ellos siempre pagan sus facturas de atención médica primero. Esto se llama “seguro primario”. Usted debe respetar todas las reglas de su seguro primario al recibir servicios.

Es posible que artículos o servicios no cubiertos por su seguro primario y los copagos o

deducibles de su seguro primario estén cubiertos por NH Healthy Families. Para que los reclamos se paguen correctamente, es importante que utilice proveedores que estén dentro de la red de su seguro primario y de nuestra red.

Cuando reciba servicios, dígale a su médico, hospital o farmacia si tiene otro seguro médico. Su proveedor sabrá cómo procesar los reclamos cuando usted tiene un seguro primario y Medicaid de New Hampshire a través de NH Healthy Families. Si recibe una factura por sus servicios de atención médica cubiertos, consulte el capítulo 8 *(Cómo solicitarnos que paguemos)*.

Si tiene otro seguro (como cobertura médica grupal de un empleador o Medicare) y Medicaid como seguro secundario, no necesita obtener una autorización previa para que NH Healthy Families pague los servicios después del otro seguro. Si un servicio no está cubierto o es denegado por el otro seguro y el servicio está cubierto por Medicaid, es posible que se requiera autorización previa para que NH Healthy Families lo cubra. Para ver una descripción de los servicios que requieren autorización previa, consulte el capítulo 4 *(Cuadro de beneficios)*.

Si tiene preguntas o necesita actualizar su información de otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Quién paga si un tercero es, o es posible que sea, responsable de su lesión

Si un tercero le produce una lesión, NH Healthy Families atravesará un proceso llamado "subrogación". Esto significa que podemos utilizar su cesión de derechos legales autorizada como condición de su solicitud de Medicaid para recuperar el dinero que gastamos por sus servicios médicos, de la siguiente manera:

- Cobrándole a la persona responsable de su lesión,
- Cobrándole a la compañía de seguros o al tercero responsable.

Si un tercero es, o es posible que sea, responsable de pagar los servicios relacionados con su lesión, utilizaremos su cesión de derechos legales para recuperar la totalidad del dinero que pagamos o pagaremos por los servicios de atención médica correspondientes a su lesión. En ningún caso se le exigirá que pague directamente por los servicios médicos.

Para hacer valer estos derechos, podemos emprender acciones legales, con o sin su consentimiento, contra cualquier parte responsable para que nos reembolsen el dinero que pagamos por su tratamiento. Nuestros derechos de subrogación se aplican incluso si el miembro que sufre la lesión es menor de 18 años. Si un tercero le paga directamente a usted por los gastos médicos que nosotros pagamos, tenemos derecho a que usted nos devuelva el importe total que pagamos por su tratamiento.

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

Si un abogado lo representa por su lesión, es su responsabilidad informarle a este que tiene cobertura de Medicaid a través de NH Healthy Families. También debe informar a cualquier compañía de seguros (ya sea su seguro o el de un tercero) relacionada con la lesión accidental que tiene cobertura de Medicaid a través de nuestro plan y proporcionarle la información de contacto pertinente. Además, si recibimos información de otra fuente acerca de que tal vez usted tenga otra cobertura como resultado de un accidente, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener detalles sobre su accidente y la otra cobertura.

Si tiene preguntas o necesita actualizar su información del seguro, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Sección 2.1 Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de NH Healthy Families

Si necesita asistencia con preguntas sobre la cobertura, encontrar un proveedor, reclamos, tarjetas de membresía u otros asuntos, comuníquese por teléfono o por escrito con Servicios para Miembros de NH Healthy Families. Nos complacerá poder ayudarlo.

En caso de una emergencia médica: marque 911 o acuda directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

En caso de una emergencia o crisis de salud mental y/o por consumo de sustancias: Si usted o alguien que conoce necesita apoyos/servicios de salud emocional o mental (o si hay riesgo de suicidio), llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea Lifeline de ayuda contra el suicidio y las crisis disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales.

También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta en caso de crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona a través de los Equipos Móviles de Crisis, que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

Para ver una descripción de los servicios de emergencia de salud mental y consumo de sustancias, consulte el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*: *Atención médica de emergencia; Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios*; *Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD)).*

Medio	Información de contacto de Servicios para Miembros de NH Healthy Families
POR TELÉFONO	1-866-769-3085 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención normales son de lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y jueves y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.

TTY/TDD	1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
POR FAX	1-877-502-7255
POR ESCRITO	NH Healthy Families 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110
SITIO WEB	www-es.nhhealthyfamilies.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre si un servicio o medicamento está cubierto por el plan. La decisión de cobertura también puede incluir información sobre el monto de copagos de recetas que podría tener que pagar. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

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

Medio	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones
POR TELÉFONO	1-866-769-3085 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención normales son de lunes a miércoles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y jueves y viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
POR FAX	1-866-270-9943 1-888-865-6531 (apelaciones de farmacias minoristas) 1-888-865-6531 (apelaciones de farmacias médicas)
POR ESCRITO	NH Healthy Families Grievance and Appeals Department 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110 Centene Pharmacy Services NH Pharmacy Appeals Department P.O. Box 31398 Tampa, FL 33631-3398

SITIO WEB	www-es.nhhealthyfamilies.com

Sección 2.3 Cómo comunicarse con el plan acerca de una queja

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

Medio	Información de contacto sobre quejas
POR TELÉFONO	1-866-769-3085 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención normales son de lunes a miércoles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y jueves y viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
POR FAX	1-866-270-9943
POR ESCRITO	NH Healthy Families Grievance and Appeal Department 2 Executive Park Drive Bedford, NH 03110

Sección 2.4 Cómo comunicarse con el plan acerca de la gestión de la atención

Gestión de la atención es el término que se usa para describir la práctica del plan de asistir a los miembros para que reciban los servicios y apoyos comunitarios necesarios. Los gestores de la atención se aseguran de que los participantes del equipo de atención médica del miembro tengan información sobre todos los servicios y apoyos proporcionados al miembro, que incluyen los servicios prestados por cada miembro o proveedor del equipo. Para obtener más información, consulte la Sección 5.2 (*Apoyo con la coordinación y la gestión de la atención*).

Medio	Información de contacto para coordinación de la atención
POR TELÉFONO	Póngase en contacto con su PCP para que le ayude con la coordinación de la atención. La información sobre su PCP se encuentra en su Carta de Bienvenida si es un/una nuevo/a miembro. También puede iniciar sesión en su portal seguro en línea, consultar el Directorio de proveedores disponible en nuestro sitio web en www-es.nhhealthyfamilies.com o llamar a Servicios para Miembros al 1-866-769-3085. Los horarios de atención son de lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y jueves y viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. EST.
TTY/TDD	1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Sección 2.5 Cómo comunicarse con la línea de consejos de enfermería del plan

La línea de consejos de enfermería es un servicio telefónico de información médica gratuita disponible las 24 horas proporcionado por NH Healthy Families. Las enfermeras registradas están listas para responder sus preguntas las 24 horas del día, los 365 días del año. Comuníquese con la línea de consejos de enfermería para consultar sobre lo siguiente:

- Consejo médico
- Biblioteca de información de salud
- Respuestas a preguntas sobre su salud
- Consejos sobre una lesión o enfermedad
- Ayuda para programar citas con su PCP
-

En caso de una emergencia médica: marque 911 o acuda directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

En caso de una emergencia o crisis de salud mental y/o consumo de sustancias - Si usted o alguien que conoce necesita apoyos/servicios de salud emocional o mental (o hay riesgo de suicidio), incluidas preocupaciones por consumo de sustancias, llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea de ayuda en la prevención de suicidio y crisis Lifeline disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales.

También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta en caso de crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona a través de los Equipos Móviles de Crisis, que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

Para ver una descripción de los servicios de emergencia de salud mental y consumo de sustancias, consulte el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*: *Atención médica de emergencia; Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios*; *Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD)).*

Medio	Información de contacto de la línea de consejos de enfermería
POR TELÉFONO	1-866-769-3085 Las llamadas a este número son gratuitas. ***La línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas, todos los días.*** Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.

TTY/TDD	1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

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

"Servicios de salud conductual" es otro término que se utiliza para describir servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias. Comuníquese con NH Healthy Families cuando tenga preguntas sobre servicios cubiertos o proveedores de la red relacionadas con servicios de salud conductual y para trastornos por consumo de sustancias disponibles en nuestro plan.

No necesita una remisión de un médico. Puede consultar a cualquier proveedor de la red de NH Healthy Families para recibir servicios.

En caso de una emergencia o crisis de salud conductual (salud mental y/o consumo de sustancias) - Llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea de ayuda Lifeline para suicidio y crisis disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales.

También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta en caso de crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona a través de los Equipos Móviles de Crisis, que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

Para ver una descripción de los servicios de emergencia de salud mental y consumo de sustancias, consulte el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*: *Atención médica de emergencia; Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios*; *Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD)).*

Medio	Información de contacto de los servicios de salud conductual (servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias)
POR TELÉFONO	1-866-769-3085 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención normales son de lunes a miércoles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y jueves y viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.

TTY/TDD	1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
POR ESCRITO	NH Healthy Families 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110
SITIO WEB	www-es.nhhealthyfamilies.com

Sección 2.7 Cómo solicitar transporte médico que no es de emergencia

El plan cubre asistencia con el transporte médico que no es de emergencia, lo que incluye reembolso por millaje, si usted no puede pagar el costo del transporte a consultorios de proveedores y centros para recibir los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid de New Hampshire que se indican en el Cuadro de beneficios de la sección 4.2 (ver *Servicios de transporte: transporte médico que no es de emergencia*).

Medio	Información de contacto para transporte médico que no es de emergencia
POR TELÉFONO	Medical Transportation Management, Inc. (MTM) 1-888-597-1192
TTY/TDD	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
POR FAX	1-888-513-1610
POR ESCRITO	Medical Transportation Management, Inc. 16 Hawk Ridge Drive Lake St. Louis, MO 63367
SITIO WEB	https://mtm-prod.revealservices.net/www/member/#/login

¿Necesita ayuda para llegar a una cita?

Si no tiene un automóvil o alguien disponible para llevarlo, podemos ayudarlo a llegar a sus citas médicas y sus citas odontológicas cubiertas por el estado. El transporte se cubre para todos los servicios médicamente necesarios. Los servicios de transporte cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Citas médicas de rutina programadas;
- Transporte desde la sala de emergencias (el transporte que no es de emergencia a la sala de emergencias no está cubierto);
- Transporte desde un hospital u otro centro médico;
- Citas odontológicas programadas cubiertas por el estado;
- Paradas en la farmacia para recoger medicamentos;

- Paradas en la farmacia después de ser dado de alta de un hospital;
- Paradas en la farmacia inmediatamente después de una cita médica.

Las solicitudes de transporte deben presentarse al menos dos (2) días hábiles antes de la cita programada. Llame a MTM al 1-888-597-1192 para programar el viaje.

Las siguientes solicitudes de transporte pueden hacerse el mismo día en que debe trasladarse:

- Solicitudes de traslado de urgencia (si necesita transporte a una clínica de atención de urgencia o si el proveedor evalúa que la cita es de naturaleza urgente).
- Solicitudes de alta de un hospital (el personal de enfermería del hospital a cargo del alta puede ayudarlo con esto).
- Transporte para familiares y amigos.

¿Qué información debo tener a mano cuando llame?

- Su número de identificación de Medicaid
- Dirección y número de teléfono del lugar de recogida y de destino
- Nombre del proveedor o centro al que se traslada
- Fecha y hora de la cita, incluida la duración de la cita.
- Número de teléfono al cual MTM, el conductor u otros lo puedan contactar.
- Si utiliza ayudas de movilidad (silla de ruedas, bastón, etc.) o cualquier otro equipo para llegar a sus citas.

Si el paciente viaja solo y tiene 16 o 17 años, deberá presentar un Formulario de consentimiento de los padres. Si es menor de 15 años, un adulto mayor de 18 años deberá acompañarlo. Se permite la compañía de pasajeros adicionales debido a necesidades médicas, de interpretación u otras necesidades de apoyo y ayuda relevantes.

Reembolso por transporte

Recibirá un reembolso por transporte si usa el transporte público o si un miembro de la familia o un amigo lo llevan a la cita médica cubierta. Debe llamar a MTM al 1-888-597-1192 antes del viaje.

¿Qué información debo tener a mano cuando llame?

- Su número de identificación de Medicaid
- Dirección y número de teléfono del lugar de recogida y de destino
- Nombre del proveedor o centro al que se traslada
- Fecha y hora de la cita
- Nombre de la persona que lo transporta a la cita.

Para participar en el programa de reembolso de millas, los miembros deben completar un formulario de registro de conductor para cada conductor y presentar una copia de la identificación de conductor válida emitida por el gobierno. Además, el miembro debe completar un registro de viaje para reembolso, que debe ser firmado por el personal del consultorio del proveedor en el momento de la cita, y presentarlo ante Medical Transportation Management, Inc. (MTM), nuestro proveedor de transporte. Los formularios de registro de viajes para reembolso y de registro de conductores se pueden solicitar cuando hable con un representante de MTM para

programar un viaje, o bien están disponibles en el Portal para miembros de MTM en https://www.mtm-inc.net/mileage-reimbursement/ y también en www-es.nhhealthyfamilies.com en la sección "Recursos para miembros".

Para obtener más información sobre el reembolso de transporte para familiares y amigos, incluidos los límites de millas hacia proveedores de la red, consulte el apartado *Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)* en la sección 4.2 (Tabla de beneficios) de este manual.

Sección 2.8 Cómo comunicarse con el centro de servicio al cliente del NH DHHS

El centro de servicio al cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire puede ayudarlo si tiene preguntas sobre la elegibilidad para Medicaid de New Hampshire o sobre la elegibilidad para o la inscripción en el plan Granite Advantage, información o instrucciones del sitio web del NH DHHS y la inscripción en el plan administrado de beneficios, los otros beneficios administrados directamente por el NH DHHS como se describe en la sección 4.4 *(Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan)*. También puede ayudarlo cuando necesita una tarjeta de Medicaid de New Hampshire nueva o de reemplazo. Aunque el plan puede ayudarlo con su apelación o queja, el centro de servicio al cliente del NH DHHS también puede proporcionarle orientación.

Medio	Información de contacto con el centro de servicio al cliente del NH DHHS
POR TELÉFONO	**1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este. Hay servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	**1-800-735-2964** Las llamadas a este número son gratuitas. Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
SITIO WEB	https://nheasy.nh.gov www.dhhs.nh.gov

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

El defensor del paciente de atención a largo plazo de New Hampshire ayuda con quejas o problemas relacionados con la cobertura de servicios de centros de atención médica a largo plazo (también llamados centros de enfermería) cubiertos directamente por el NH DHHS. Antes de comunicarse con el defensor del paciente de atención a largo plazo cuando tenga un problema relacionado con servicios cubiertos por el plan, busque una resolución a través del centro de servicio al cliente del NH DHHS.

Medio	Información de contacto del defensor del paciente de atención a largo plazo de NH
POR TELÉFONO	**1-800-442-5640** 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/TDD	Acceso al servicio de mensajes TDD (NH): **1-800-735-2964** Las llamadas a este número son gratuitas. Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR FAX	603-271-5574
POR ESCRITO	Office of the Long-Term Care 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/about-dhhs/long-term-care-ombudsman

Sección 2.10 Cómo comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS

El defensor del paciente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire ayuda a los miembros del plan, clientes, empleados del Departamento y miembros del público a resolver discrepancias, entre ellas, quejas o problemas relacionados con la elegibilidad o la cobertura de Medicaid. Antes de comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS cuando tenga un problema relacionado con el plan, busque una resolución a través del proceso de apelaciones y quejas del plan que se describe en el capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja).*

Medio	Información de contacto del defensor del paciente del NH DHHS
POR TELÉFONO	**1-800-852-3345,** opción 1 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/TDD	Acceso al servicio de mensajes TDD (NH): **1-800-735-2964** Las llamadas a este número son gratuitas. Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR FAX	603-271-4632
POR ESCRITO	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/about-dhhs/office-ombudsman

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

ServiceLink es un programa del NH DHHS que ayuda a las personas a identificar y acceder a servicios y apoyos a largo plazo, acceder a información y apoyos para familiares cuidadores y aprender sobre los beneficios de Medicaid y Medicare. ServiceLink es un programa que cuenta con el respaldo del NH DHHS.

Medio	Información de contacto del Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad ServiceLink
POR TELÉFONO	**1-866-634-9412** Las llamadas a este número nacional son gratuitas. Las llamadas al número desde algunos teléfonos celulares y desde fuera de New Hampshire serán dirigidas al centro de servicio al cliente del NH DHHS. Cuando se comunique con esa oficina, será transferido al número de la ubicación de ServiceLink correspondiente a su área. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del este. Hay servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	Llame al número que aparece arriba o ingrese al sitio web que aparece a continuación para conocer los servicios de TTY/TDD en su oficina local.
POR FAX	Llame al número que aparece arriba o ingrese al sitio web que aparece a continuación para conocer el número de fax de su oficina local.
POR ESCRITO	Llame al número que aparece arriba o ingrese al sitio web que aparece a continuación para conocer la dirección de su oficina local.
SITIO WEB	http://www.servicelink.nh.gov/

Sección 2.12 Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro o abuso

Usted juega un papel importante en la protección de la integridad del programa de Medicaid de New Hampshire. Para evitar y detectar fraude, despilfarro y abuso, NH Healthy Families trabaja con el NH DHHS y los miembros, proveedores, planes de salud y organismos del orden público. (Para conocer las definiciones de fraude, despilfarro y abuso, consulte la sección 13.2 *[Definiciones de palabras importantes]*).

Los siguientes son algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso:

- Recibir una factura por servicios de atención médica que nunca le brindaron.
- Falta de información en el expediente médico del miembro que justifique los servicios facturados.
- Prestar su tarjeta de membresía del seguro médico a otras personas para que reciban servicios de atención médica, insumos o medicamentos con receta.
- Proporcionar información de atención médica falsa o engañosa que afecte el pago de los servicios.

Si sospecha que existe una situación de fraude, despilfarro o abuso a Medicaid, denúncielo de inmediato. Cualquier persona que sospeche que un miembro, proveedor o plan de Medicaid de New Hampshire ha cometido fraude, despilfarro o abuso también puede denunciarlo al plan o a la Oficina del Fiscal General de New Hampshire. No tiene que dar su nombre. Permanecerá en el anonimato.

Medio	Información de contacto de NH Healthy Families para denunciar fraude, despilfarro o abuso
POR TELÉFONO	1-866-685-8664 Las llamadas a este número son gratuitas y anónimas. Los horarios de atención normales son de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
POR ESCRITO	NH Healthy Families 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110

SITIO WEB	www-es.nhhealthyfamilies.com

Medio	Información de contacto de la Oficina del Fiscal General de New Hampshire para denunciar fraude, despilfarro o abuso
POR TELÉFONO	**603-271-3658** El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.
TTY/TDD	Acceso al servicio de mensajes TDD (NH): **1-800-735-2964** Las llamadas a este número son gratuitas. Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR FAX	603-271-2110
POR ESCRITO	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 recursos importantes

- **Usted puede nombrar a un representante autorizado o un representante personal:** usted puede nombrar a una persona a quien le otorga autoridad para actuar en su nombre. Su representante podrá proporcionarle información al plan o recibir información sobre usted de la misma forma en que el plan hablaría con usted o le divulgaría información directamente. Para que alguien lo represente, debe autorizar a su representante por escrito y decirnos cómo esa persona puede representarlo. En su paquete de bienvenida, se incluirá un formulario de autorización para usar y divulgar información de salud, que también puede descargarse desde nuestro sitio web, www-es.nhhealthyfamilies.com. Elija "Plan de Medicaid", luego "Recursos para miembros", luego "Manuales y formularios para miembros" y allí encontrará el "Formulario de autorización para divulgar información de salud". La designación de su representante autorizado o representante personal es válida hasta que usted la revoque o la modifique por escrito. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

- **Formatos alternativos y servicios de interpretación:** la información del plan está disponible en formatos alternativos para miembros con capacidades de lectura limitadas o que requieren servicios de interpretación. Si necesita materiales en un formato alternativo o requiere servicios de interpretación gratuitos para servicios cubiertos que aparecen en el Cuadro de beneficios del capítulo 4, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

    - Si es elegible para Medicaid, tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted sin costo. La información está disponible en braille, en letra grande o en otros formatos.
    - A los miembros que no hablan inglés o no se sienten cómodos comunicándose en ese idioma, NH Healthy Families les ofrece un servicio de ayuda gratuito. Este servicio es importante porque usted y su proveedor deben poder hablar sobre sus inquietudes médicas o de salud conductual de una manera que ambos puedan entender. Los servicios de interpretación se proporcionan sin costo y están disponibles en muchos idiomas diferentes. Esto incluye lengua de señas. Los miembros que son ciegos o tienen problemas de visión pueden llamar a Servicios para Miembros y solicitar interpretaciones orales. Los miembros que tienen problemas de audición pueden llamar a la línea de TDD/TTY. Para comunicarse con Servicios para Miembros, llame al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123). Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por impedimentos relacionados con el idioma o una discapacidad, denuncie el problema al centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

- **Información sobre la estructura y el funcionamiento del plan:**

Granite State Health Plan, cuyo nombre comercial es NH Healthy Families, es una organización de atención administrada de Medicaid con sede en Bedford, NH. Tenemos contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para brindar los beneficios y servicios descritos en el Manual del miembro. Tenemos contrato con

proveedores de atención médica, hospitales y otras organizaciones para prestar servicios de atención de la salud y la salud conductual, hacer recetas y brindar otros servicios accesorios, que constituyen nuestra red de proveedores. Nuestra red cubre todo el estado. Puede consultar una lista de los proveedores que la integran en nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com. Elija "Para miembros", luego "Plan de Medicaid" y allí seleccione "Buscar un proveedor".

Para obtener más información sobre la estructura y las operaciones de NH Healthy Families, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

- **Información sobre los incentivos a los proveedores del plan y los acuerdos de compensación:** los incentivos a los proveedores describen cómo se les paga a los proveedores de la red por los servicios cubiertos, incluidos los bonos de pago para los que pudieran ser elegibles con base en los resultados de los pacientes u otras medidas de desempeño.

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

  - Si el plan tiene un plan de incentivos para médicos que afecta el uso de los servicios de remisión;
  - El tipo de acuerdos de incentivos que mantiene con los proveedores; y
  - Si los acuerdos de protección de pérdida limitada les brindan a los proveedores ayuda económica por miembros de alto costo cuando corresponde.

  Para solicitar esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

- **Solicitud de materiales para los miembros:** comuníquese con Servicios para Miembros de NH Healthy Families si desea solicitar una copia de nuestro Manual del miembro, la Lista de medicamentos preferidos o el Directorio de proveedores. Los documentos se envían en un plazo de 5 días hábiles a partir de que se recibe su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual).

Capítulo 3. Cómo usar NH Healthy Families para recibir servicios cubiertos

Este capítulo explica lo que debe saber sobre el acceso a servicios cubiertos conforme al plan. Aquí se incluyen las definiciones de términos seleccionados y se explican las reglas que debe seguir para recibir los servicios de atención médica cubiertos por el plan. Para ver más definiciones, consulte el capítulo 13 *(Siglas y definiciones de palabras importantes)*.

NH Healthy Families trabajará con usted y su PCP para asegurar que reciba servicios médicos de especialistas capacitados y con experiencia en sus necesidades personales, que incluyen información y acceso a especialistas dentro y fuera de la red de proveedores del plan, según corresponda.

Para obtener información sobre los servicios cubiertos conforme al plan, consulte el Cuadro de beneficios en el capítulo 4 *(Servicios cubiertos)*.
4. Los servicios cubiertos de Medicaid en el Cuadro de beneficios cuentan con el respaldo de las reglas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (capítulos He-W, He-E, He-C, He-M y He-P). Las reglas están disponibles en línea en https://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.aspx.

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

Aquí encontrará algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro del plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia otorgada por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención de la salud, además de farmacias.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos, las farmacias y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales, proveedores de equipo médico duradero y otros centros de atención médica que tienen contrato con el plan para aceptar nuestro pago y su copago de medicamentos con receta, de haberlo, como la totalidad del pago. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que usted recibe.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen todos los servicios de atención médica, medicamentos con receta, insumos y equipos que nuestro plan cubre. Consulte el Cuadro de beneficios en el capítulo 4 para ver una lista de servicios cubiertos.

Reglas para recibir servicios de atención médica y medicamentos con receta que el plan cubre

NH Healthy Families cubre todos los servicios que exige nuestro contrato con el

NH DHHS. Por lo general, NH Healthy Families 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 recibe se considera médicamente necesaria.** El término "médicamente necesario" significa que los servicios, insumos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica. Para obtener más información sobre servicios médicamente necesarios, consulte la sección 6.1 *(Servicios médicamente necesarios)*.
- **Usted recibe aprobación del plan con anticipación antes de recibir el servicio cubierto si corresponde.** Los requisitos de autorización previa para servicios cubiertos aparecen en cursiva en la Sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria de la red que proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red. Para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 3.1 *(Su PCP que proporciona y supervisa su atención médica)*.
    - En algunas situaciones, su PCP de la red puede darle una recomendación con anticipación antes de que use otros proveedores en la red del plan, como especialistas, proveedores de salud conductual, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. No se requiere una remisión por escrito para consultar a los proveedores participantes. Su proveedor puede presentar una "autorización previa" al plan para solicitar la aprobación de servicios específicos. Para obtener más información, consulte el capítulo 6 *(Reglas para acceder a servicios cubiertos)*. Consulte el Directorio de proveedores en nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com para buscar atención de especialistas y proveedores de atención de la salud conductual de la red, además de hospitales de la red.
    - No se necesita una autorización de su PCP en casos de atención de emergencia ni de servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin obtener una aprobación previa de su PCP. Para obtener más información, consulte la sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*.
- **La atención que recibe es de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la sección 3.3 *[Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red]*). La mayor parte de la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá, excepto con aprobación previa del plan o en el caso de servicios de emergencia. Para obtener más información acerca de cuándo pueden cubrirse los servicios fuera de la red, consulte la sección 3.5 *(Recibir atención de proveedores fuera de la red)*.

  Estas son cinco excepciones:
    - El plan cubre la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre servicios de emergencia o necesarios de urgencia, consulte la sección 3.6 *(Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención)*.
    - Si necesita un tipo de atención médica que Medicaid de New Hampshire exige

que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Su PCP de la red obtendrá una autorización previa de NH Healthy Families para que se cubran los servicios prestados por

un proveedor fuera de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la sección 6.3 *(Cómo obtener autorización para servicios fuera de la red)*.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis que participe en Medicaid de New Hampshire certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Para recibir servicios de planificación familiar, puede ver a cualquier médico, clínica, centro de salud comunitario, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar que participe en Medicaid de New Hampshire. Para obtener más información, consulte "Servicios de planificación familiar" en el Cuadro de beneficios del capítulo 4 *(Servicios cubiertos)*.
- No necesita una remisión de su PCP para servicios de salud conductual de proveedores que forman parte de la red de salud conductual de NH Healthy Families.

Sección 3.1 Su PCP que proporciona y supervisa su atención médica

¿Qué es un "PCP" y qué hace su PCP por usted?

Un PCP es un proveedor de la red que usted elige (o que el plan le asigna hasta que usted seleccione uno) y a quien debe ver primero para su atención de rutina y para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar sobre su atención con otros médicos y proveedores. Su PCP tiene la responsabilidad de supervisar, coordinar y proporcionarle su atención médica primaria. Este proveedor inicia remisiones para atención de especialistas y mantiene la continuidad de la atención.

Su PCP puede ser un pediatra, un médico de familia, un médico generalista, un internista, un obstetra o ginecólogo, un asistente médico (bajo la supervisión de un médico) o una enfermera practicante profesional registrada (Advanced Practice Registered Nurse, APRN) que participen en la red. Si necesita ayuda para seleccionar su PCP o cambiar de proveedor, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Para programar una cita con su PCP, llame al consultorio del proveedor. Si necesita ayuda para solicitar una cita, comuníquese con Servicios para Miembros de NH Healthy Families al 1-866-769-3085. Si necesita ayuda para trasladarse hasta el consultorio del médico para la cita, llame a nuestro proveedor de transporte, Medical Transportation Management, Inc. (MTM), al 1-888-597-1192.

- **¿Qué es un PCP?** Un PCP es un médico que supervisa toda su atención.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP? ¿Puede un especialista ser un PCP?** Pediatras, médicos de familia, médicos generalistas, internistas, obstetras o ginecólogos, enfermeras practicantes registradas, asistentes médicos (bajo la supervisión de un médico) o enfermeras practicantes profesionales registradas pueden actuar como su PCP. Un especialista

puede ser su PCP en caso de necesidades especiales, previa solicitud. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

- **¿Cuál es el rol del PCP en el plan?** El PCP es una persona de contacto para sus necesidades de atención médica. Estos médicos o enfermeras practicantes ayudan a manejar las cuestiones básicas de la atención médica y se enfocan en el bienestar y la prevención. El PCP es su principal asociado de salud.

- **¿Cuál es el rol del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?** Su PCP lo remitirá a especialistas que puedan ayudar a coordinar la atención que sea médicamente necesaria. Es su responsabilidad asegurarse de que los proveedores de los que recibe servicios pertenezcan a la red de NH Healthy Families. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener asistencia.

- **¿Cuál es el rol del PCP en la toma de decisiones sobre una autorización previa o en su obtención?** Su PCP es responsable de obtener todas las autorizaciones previas que sean necesarias para recibir atención de especialistas y otros servicios con base en su necesidad médica.

- **¿Puede tener un PCP que no esté en la red de NH Healthy Families?** El PCP que seleccione debe estar dentro de nuestra red.

- **¿Puede elegir ir a otro médico que no sea su PCP?** Puede ver a cualquier proveedor que esté dentro de nuestra red para sus necesidades médicas.

- **¿Cuáles son los requisitos de remisión de NH Healthy Families?** NH Healthy Families no exige remisiones por escrito de su PCP siempre y cuando los servicios recomendados por su PCP o especialista sean médicamente necesarios.

¿Cómo elegir a su PCP?

El Directorio de proveedores es una lista de todos los proveedores en nuestra red. Nuestra red incluye médicos, farmacias y hospitales. El Directorio de proveedores también proporciona información sobre proveedores especialistas y proveedores de salud conductual.

Al elegir a un PCP, busque uno de los siguientes tipos de proveedores:

- Pediatras
- Médicos de familia o generalistas
- Médicos internistas
- Obstetras o ginecólogos
- Enfermeras practicantes registradas
- Asistentes médicos (bajo supervisión de un médico)
- Enfermeras practicantes profesionales registradas

** Un especialista puede ser su PCP en caso de necesidades especiales, previa solicitud. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.*

Siempre estamos trabajando para construir la mejor red de proveedores para el beneficio de nuestros miembros. Puede consultar el Directorio de proveedores en línea en www-es.nhhealthyfamilies.com para comprobar si se agregaron proveedores nuevos. Previa solicitud, un especialista puede ser su PCP en caso de necesidades especiales.

Si no elige un PCP, automáticamente le asignaremos uno con base en su dirección registrada y la disponibilidad de PCP en su área.

Si desea obtener más información sobre un proveedor antes de elegirlo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-866-769-3085.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, si su PCP abandona la red de proveedores del plan, deberá elegir un nuevo PCP. Para obtener más información sobre lo que sucede cuando su proveedor abandona la red, consulte la sección 3.4 *(Qué sucede cuando un PCP, especialista u otro proveedor de la red abandonan la red de nuestro plan)*.

Usted debe notificarnos si cambia de PCP. Puede hacerlo de las siguientes formas:

- Llame a Servicios para Miembros al 1-866-769-3085.
- Visite nuestro portal seguro para miembros en www-es.nhhealthyfamilies.com
- El cambio de PCP entrará en vigencia el día siguiente.

Sección 3.2 Servicios que puede recibir sin aprobación previa

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP o de NH Healthy Families.

- Acceso directo para las mujeres a atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), exámenes de Papanicolaou, exámenes pélvicos y atención de maternidad. Estos servicios no requieren una remisión de su PCP ni una autorización previa.
- Vacunas contra la gripe.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda tener acceso a ellos temporalmente (p. ej., cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de planificación familiar cuando vaya a un proveedor de planificación familiar que participe en Medicaid de New Hampshire.
- Servicios de atención preventiva.

- Acceso directo a los especialistas para miembros con necesidades especiales de atención médica y miembros que necesitan apoyo y servicios a largo plazo (LTSS). No necesita remisión de su PCP ni autorización previa para recibir estos servicios de los especialistas de la red.

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

Es importante que sepa qué proveedores incluye nuestra red. Con algunas excepciones, el plan solo pagará sus servicios si utiliza proveedores de la red que exige el plan para recibir servicios cubiertos. Las únicas excepciones son emergencias y servicios necesarios de urgencia cuando la red no esté disponible o cuando reciba autorización previa del plan para ver a un proveedor fuera de la red.

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

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que se ocupan de los pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con determinadas afecciones de huesos, articulaciones o músculos.

Puede solicitar una copia del *Directorio de proveedores* a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). El Directorio de proveedores enumera los proveedores de la red.
Además, si desea más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones, puede solicitarla a Servicios para Miembros.

También puede consultar el Directorio de proveedores con nuestra herramienta Buscar un proveedor, o bien puede descargarlo del sitio web. Esta herramienta contiene la información más actualizada sobre la red de proveedores, por ejemplo, *información como nombre, dirección, números de teléfono, si acepta nuevos pacientes, calificaciones profesionales, idiomas que habla, género, especialidad, certificación de la junta y formación académica.* Para obtener más información sobre la universidad a la que asistió un proveedor y dónde hizo la residencia, llame a Servicios para Miembros.

Cuando su PCP considere que necesita tratamiento especializado, le dará una remisión (aprobada con anticipación) para ver un especialista de la red u otros proveedores determinados. Para algunos tipos de remisiones, es posible que su PCP necesite obtener con anticipación la aprobación de nuestro plan. A esto se lo llama “autorización previa”. Los requisitos de autorización previa para servicios cubiertos aparecen en cursiva en la sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*.

Es muy importante que obtenga una remisión (aprobada con anticipación) de su PCP antes de ver a un especialista de la red u otros proveedores determinados. Es posible que deba pagar los servicios que reciba de proveedores fuera de la red si no obtiene la autorización previa de los servicios que no son beneficios cubiertos. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Es importante que sepa qué proveedores incluye nuestra red. Con algunas excepciones, el plan solo pagará sus servicios si utiliza proveedores de la red que exige el plan para recibir

servicios cubiertos. Las únicas excepciones son emergencias y servicios necesarios de urgencia cuando la red no esté disponible o cuando reciba autorización previa del plan para ver a un proveedor fuera de la red.

Su PCP lo remitirá a especialistas que puedan ayudar a coordinar la atención que sea médicamente necesaria. Es su responsabilidad asegurarse de que los proveedores de los que recibe servicios pertenezcan a la red de NH Healthy Families. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener asistencia. Si no hay proveedores locales de la red que brinden la atención que necesita, su PCP puede trabajar con nuestro plan para obtener una autorización previa para que reciba los servicios fuera de la red del plan.

- Su PCP, especialista o centro presentan una solicitud de autorización previa para solicitar determinados servicios o procedimientos médicamente necesarios. Un especialista en remisiones (Referral Specialist, RS) procesa esta solicitud, revisa la información presentada y genera la autorización. El RS puede comunicarse con el proveedor que solicita la autorización para obtener otra información que sea necesaria. Entonces, la solicitud se envía a una enfermera para su revisión.
- La enfermera revisa la información clínica y la compara con la política estatal, la política clínica corporativa y los criterios de necesidad médica de InterQual® vigentes. Si la información está completa y se cumplen los criterios, se aprueba la solicitud. Luego, la enfermera emite una carta de aprobación al proveedor que la solicita, al miembro y al centro, consultorio o proveedor del servicio. Esta aprobación reconoce que la solicitud es médicamente necesaria.
- Si la enfermera revisa la información clínica y esta no cumple los criterios, la solicitud se envía a un director médico (Medical Director, MD) para que la revise. El MD revisará toda la información proporcionada y esta revisión tendrá como resultado una aprobación o una denegación.
- Si se deniega, la carta de denegación del MD indicará el motivo, además de cualquier política médica utilizada para tomar la decisión. Los miembros pueden conocer todos los criterios que se utilizan poniéndose en contacto con el departamento de Administración de la Utilización al 866-769-3085. Algunos ejemplos de criterios que pueden utilizarse son las políticas clínicas de Centene o NH Healthy Families y los criterios de InterQual® correspondientes a la afección clínica y las necesidades particulares del miembro (p. ej., paciente adulto, paciente geriátrico, paciente pediátrico, adolescente y paciente psiquiátrico o de salud conductual).
- Después de la notificación verbal, se emite una carta de denegación que se envía al proveedor que solicita la autorización y al miembro. Puede solicitar que se le facilite la información en formatos alternativos (por ejemplo, letra más grande, otros idiomas). Si necesita materiales en un formato alternativo o requiere servicios de interpretación gratuitos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Una revisión externa por especialista es una conversación entre el proveedor que solicita la autorización y nuestro director médico del plan de salud. Esta permite que se analice en mayor profundidad su caso individual y es posible que se entregue información clínica adicional al MD. Esto puede tener como resultado la aprobación o no.

- El proveedor debe presentar la solicitud de revisión externa por especialista dentro de los **3 días hábiles** a partir de que lo notifiquen verbalmente de la denegación poniéndose en contacto con la línea de revisión científica externa del MD al 1-855-735-4397.

Hospital
NH Healthy Families cubre servicios para pacientes internados. Si debe ser admitido en un hospital por otro motivo que no sea una emergencia, su PCP o especialista harán arreglos para que vaya a un hospital de la red y harán un seguimiento de su atención aunque deba ser atendido por otros médicos durante su estadía en el hospital. NH Healthy Families debe aprobar todos los servicios. Para averiguar si un hospital está en la red o si tiene alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o visite el directorio de proveedores en línea en el sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com.

Si tiene una emergencia y es hospitalizado, usted o un familiar o amigo deben informarle a su PCP lo antes posible, a más tardar 24 horas después de ser admitido en el hospital.

Planificación familiar

NH Healthy Families cubre servicios de planificación familiar. Puede recibir estos servicios e insumos de proveedores que no pertenezcan a nuestra red. No necesita una autorización previa. Estos servicios no tienen costo para nuestros miembros. Estos servicios son voluntarios y confidenciales. Los siguientes son algunos ejemplos de servicios de planificación familiar:

- Educación y consejos de personal capacitado para ayudarlo a elegir
- Información sobre el control de la natalidad
- Exámenes físicos
- Visitas de seguimiento
- Servicios de inmunización
- Pruebas de embarazo
- Insumos de control de la natalidad
- Pruebas y tratamiento de ETS

Vista

NH Healthy Families cubre un examen de refracción del ojo para determinar la necesidad de anteojos cada 12 meses como máximo, y los miembros pueden elegir entre una selección estándar de armazones y lentes. Consulte la sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)* para obtener más información sobre los servicios de la vista cubiertos.

Servicios dentales

Este plan no cubre servicios dentales. Los servicios se administran a través de Medicaid de NH. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, comuníquese con el centro de servicio al cliente de Medicaid de NH. Consulte la sección 2.8 *(Cómo comunicarse con el centro de servicio al cliente del NH DHHS)* para obtener información de contacto y también la sección 4.4 *(Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan)*.

El plan cubre servicios de esmalte de fluoruro para algunos miembros. Consulte *Esmalte de fluoruro* en el Cuadro de beneficios.

Servicios de salud mental

El plan cubre servicios de salud mental para pacientes internados y ambulatorios. Para ver detalles específicos, consulte la sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*. Entre los servicios para pacientes internados se incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental para pacientes internados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda;
- Servicios de rehabilitación (servicios residenciales administrados)*;
- Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados*;

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios prestados por un centro de salud mental comunitario, psiquiatra, enfermera practicante psiquiátrica profesional registrada, proveedor de terapia para la salud mental, psicólogo, proveedor de psicoterapia con licencia, centro de salud comunitario, centro de salud calificado a nivel federal (Federally Qualified Health Center, FQHC), centro de salud rural (Rural Health Center, RHC) y centro de salud mental para pacientes ambulatorios de la red.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Visitas de medicamentos
- Terapia grupal, individual y familiar
- Evaluaciones de diagnóstico
- Programa de hospitalización parcial (PHP)*
- Programa ambulatorio intensivo*
- Servicios psiquiátricos de emergencia
- Terapia electroconvulsiva (TEC)*
- Estimulación magnética transcraneal*
- Intervención en crisis
- Servicios individualizados orientados a la resiliencia y la recuperación (IROS)
- Servicios de administración de casos, que incluyen tratamiento asertivo en la comunidad (ACT)
- Evaluaciones psicológicas*

** Indica un servicio que requiere autorización previa y puede no estar cubierto para todos los beneficiarios.*

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

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte del plan durante el año. Además, es posible que su proveedor abandone la red. Si su médico, especialista u otro proveedor que le brindan tratamiento habitualmente abandonan nuestra red, usted tiene determinados derechos y protecciones que se describen debajo:

- Cuando sea posible, le avisaremos cuando su PCP u otro proveedor que le proporciona tratamiento de rutina abandone la red del plan. Le avisaremos 15 días calendario después de que el plan reciba aviso de que su proveedor abandona la red o 30 días calendario antes

de la fecha de entrada en vigencia de la finalización del contrato del proveedor, lo que suceda antes, para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.

- Nosotros lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarlo. Para obtener más información, consulte la sección 5.3 *(Continuidad de la atención y transiciones)*. NH Healthy Families puede aprobar visitas a su médico por hasta 90 días después de que abandone la red. Durante ese período, lo ayudaremos a encontrar un nuevo médico. Si el contrato de su proveedor se cancela por problemas de calidad de la atención, esta opción no está disponible. Su médico debe aceptar lo siguiente:
    - Tratar sus necesidades de atención médica.
    - Aceptar la misma tarifa de pago de NH Healthy Families.
    - Seguir las normas de control de calidad de NH Healthy Families.
    - Seguir las políticas de NH Healthy Families sobre autorizaciones previas y usar un plan de tratamiento.
    - Proporcionarle la información médica necesaria.

A fin de minimizar la interrupción de su atención, NH Healthy Families hará lo siguiente:

- Continuará proporcionando los servicios que recibe del proveedor cuyo contrato se cancela por hasta 90 días calendario (excepto en el segundo o tercer trimestre de embarazo) o hasta que la transfieran razonablemente a un proveedor de la red sin interrupción de la atención, lo que suceda antes.
- O bien, en el segundo o tercer trimestre de embarazo, permitirá que continúe accediendo al proveedor de atención prenatal y a cualquier proveedor que esté tratando su afección médica o de salud conductual crónica o aguda durante el período posparto.

Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo debidamente gestionada, tiene derecho a presentar una queja o una apelación de nuestra decisión.

- Si averigua que su médico o especialista dejarán el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que maneje su atención.
- Puede elegir los proveedores médicos preferidos de la red en la medida que sea posible y adecuado.
- Para cambiar de PCP, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-866-769-3085 o ingresar en línea al portal seguro para miembros en www-es.nhhealthyfamilies.com.
- Si está recibiendo un plan de tratamiento continuo autorizado previamente de un proveedor participante que ya no puede continuar brindándole servicios, el plan se lo notificará por escrito dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que tome conocimiento de la falta de disponibilidad y desarrollará un plan de transición para ayudarlo a que continúe recibiendo la atención en curso.

Sección 3.5 Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red

Si necesita un tipo de atención médica que Medicaid de New Hampshire exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red si su PCP de la red obtiene una autorización previa para que se cubran los servicios con un proveedor fuera de la red.

Si usted es indio americano o nativo de Alaska de una tribu reconocida por el Gobierno federal u otra persona que se considere elegible para recibir servicios de atención médica para indios, se aplican reglas de cobertura especiales. Puede recibir servicios fuera de la red en un centro de salud para indios sin autorización previa. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Cuando recibe autorización previa del plan para recibir tratamiento de un proveedor fuera de la red, nunca se le debe cobrar más del copago para medicamentos con receta, si lo hubiere, por los servicios cubiertos. Si le cobran los servicios cubiertos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran 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 debe hacer si tiene una?

Una **“emergencia médica”** ocurre cuando usted u otra persona razonable con conocimiento promedio sobre salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de un órgano o una parte del cuerpo. O, en el caso de una embarazada en trabajo de parto activo, significa el trabajo de parto en un momento en el que no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto o el traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para su bebé en gestación.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. *No* necesita obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos darle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas posteriores al inicio de la emergencia. Esto ayuda a su PCP a proporcionarle atención de seguimiento o a realizar arreglos para que la reciba. También podemos ayudarlo a recibir atención de seguimiento. Llame a Servicios para

miembros al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123. Servicio de retransmisión 711).

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

Obtenga ayuda tan pronto como sea posible. Llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea Lifeline de ayuda contra el suicidio y las crisis disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para ponerse en contacto con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales.

- También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta en caso de crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona a través de los Equipos Móviles de Crisis, que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

- Llame al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir cobertura de atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. La atención de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios. El plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que usted, u otra persona razonable con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que acudir a la sala de emergencias de otra forma podría representar un peligro para su salud.

Si tiene una emergencia, el plan o su PCP hablarán con los médicos que le proporcionan la atención de emergencia para ayudar en su manejo y seguimiento. Los médicos que brindan la atención de emergencia decidirán en qué momento su estado se estabiliza y termina la emergencia médica.

Una vez pasada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado sigue estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si un proveedor fuera de la red le proporciona su atención de emergencia, el plan o su PCP coordinarán con usted lo necesario para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios *(Atención médica de emergencia)* en el capítulo 4 de este manual.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia pensando que su salud está en serio peligro, y el médico le podría decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica.

Algunos ejemplos de emergencias médicas incluyen lo siguiente:

- Fracturas de huesos;
- Convulsiones o ataques;

- Dolor fuerte en el pecho o ataque cardíaco;
- Accidentes graves;
- Derrame cerebral (con frecuencia, los síntomas incluyen parálisis facial y dificultad para hablar);
- Pérdida del conocimiento;

- Sangrado abundante;
- Dolores de cabeza u otros dolores intensos;
- Vómitos con sangre o continuos;
- Desmayos o mareos;
- Envenenamiento;
- *Shock* (con frecuencia, los síntomas incluyen sudoración, sensación de sed, mareos y piel pálida);
- Quemaduras graves;
- Dificultad para respirar;
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar;
- Ideas, planes o acciones suicidas;
- Primera experiencia de alucinaciones auditivas o visuales;
- Sobredosis.

Si resulta que no era una emergencia, siempre que sea razonable que usted haya considerado que su salud se encontraba en serio peligro, nosotros cubriremos su atención. Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera "servicios necesarios de urgencia" y usted debe seguir las reglas para obtener estos servicios. Para obtener más información, vea la información debajo titulada *"¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando surge una necesidad urgente de atención después del horario normal de atención?"* y *"¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando surge una necesidad urgente de atención?"*.

¿Qué es una "emergencia de salud conductual" o una "crisis de salud conductual"?

Una **"emergencia de salud conductual"** es una situación de emergencia en la que alguien necesita evaluación y tratamiento de salud conductual (salud mental y/o consumo de sustancias), es un peligro para sí mismo o para otras personas o presenta deterioro conductual significativo que deja al miembro en un estado no manejable e incapaz de cooperar con el tratamiento.

Una "**crisis de salud conductual**" es cualquier situación en la que los comportamientos de una persona la ponen en riesgo de lastimarse o lastimar a otros o cuando no es capaz de resolver la situación con las habilidades y los recursos disponibles. Muchas cosas pueden conducir a una crisis de salud conductual, como un aumento del estrés, una enfermedad física, problemas en el trabajo o en la escuela, cambios en las situaciones familiares, trauma o violencia en la comunidad o consumo de sustancias. Estos problemas son difíciles para todos, pero pueden ser especialmente difíciles para alguien que vive con una enfermedad o trastorno mental conductual.

Las personas obtienen mejores resultados de salud cuando acceden a atención médica CUANTO ANTES. Cualquier persona puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear con estos

recursos en cualquier momento y por cualquier motivo. A las crisis las define cada individuo y cada uno de nosotros puede experimentar distintos niveles de estrés. Recomiende a la gente que llame y no espere.

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

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea Lifeline de ayuda contra el suicidio y las crisis disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para ponerse en contacto con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales.

- También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta en caso de crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona a través de los Equipos Móviles de Crisis, que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

- También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos darle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general dentro de las siguientes 48 horas. Esto nos ayudará a proporcionarle o gestionar la atención de seguimiento que pueda necesitar. También podemos ayudarlo a recibir atención de seguimiento. Llame a Servicios para miembros al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123. Servicio de retransmisión 711).

  No necesita obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP.

¿Qué hacer si usted o alguien que conoce está luchando contra una adicción o el consumo de sustancias?

NH Healthy Families entiende que el trastorno por consumo de sustancias, al igual que otras enfermedades crónicas, requiere acceso a ayuda inmediata y esta atención es fundamental para la recuperación.

- Si usted es un miembro de NH Healthy Families que lucha contra el consumo de sustancias y necesita atención urgente, póngase en contacto con *nosotros*; o bien

- Si experimenta una crisis o emergencia de consumo de sustancias, **obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea nacional Lifeline de ayuda contra el suicidio y las crisis disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para ponerse en contacto con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales.

- También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta en caso de crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona a través de los Equipos Móviles de Crisis, que pueden

reunirse con usted cuando y donde los necesite.

- Si tiene una crisis o emergencia por consumo de sustancias, **busque ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

  No necesita obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP.

- Si usted o alguien que conoce tienen problemas con el consumo de tabaco (incluidos los cigarrillos electrónicos) y necesitan ayuda para dejarlo, llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) o visite el sitio web www.QuitNowNH.org.

- Los adolescentes que tienen problemas con el consumo de tabaco (incluidos los cigarrillos electrónicos) pueden llamar o enviar un mensaje de texto con la frase "Start My Quit" (Comenzar tratamiento para dejar el tabaco) al 1-855-891-9989, o bien pueden visitar el sitio web www.MyLifeMyQuit.com.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando surge una necesidad urgente de atención después del horario normal de atención?

Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médicas imprevistas que no son de emergencia que requieren atención médica inmediata para evitar que empeore la salud debido a síntomas que una persona razonable consideraría que no son una emergencia, pero que requieren atención médica. Siempre debe tratar de obtener servicios necesarios de urgencia de 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 se le proporcionen.

Aquí presentamos algunos ejemplos de cuándo ir a la sala de emergencias y cuando NO hacerlo:

Acuda a la sala de emergencias	NO acuda a la sala de emergencias
• Fracturas de huesos; • Heridas de bala o arma blanca • Hemorragia que no se detiene • Embarazo, trabajo de parto o hemorragia • Dolor fuerte en el pecho o ataque cardíaco; • Sobredosis de drogas • Envenenamiento; • Quemaduras serias • *Shock* (Los síntomas incluyen sudoración, sensación de sed, mareos y piel pálida) • Convulsiones o ataques; • Dificultad para respirar; • Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar	• Gripe, resfriado, dolor de garganta y dolor de oídos • Esguince o desgarro • Corte o raspón que no requiere sutura • Para obtener más medicamentos o reponer una receta • Sarpullido del pañal

Cuando necesite **atención de urgencia**, siga estos pasos:

- Llame a su PCP. Su PCP puede darle atención e instrucciones por teléfono. Si está fuera del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, llame a NH Healthy Families al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711) y siga las indicaciones. Lo comunicaremos con una enfermera. Tenga a mano su número de tarjeta de identificación de NH Healthy Families. La enfermera puede ayudarlo por teléfono o dirigirlo a otra atención. Es posible que deba darle su número de teléfono a la enfermera. Durante el horario de atención normal, la enfermera lo ayudará a comunicarse con su PCP.
- Si se le indica que vea a otro médico o que acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano, lleve su tarjeta de identificación de NH Healthy Families. Pídale al médico que llame a su PCP o a NH Healthy Families.

Si no está seguro de qué debe hacer, recuerde estos consejos:

- Si puede, **primero llame a su médico**.
- Si su estado es grave, **llame al 911 o diríjase al hospital más cercano**. No necesita la aprobación de un médico. Además, puede usar cualquier hospital en caso de emergencia, incluso si no pertenece a nuestra red.
- ¿No está seguro de si se trata de una emergencia? Llame a su PCP. Su PCP le dirá qué hacer. Si su PCP no está disponible, un médico que reciba llamadas puede ayudarlo. Es posible que haya un mensaje que le diga qué hacer.
- **Llame a nuestra línea de consejos de enfermería las 24 horas** al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711) y diga "Enfermera" si tiene preguntas.
- **La atención de urgencia no es atención de emergencia.**
- **Las salas de emergencias son para emergencias.**

Es OBLIGATORIO que usted o alguien que actúe en su nombre llamen a su PCP y a NH Healthy Families en un plazo de 48 horas después de la admisión. Esto ayuda a su PCP a proporcionarle atención de seguimiento o a realizar arreglos para que la reciba. También podemos ayudarlo a recibir atención de seguimiento. Llámenos al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711).

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando surge una necesidad urgente de atención?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan pagará los servicios necesarios de urgencia cubiertos que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, nuestro plan no cubre servicios necesarios de urgencia ni ninguna otra atención si recibe atención médica fuera de Estados Unidos o sus territorios.

Capítulo 4. Servicios cubiertos

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

Este capítulo describe qué servicios cubre NH Healthy Families. Puede obtener servicios cubiertos de la red de proveedores del plan, a menos que este manual indique que puede hacerlo de otra forma. Algunos servicios cubiertos requieren autorización previa del plan. Los requisitos de autorización previa para servicios cubiertos aparecen en cursiva en la sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*.

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

Acerca de los servicios cubiertos:

- El Cuadro de beneficios enumera los servicios que cubre NH Healthy Families. El cuadro le brinda información general y es posible que no incluya todos los beneficios disponibles para usted. Llame a Servicios para Miembros de NH Healthy Families si tiene preguntas sobre sus servicios (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios **solo están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos**:
    - Los servicios cumplen con los lineamientos de cobertura establecidos por Medicaid de New Hampshire.
    - Los servicios son médicamente necesarios. Para obtener más información sobre servicios médicamente necesarios, consulte la sección 6.1 *(Servicios médicamente necesarios)*.
    - Los servicios son proporcionados por proveedores de la red, a menos que este manual indique que puede recibirlos de otra forma. En la mayoría de los casos, la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que haya obtenido una autorización previa del plan. Si desea más información sobre cómo usar proveedores dentro y fuera de la red, consulte el capítulo 3 *(Cómo usar NH Healthy Families para recibir servicios cubiertos)*.
    - Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención. Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios en este capítulo están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación anticipada del plan (denominada “autorización previa”). Los requisitos de autorización previa para servicios cubiertos aparecen en cursiva en la sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*.
- Usted no paga nada, excepto los copagos aplicables, por los servicios cubiertos que se

describen en el Cuadro de beneficios siempre y cuando siga las reglas del plan que se describen en este manual. Actualmente, usted solo es responsable del copago de sus medicamentos con receta cubiertos.

- Los beneficios de Medicaid de New Hampshire pueden cambiar con el tiempo. Se le notificará si hay cambios.

Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 4.2 Cuadro de beneficios

Servicios cubiertos por el plan
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal El plan cubre una única prueba de detección por ultrasonido para hombres de entre 65 y 75 años que nunca han fumado. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de aborto El plan cubre servicios de aborto únicamente como se indica a continuación: Antes de las 24 semanas de gestación: • Si el embarazo es el resultado de una violación o de incesto, o • En caso de que una mujer tenga un trastorno físico o una lesión o enfermedad físicas (incluidas afecciones que pongan en riesgo la vida causadas por el mismo embarazo o que se produzcan como resultado de este) que un médico certifique que podrían poner a la mujer en peligro de muerte a menos que se realice un aborto. A las 24 semanas de gestación o después: • En caso de una emergencia médica ("emergencia médica" significa que existen riesgos significativos para la salud, específicamente aquellas circunstancias en las que existe riesgo para la vida de una mujer embarazada o para una función corporal importante). *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de reinserción comunitaria para adultos

El plan cubre servicios para ayudar a los adultos mayores de 18 años que se preparan para salir de ciertos centros correccionales de New Hampshire. Este programa ofrece servicios de atención médica durante **45 días antes de la puesta en libertad** y sigue ayudando después de la puesta en libertad si reúne los requisitos.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

Antes de la puesta en libertad
El programa trabaja con su plan de salud para proporcionar:

- Visitas médicas y chequeos médicos virtuales
- Servicios virtuales y presenciales de apoyo entre pares
- Tratamiento del síndrome de abstinencia
- Programación de citas médicas para después de la puesta en libertad

Después de la puesta en libertad
El programa sigue ayudando al proporcionar:

- Un suministro de medicamentos para 30 días en el momento de la puesta en libertad

Servicios ampliados para quienes reúnan los requisitos

- **Cobertura de atención médica continuada** - Si sigue cumpliendo los requisitos para recibir Medicaid, puede seguir recibiendo atención médica. Para obtener información detallada, consulte el *Capítulo 4: Cuadro de beneficios* en el Manual del miembro.
- **Apoyo adicional** - Puede obtener 12 meses más de asistencia del plan de salud después del mes en que le den la libertad.
- **Servicios adicionales de reinserción** - Si estuvo en acogida, también puede ser elegible para los servicios de reinserción tanto para adultos como para jóvenes y adultos jóvenes hasta los 26 años. (*Los servicios de reinserción para jóvenes y adultos jóvenes se explican por separado*).

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros al 1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123) de lunes a miércoles, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., jueves y viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Servicios médicos de día para adultos

El plan cubre servicios proporcionados por proveedores con licencia para brindar servicios médicos de día para adultos. Los servicios se proporcionan a adultos de 18 años en adelante que viven en una situación de vida independiente.

Los participantes deben necesitar servicios médicos de día para adultos por un mínimo de cuatro (4) horas por día regularmente, pero los servicios no están cubiertos por más de 12 horas por día regularmente.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

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

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Detección de consumo indebido de alcohol y asesoramiento para reducirlo

Consulte *Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias* en este Cuadro de beneficios.

Exámenes y tratamientos para alergias

El plan cubre pruebas de alergias cuando existen síntomas significativos y la terapia convencional no ha funcionado. Las pruebas de alergias se centran en determinar qué alérgenos causan una reacción particular y el grado de la reacción y sirven como base para la elección de las opciones de tratamiento.

Los servicios de pruebas cubiertos incluyen el servicio profesional para preparar y administrar el extracto de un alérgeno.

Si se identifica un alérgeno, el tratamiento cubierto para la alergia incluye medicamentos e inmunoterapia. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Servicios de ambulancia en emergencias El plan cubre servicios de ambulancia cuando usted tiene una afección médica de emergencia y cuando otras formas de transporte podrían poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de ambulancia terrestre, y • Servicios de ambulancia aérea: o Si no puede ser transportado de forma segura y oportuna por tierra, y o Si está en riesgo inminente de perder la vida o una extremidad si no se utiliza el medio de transporte más rápido. Los servicios de ambulancia de emergencia lo llevarán al centro más cercano que pueda proporcionarle la atención adecuada. *No se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia de* *emergencia.* Los servicios de ambulancia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de ambulancia en casos que no son de emergencia El plan cubre servicios de ambulancia que no sean de emergencia para citas de servicios cubiertos por Medicaid que estén cubiertos por el plan cuando otras formas de transporte podrían poner en riesgo su salud y su seguridad. Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de ambulancia terrestre • Servicios de ambulancia aérea: o Si no puede ser transportado de forma segura y oportuna por tierra, y o Si está en riesgo inminente de perder la vida o una extremidad si no se utiliza el medio de transporte más rápido. *Los servicios de ambulancia que no son de emergencia requieren autorización previa del plan.* Los servicios de ambulancia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Anestesia Consulte *Servicios de médicos* en este Cuadro de beneficios.
Servicios de audiólogo El plan cubre pruebas de audición y evaluaciones de audífonos para determinar si se necesita un audífono. Las evaluaciones o consultas de audífonos realizadas por un audiólogo están limitadas a una cada 24 meses para miembros mayores de 21 años y según sea necesario para miembros menores de 21 años. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Consulte *Servicios de audición* para obtener más información sobre servicios relacionados y audífonos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Cirugía bariátrica (cirugía de pérdida de peso) El plan cubre diversos procedimientos quirúrgicos bariátricos para tratar la obesidad. Para ser elegible, una persona debe tener un índice de masa corporal (IMC) de más de 35 y una obesidad grave relacionada con una afección médica, como diabetes, apnea del sueño, presión arterial alta o enfermedad cardíaca. *Se requiere autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de salud conductual Consulte *Servicios de salud mental para pacientes internados* en este Cuadro de beneficios. Consulte *Servicios de salud mental para* *pacientes ambulatorios* en este Cuadro de beneficios. Consulte *Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias* en este Cuadro de beneficios.
Densitometría ósea El plan cubre algunos procedimientos de medición de la masa ósea. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía) El plan cubre mamografías y exámenes clínicos de las mamas para mujeres de 40 años en adelante cada 1 o 2 años. Si su PCP lo indica, es posible que se proporcionen mamografías y exámenes de las mamas con una frecuencia mayor. *No se requiere autorización previa del plan para pruebas de detección realizadas por un proveedor de la red, pero es posible que sea necesario obtener una para pruebas de detección indicadas con una frecuencia mayor que la recomendada.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, tales como ejercicio, educación y asesoramiento. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca *intensivos*. *Se requiere autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Consulta para reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (del corazón) (terapia para enfermedad cardíaca) El plan cubre consultas con su PCP como parte de un esfuerzo para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta visita, el médico puede hacer lo siguiente: • Hablar con usted sobre la toma de aspirina • Controlarle la presión arterial • Darle consejos para asegurarse de que se alimente adecuadamente *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Pruebas de enfermedad cardiovascular (del corazón y los vasos sanguíneos) El plan cubre análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón y los vasos sanguíneos) y enfermedades relacionadas. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino

El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos para mujeres cuando los indique un médico u otro profesional de atención médica con licencia. Las pruebas de Papanicolaou se recomiendan cada 3 años; sin embargo, el plan las cubrirá con mayor frecuencia según la necesidad médica. Se recomienda realizar los exámenes pélvicos anualmente.

Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Quimioterapia

El plan cubre quimioterapia para tratamiento del cáncer. La quimioterapia puede administrarse en su casa, en el consultorio de un médico o en un centro hospitalario para pacientes internados o ambulatorios.

Los servicios cubiertos de quimioterapia incluyen lo siguiente:

- Medicamentos
- Servicios de profesionales necesarios para administrar los medicamentos
- Tarifas del centro
- Radiografías y exámenes de laboratorio necesarios para seguimiento

Es posible que se requiera autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Examen de detección de cáncer colorrectal

Los miembros de 50 años en adelante tienen cobertura para un examen preventivo de rutina por año de beneficios para los siguientes servicios:

- Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol
- Prueba inmunoquímica fecal
- Examen con enema de bario
- Sigmoidoscopía flexible
- Colonoscopía de detección

Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Servicios de un centro de salud comunitario El plan cubre servicios proporcionados por un centro de salud comunitario. Los servicios pueden incluir lo siguiente: • Visitas al consultorio para servicios de atención primaria y salud conductual • Visitas obstétricas o ginecológicas (OB/GIN); • Educación sobre salud; • Servicios sociales médicos; • Servicios de nutrición, incluida capacitación para el autocontrol de la diabetes y terapia médica nutricional; • Servicios de desintoxicación de nicotina; • Vacunas, excepto vacunas para viajes fuera del país; *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Asesoría/orientación para dejar de fumar tabaco u otro consumo de nicotina El plan cubre asesoría para dejar de fumar o consumir tabaco y otro consumo de nicotina. (Consulte también “Servicios de tratamiento del consumo de tabaco y nicotina” en el Cuadro de beneficios). El programa para dejar de consumir nicotina proporciona servicios de educación y de apoyo telefónicos para reducir el riesgo de afecciones médicas relacionadas con el tabaco o la nicotina, como presión arterial alta, cardiopatía y algunos tipos de cáncer al promover el abandono del consumo de todos los productos de tabaco. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de salud dental y bucal

Este plan no cubre servicios de salud dental y bucal. Sin embargo, algunos servicios dentales se coordinan a través de Medicaid de New Hampshire o de su plan de atención dental administrada, tal como se indica a continuación:

- Para los miembros menores de 21 años, los servicios dentales integrales se coordinan a través de Medicaid de New Hampshire, siempre que el proveedor esté afiliado a Medicaid de New Hampshire.

- Para obtener más información sobre los beneficios dentales para miembros menores de 21 años, comuníquese con el Centro de servicio al cliente de Medicaid de New Hampshire. Consulte la Sección 2.8 (Cómo comunicarse con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS).

El plan cubre servicios de esmalte de fluoruro para algunos miembros. Consulte *Esmalte de fluoruro*
en el Cuadro de beneficios.

- Para los miembros mayores de 21 años, los servicios de salud dental y bucal cubiertos, así como el transporte relacionado, se coordinan a través del plan estatal de atención dental administrada, Delta Dental of New Hampshire, en colaboración con DentaQuest.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales para adultos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-844-583-6151** (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-466-7566), de lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y jueves y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este.

Examen de detección de depresión

El plan cubre exámenes de detección de depresión para niños y adultos.

Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Insumos y capacitación para personas con diabetes

El plan cubre los siguientes insumos y servicios si usted tiene diabetes o prediabetes (aunque no use insulina):

- Se incluyen los siguientes insumos para controlar el nivel de glucosa en sangre:
    - Dispositivo de control de glucosa en sangre
    - Tiras reactivas para pruebas de glucosa en sangre
    - Dispositivos para lancetas y lancetas
    - Soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los monitores
- Se incluyen accesorios y suministro de calzado terapéutico a medida o de profundidad si tiene enfermedad de pie diabético grave.
- La cantidad de tiras reactivas se limita a 100 cada 90 días para las personas con diabetes que no usan insulina.

El Programa de Educación sobre Diabetes ofrece servicios de promoción, educación y apoyo telefónicos para optimizar el control de la glucosa en sangre, la presión arterial y los lípidos de forma que se minimice el desarrollo o la progresión de complicaciones diabéticas.

Es posible que se requiera autorización previa del plan si utiliza medidores e insumos para medir la glucosa en sangre que son productos no preferidos.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Diálisis y otros servicios e insumos para enfermedades renales (del riñón)

El plan cubre los siguientes servicios:

- Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñarle sobre el cuidado del riñón y ayudarlo a tomar decisiones informadas acerca de su atención;
- Tratamientos de diálisis ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, por ejemplo, durante un viaje;
- Tratamientos de diálisis como paciente internado si se lo admite en un hospital o una unidad de cuidados especiales;
- Capacitación en autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar;
- Insumos y equipo de diálisis en el hogar;
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como visitas de trabajadores capacitados en diálisis necesarias para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Equipo médico duradero, que incluye piezas de repuesto, modificación, reparaciones y capacitación

El plan cubre equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) que incluye artículos:

- Que no son desechables y soportan el uso reiterado;
- Que se usan principalmente para servir un propósito médico para el tratamiento de una afección médica, enfermedad o lesión agudas o crónicas médicamente diagnosticadas;
- Que no son útiles para una persona en ausencia de una afección médica, enfermedad o lesión agudas o crónicas médicamente diagnosticadas.
- Estos son algunos ejemplos de DME cubierto:
    - Sillas de ruedas
    - Muletas
    - Camas de hospital
    - Equipamiento de monitoreo
    - Camas especiales
    - Bastones
    - Tapas de inodoro
    - Nebulizadores
    - Equipo de oxígeno
    - Bombas de infusión intravenosa
    - Andadores
    - Dispositivos de generación del habla: dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (Augmentative Alternative Communication, AAC)
    - Cualquier otro DME médicamente necesario
- Piezas de repuesto, modificaciones necesarias y capacitación

Es posible que se requiera autorización previa para algunos equipos.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento

El plan cubre servicios de evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) para miembros menores de 21 años, lo que incluye análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA) para miembros con diagnóstico de autismo.

El beneficio de EPSDT es un beneficio de salud integral que ayuda a que los niños satisfagan sus necesidades de salud y desarrollo. Los beneficios incluyen servicios de detección médica, dental, de la vista y la audición adecuados para la edad en momentos específicos, comúnmente denominados controles de niño sano, y cuando surgen problemas de salud o se sospecha su existencia. Además de las pruebas de detección, los servicios de EPSDT incluyen todos los servicios de diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios para corregir o mejorar una enfermedad o afección físicas o mentales de un niño. Esto es particularmente importante para niños con necesidades especiales de atención médica y discapacidades. Los costos compartidos, como los copagos, no se aplican a los servicios de EPSDT; estos se brindan sin costo alguno para el miembro. Si lo solicita, NH Healthy Families puede ayudarle a programar citas y a organizar el transporte para los servicios de EPSDT.

Para consultar sobre servicios de tratamiento especializado, comuníquese con el coordinador de necesidades especiales en el plan. Llame a Servicios para Miembros y pida para hablar con el coordinador de necesidades especiales durante el horario de atención normal, que aparece en la parte inferior de esta página.

Las pruebas de detección de EPSDT no requieren autorización previa del plan. Sin embargo, algunos servicios de tratamiento requieren autorización previa.

Servicios cubiertos por el plan

Atención médica de emergencia

El plan cubre atención médica de emergencia. Una "emergencia médica" ocurre cuando usted tiene una atención médica que cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría esperar que sea tan grave que, sin atención médica inmediata, podría tener como consecuencia:

- Un riesgo grave para su salud o la salud de su bebé en gestación;
- Un daño grave a las funciones del organismo;
- Falla grave de un órgano o de una parte del cuerpo; o
- En el caso de embarazadas que tienen contracciones:
  - Si no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto; o
  - Si el traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para su bebé en gestación.

La atención médica de emergencia está cubierta dónde y cuándo la necesite, en cualquier parte dentro de Estados Unidos y sus territorios. La atención médica de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de la estabilización de su estado, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta por el plan. La atención como paciente internado en un hospital fuera de la red se cubre si el plan aprueba su estadía como paciente internado.

No se requiere autorización previa del plan para recibir atención médica de emergencia dentro y fuera de la red; sin embargo, el plan debe darle una autorización previa para atención como paciente internado fuera de la red después de que su atención se estabiliza.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

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 de New Hampshire que participe o no en la red. Los servicios de planificación familiar no requieren remisión.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Examen de planificación familiar y tratamiento médico;
- Pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar;
- Métodos de planificación familiar (pastillas anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones o implantes);
- Insumos de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma o tapa);
- Asesoría y pruebas para infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH cuando se hacen como parte de una visita de planificación familiar inicial, regular o de seguimiento
- El tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH, está sujeto a los requisitos descritos en *Servicios de médicos* en este Cuadro de beneficios
- Esterilización voluntaria. Debe tener 21 años o más, ser mentalmente competente y firmar un formulario de consentimiento para esterilización. Entre la fecha en que firma el formulario de consentimiento y la fecha del procedimiento de esterilización deben transcurrir entre 30 y 180 días.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Esmalte de fluoruro

El plan cubre esmalte de fluoruro aplicado durante una visita al médico o pediatra para miembros entre los 6 meses y los 5 años de edad. La cobertura está limitada a la aplicación de esmalte de fluoruro dos veces por año.

Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Cirugía de reasignación de género El plan cubre servicios de reasignación de género. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Mastectomía • Aumento de mamas • Histerectomía • Salpingectomía • Ooforectomía • Cirugía reconstructiva genital Este plan no cubre procedimientos cosméticos. *Se requiere autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de habilitación El plan cubre servicios de atención médica que ayudan a niños y adultos a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios incluyen terapias ocupacional, física y del habla, y otros servicios para miembros con discapacidades en diversos centros para pacientes ambulatorios. Algunos ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o habla a la edad esperada y terapia para un adulto con el fin de mantener el tono muscular. El plan cubre servicios de fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) y terapia del habla (Speech Therapy, ST), que están limitados a 20 visitas por año de beneficios para cada tipo de terapia. Los límites de beneficios se comparten entre los servicios de habilitación y los servicios ambulatorios de rehabilitación. Los servicios pueden proporcionarse en su hogar, en el consultorio del terapeuta, en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro de rehabilitación. *Es posible que se requiera autorización previa después de la evaluación inicial.* *Se requiere autorización previa del plan para los servicios que exceden el límite de 20 visitas*. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Servicios de audición, incluidos audífonos El plan cubre pruebas de audición cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado de la red. El plan también cubre lo siguiente: • Exámenes de audición, pruebas de equilibrio y consultas relacionadas; • Evaluaciones para el ajuste de audífonos, incluidos moldes e impresiones de las orejas; • Audífonos, incluidos audífonos binaurales; • Suministro y dispensación de audífonos, baterías y accesorios; • Instrucciones para el uso, cuidado y manejo de audífonos; • Visita de seguimiento para asegurar el funcionamiento del audífono; • Préstamo de un audífono cuando sea necesario. El examen de evaluación del audífono o una consulta para audífonos están limitados a un examen o una consulta cada 2 años desde la última fecha del servicio para miembros de 21 años en adelante y según sea necesario para miembros menores de 21 años. *No se requiere autorización previa del plan para exámenes de audición prestados por un proveedor de la red, pero es posible que sí se requiera para audífonos, reparaciones y reemplazos.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Prueba de detección de hepatitis B El plan cubre pruebas de detección de hepatitis B para adolescentes y adultos cuando las indica y las realiza el PCP en un consultorio. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Prueba de detección del virus de la hepatitis C El plan cubre pruebas de detección del virus de la hepatitis C (VHC) para adultos que presentan una de las siguientes condiciones cuando las indica y las realiza el PCP en un consultorio: • Riesgo alto de infección con el virus de la hepatitis C, lo que incluye haber recibido una transfusión de sangre antes de 1992, o • Una única prueba de detección para adultos nacidos entre 1945 y 1965. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Prueba de detección de VIH El plan cubre pruebas de detección de VIH y pruebas relacionadas para adultos y adolescentes cuando las indica y las realiza el PCP en un consultorio. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de atención médica en el hogar El plan cubre servicios proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar, incluidos los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente; • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • Equipo médico duradero e insumos. *Se requiere autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Servicios terapéuticos de infusión en el hogar El plan cubre servicios terapéuticos de infusión en el hogar que incluyen la administración de nutrientes, antibióticos y otros medicamentos o líquidos por vía intravenosa (IV). Los servicios cubiertos incluyen servicios de profesionales, insumos médicos y equipos médicamente necesarios. *Se requiere autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Cuidados paliativos

El plan cubre servicios de cuidados paliativos que son razonables y necesarios para aliviar o disminuir los síntomas de una enfermedad terminal, incluidas afecciones y complicaciones relacionadas. Usted tiene derecho a optar por recibir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Eso significa que tiene una afección médica que tiene como consecuencia una expectativa de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso natural.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Atención de enfermería;
- Servicios sociales médicos;
- Servicios de médicos proporcionados por el médico del centro de cuidados paliativos o el PCP del miembro;
- Servicios de asesoramiento, que incluyen asesoramiento con la alimentación;
- Atención general para pacientes internados para control del dolor o manejo de síntomas que no puede prestarse en un entorno ambulatorio;
- Atención de relevo para pacientes internados para miembros que no residen en un centro de enfermería;
- Equipo médico duradero e insumos para autoayuda y bienestar personal relacionados con aliviar, disminuir o manejar los síntomas y efectos de la enfermedad terminal del miembro o las afecciones relacionadas con ella;
- Medicamentos para aliviar, disminuir o manejar los síntomas o efectos de la enfermedad terminal del miembro o afecciones relacionadas con ella;
- Servicios de asistente de salud en el hogar y de ayuda doméstica;
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje con el fin de controlar los síntomas o permitir que el miembro mantenga la capacidad para realizar actividades de la vida diaria y habilidades funcionales básicas;
- Transporte en ambulancia o camioneta para silla de ruedas;
- Cualquier otro servicio especificado en el plan de atención del miembro que sea razonable y necesario para aliviar, disminuir o manejar la enfermedad terminal y las afecciones relacionadas del miembro.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Histerectomía El plan cubre una histerectomía, que es la extirpación quirúrgica de la matriz (el útero). El plan no cubre procedimientos de histerectomía cuando se realizan con la esterilización como único fin. De acuerdo con la normativa federal, se debe firmar un formulario de consentimiento para histerectomía, que debe incluir el reconocimiento por escrito de que recibió información tanto oralmente como de forma escrita respecto de que la histerectomía le impediría reproducirse permanentemente. *Se requiere autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Vacunas El plan cubre determinadas vacunas (se aplican restricciones según la edad), incluidas las siguientes: • Vacuna contra la neumonía (neumocócica); • Vacunas contra la gripe (influenza); • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B; • Vacunas para la infancia y la adolescencia; • Vacuna contra la culebrilla (herpes zóster); • Virus del papiloma humano (VPH). La cobertura de vacunas no incluye las vacunas que se exigen o se recomiendan para viajar fuera del país. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios para la infertilidad El plan cubre servicios para la infertilidad limitados a la determinación de la causa y el tratamiento de afecciones médicas que causan infertilidad. *Es posible que se requiera autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios para pacientes internados que incluyen servicios de rehabilitación aguda

El plan cubre servicios para pacientes internados, que incluyen los siguientes:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario);
- Comidas, incluidas dietas especiales;
- Servicios de enfermería;
- Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios);
- Fármacos y medicamentos;
- Exámenes de laboratorio;
- Radiografías y otros servicios radiológicos;
- Insumos quirúrgicos y médicos necesarios;
- Equipo médico duradero, como sillas de ruedas;
- Servicios de la sala de operaciones y de recuperación;
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla;
- Administración de productos sanguíneos;
- Servicios de médicos, que incluyen anestesia.

Se requiere autorización previa del plan excepto para admisiones en caso de emergencia.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Servicios de salud mental para pacientes internados El plan cubre servicios de salud mental para pacientes internados que incluyen lo siguiente: • Servicios de salud mental para pacientes internados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda*; • Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados*; * Se aplican ciertas reglas especiales de cobertura para algunas estadías como paciente internado. Si tiene entre 21 y 64 años de edad, comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar si cumple con los requisitos de cobertura. No hay un límite de por vida para la cantidad de días que un miembro puede estar internado en un centro de atención de la salud mental. Consulte también *Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios* en este Cuadro de beneficios. Consulte también *Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias* en este Cuadro de beneficios. *Se requiere autorización previa del plan excepto para admisiones residenciales por trastorno por consumo de sustancias y en caso de emergencia.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de laboratorio El plan cubre servicios de laboratorio cuando los indica un médico u otro profesional de atención médica con licencia para hacerlo y los proporciona un laboratorio de la red. *Es posible que se requiera autorización previa.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de consulta sobre maternidad y lactancia

El plan cubre los servicios de maternidad prenatal, parto, neonatología y posparto. El parto se cubre en un hospital o centro de maternidad (ya sea en el centro de maternidad o como parto en el hogar cuando es asistido por personal de un centro de maternidad) y en su hogar. También se cubren todos los servicios de laboratorio y ecografía necesarios.

El plan cubre las consultas y los servicios de apoyo a la lactancia cuando se prestan en el consultorio de un proveedor, en su domicilio, en un hospital, en un centro de enfermería o en cualquier otro lugar para miembros en período de lactancia (o lactantes) elegibles, e incluye:

- Educación sobre lactancia
- Consulta de lactancia individual y grupal

Además, hay otros servicios de maternidad relacionados disponibles a través de los programas Visitas en el Hogar de NH y de Servicios de Apoyo Familiar Integral. Para obtener información sobre estos programas, llame sin costo a la División de Servicios de Salud Pública de NH al **1-800-852-3345**, opción 2 (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. hora del Este.

Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Insumos médicos

El plan cubre insumos médicos. Los insumos médicos son artículos consumibles o desechables que son adecuados para el alivio o tratamiento de una afección médica, enfermedad o lesión específicas médicamente diagnosticadas.

Los insumos médicos incluyen lo siguiente:

- Insumos para ostomía
- Catéteres
- Productos para la incontinencia
- Entablillados
- Insumos para traqueotomía

Es posible que se requiera autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Terapia nutricional médica La cobertura se proporciona para terapia nutricional médica médicamente necesaria cuando se proporciona como parte de servicios de EPSDT para miembros menores de 21 años, cuando los presta un dietista registrado y los indica un médico. La cobertura de servicios de nutrición médica incluye, entre otros, los siguientes: • Evaluación científica de la dieta • Sugerencias de modificación de la dieta • Evaluación nutricional • Terapia alimentaria preventiva o terapéutica Un dietista registrado debe prestar los servicios que indique un médico que participe en NH Healthy Families, a menos que se autoricen con anticipación. *No se requiere autorización previa para servicios de nutrición médica cuando se prestan como parte de servicios de EPSDT para miembros menores de 21 años. No se requiere autorización previa para servicios de nutrición médica cuando se prestan como parte de servicios extendidos que se ofrecen a embarazadas, independientemente de la edad.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de salud mental Consulte *Servicios de salud mental para pacientes internados* en este Cuadro de beneficios. Consulte *Servicios de salud mental para* *pacientes ambulatorios* en este Cuadro de beneficios. Consulte *Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias* en este Cuadro de beneficios.
Detección de obesidad y terapia para bajar de peso El plan cubre pruebas de detección de obesidad y terapia de asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Hable con su médico para averiguar más al respecto. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de terapia ocupacional Consulte *Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje)* en este Cuadro de beneficios.

Servicios cubiertos por el plan

Trasplante de órganos y tejidos

El plan cubre los siguientes trasplantes de órganos y tejidos:

- Trasplante renal
- Trasplante de corazón
- Trasplante de corazón y pulmón
- Trasplante de pulmón
- Médula ósea
- Células madre
- Trasplante de hígado
- Trasplante de páncreas
- Trasplante de páncreas y riñón
- Trasplante de córnea
- Trasplante de piel excepto trasplante de cabello
- Injerto óseo

Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por el plan evaluará su caso y decidirá si usted es candidato para el trasplante.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Dispositivos ortopédicos

El plan cubre dispositivos ortopédicos, que son artículos ortopédicos que se aplican externamente a una extremidad o al cuerpo:

- Para proteger contra una lesión,
- Para apoyar una parte débil o deformada del cuerpo, o
- Para prevenir o corregir una deformidad o un malfuncionamiento físicos.

Entre los dispositivos ortopédicos se incluyen los siguientes:

- Aparatos ortopédicos para la columna vertebral en casos de escoliosis
- Aparatos ortopédicos para las piernas
- Aparatos ortopédicos para las manos
- El calzado y los aparatos ortopédicos para los pies están cubiertos para los miembros con diabetes, enfermedad vascular periférica o afecciones metabólicas, neurológicas o patológicas del pie causadas por una enfermedad localizada, una lesión o síntomas que involucran el pie.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

El plan cubre servicios de salud mental para pacientes ambulatorios prestados por un centro de salud mental comunitario, psiquiatra, enfermera practicante psiquiátrica profesional registrada, proveedor de terapia para la salud mental, psicólogo, proveedor de psicoterapia con licencia, centro de salud comunitario, centro de salud calificado a nivel federal, centro de salud rural y centros de salud mental para pacientes ambulatorios.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Visitas de medicamentos
- Terapia grupal, individual y familiar
- Evaluaciones de diagnóstico
- Programa de hospitalización parcial (PHP)**
- Programa ambulatorio intensivo (IOP)**
- Servicios de emergencia psiquiátrica o de psicoterapia*
- Terapia electroconvulsiva (ECT)**
- Estimulación magnética transcraneal**
- Servicios de intervención en crisis y de postestabilización relacionados*
- Servicios individualizados orientados a la resiliencia y la recuperación (IROS)
- Servicios de administración de casos, que incluyen tratamiento asertivo en la comunidad (ACT)
- Evaluaciones psicológicas**

*Algunos servicios de intervención en casos de salud mental, servicios de estabilización posintervención relacionados, y servicios de emergencia psiquiátrica y de psicoterapia se cubren por separado cuando los proveen los Equipos de respuesta rápida del Centro comunitario de salud mental. Para obtener más información, consulte la Sección 4.4 *(Beneficios de Medicaid New Hampshire cubiertos fuera del plan*).

Si tiene una crisis de salud mental o por consumo de sustancias:

Llame al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

O bien, llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea Lifeline de ayuda contra el suicidio y las crisis disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para ponerse en contacto con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales. También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta a crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona. No necesita obtener primero la aprobación ni la remisión de su PCP.

Consulte también *Servicios de salud mental para pacientes internados* en este Cuadro de beneficios.

Consulte también *Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias* en este Cuadro de beneficios.

*** Se necesita autorización previa y es posible que no esté cubierta para todos los beneficiarios.*

Servicios cubiertos por el plan

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

El plan cubre servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, que incluyen servicios de observación o cirugía ambulatoria;
- Exámenes de laboratorio y diagnóstico proporcionados por el hospital;
- Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por el hospital;
- Radioterapia, incluidos servicios de técnicos, materiales e insumos;
- Algunos servicios de exámenes de detección y preventivos;
- Algunos medicamentos que no pueda administrarse usted mismo;
- Insumos quirúrgicos, como apósitos;
- Materiales para yesos;
- Administración de productos sanguíneos;
- Infusiones intravenosas (IV).

Algunos servicios, que incluyen cirugía para pacientes ambulatorios y ciertas pruebas de diagnóstico, requieren autorización previa del plan.

Vea los servicios específicos en este Cuadro de beneficios para obtener más información o llame a Servicios para Miembros.

Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje)

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

La cobertura está limitada a 20 visitas por año de beneficios para cada tipo de terapia. Los límites de beneficios se comparten entre los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios y los servicios de habilitación. Los servicios pueden proporcionarse en su hogar, en el consultorio del terapeuta, en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro de rehabilitación.

Se requiere autorización previa del plan para los servicios que exceden el límite de 20 visitas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Cirugía para pacientes ambulatorios El plan cubre cirugías para pacientes ambulatorios realizadas en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. *Es posible que se requiera autorización previa para algunos procedimientos.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Equipo para terapia respiratoria y administración de oxígeno El plan cubre equipos de oxígeno, que incluyen sistemas de oxígeno, reposición de oxígeno y alquiler de equipos para terapia de administración de oxígeno. El plan también cubre equipos respiratorios, que incluyen máquinas CPAP, máquinas BiPAP y respiradores artificiales. *No se requiere autorización previa del plan para el oxígeno proporcionado por un proveedor de la red. Es posible que se requiera autorización previa del plan para equipos de terapia respiratoria.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Servicios de asistente de atención personal El plan cubre los servicios de un asistente de atención personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria y las actividades básicas de la vida diaria. Para poder recibir este servicio, debe tener 18 años o más, necesitar el uso de una silla de ruedas y ser capaz de autodirigir su atención. Los servicios incluyen asistencia con lo siguiente: • Bañarse y realizar otras actividades de higiene personal • Vestirse y arreglarse • Administrar y manejar la medicación • Moverse y trasladarse • Ir al baño y realizar tareas relacionadas • Preparar la comida y alimentarse • Lavar la ropa • Realizar tareas de limpieza ligera *Se requiere autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de fisioterapia Consulte *Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje)* en este Cuadro de beneficios.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de médicos, asistentes médicos y enfermeras practicantes profesionales registradas

El plan cubre servicios de médicos, asistentes médicos y enfermeras practicantes profesionales registradas, que incluyen los siguientes:

- Servicios de diagnóstico y tratamiento, servicios preventivos y servicios quirúrgicos (incluida la anestesia), que se proporcionan en un consultorio u otro centro ambulatorio, centro de enfermería o en su hogar;
- Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista, que incluye un ginecólogo u obstetra (GyO), ya sea en persona o a través de servicios de telemedicina;
- Segunda opinión por parte de un proveedor de la red o fuera de la red (con autorización previa), por ejemplo, antes de que se realice un procedimiento médico o quirúrgico;
- Días de estadía en el hospital como paciente internado para atención aguda;
- Servicios radiológicos y de laboratorio;
- Evaluación y tratamiento de la articulación temporomandibular (ATM);
- Manejo del dolor;
- Anestesia como parte del plan de tratamiento dental

de un niño. Consulte también la cobertura adicional para

servicios específicos del plan.

Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan, excepto para centros quirúrgicos ambulatorios certificados, cirugía para pacientes ambulatorios y algunos centros de control del dolor.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de podiatría

El plan cubre atención de rutina y especializada para patologías del pie causadas por una enfermedad localizada, una lesión o síntomas que involucran el pie.

Los servicios incluyen lo siguiente:

- Atención del pie de rutina con limado y recorte de uñas cuando su PCP determina que usted necesita el servicio y le da una remisión para ver a un podiatra;
- Prevención y reducción de callosidades, callos y verrugas mediante corte o medios quirúrgicos;
- Colocación de yeso, vendajes o cintas cuando lo realiza un podiatra para el tratamiento de fracturas, luxaciones, esguinces, desgarros y heridas abiertas del tobillo, el pie y los dedos de los pies.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Medicamentos con receta

El plan cubre los medicamentos con receta (y medicamentos de venta libre recetados) incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan aprobados por el NH DHHS. Pueden aplicarse reglas y restricciones a la cobertura de medicamentos.

Copagos en farmacias minoristas

- $4 de copago para suministro de hasta 30 días

Copago de pedidos por correo (solo ciertos medicamentos disponibles a través de pedidos por correo)

- $4 de copago para suministro de 90 días
- $0 de copago para productos de planificación familiar, para recetas de Clozaril® (clozapina), medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) o productos para dejar de fumar

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de atención privada de enfermería

El plan cubre servicios de atención privada de enfermería prestados por una enfermera registrada (Registered Nurse, RN) o enfermera práctica con licencia (Licensed Practical Nurse, LPN). Los miembros elegibles para estos servicios requieren observación, juicio, evaluación o intervenciones continuos de enfermería especializada durante más de 2 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 una enfermera practicante profesional registrada, que incluya un plan de atención por escrito donde se describa por qué son médicamente necesarios los servicios de atención privada de enfermería para el miembro. La agencia que presta los servicios de atención privada de enfermería debe presentar documentación de respaldo que demuestre el nivel de especialización de la atención y las necesidades continuas del miembro.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Exámenes de detección de cáncer de próstata

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

- Examen rectal digital
- Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)

Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Prótesis e insumos relacionados

El plan cubre la compra y reparación de prótesis e insumos relacionados. Las prótesis son dispositivos no dentales artificiales de reemplazo, corrección o apoyo, o partes de un dispositivo que se utilizan para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para sustituir una función faltante del cuerpo.

Las prótesis y los insumos relacionados cubiertos incluyen lo siguiente:

- Zapatos ortopédicos
- Brazos y piernas artificiales
- Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico) después de una mastectomía
- Laringes artificiales

Es posible que se requiera autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de rehabilitación pulmonar

El plan cubre servicios de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. Los servicios cubiertos incluyen capacitación sobre técnicas de respiración, medicamentos, nutrición, relajación, oxígeno, viajes y cómo hacer tareas cotidianas con menos dificultad para respirar, además de cómo mantenerse saludable y evitar que empeoren los síntomas de la EPOC.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis

El plan cubre servicios de tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) una vez cada 12 meses para personas entre 55 y 80 años que tienen antecedentes de fumar 30 paquetes por año y que actualmente fuman o que han dejado de fumar en los últimos 15 años.
Las pruebas de detección deben interrumpirse una vez que la persona no ha fumado por 15 años o desarrolla un problema de salud que limita sustancialmente la expectativa de vida o la capacidad o voluntad de tener una cirugía curativa de pulmón.

Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan
Pruebas de detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) Además de las pruebas de detección de VIH y hepatitis B (que se incluyen en otra sección de este Cuadro de beneficios), el plan cubre pruebas de detección de clamidia, gonorrea y sífilis. El plan también cubre sesiones de asesoramiento conductual intensivo relacionado. *Los servicios prestados por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de patologías del habla y el lenguaje Consulte *Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y 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

El plan cubre servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias prestados 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 atención aguda, un hospital psiquiátrico, un terapeuta con licencia de maestría en alcohol y drogas (masters licensed alcohol and drug counselor, MLADC), un terapeuta con licencia en alcohol y drogas (licensed alcohol drug counselor, LADC), un psiquiatra, una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) de psiquiatría, un médico, un trabajador de apoyo de recuperación certificado, centros de tratamiento y rehabilitación residenciales, clínicas de metadona/programas de tratamiento con opiáceos y programas de recuperación entre pares.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Detección, intervención breve y remisión para tratamiento (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT);
- Pruebas de detección de consumo de sustancias;
- Terapia grupal, individual y familiar;
- Servicios intensivos ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias**;
- Programa de hospitalización parcial (PHP)**
- Manejo de la abstinencia médicamente controlado para pacientes ambulatorios;
- Intervención en crisis*;
- Apoyo de recuperación entre pares*;
- Apoyo de recuperación no entre pares;
- Monitoreo continuo de la recuperación;
- Tratamiento de abstinencia de alcohol**
- Servicios de tratamiento por consumo de opiáceos;
- Tratamiento asistido por medicamentos;
- Manejo de la abstinencia médicamente controlado residencial**;
- Servicios de tratamiento residencial, que incluyen servicios especializados para mujeres embarazadas y después del parto**;

* Algunos servicios de intervención en crisis por consumo de sustancias, servicios de estabilización posintervención relacionados, y servicios de emergencia psiquiátrica y de psicoterapia se cubren por separado cuando los proveen los Equipos de Respuesta Rápida del Centro Comunitario de Salud Mental. Para obtener más información, consulte la Sección 4.4 *(Beneficios de Medicaid New Hampshire cubiertos fuera del plan*).

Si tiene una crisis de salud mental o por consumo de sustancias:

Llame al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

O bien, llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea Lifeline de ayuda contra el suicidio y las crisis disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para ponerse en contacto con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales. También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta a crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona. No necesita obtener primero la

aprobación ni la remisión de su PCP.

Consulte también *Servicios de salud mental para pacientes internados* en este Cuadro de beneficios. Consulte también *Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios* en este Cuadro de beneficios.
Consulte también *Cesación tabáquica y dejar de fumar* en este Cuadro de beneficios.
Se aplican ciertas reglas especiales de cobertura para algunas estadías como paciente internado. Si tiene entre 21 y 64 años, comuníquese con Servicios para miembros para saber si cumple con los requisitos de cobertura para pacientes internados.
** *Se necesita autorización previa.*

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de telemedicina

El plan cubre todas las modalidades de telemedicina, incluidos los servicios interactivos de audio y video, únicamente de audio u otros medios electrónicos para los servicios cubiertos por Medicaid cuando estos se prestan a través de los siguientes proveedores como método de prestación de servicios de atención médica:

- Médico o asistente médico;
- Personal de enfermería registrado de práctica avanzada (APRN) o especialista en enfermería clínica;
- Personal de enfermería obstétrico-ginecológica;
- Personal de enfermería registrado contratado por una agencia de atención médica en el hogar;
- Psicólogo;
- Profesional médico relacionado (por ejemplo, técnico, asistente, terapeuta, instrumentista);
- Odontólogo;
- Profesional de la salud mental, incluido el trabajador social asistencial;
- Proveedor de salud mental de la comunidad;
- Profesional de atención del alcoholismo y la drogadicción;
- Nutricionista;
- Especialista en alteraciones de la conducta con certificación nacional.

Los lugares elegibles donde se pueden originar o prestar servicios interactivos de telemedicina por video son los siguientes:

- Consultorio médico
- Consultorio de profesionales de la salud relacionados
- Consulta de salud a domicilio
- Hospital
- Centro de enfermería especializada
- Centro de salud mental de la comunidad
- Centro de salud calificado a nivel federal (FQHC)
- Centro de salud rural (RHC)
- Hogar del miembro
- Centro de servicios del Equipo de respuesta rápida*

* Algunos servicios de intervención en crisis por consumo de sustancias, servicios de estabilización posintervención relacionados, y servicios de emergencia psiquiátrica y de psicoterapia se cubren por separado cuando los proveen los Equipos de Respuesta Rápida del Centro Comunitario de Salud Mental. Para obtener más información, consulte la Sección 4.4 *(Beneficios de Medicaid New Hampshire cubiertos fuera del plan*).

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de tratamiento del consumo de tabaco y nicotina

El plan cubre los servicios telefónicos y en línea para dejar de consumir tabaco* y nicotina, orientación y asesoramiento para dejar de fumar, así como recetas para terapia de sustitución de nicotina y productos de venta libre sin costo alguno.

Para acceder a servicios de apoyo:

- El plan ofrece servicios de *QuitNowNH* para el tratamiento del consumo de tabaco y nicotina ya sea que fume, masque, inhale o vaporice. Llame gratis al **1-800-QUIT-NOW** (1-800-784-8669) (acceso al servicio de mensajes TDD: **1-800-833-1477**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana; o visite www.QuitNowNH.org.
- Los adolescentes pueden llamar o enviar un mensaje de texto con la frase "Start My Quit" (Comenzar tratamiento para dejar el tabaco) al 1-855-891-9989, o bien pueden visitar el sitio web www.mylifemyquit.com.
- Para obtener una lista de los productos recetados y genéricos de venta libre disponibles en las farmacias de la red, consulte la Lista de medicamentos de venta con receta del plan. Los servicios de tratamiento del consumo de tabaco y nicotina cubiertos por el plan son ocho (8) sesiones de asesoramiento por intento de dejar de fumar con dos (2) intentos por miembro al año cuando los proporciona su PCP u otro proveedor cualificado.

Es posible que se requiera autorización previa del plan para obtener ciertos servicios, medicamentos con receta y productos.

* Según la definición de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), los productos de tabaco incluyen cigarrillos, puros, productos de tabaco solubles, tabaco para narguile, geles de nicotina, tabaco para pipa, tabaco de liar, productos de tabaco sin humo (como el rapé húmedo, el rapé seco, el *snus* y el tabaco de mascar), cigarrillos electrónicos, narguiles electrónicos y otros sistemas electrónicos de suministro de nicotina.

Servicios de transporte en ambulancia

Consulte *Servicios de ambulancia en emergencias* en este Cuadro de beneficios.

Consulte *Servicios de ambulancia en casos que no son de emergencia* en este Cuadro de beneficios.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de transporte médico que no es de emergencia

El plan cubre los servicios de transporte médico que no es de emergencia si usted no puede pagar el costo del transporte a consultorios y centros de proveedores de la red (y proveedores fuera de la red con autorización previa) para recibir los servicios cubiertos por Medicaid de New Hampshire médicamente necesarios que se indican en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Para obtener servicios de transporte médico que no es de emergencia, debe seguir las reglas del plan para obtener un reembolso o servicios de transporte.

Las reglas del plan incluyen, entre otras, las siguientes:

- El transporte médico que no sea de emergencia se realiza hasta el consultorio o centro médico de la red más cercano y adecuado.
- El transporte se realiza por la ruta más económica.
- El transporte solo se ofrece desde su punto de origen, a menos que su plan lo autorice. Por "punto de origen" se entiende su residencia tal como figura en nuestros registros.
- El millaje máximo permitido para un viaje de ida y vuelta a un proveedor de la red no puede superar los siguientes límites sin autorización previa:
    - 90 millas hasta un hospital;
    - 50 millas hasta un médico o un profesional de la salud mental;
    - 300 millas hasta un dentista;
    - 90 millas hasta un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional;
    - 90 millas hasta un proveedor de diálisis;
    - 400 millas hasta un especialista;
    - 30 millas hasta una farmacia.
- Debe usar el Programa de reembolso de millaje para familiares y amigos, o el transporte público. Cuando ninguna de estas opciones esté disponible, se proporcionan servicios de transporte de la red si se cumplen las reglas del plan.
- Los conductores deben estar inscritos en el plan antes de que se pueda otorgar el reembolso por millaje
  para familiares y amigos.

Excepciones al Programa de reembolso por transporte para familiares y amigos

- Debe inscribirse para usar el Programa de reembolso por transporte para familiares y amigos si tiene un automóvil o cuando un amigo o familiar que lo tiene puede llevarlo al sitio donde recibe el servicio médicamente necesario.
- Si tiene un automóvil y no quiere inscribirse en el Programa de reembolso por transporte para familiares y amigos, debe reunir uno (1) de los siguientes criterios para poder acceder a los servicios de transporte:

    - No tiene una licencia de conducir válida;
    - No tiene un vehículo en funcionamiento disponible en el hogar;
    - No puede trasladarse o esperar los servicios por su cuenta;

- Tiene limitaciones físicas, cognitivas, mentales o del desarrollo.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de transporte médico que no es de emergencia (continúa de la página anterior).

- Si no tiene automóvil o no dispone de uno, debe usar el transporte público si reúne uno (1) de los siguientes criterios:
  - Vive a menos de media milla (un kilómetro) de una ruta de autobús, o su proveedor se encuentra a menos de media milla (un kilómetro) de una ruta de autobús;
  - Es un adulto menor de sesenta y cinco (65) años.

Las siguientes son excepciones al requisito de usar el transporte público:

- Tiene dos (2) o más hijos menores de seis (6) años que deban viajar con usted.
- Tiene un (1) hijo o más mayores de seis (6) años que tengan movilidad limitada y deban acompañarlo a la cita.
- Cumple al menos una (1) de las siguientes condiciones:
  - Está embarazada o han pasado hasta seis (6) semanas del parto.
  - Tiene una afección respiratoria moderada a grave, con o sin dependencia de oxígeno.
  - Tiene movilidad limitada (usa andador, bastón, silla de ruedas, le amputaron un miembro, etc.).
  - Tiene problemas de visión.
  - Tiene retrasos del desarrollo.
  - Tiene una enfermedad mental importante e incapacitante.
  - Tiene otra excepción aprobada por el proveedor.

Si desea programar el transporte al consultorio del proveedor o al centro donde recibe servicios prestados directamente por NH Healthy Families, llame a MTM sin costo al 1-888-597-1192, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este. Para ver una lista de estos servicios, consulte la sección 4.4 (*Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan*).

Servicios cubiertos por el plan

Atención necesaria de urgencia

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

La atención necesaria de urgencia es atención que se administra para tratar lo siguiente:

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

Para obtener más información, consulte la sección 3.6 *(Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención)*.

Si necesita atención de urgencia, primero debe tratar de obtenerla en un centro de atención de urgencias de la red o llamar a la línea de consejos de enfermería del plan al 1-866-769-3085, disponible las 24 horas, todos los días. Debe informarle a su PCP cuando sea posible si ha recibido atención de este tipo.

Si requiere atención de urgencia por una crisis de salud mental o consumo de sustancias:

Llame, envíe un mensaje de texto o chatee con el **988**, la línea Lifeline de ayuda contra el suicidio y las crisis disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para ponerse en contacto con un consejero de crisis capacitado. Lifeline es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o con problemas emocionales.

También puede llamar o enviar un mensaje de texto al número gratuito del Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) a cualquier hora del día o de la noche. Los servicios de respuesta en caso de crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona a través de los Equipos Móviles de Crisis, que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.
También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con la sede de Doorway local para obtener ayuda y servicios en relación con el consumo de sustancias en NH.

No necesita obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP.

Los servicios necesarios de urgencia no requieren autorización previa del plan.

La atención necesaria de urgencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus

territorios. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de la vista y anteojos y cristales

El plan cubre los siguientes servicios:

- Servicios de atención oftalmológica de un oftalmólogo, optometrista u óptico;
- Un (1) examen de refracción del ojo para determinar la necesidad de anteojos cada 12 meses, como máximo;
- Exámenes de los ojos para diagnosticar y monitorear afecciones médicas del ojo;
- Un par de lentes de visión simple con armazón, como se indica a continuación:
    - Para miembros de 21 años en adelante, si el error de refracción es al menos más o menos 0,50 dioptrías, según el error de refracción que puede calcularse como un total combinado de errores esféricos y cilíndricos, en ambos ojos.
    - Para miembros menores 21 años, si el error de refracción es al menos más o menos 0,50 dioptrías, según el error de refracción que puede calcularse como un total combinado de 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 visión de cerca y un par de anteojos con lentes correctivos para visión de lejos) si existe un error de refracción de al menos 0,50 dioptrías para visión de cerca y de lejos.
- Lentes de transición para miembros con albinismo ocular.
- Lentes de contacto para patología ocular en casos donde la agudeza visual no es corregible a 20/70 o mejor sin lentes de contacto o cuando se requieren para corregir afaquia o para tratar enfermedades de la córnea.
- Reemplazo de partes de componentes de anteojos debido a rotura o daño, sujeto a todo lo siguiente:
    - Los reemplazos pueden ser lentes individuales, ambos lentes, solo el armazón o un par completo de lentes correctivos.
    - Cada parte componente o par completo de lentes correctivos solo puede reemplazarse una vez en un período de 12 meses.
    - Cuando el miembro tiene dos (2) pares de anteojos en lugar de bifocales, cada par de anteojos es elegible para el reemplazo.
- Solo un reemplazo de anteojos perdidos de por vida para miembros menores de 21 años.

Continúa en la página siguiente.

Servicios cubiertos por el plan
Servicios de la vista y anteojos y cristales (Continúa de la página anterior). El plan cubre los siguientes servicios: Lentes trifocales si el miembro cumple alguna de estas condiciones: Está empleado y los lentes trifocales son necesarios para el trabajo del empleo del miembro. Es estudiante a tiempo completo y los lentes trifocales son necesarios para el trabajo involucrado en la educación del miembro. Actualmente tiene trifocales. Reemplazo de armazones de níquel después de 12 meses si el miembro tiene alergia documentada al níquel demostrada por irritación cutánea y desgaste del armazón en el área afectada. Prótesis ocular, que incluye ojos y lentes artificiales. *Los servicios cubiertos prestados por proveedores de la red no requieren autorización previa del plan.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Radiografías y otros servicios radiológicos El plan cubre radioterapia y radiografías de diagnóstico. *Se requiere autorización previa del plan para diagnóstico por imágenes de alta tecnología, que incluye tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía por emisión de positrones (TEP) e imágenes cardíacas nucleares, a menos que sean parte de una visita a la sala de emergencias o una hospitalización o se presten al mismo tiempo o el mismo día que una visita a un centro de atención de urgencia.* Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de reinserción comunitaria para jóvenes

El plan cubre servicios para ayudar a jóvenes y adultos jóvenes menores de 21 años que se preparan para salir de ciertos centros de detención y correccionales de New Hampshire. Este programa ofrece servicios de atención médica durante **30 días antes de la puesta en libertad** y sigue ayudando después de la puesta en libertad si reúne los requisitos.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

Antes de la puesta en libertad
El programa trabaja con su plan de salud para proporcionar:

- Una exploración física con exámenes para saber qué cuidados puede necesitar después de la puesta en libertad
- Visitas médicas y chequeos médicos virtuales o en persona
- Programación de citas médicas para después de la puesta en libertad

Antes y después de la puesta en libertad
El programa sigue ayudando al proporcionar:

- Un suministro de medicamentos para 30 días en el momento de la puesta en libertad
- Pruebas y tratamientos adicionales en función de los exámenes realizados antes de la puesta en libertad
- Ayuda con las necesidades de atención médica durante 30 días más tras la puesta en libertad

Servicios ampliados para quienes reúnan los requisitos

- **Cobertura de atención médica continuada** - Si sigue cumpliendo los requisitos para recibir Medicaid, puede seguir recibiendo atención médica. Para obtener información detallada, consulte el *Capítulo 4: Cuadro de beneficios* en el Manual del miembro.
- **Apoyo adicional** - Puede obtener 12 meses más de asistencia del plan de salud después del mes en que le den la libertad.
    - **Servicios adicionales de reinserción** - Los jóvenes y adultos jóvenes de hasta 26 años que hayan estado en acogida pueden recibir servicios de reinserción tanto para jóvenes como para adultos. (*Los servicios de reinserción para adultos se explican por separado*).

Más información y recursos

- **¿Quiere conocer más?** Para obtener información detallada, consulte en el Manual del miembro: **Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)**.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros al 1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123) de lunes a miércoles, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., jueves y viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sección 4.3 Beneficios adicionales proporcionados por el plan

Nuestro plan ofrece algunas ventajas adicionales sin costo alguno para usted. NH Healthy Families tiene programas que le agregan valor a sus servicios cubiertos. Siempre buscamos formas de ayudarlo/a a mantenerse saludable y mejorar su salud.

¡Tome las riendas de su salud y conviértase en héroe de la salud! La prevención es la clave para

llevar una vida sana y feliz, y usted puede abrir esa puerta con su PCP. Conviértase hoy mismo en un Héroe de la salud siguiendo el programa Primary Care Connect (PCC) (más información en www-es.nhhealthyfamilies.com). ¡También puede ganar dólares de recompensa de My Health Pays®!*

My Health Pays® es un programa de bienestar que premia con dólares* a los Héroes de la Salud. Si completa la llamada de bienvenida, los formularios, las visitas de bienestar con el PCP, las pruebas de detección y las actividades para la salud física y conductual, puede ganar hasta $250* por determinados productos y servicios, tanto en efectivo como no monetarios,

hasta el 30 de junio de cada año. Las recompensas por exámenes y servicios preventivos no se aplican al máximo de $250.

Visite nuestro sitio web en www-es.nhhealthyfamilies.com para obtener la lista más actualizada de las recompensas de Héroes de la Salud de My Health Pays®, otros incentivos y beneficios de valor añadido o llame a Servicios para miembros para obtener más información al 1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123) de lunes a miércoles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., jueves y viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Tipo de recompensa	Descripción	Frecuencia	Exento del límite de $250 *	Importe de la recompensa
Visita de rutina				
Visita de rutina de adultos	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros adultos que acudan a una visita anual de atención preventiva con su proveedor de atención primaria.	Una vez al año	✓	$40
Visita de rutina de niños/adolescentes	Recompensa **Héroe de la salud** para miembros menores de edad (de 24 meses a 21 años) que acudan a una visita anual de atención preventiva con su proveedor de atención primaria.	Una vez al año	✓	$40
Visita de rutina de bebé (0-15)	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros bebés (de 0 a 15 meses) que acudan a una visita anual de atención preventiva con su proveedor de atención primaria.	Hasta 6 visitas al año	✓	$40
Visita de rutina de bebé (15-30)	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros bebés (de 15 a 30 meses) que acudan a una visita anual de atención preventiva con su proveedor de atención primaria.	Hasta 2 visitas al año	✓	$40
Examen de bienestar				
Evaluación de detección de riesgos de salud	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros que completen una evaluación de riesgos de salud (HRA) anual con su proveedor de atención primaria, se establezca un plan de atención y el proveedor de atención primaria presente una solicitud para informar que se	Una vez al año	✓	$10

	completó la HRA.			
Prueba de HbA1c para el diagnóstico de la diabetes	Recompensa **Héroe de la salud** para cualquier miembro con diabetes que se realice al menos una prueba de hemoglobina A1C.	Una vez al año	✓	$10
Retinopatía diabética	Recompensa **Héroe de la salud** por realizarse un examen de detección de retinopatía (examen ocular con dilatación de pupila) cada año.	Una vez al año	✓	$10

*Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta $250 por determinados productos y servicios en efectivo y no monetarios hasta el 30 de junio de cada año. Las recompensas por exámenes y servicios preventivos no se aplican al máximo de $250.

Tipo de recompensa	Descripción	Frecuencia	Exento del límite de $250*	Importe de la recompensa
Pruebas renales para personas con diabetes	Recompensa **Héroe de la salud** para cualquier miembro con diabetes que se realice una prueba renal y un examen médico para miembros de entre 18 y 85 años.	Una vez al año	✓	$10
Detección de diabetes en personas con esquizofrenia o trastorno bipolar que toman medicamentos antipsicóticos (SSD)	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros con esquizofrenia o trastorno bipolar que se sometan a pruebas de detección de diabetes para miembros de entre 18 y 64 años.	Una vez al año	✓	$10
Visitas prenatales-1.º trimestre	Recompensa **Héroe de la salud** para todas las miembros con embarazo reciente que acudan a una visita prenatal durante el primer trimestre (12 semanas) para miembros mujeres de entre 9 y 55 años. La recompensa se activa al finalizar el	Una vez por embarazo	✓	$150

	embarazo.			
Notificación de embarazo (NOP)	Recompensa **Héroe de la salud** para todas las miembros con embarazo reciente que completen el NOP.	Una vez por embarazo	✓	$10
Prueba de detección de plomo, 1 año	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros de hasta 1 año de edad que se sometan a una prueba de detección de plomo realizada por su proveedor de atención primaria.	Una vez en la vida	✓	$25
Prueba de detección de plomo, 2 años	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros de hasta 2 años de edad que se sometan a una prueba de detección de plomo realizada por su proveedor de atención primaria.	Una vez en la vida	✓	$20
Incentivo para padres/tutores por la detección del plomo	Los padres o tutores de niños pequeños de hasta 2 años que se sometan a la prueba de detección de plomo participarán en un sorteo mensual para ganar una tarjeta de regalo de Amazon por valor de $50.00.	Una vez en la vida		$50*

*Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta $250 por determinados productos y servicios en efectivo y no monetarios hasta el 30 de junio de cada año. Las recompensas por exámenes y servicios preventivos no se aplican al máximo de $250.

Tipo de recompensa	Descripción	Frecuencia	Exento del límite de $250*	Importe de la recompensa
Detección de plomo: Kicks for Kids	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros de hasta 2 años de edad: son elegibles para recibir una tarjeta de regalo de Walmart para comprar un par de zapatillas cuando se sometan a una prueba de detección de plomo realizada por su proveedor de atención primaria.	Una vez en la vida		$50*

Prueba de detección del cáncer de cuello uterino	Recompensa **Héroe de la salud** por someterse a una prueba de detección de cáncer de cuello uterino una vez al año para miembros mujeres de entre 21 y 64 años.	Una vez al año	✓	$10
Examen de detección de cáncer colorrectal	Recompensa **Héroe de la salud** por realizarse un examen de detección de cáncer colorrectal una vez al año para los miembros de entre 45 y 75 años.	Una vez al año	✓	$10
Prueba de detección del cáncer de mama	Recompensa **Héroe de la salud** por realizarse una mamografía una vez al año para miembros de entre 40 y 74 años.	Una vez al año	✓	$10
Conductas saludables				
Evaluación a domicilio	Recompensa **Héroe de la salud** para determinados miembros adultos que cumplan los requisitos y que completen una evaluación a domicilio con el fin de subsanar las deficiencias existentes en materia de riesgos y atención, de entre 18 y 64 años.	Una vez en la vida	✓	$25
Participación en la gestión de la atención	Recompensa para determinados miembros que cumplen los requisitos para la gestión de la atención y que siguen participando en las actividades de gestión de la atención.	Una vez al año		$10*
Sesiones para dejar de fumar	Recompensa **Héroe de la salud** por completar 6 sesiones de orientación sanitaria para dejar de fumar, vapear y consumir cigarrillos electrónicos para miembros a partir de los 12 años.	Una vez al año	✓	$10
Vacuna antigripal	Recompensa **Héroe de la salud** por recibir la vacuna antigripal anual en cualquier momento entre septiembre y abril en las farmacias participantes.	Una vez al año	✓	$10

*Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta $250 por determinados
productos y servicios, tanto en efectivo como no monetarios, hasta el 30 de junio de cada año. Las recompensas por exámenes y servicios preventivos no se aplican al máximo de $250.

Tipo de recompensa	Descripción	Frecuencia	Exento del límite de $250*	Importe de la recompensa
Vacuna antigripal infantil	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros de edad infantil que se vacunen contra la gripe en una farmacia o en un centro de salud autorizado, para miembros de entre 0 y 24 meses.	Una vez en la vida	✓	$20
Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	Recompensa **Héroe de la salud** por recibir la serie completa de la vacuna contra el VPH para adolescentes de ambos sexos de 11 y 12 años.	Una vez en la vida	✓	$10
Vacuna contra la culebrilla (herpes zóster)	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros mayores de 50 años que se vacunen contra el neumococo.	Una vez por ciclo de vacunación	✓	$10
Vacuna antineumocócica	Recompensa **Héroe de la salud** para los miembros mayores de 50 años que se vacunen contra el neumococo.	Una vez por ciclo de vacunación	✓	$10
Recompensa por la llamada de bienvenida	Recompensa **Héroe de la salud** para los nuevos miembros que completen una llamada de bienvenida que incluya la verificación del PCP, la exploración inicial y la programación de citas con el PCP en los primeros 90 días desde la inscripción en el plan.	Una vez en la vida		$30*
Mental Health Champion	Recompensa para los jóvenes que participen en actividades de capacitación, voluntariado o apoyo entre pares relacionadas con las necesidades de salud mental en sus comunidades.	Una vez en la vida		$10*

Programa Ready for My Recovery (30 días)	Recompensa para los miembros que participen en los servicios de recuperación de forma continua durante el primer mes completo (30 días).	Una vez en la vida		$25*
Programa Ready for My Recovery (6 meses)	Recompensa para los miembros que participen en los servicios de recuperación durante un período de seis meses consecutivos.	Una vez en la vida		$30*
Ready for My Recovery (Una vez al año)	Recompensa para los miembros que participen en los servicios de recuperación de forma continua durante un año completo.	Una vez al año		$30*
*Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta $250 por determinados productos y servicios en efectivo y no monetarios hasta el 30 de junio de cada año. Las recompensas por exámenes y servicios preventivos no se aplican al máximo de $250.				

Tipo de recompensa	Descripción	Frecuencia	Exento del límite de $250*	Importe de la recompensa
The Future Is Now	Recompensa para miembros de entre 15 y 17 años, especialmente los que se encuentran en acogida, que están a punto de pasar a la edad adulta. Este módulo educativo, compuesto por tres partes, proporcionará a los miembros conocimientos y habilidades para la vida en materia de atención médica, finanzas y habilidades para la vida. Los miembros recibirán una recompensa de $50 por completar un curso, y hasta $150 por completar los tres cursos.	Una vez en la vida		Hasta $150*

Kit de bienvenida a casa	Programa de asistencia social sanitaria, tanto en efectivo como no monetario, para miembros desplazados de sus hogares que se encuentren en un programa de gestión de la atención**. El kit de bienvenida a casa proporciona artículos de primera necesidad y una tarjeta regalo de $50 de Walmart para ayudar a los miembros a establecerse en un hogar. **El miembro debe estar inscrito en Gestión de la atención para poder participar en esta iniciativa.	Una vez en la vida		Valuado en hasta $150*
*Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta $250 por determinados productos y servicios en efectivo y no monetarios hasta el 30 de junio de cada año. Las recompensas por exámenes y servicios preventivos no se aplican al máximo de $250.				

Beneficios con valor agregado	Detalles
My Health Pays®	My Health Pays® es un programa de recompensas para miembros de Medicaid. Recompensa a los miembros por tomar decisiones saludables e inteligentes en favor de su salud y bienestar.
Start Smart for Your Baby®	Start Smart for Your Baby es un programa que ayuda a las mujeres embarazadas a mantenerse saludables. Ofrece información de salud fácil de entender y apoyo especial a los miembros que tienen problemas de salud. Este beneficio está disponible a través de nuestro programa de gestión de la atención. Queremos ayudar a nuestras miembros embarazadas desde las primeras etapas del embarazo. Si se entera de que alguien está embarazada, por favor, complete el formulario de "Notificación de embarazo" (NOP) en nuestro sitio web. Esto nos permite empezar a ofrecer asistencia de inmediato y la miembro puede ganar recompensas.
Beneficios con valor agregado	**Detalles**

Member Connections	Nuestro equipo de Member Connections está aquí para ayudar a los miembros a mantenerse saludables. Pueden: • Enseñarles a los miembros a prevenir problemas de salud. • Ayudar a los miembros a comprender el seguro médico. • Conectar a los miembros con servicios útiles de su comunidad. Si es necesario, un integrante del equipo de Member Connections puede incluso visitar a los miembros en su domicilio.
Ayuda para problemas de salud crónicos: Programas de gestión de enfermedades	Ofrecemos servicios especiales para ayudar a los miembros a cuidar de problemas de salud crónicos, como el asma y la diabetes. Este beneficio está disponible a través de nuestro programa de gestión de la atención. Puede trabajar con un asesor en salud que se encargará de: • Enseñarles a los miembros cómo controlar el asma o la diabetes • Ayudar a los miembros a tomar decisiones saludables • Apoyar a los miembros que quieran dejar de fumar
Programa para jóvenes en transición	Este programa ayuda a los adolescentes en acogida que están a punto de cumplir 18 años. Les brinda apoyo mientras se preparan para vivir por su cuenta, y es totalmente gratuito. Este beneficio está disponible a través de nuestro programa de gestión de la atención. El programa ofrece ayuda de tres maneras: • Conecta a los jóvenes con los servicios de salud incluidos en su plan de transición personal. • Les enseña a usar Medicaid, qué beneficios de salud tienen y cómo llevar una vida saludable. • Los pone en contacto con programas locales que promueven la vida independiente.
Comidas después del alta	Este programa ayuda a los miembros que dejan el hospital y necesitan cuidados adicionales en casa. Si el miembro tiene un problema de salud crónico u otras necesidades especiales, puede recibir hasta 14 comidas saludables a domicilio tras salir del hospital. Este beneficio está disponible a través de nuestro programa de gestión de la atención durante la transición. Estas comidas están pensadas para ayudar a los miembros a recuperarse y mantenerse sanos.

Transporte médico no urgente mejorado (NEMT) Transporte-Trastorno por abuso de sustancias	Traslados para apoyar la recuperación Ofrecemos transporte gratuito para ayudar a los miembros que están en proceso de recuperación del consumo de alcohol o drogas. Si los miembros asisten a un programa como: • Alcohólicos Anónimos (AA) • Narcóticos Anónimos (NA) • Anónimos en Recuperación Asistida por Medicamentos (MARA) Los miembros pueden recibir ayuda con el transporte. Este servicio forma parte de nuestro Programa de gestión de la atención, y un gestor de la atención puede ayudar a los miembros a inscribirse.
Beneficios con valor agregado	**Detalles**
Transporte médico no urgente mejorado (NEMT) Transporte-Necesidades socio-sanitarias	**Ayuda extra con el transporte** Ofrecemos transporte gratuito para ayudar a los miembros a llegar a lugares importantes. Un gestor de la atención puede ayudar al miembro a tramitarlo. Un miembro puede solicitar viajes para: • Un viaje por embarazo al consultorio local del WIC. • Traslados a las oficinas de ServiceLink si el miembro necesita ayuda para completar formularios para programas especiales. • Cada tres meses, los miembros pueden solicitar un servicio de transporte a un centro de distribución de alimentos, un banco de alimentos o un grupo comunitario de ayuda alimentaria situado a menos de 25 millas de su domicilio. Los miembros pueden recibir ayuda con el transporte. Este servicio forma parte de nuestro Programa de gestión de la atención, y un gestor de la atención puede ayudar a los miembros a inscribirse.

Programas de autocontrol de YMCA	Contamos con dos programas especiales para ayudar a los miembros a mantenerse saludables. Este beneficio está disponible a través de nuestro programa de gestión de la atención. Los miembros inscritos en nuestro programa de gestión de la atención tienen acceso a estos servicios adicionales: **Programa de autocontrol de la diabetes:** Este es un programa de tres meses dirigido a los miembros con diabetes. Aprenderán sobre: • Comidas saludables • Ejercicio • Control del azúcar en sangre • Cómo tomar medicamentos • Cómo obtener ayuda en su comunidad **Programa de autocontrol de la presión arterial:** Este es un programa de cuatro meses dirigido a los miembros con hipertensión arterial. Aprenderán sobre: • Comer sano y beber suficiente agua • Cómo estar más activos • Cómo reducir la sal y el estrés • Conocer su riesgo de enfermedades cardíacas Ambos programas incluyen una afiliación gratuita de 12 meses a la YMCA de Granite, donde los miembros pueden: • Usar el gimnasio y la piscina • Mantenerse activos y en movimiento • Recibir apoyo y aprender mas sobre su salud Este servicio forma parte de nuestro Programa de gestión de la atención, y un gestor de la atención puede ayudar a los miembros a inscribirse.
Beneficios con valor agregado	**Detalles**

Programa Kids Club	Kids Club es un programa gratuito para niños de hasta 12 años. Está dirigido tanto a nuestros miembros como a los niños de la comunidad. ¡El club ayuda a los niños a aprender formas divertidas y sencillas de mantenerse sanos! Al unirse al Kids Club, obtendrá: • Una tarjeta de membresía y un correo electrónico mensual con consejos saludables y recetas deliciosas; • Correos electrónicos cada pocos meses sobre eventos divertidos y sorteos increíbles; • Publicaciones en redes sociales sobre cómo mantenerse a salvo, ser amable y poner fin al acoso escolar; • Folletos en eventos comunitarios y programas de regreso a clases; • ¡Libros gratis cada pocos meses para demostrar lo genial que puede ser leer!
Programa de tratamientos alternativos para el manejo del dolor	Nuestro Programa de gestión de la atención ayuda a los miembros que puedan tener problemas relacionados con el consumo de sustancias, especialmente analgésicos como los opioides. Algunas personas sufren dolor crónico y corren el riesgo de tomar demasiados medicamentos. Este beneficio está disponible a través de nuestro programa de gestión de la atención. El Programa de tratamientos alternativos para el manejo del dolor ofrece otra forma de tratar el dolor sin recurrir a medicamentos. Los miembros pueden beneficiarse de hasta 12 visitas en total para: • Atención quiropráctica • Acupuntura • Terapia de masajes Este servicio forma parte de nuestro Programa de gestión de la atención, y un gestor de la atención puede ayudar a los miembros a inscribirse.
Balanzas para el control de enfermedades crónicas	El programa de balanzas para el control de enfermedades crónicas es una iniciativa recomendada por el equipo de gestión de la atención que proporciona balanzas a los miembros con determinadas enfermedades crónicas para que puedan controlar su peso en casos como la insuficiencia cardíaca congestiva, el crecimiento de los niños con necesidades nutricionales, la diabetes, las enfermedades hepáticas, las afecciones cardíacas, etc. Los miembros deben estar inscritos en el programa de gestión de la atención.

En lugar de servicios

A veces, las personas recurren a Medicaid para recibir asistencia, como ir al médico u hospitalizarse. Pero hay otros tipos de ayuda que podrían funcionar igual de bien, ¡o incluso mejor!

"En lugar de servicios" significa recibir un tipo de atención diferente a la habitual, siempre y cuando le ayude a mantenerse saludable. **NH Healthy Families** ofrece estos servicios especiales de forma gratuita.

Es posible que su médico o alguien de nuestro equipo de gestión de la atención le sugiera alguno de estos servicios. Pero no se preocupe, la elección es suya. Puede hablar con su médico para decidir qué es lo mejor para usted.

En lugar de servicios	Descripción	Población elegible	Limitaciones
Hospitalización parcial para jóvenes con diagnósticos de trastornos del comportamiento	La **hospitalización parcial** es un programa diario que ayuda a los miembros a recuperarse de trastornos de salud conductual. Les brinda un firme apoyo diario para ayudarles a pasar de forma segura de la hospitalización a vivir de nuevo en su hogar. El objetivo es ayudar a las personas a recuperarse en un lugar seguro sin necesidad de permanecer hospitalizadas a tiempo completo. Es un paso intermedio entre la atención especializada y la atención general. En la hospitalización parcial, recibe tratamiento durante parte del día o todo el día, y luego se va a casa por la noche.	Personas de hasta 21 años con un diagnóstico de salud conductual elegibles para realizar una transición segura de la atención hospitalaria a su comunidad.	Se necesita autorización previa

Hospitalización parcial para trastornos alimentarios	La **hospitalización parcial** es un programa diurno que ayuda a los miembros a recuperarse de trastornos alimentarios. Les brinda un firme apoyo diario para ayudarles a pasar de forma segura de la hospitalización a vivir de nuevo en su hogar. El objetivo es ayudar a las personas a recuperarse en un lugar seguro sin necesidad de permanecer hospitalizadas a tiempo completo. Es un paso intermedio entre la atención especializada y la atención general. En la hospitalización parcial, recibe tratamiento durante parte del día o todo el día, y luego se va a casa por la noche.	Personas que presentan conductas alimentarias anormales que provocan efectos fisiológicos derivados de la sobrealimentación o de una ingesta insuficiente de alimentos, y que reúnen los requisitos para pasar de forma segura de un nivel de atención hospitalaria a su entorno comunitario.	Se necesita autorización previa
En lugar de servicios	**Descripción**	**Población elegible**	**Limitaciones**
Autocontrol de la diabetes	**Autocontrol de la diabetes** es un programa que ayuda a los miembros a aprender cómo mantenerse saludables y sentirse más en control de su diabetes. El objetivo es enseñarle cómo mantener su nivel de azúcar en sangre en un nivel saludable. Esto puede ayudarle a evitar tener que tomar más medicamentos, acudir a la sala de emergencias o permanecer en el hospital.	Personas a las que se les acaba de diagnosticar diabetes o personas con diabetes que no logran controlar su enfermedad, sus niveles de azúcar en sangre o reducir su A1C.	No se necesita autorización previa.

Terapia Nutricional Médica (MNT)	**La terapia nutricional médica** es un tipo especial de atención que utiliza una alimentación saludable y el apoyo necesario para ayudar a las personas a sentirse mejor y mantenerse sanas. El objetivo es enseñarle hábitos de alimentación saludables para tratar o prevenir problemas de salud como la diabetes, las enfermedades cardíacas o los problemas renales. Este tipo de atención le brinda las herramientas y el apoyo que necesita para hacerse cargo de su salud, comida a comida.	Personas de todas las edades con una afección médica que requiera apoyo nutricional médico y/o consejería (por ejemplo, personas con diabetes, enfermedad renal o que hayan recibido un trasplante de riñón; personas que no puedan satisfacer sus necesidades nutricionales diarias únicamente con alimentos tradicionales debido a una lesión o enfermedad); terapia nutricional médica para niños con necesidades especiales de atención médica o afecciones médicas (por ejemplo, bajo peso al nacer, parto prematuro, malabsorción u otras afecciones con repercusiones nutricionales).	No se necesita autorización previa.

Siempre que NH Healthy Families tome una decisión sobre la cobertura o adopte una medida con la que usted no esté de acuerdo, puede presentar una apelación, incluso en el caso de "En lugar de servicios". Para obtener más información sobre el proceso de reclamaciones y apelaciones, consulte el Capítulo 10, Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja.

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

Medicaid de New Hampshire cubre directamente algunos beneficios de Medicaid que el plan no cubre, aunque podemos ayudar a coordinarlos. Es por eso que siempre debe tener a mano sus tarjetas de membresía de NH Healthy Families y Medicaid de New Hampshire. Siempre muestre su tarjeta de membresía de NH Healthy Families para recibir los servicios cubiertos por el plan. Si necesita ayuda para recibir servicios cubiertos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

SIEMPRE TENGA A MANO SUS TARJETAS DE MEMBRESÍA DE NH HEALTHY FAMILIES Y MEDICAID DE NEW HAMPSHIRE.

Nuestro plan no cubre los siguientes servicios. Sin embargo, estos servicios están disponibles a través de Medicaid de New Hampshire siempre y cuando el proveedor esté afiliado a la red de Medicaid de New Hampshire:

- Nuestro plan no cubre servicios odontológicos y de salud bucodental. Sin embargo, hay algunos servicios dentales y de salud bucodental disponibles:
    - Para los miembros menores de 21 años, los servicios dentales integrales se coordinan a través de Medicaid de New Hampshire, siempre que el proveedor esté afiliado a Medicaid de New Hampshire.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales para miembros menores de 21 años, comuníquese con el Centro de servicio al cliente de Medicaid de New Hampshire. Consulte la Sección 2.8 (*Cómo comunicarse con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS*).

- Para los miembros mayores de 21 años, los servicios de salud dental y bucal cubiertos, así como el transporte relacionado, se coordinan a través del plan estatal de atención dental administrada, Delta Dental of New Hampshire, en colaboración con DentaQuest.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales para adultos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-844-583-6151** (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-466-7566), de lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y jueves y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este.

- Apoyos y servicios tempranos para bebés y niños desde el nacimiento hasta los 3 años.
- Servicios de Medicaid-to-School.
- Servicios de un asilo de ancianos o un centro de enfermería (también denominados servicios de un centro de enfermería de atención a largo plazo), que incluyen servicios en un centro de enfermería especializada, servicios en un centro de

enfermería de atención a largo plazo y servicios en un centro de cuidados intermedios (asilos de ancianos y camas adaptables para atención aguda).

- Servicios en un centro de cuidados intermedios (asilos de ancianos y camas adaptables para atención aguda).

- Servicios de Glencliff Home.
    - Servicios de programas de la División de Niñez, Juventud y Familia (Division of Child, Youth and Family) para niños y jóvenes elegibles para Medicaid remitidos por tribunales o la junta de libertad condicional juvenil, incluidos los siguientes:
        - Terapia en el hogar
        - Servicios de apoyo infantil (también conocidos como servicios de apoyo de la salud infantil)
        - Servicios intensivos en el hogar y la comunidad
        - Servicios de colocación
        - Cuidado de niños en institución privada no médica
        - Intervención en crisis
- Servicios de exención de atención basada en el hogar y la comunidad:
    - Para miembros con trastornos cerebrales adquiridos;
    - Para miembros con discapacidades del desarrollo;
    - Para miembros de hasta 21 años con discapacidades del desarrollo bajo el programa de exención de apoyo en el hogar.
    - Para miembros con discapacidades relacionadas con la edad, enfermedades crónicas o discapacidades físicas en virtud de la exención Choices for Independence.

  Estos programas brindan servicios y apoyos a largo plazo en el hogar y en centros de vida asistida, residencias comunitarias y hogares de atención residencial.
- Servicios de intervención en crisis de salud mental, incluidos servicios de respuesta móvil en crisis, servicios de estabilización posintervención relacionados y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia cuando se obtienen a través de Equipos de respuesta rápida de Community Mental Health Center.

Para obtener más información, llame al Centro de servicio al cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del Este.

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

Esta sección le dice qué beneficios están excluidos por el plan y por Medicaid de New Hampshire. “Excluido” significa que el plan no paga estos beneficios. La lista que se

incluye a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan.

El plan no cubrirá los servicios y artículos enumerados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este Manual del miembro), excepto en las circunstancias específicas enumeradas. Si usted considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación o una queja. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o una queja, consulte el capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja)*.

Los siguientes servicios e insumos no están cubiertos. Esta lista no es exhaustiva. Si un servicio aparece en la "Lista de servicios no cubiertos", significa que ni NH Healthy Families ni Medicaid de NH pagan ese servicio. Recuerde que si busca atención para un servicio "no cubierto", será responsable de pagar sus costos.

Lista de servicios no cubiertos
Abortos (voluntarios): algunos abortos se cubren en circunstancias limitadas.
Medicina alternativa: acupuntura y biofeedback, etc.
Cirugía cosmética o plástica
Tratamiento de la infertilidad, impotencia y disfunción sexual
Procedimientos, medicamentos y equipos experimentales
Artículos de bienestar personal
Equipo no médico
Exámenes físicos requeridos para empleo
Queratometría radial
Servicios que la ley federal o estatal no permite
Servicios de control y reducción de peso: esto incluye productos, membresías en gimnasios o equipos para reducir el peso.
Animales de servicio y terapia
Servicios prestados fuera de los EE. UU y sus territorios, incluso vacunas para viajes al exterior
Servicios del programa de tratamiento residencial calificado

Capítulo 5. Cómo usar NH Healthy Families para ayudarle a manejar su salud

Sección 5.1 Mantenerse saludable

Las visitas médicas de rutina (a veces denominadas "visitas de bienestar") con su PCP son importantes para su salud y bienestar. Su PCP puede ayudarle a mantenerse al día con los exámenes de atención preventiva específicos para su sexo y edad, como mamografías, pruebas de Papanicolaou y otros exámenes de salud. Su PCP también puede ayudarle a identificar y remitirle a otros servicios que pueda necesitar para mantenerse saludable.

Las visitas regulares a su PCP ayudan a construir una relación fuerte y de confianza con su proveedor, lo que ha demostrado tener efectos positivos en los resultados de salud.

Su proveedor de atención primaria (PCP) es el mejor recurso para ayudarle a coordinar su atención y mantener su salud. Su PCP puede remitirle a especialistas, realizar pruebas de detección para determinar una necesidad de salud conductual y coordinar otras necesidades, como acceso a educación o a recursos económicos. El primer paso es visitar anualmente a su PCP y completar una Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA) para ayudar a su PCP a identificar sus necesidades particulares. NH Healthy Families puede ayudarle a concertar citas con su PCP llamando a nuestro departamento de Servicios para miembros al 1-866-769-3085.

NH Healthy Families también quiere asegurarse de que reciba servicios de apoyo para que su atención sea eficaz. Los servicios de habilitación y rehabilitación son parte de los servicios cubiertos (vea el capítulo 4), junto con apoyo para sus hijos y sus propias necesidades de atención preventiva.

Programa de Mejora de la Calidad

El Programa de Mejora de la Calidad de NH Healthy Families está comprometido con brindar atención médica de calidad a usted y su familia. Queremos ayudarlo a mejorar y mantener su salud. Nuestro programa sigue las normas del Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) y ayuda a promover atención médica segura, confiable y de calidad. NH Healthy Families adopta y utiliza lineamientos de práctica clínica y preventiva basados en evidencia para la atención médica y de la salud conductual, que nuestro Comité de Mejora de la Calidad revisa y aprueba anualmente o cuando se requieren cambios.

Para ayudar a promover una atención médica segura, confiable y de calidad:

- Realizamos una verificación detallada de los proveedores cuando se unen a nuestra red de proveedores.
- Monitoreamos nuestra red para asegurarnos de que tenga acceso a todos los tipos de servicios de atención médica.
- Ofrecemos educación y programas sobre atención médica general y enfermedades específicas.
- Le recordamos que vea a su médico en visitas de bienestar y se haga pruebas preventivas.

- Investigamos sus inquietudes sobre los servicios de atención médica que recibió.

NH Healthy Families cree que sus opiniones pueden ayudar a mejorar nuestros servicios. Enviamos una encuesta para miembros cada año para hacerle preguntas sobre su experiencia con la atención médica y los servicios que recibe. Si recibe la encuesta, esperamos que se tome el tiempo para enviarnos sus respuestas. Si desea obtener más información sobre el Programa de Mejora de la Calidad o recibir una copia del programa, llame al departamento de Servicios para Miembros al 1-866-769-3085 o visite nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com.

Si tiene una inquietud sobre su atención o cualquier servicio que brindamos, comuníquese con nosotros al 1-866-769-3085.

NH Healthy Families brinda servicios de atención preventiva primaria y secundaria, con clasificación A o B, de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Service Task Force). Para niños, también ofrecemos los servicios preventivos recomendados por el programa Bright Futures de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP).

Sección 5.2 Apoyo para la coordinación y gestión de la atención

NH Healthy Families entiende que ciertos miembros pueden necesitar ayuda para navegar por el sistema de atención médica. Ofrecemos servicios de gestión de la atención a estos miembros para ayudarles a concertar citas, organizar el transporte, la vivienda y ponerles en contacto con recursos comunitarios como cupones para alimentos, servicios públicos y grupos de apoyo. Los servicios de gestión de la atención se ofrecen a través del consultorio de su proveedor de atención primaria (PCP), que también puede ayudarle a obtener los servicios necesarios.

La gestión de la atención está disponible para todos los participantes. Usted o su médico pueden solicitar la remisión a servicios de gestión de la atención. Se le asignará un gestor de la atención primaria que se pondrá en contacto con usted a través del medio de comunicación que prefiera, en el horario que usted elija. Su gestor de la atención trabajará con usted, su PCP, todos los demás proveedores, su familia y cuidadores, y otro seguro de salud que tenga para asegurarse de que reciba todos los servicios que necesita.
Desarrollaremos un plan de atención y lo compartiremos con su PCP o sus proveedores. El plan de atención tiene objetivos que usted debe alcanzar. Su participación es gratuita y puede cancelar su inscripción en cualquier momento.

Nuestros gestor de la atención sanitaria son enfermeros registrados, médicos especializados en salud conductual o trabajadores sociales. Ellos ayudan a nuestros miembros a entender mejor sus problemas importantes de salud y a coordinar sus necesidades de atención médica. Los gestores de la atención trabajan junto a los miembros y sus proveedores para ayudar a identificar obstáculos y apoyar el plan de atención del proveedor. Si es necesario, también brindaremos apoyo a sus cuidadores y a los familiares que lo/la atienden.

Con frecuencia, los miembros inscritos en gestión de la atención ven a varios médicos. Es posible que necesiten insumos médicos o ayuda en casa. Los gestores de la atención de NH Healthy Families pueden ayudar a los miembros a coordinar aspectos de su atención. Los

miembros inscritos en el programa de gestión de la atención suelen tener afecciones como trasplantes de órganos, cáncer, hemofilia, depresión, trastorno bipolar, autismo o problemas respiratorios.

El gestor de su atención también lo ayudará cuando le den el alta del hospital u otro entorno de atención médica a corto plazo para asegurarse de que reciba los servicios que necesita cuando vuelve a su casa. Estos servicios pueden incluir visitas de atención domiciliaria o terapias. Si necesita ayuda con alguna parte de sus servicios de atención médica o para conectarse con otro programa estatal o local, llame su gestor de la atención o al departamento de Administración de Casos al **1-866-769-3085**.

Además de gestores de la atención, NH Healthy Families tiene coordinadores que se especializan en la coordinación de la atención y trabajan en ello con los gestores de la atención. Estos coordinadores se dedican a los siguientes temas: Discapacidades del desarrollo, necesidades de cuidados especiales y necesidades de vivienda. A través de nuestro programa de Servicios de Transición, los coordinadores también se ponen en contacto con los miembros que han ingresado o reingresado en hospitales de agudos para asegurarse de que su transición de vuelta a la comunidad sea un éxito.

Si le interesa inscribirse en el programa NH Healthy Families Care Management o desea obtener más información, llame al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711) y solicite servicios de gestión de la atención. También puede enviar un correo electrónico a NHHFCAREMANAGEMENT@centene.com.

Sección 5.3 Continuidad de la atención y transiciones

"Continuidad de la atención" se refiere a la prestación de atención continua para afecciones crónicas o agudas durante transiciones de los miembros:

- Entre centros de atención médica;
- Entre residencias particulares o comunitarias;
- Entre proveedores;
- Entre áreas de servicio;
- Entre planes de salud de atención administrada;
- Entre programas de tarifa por servicio de Medicaid;
- Entre hogares de cuidado de acogida y vida independiente (lo que incluye el regreso de la colocación de cuidado de acogida a la comunidad o el cambio de la condición legal de cuidado de acogida a adopción);
- Entre un seguro privado y la cobertura de atención administrada.

Cuando hace la transición a nuestro plan de Medicaid de New Hampshire, otro plan de atención administrada de Medicaid u otro tipo de cobertura de seguro de salud, es posible que pueda continuar con el tratamiento. Cuando reúne al menos una (1) de las siguientes condiciones, puede continuar recibiendo atención de sus proveedores actuales por un tiempo limitado, incluso si su proveedor no pertenece a la red de NH Healthy Families. Además de cumplir al menos una (1) de las siguientes condiciones, su proveedor de la red actual debe tener regularizada su situación con el plan y Medicaid de New Hampshire para continuar brindándole tratamiento.

Cuando se aplica alguna de estas circunstancias clínicas, puede continuar recibiendo atención del proveedor que lo trata por un período limitado.	**Puede continuar recibiendo atención del proveedor que lo trata durante este período.**	**Puede continuar recibiendo los medicamentos con receta que le recetan actualmente durante este período.**
Recibe tratamiento en curso con autorización previa de su proveedor actual al momento de la transición.	Hasta 90 días calendario desde la fecha de inscripción o hasta que el plan realice una revisión de la necesidad médica, lo que ocurra primero	Durante hasta 90 días calendario desde la fecha de inscripción o hasta que el plan realice una revisión de la necesidad médica, lo que ocurra primero
Recibe servicios de su proveedor actual y tiene una enfermedad aguda, una afección que es tan grave que requiere atención médica en la que una interrupción del tratamiento podría dar lugar razonablemente a la posibilidad de muerte o lesiones permanentes.		

Cuando se aplica alguna de estas circunstancias clínicas, puede continuar recibiendo atención del proveedor que lo trata por un período limitado.	Puede continuar recibiendo atención del proveedor que lo trata durante este período.	Puede continuar recibiendo los medicamentos con receta que le recetan actualmente durante este período.
Recibe servicios que necesita seguir recibiendo porque tiene una enfermedad o afección crónicas, o una enfermedad o afección que ponen en riesgo la vida o son degenerativas o incapacitantes, que requieren atención médica o tratamiento durante un período prolongado.		
Es un menor con necesidades especiales de atención médica, lo que significa que tiene o se encuentra en riesgo elevado de padecer una afección crónica física, conductual, emocional o del desarrollo, requiere atención médica y servicios relacionados de un tipo o en una cantidad mayor que la esperada normalmente para su edad, y está recibiendo un tratamiento en el momento de la transición*.		
Se encuentra en su segundo o tercer trimestre de embarazo y prefiere continuar recibiendo atención a través de su proveedor actual.	Durante el embarazo y hasta 60 días calendario después del parto.	
Desea o necesita continuar recibiendo servicios de sus proveedores actuales porque tiene una enfermedad terminal, es decir, un pronóstico médico de que su expectativa de vida es 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.	

Traslado desde otra MCO

Cuando un miembro se traslada desde otra Organización de Atención Administrada (MCO), NH Healthy Families se asegurará de que se respeten las autorizaciones previas. Si un miembro decide cambiarse a otra MCO, NH Healthy Families coordinará con esa MCO, con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, o con ambos, para garantizar que toda la información se transfiera de forma segura y esté disponible para su revisión. Esto facilitará el proceso de coordinación de la atención y garantizará que el/la miembro avance sin problemas en la continuidad de su atención cuando cambie de MCO. Si el/la miembro está utilizando un proveedor específico al ser trasladado/a, NH Healthy Families permitirá, a través del proceso de autorización, que el/la miembro continúe viendo a ese proveedor durante la transición, en consonancia con los requisitos de coordinación de la atención (COC). La MCO seguirá velando por que se satisfagan las necesidades del/de la miembro.

*Incluidos los niños o bebés en acogida; que requieran cuidados en una unidad de cuidados intensivos neonatales; diagnosticados con 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 determinados programas estatales especializados que apoyen a los miembros con un diagnóstico de trastorno emocional grave, discapacidad intelectual del desarrollo o trastorno por consumo de sustancias.

Cuando se pasa a otro proveedor o plan, usted o su proveedor autorizado pueden solicitar que se transfieran sus registros médicos a sus nuevos proveedores.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 5.4 Aseguramiento de la paridad de la salud mental y trastornos por abuso de sustancias

Las leyes federales y estatales exigen que el plan proporcione cobertura para tratamientos de salud mental y trastornos por abuso de sustancias de igual forma que proporciona cobertura para otros servicios de atención médica. Esto se denomina “paridad”. Las leyes de paridad exigen que la cobertura para trastornos de salud mental o por abuso de sustancias no sea más restrictiva que la cobertura para otras afecciones médicas, como la diabetes o una enfermedad cardíaca. Por ejemplo, si el plan ofrece cobertura ilimitada para visitas al médico para la diabetes, debe hacer lo mismo para la depresión o la esquizofrenia.

La paridad implica lo siguiente:

- NH Healthy Families debe brindar el mismo nivel de beneficios para cualquier trastorno de salud mental o por abuso de sustancias de la misma forma que lo haría para otras afecciones médicas que usted pudiera tener.

- NH Healthy Families debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento para beneficios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias similares a los que tiene para otros beneficios médicos.

- NH Healthy Families debe proporcionarles a usted o su proveedor los criterios de necesidad médica que utiliza para obtener una autorización previa, a solicitud suya o del proveedor.

- NH Healthy Families no debe imponer límites de dinero agregados anuales o vitalicios sobre beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.

- Dentro de un plazo razonable, NH Healthy Families debe informarle el motivo de una denegación de autorización de servicios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias.

- Si NH Healthy Families proporciona cobertura fuera de la red para otros beneficios médicos, debe proporcionar cobertura fuera de la red equiparable para beneficios de salud mental o de trastorno por abuso de sustancias.

Los requisitos de paridad se aplican a lo siguiente:

- Copagos de medicamentos;
- Limitaciones a la cobertura de servicios (como límites a la cantidad de visitas para pacientes ambulatorios cubiertas);
- Uso de herramientas de gestión de la atención (como reglas y restricciones a medicamentos con receta);
- Criterios para determinar la necesidad médica y autorizaciones previas;
- Estructura de la lista de medicamentos con receta, incluidos los copagos.

Si considera que NH Healthy Families no ofrece paridad como se explicó arriba, tiene derecho a presentar una apelación o una queja. Para obtener más información, consulte el capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja)*.

Si cree que NH Healthy Families no cubrió servicios de salud conductual (servicios para salud mental y trastornos por abuso de sustancias) de la misma forma en que proporciona servicios médicos, también puede presentar una queja o un reclamo a la línea directa de servicios al consumidor del Departamento de Seguros de New Hampshire (New Hampshire Department of Insurance) al **1-800-852-3416** (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m.
a 4:30 p. m., hora del este, o en línea en https://www.nh.gov/insurance/consumers/complaints.htm.

Capítulo 6. Reglas sobre la autorización previa de servicios

Los requisitos de autorización previa para 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 una autorización previa de NH Healthy Families para que usted tenga cobertura para ese servicio. Si no obtiene esta autorización, es posible que NH Healthy Families no cubra el servicio.

Para obtener más información sobre cómo recibir autorización previa para recibir servicios, consulte a sección 6.2 *(Cómo obtener autorización del plan para determinados servicios)*.

Para obtener información sobre cómo obtener autorización previa para medicamentos con receta, consulte la sección 7.1 *(Reglas y restricciones a la cobertura de medicamentos: Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado).*

Sección 6.1 Servicios médicamente necesarios

Al tomar una decisión de cobertura, NH Healthy Families considerará si el servicio es médicamente necesario.

NH Healthy Families determina si un servicio es "médicamente necesario" de una forma que no es más restrictiva que los criterios de Medicaid de New Hampshire. Para obtener información sobre los criterios que usamos para apoyar una decisión de necesidad médica, llame a Servicios para Miembros y solicite una copia de las reglas por escrito específicas a su situación. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual).

En algunos casos, NH Healthy Families revisará la necesidad médica después de que los servicios cubiertos se hayan prestado.

Los servicios cubiertos que reciba deben ser *médicamente necesarios*. NH Healthy Families utiliza lineamientos estándar para verificar la necesidad médica. NH Healthy Families tiene políticas implementadas para asegurar lo siguiente:

- Que las decisiones se tomen con base en la idoneidad de la atención y los servicios, y que la cobertura del seguro médico esté implementada;
- Que la organización no recompensa a los proveedores de la red o su personal por negar cobertura, servicios o atención;
- Que los incentivos financieros para encargados de tomar decisiones no fomenten decisiones que tengan como resultado que se niegue un tratamiento necesario.

Para miembros de hasta 21 años, "médicamente necesario" significa que el plan de tratamiento:

- Se calcula razonablemente para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir que empeoren afecciones que:

- Ponen la vida en peligro;

- Causan dolor;
- Tienen como consecuencia una enfermedad o invalidez;
- Amenazan con causar o agravar un impedimento;
- Causan deformidad o malfuncionamiento físicos;

- No hay otro plan de tratamiento igualmente eficaz o adecuado para el miembro.

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

Para miembros de 21 años en adelante, "médicamente necesario" se refiere a servicios de atención médica que un proveedor de atención médica con licencia, ejerciendo un juicio clínico prudente, de acuerdo con estándares de práctica médica generalmente aceptados, proporcionaría a un miembro para el propósito de evaluar, diagnosticar, prevenir o tratar una enfermedad o lesión graves o crónicas o sus síntomas.

Los servicios de atención médica médicamente necesarios para miembros de 21 años en adelante:

- Deben ser clínicamente adecuados en términos de cantidad, sitio y duración.
- Deben ser coherentes con el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad o lesión del beneficiario o sus síntomas.
- No deben ser principalmente para la conveniencia del miembro o su familia, cuidador o proveedor de atención médica.
- No deben ser más costosos que otros elementos o servicios que producirían resultados diagnósticos, terapéuticos o de tratamiento equivalentes según la enfermedad, lesión o los síntomas del miembro.
- No deben ser de naturaleza experimental, de investigación, cosmética o duplicativa.

Nuevas tecnologías

- NH Healthy Families evalúa nuevas tecnologías, lo que incluye procedimientos médicos, medicamentos y dispositivos, y la nueva aplicación de las tecnologías existentes para determinar la cobertura. El director médico o el personal de administración médica de NH Healthy Families podrán identificar periódicamente avances tecnológicos relevantes para la revisión que sean pertinentes para la población de NH Healthy Families. El Comité de Políticas Clínicas (Clinical Policy Committee, CPC) revisa todas las solicitudes de cobertura y toma una determinación en relación con cualquier cambio en los beneficios que se indique. Cuando se recibe una solicitud de cobertura de una nueva tecnología que no ha sido revisada por el CPC, el director médico de NH Healthy Families revisa la solicitud y toma una determinación válida por única vez. Esta solicitud de nueva tecnología se revisa posteriormente en la siguiente reunión programada regular del CPC.

Sección 6.2 Cómo obtener autorización del plan para algunos servicios

Para algunos servicios cubiertos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el servicio. A esto se lo llama **"autorización previa"**. Algunas veces, el requisito de obtener aprobación por adelantado ayuda a orientar el uso adecuado de ciertos servicios. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el servicio.

Cuando necesite atención, empiece por llamar a su PCP. Algunos servicios cubiertos pueden requerir autorización previa. La autorización previa es una revisión que hace NH Healthy Families antes de que usted reciba algunos servicios. La autorización previa se requiere para servicios o visitas a proveedores fuera de la red y algunos especialistas. Los servicios de salud en el hogar y algunas cirugías también deben revisarse. Su médico puede decirle si un servicio requiere autorización previa. Para ver una lista de servicios que requieren autorización previa, visite nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-866-769-3085 para averiguar si NH Healthy Families debe autorizar algo.

Su médico nos dará información sobre por qué usted necesita el servicio. NH Healthy Families analizará si el servicio está cubierto y si es adecuado. El personal clínico de NH Healthy Families tomará la decisión lo antes posible con base en su afección médica. Las decisiones estándar se toman un plazo de 14 días calendario. Si el servicio es urgente, la decisión se tomará en un plazo de 3 días (3) días hábiles. Les informaremos a usted y a su médico si el servicio se aprueba o se deniega. Si usted o su médico no están conformes con la decisión, puede pedirnos una segunda revisión. Esto se llama una apelación. Consulte el capítulo 10 para obtener más información sobre apelaciones.

Si hay cambios importantes en el proceso de autorización previa, se lo informaremos a usted y a su médico de inmediato.

Las decisiones de autorización previa de NH Healthy Families cumplen con las leyes estatales y federales, así como con los estándares y lineamientos de práctica clínica basados en evidencia. Los lineamientos de decisión del plan consideran sus necesidades y se basan en evidencia clínica válida y razonable o en lo acordado por los proveedores de atención especializada. Para solicitar una copia de los lineamientos de práctica, llame a Servicios para Miembros y obtendrá más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Cuando el plan deniega una solicitud de autorización de servicio o autoriza un servicio por una cantidad, duración o alcance menores que los solicitados, emite un aviso por escrito de la decisión de cobertura para usted y su proveedor. Si necesita ayuda para presentar una apelación, consulte la sección 10.1 *(Acerca del proceso de apelaciones)*.

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

- **Una solicitud de decisión se considera urgente** si el hecho de no recibir el servicio en las siguientes 72 horas pondría en grave peligro su vida, salud, seguridad o estado

psicológico o si el hecho de no recibir la atención o el tratamiento solicitados en las siguientes 72 horas lo sometería a consecuencias adversas para la salud.

- Las decisiones del plan que impliquen atención de urgencia se tomarán tan pronto como lo requiera su estado de salud y a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud del servicio, a menos que usted o su representante autorizado no brinden información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos y en qué medida.
- En ese caso, NH Healthy Families se lo notificará a usted o a su representante autorizado dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud y les indicará la información específica necesaria para que el plan tome una decisión.
- Usted o su representante tendrán un plazo razonable, teniendo en cuenta cualquier circunstancia especial, para proporcionar la información solicitada, que no será menor de 48 horas.
- Una vez brindada la información, la decisión del plan se tomará lo antes posible y a más tardar 48 horas después de que el plan reciba la información adicional solicitada o de que concluya el plazo que se les concedió a usted o su representante autorizado para proporcionar la información adicional, lo que ocurra primero.
- En el caso de solicitudes de autorización para continuar o extender los servicios que implican atención de urgencia de un plan de tratamiento en curso y una cuestión de necesidad médica, la decisión del plan se tomará dentro de las 24 horas de haber recibido la solicitud, siempre que la solicitud se haga al menos 24 horas antes del vencimiento del plazo establecido o el plan de tratamiento.
- Si no está conforme con la decisión de autorización previa adversa del plan, consulte la sección 10.1 *(Acerca del proceso de apelaciones)*.

Para todas las demás decisiones de autorización previa de NH Healthy Families se aplican las siguientes condiciones:

- La decisión de autorización previa del plan se tomará dentro de un período razonable adecuado según sus circunstancias médicas, que no deberá exceder los 7 días calendario desde la recepción de la solicitud de autorización.
- Está disponible una extensión de hasta 14 días calendario después de recibir la solicitud si usted o su representante autorizado solicitan una extensión o si el plan justifica la necesidad de información adicional.
    - Cuando NH Healthy Families extienda el plazo, el plan le enviará un aviso por escrito de los motivos de la decisión de extensión y le informará sobre su derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión. Si necesita ayuda para presentar una apelación, consulte la sección 10.7 *(Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo)*.

- A partir de entonces, la decisión del plan se tomará lo antes posible y a más tardar 14 días calendario después de lo que ocurra primero de lo siguiente:
    - El plan reciba la información adicional específica o
    - Concluya el plazo concedido a usted o su representante autorizado para brindar la información adicional solicitada.
- Si no está conforme con la decisión de autorización previa adversa del plan, consulte la sección 10.1 *(Acerca del proceso de apelaciones)*.

Para las decisiones de cobertura posteriores a la prestación del servicio o la entrega del artículo, se aplican las siguientes condiciones:

- La decisión del plan se tomará dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de cobertura de parte suya o de su representante autorizado.
- En caso de que usted o su representante autorizado no brinden información suficiente para que NH Healthy Families tome una decisión, el plan les informará a usted o a su representante autorizado dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de la solicitud qué información adicional necesita para tomar su decisión. Usted o su representante autorizado tienen 45 días calendario para proporcionar la información solicitada. Si el plan solicita información adicional específica, el plazo para tomar la decisión se reanuda al recibir tal información.
- En el caso de una decisión adversa, el plan se la notificará a usted o a su representante autorizado por escrito dentro de los 3 días calendario posteriores a la decisión.
- Si no está conforme con la decisión de autorización previa adversa del plan, consulte la sección 10.1 *(Acerca del proceso de apelaciones)*.
- Autoderivación.
    - Puede autoderivarse si tiene algunas afecciones cubiertas. Eso significa que no es necesario que su PCP le recomiende que consulte a un proveedor en particular. Puede elegir ver a algunos proveedores sin consultarlo primero con su PCP. Siempre es buena idea informarle a su PCP si ve a otros proveedores de forma que pueda tener el panorama completo de su salud general. Asegúrese siempre de ver a un proveedor de la red de NH Healthy Families.
- Si no está seguro de si necesita una remisión, comuníquese con su PCP o con Servicios para Miembros para obtener ayuda. Su PCP también puede decirle si un servicio requiere autorización previa.

Para obtener ayuda con su solicitud de servicio, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 6.3 Cómo obtener autorización para servicios fuera de la red

Para obtener información acerca de cómo obtener atención de proveedores fuera de la red, consulte la sección 3.5 *(Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red)*.

Si usted es indio americano o nativo de Alaska de una tribu reconocida por el Gobierno federal u otra persona que se considere elegible para recibir servicios de atención médica para indios, se aplican reglas de cobertura especiales. Puede recibir servicios fuera de la red en un centro de salud para indios sin autorización previa. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 6.4 Admisiones en hospital fuera de la red en caso de emergencia

Las reglas generales de cobertura de atención fuera de la red son distintas para atención de emergencia. Para obtener información sobre cómo obtener atención de hospitales fuera de la red en una emergencia y servicios posteriores a la estabilización, 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 y fuera de la red

Puede elegir cualquier médico, clínica, centro de salud comunitario, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar dentro o fuera de la red. Los servicios de planificación familiar no requieren remisión.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Examen de planificación familiar y tratamiento médico;
- Pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar;
- Métodos de planificación familiar (pastillas anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones o implantes);
- Insumos de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma o tapa);
- Consejería y pruebas para infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH.
- Tratamiento para infecciones de transmisión sexual;
- Esterilización voluntaria. Debe ser mayor de 21 años, ser mentalmente competente y firmar un formulario federal de consentimiento para esterilización. Entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía deben transcurrir entre 30 y 180 días.
- Las histerectomías voluntarias no están cubiertas solo con fines de esterilización. Los servicios deben considerarse médicamente necesarios y un formulario de reconocimiento de esterilización por histerectomía (910) firmado debe ser revisado y firmado por el miembro y el proveedor que presta el servicio antes de que este se realice.

Sección 6.6 Cómo obtener una segunda opinión médica

Los miembros pueden recibir una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado que pertenezca a la red o NH Healthy Families puede coordinar que se la proporcione sin costo un proveedor fuera de la red.

Eso significa que puede consultar a otro médico para conocer su punto de vista. Otra opinión puede ayudarlo a decidir qué tratamiento o servicio son mejores para usted. Dígale a su PCP o llame a Servicios para Miembros si le gustaría tener una segunda opinión.

Una segunda opinión:

- Está cubierta por NH Healthy Families sin costo para usted.
- Está disponible a través de un proveedor de la red.
- Está disponible a través de un proveedor fuera de la red con autorización previa.
- Puede conducir a pruebas adicionales que requieran autorización previa.
- Será revisada por su PCP o especialista, quienes lo ayudarán a decidir el mejor plan de tratamiento.

Capítulo 7. Cómo obtener medicamentos con receta cubiertos

Sección 7.1 Reglas y restricciones a la cobertura de medicamentos

La **Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL)** del plan incluye información sobre las restricciones que se describen antes. Consulte la **Lista de medicamentos preferidos** para saber si se aplica alguna de estas restricciones a un medicamento que usted toma o desea tomar. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com.

Si hay una restricción para su medicamento, esto generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que seguir otros pasos para que cubramos el medicamento. Si hay una restricción para el medicamento que desea tomar, pídale a su médico que envíe una solicitud de autorización previa del plan. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos, siempre que cumpla estas normas básicas:

- Un proveedor de la red de NH Healthy Families (un médico u otro profesional que receta calificado) le extiende la receta.
- El médico que receta (u otro profesional que receta calificado) está inscrito en Medicaid de New Hampshire y en NH Healthy Families.
- Usted surte su receta en una farmacia de la red, a menos que se le permita lo contrario, como se describe en la sección 7.4 *(Surtir sus recetas en farmacias de la red)*.
- Su medicamento está en la Lista de medicamentos preferidos del plan.
- Su medicamento se usará para una razón médicamente aceptada, que esté aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o que cuente con el respaldo de publicaciones reconocidas.
- Si se requiere un copago, usted paga el copago para esa receta. Sin embargo, recuerde que si no puede pagar el copago, eso no le impide surtir la receta. Para obtener más información sobre los copagos, consulte la sección 7.7 *(Copagos de medicamentos con receta)*.

Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a las restricciones a la cobertura de medicamentos cuando le solicitan al plan que permita que usted reciba un medicamento que no está en el formulario del plan. También puede solicitar una excepción cuando el plan le exige que pruebe primero otro medicamento o limite la cantidad o dosis del medicamento que solicita, por ejemplo.

Para surtir la receta, muestre la tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan la parte del costo de su medicamento con receta cubierto que *nos*

corresponde a nosotros. Deberá pagar a la farmacia la parte del costo que *le corresponde a usted* cuando retire su medicamento con receta si ese es el caso. Si no tiene

la tarjeta de membresía del plan cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Restricciones a la cobertura de medicamentos

Para determinados medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la forma más segura y eficaz. Estas reglas también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos y exigen que se use un medicamento de menor costo si funciona igual de bien que uno de mayor costo.

Las restricciones de las reglas de la lista de medicamentos que se describen en esta sección incluyen las siguientes:

- Restringir el acceso a medicamentos genéricos no preferidos cuando se prefiera la versión de marca del medicamento.
- Exigirle que solicite una autorización previa al plan.
- Exigirle que primero pruebe un medicamento diferente, pero similar ("terapia escalonada").
- Imponer límites a la cantidad para medicamentos con receta.

Restringir el acceso a medicamentos de marca no preferidos cuando haya una versión genérica disponible.

Por lo general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y su costo es menor. **Cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca y se ha demostrado que es eficaz para la mayoría de las personas con su afección, las farmacias de la red proporcionarán la versión genérica.** Algunas veces no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Para obtener información sobre la cobertura, consulte la Lista de medicamentos preferidos del plan. Sin embargo, si su proveedor nos indica el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted *Y* escribe "medicamento de marca médicamente necesario" en la receta del medicamento de marca *O* nos indica el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán en su caso, el plan cubrirá el medicamento de marca.

Exigirle que solicite una autorización previa al plan

Algunos medicamentos tienen límites o requieren que NH Healthy Families otorgue permiso antes de que su receta se cubra. Usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan para obtener cobertura para estos medicamentos. Esto se conoce como "autorización previa". La Lista de medicamentos preferidos identifica los medicamentos que requieren autorización previa. Si necesita un medicamento que no aparece en la PDL, su médico puede hacer una solicitud del medicamento por necesidad médica. Se prevé que tales excepciones serán extraordinarias y que los medicamentos de la PDL serán apropiados para tratar la gran mayoría de las afecciones médicas. NH Healthy Families exige lo siguiente:

- Documentación que demuestre la ineficacia de al menos dos agentes de la PDL dentro de la misma clase terapéutica (siempre que existan dos agentes en la categoría terapéutica con indicaciones técnicas similares) para el mismo diagnóstico (p. ej., migraña, dolor neuropático, etc.);

- Documentación que demuestre la intolerancia o contraindicación de al menos dos agentes de la PDL dentro de la misma clase terapéutica (siempre que existan dos agentes en la categoría terapéutica con indicaciones técnicas similares);
- Documentación de la historia clínica o presentación clínica que demuestre que no es candidato para ninguno de los agentes de la PDL indicados.

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado utilizando los criterios establecidos por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T). Si la información clínica proporcionada no cumple con los criterios de cobertura para el medicamento solicitado, les notificaremos a usted y a su médico sobre las alternativas y les brindaremos información sobre el proceso de apelación.

Exigirle que primero pruebe un medicamento diferente, pero similar ("terapia escalonada")

Este requisito exige que usted pruebe un medicamento de menor costo e igualmente eficaz antes de que el plan cubra el medicamento de mayor costo. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A, de costo más bajo. Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces el plan cubrirá el medicamento B, de costo más alto. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina "terapia escalonada". Si un miembro de NH Healthy Families recientemente elegible tiene antecedentes de tomar un medicamento que requiere una autorización previa, está disponible una excepción por continuidad de la atención por hasta 90 días.

Si NH Healthy Families tiene registro de que se probó primero el medicamento requerido, los medicamentos para terapia escalonada se cubren automáticamente. Si NH Healthy Families no tiene registro de que se haya probado el medicamento requerido, se les podrá pedir a usted o a su médico o clínico que proporcionen información adicional. Si NH Healthy Families no concede la autorización previa, les informaremos a usted y a su médico o clínico y les proporcionaremos información sobre el proceso de apelación.

Imponer límites a la cantidad para medicamentos con receta

Para algunos medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos preferidos del plan, el plan limita la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte o repone su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de 30 pastillas por reposición y no más de una reposición cada 30 días. Si intenta reponer la receta antes de tiempo, es posible que el farmacéutico le pida que lo haga más adelante.

La dispensación por encima del límite de cantidad o de edad requiere autorización previa. NH Healthy Families puede limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener por vez. Si el médico o clínico consideran que tiene un motivo médico para obtener una cantidad mayor, pueden solicitar una autorización previa. Si NH Healthy Families no concede la autorización previa, les informaremos a usted y a su médico o clínico y les proporcionaremos información sobre el proceso de apelación. Algunos medicamentos incluidos en la PDL de

NH Healthy Families pueden tener límites de edad. Estos límites se establecen para ciertos medicamentos según las fichas técnicas aprobadas de la FDA y por motivos de seguridad y normas de calidad de la atención. Los límites de edad se alinean con las alertas actuales de la FDA para el uso adecuado de los productos farmacéuticos.

Solicitudes por necesidad médica

Si necesita un medicamento que no aparece en la PDL, su PCP puede solicitar una necesidad médica (MN) para el medicamento. Se prevé que tales excepciones serán extraordinarias y que los medicamentos de la PDL serán apropiados para tratar la gran mayoría de las afecciones médicas. NH Healthy Families exige lo siguiente:

- Documentación que demuestre la ineficacia de al menos dos agentes de la PDL dentro de la misma clase terapéutica (siempre que existan dos agentes en la categoría terapéutica con indicaciones técnicas similares) para el mismo diagnóstico (p. ej., migraña, dolor neuropático, etc.);
- Intolerancia o contraindicación documentada a agentes de la PDL dentro de la misma clase terapéutica (siempre que existan agentes en la categoría terapéutica con indicaciones etiquetadas comparables); o
- Historia clínica documentada o presentación en la que el/la paciente no es candidato/a a ninguno de los agentes de la PDL para la indicación.

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

Si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos preferidos o tiene restricciones, esto es lo que puede hacer:

- Primero hable con su proveedor acerca de sus opciones.
- A veces, es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento. Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiarse a otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
    - En estas situaciones, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para solicitar una excepción o pídale a su farmacéutico que se comunique con el número de teléfono del servicio al cliente de farmacia (que aparece al dorso de su tarjeta de identificación del miembro) para obtener una excepción.
- Puede cambiarse a otro medicamento. Usted o su proveedor pueden solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos cubiertos que tratan su afección (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o le quite las restricciones. Si hay una restricción para su medicamento, generalmente esto significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si existe alguna restricción para el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios para Miembros para saber lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento.

- Puede presentar una apelación o una queja. Consulte el capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja)*.

Límites sobre cuándo puede necesitar cambiar sus recetas cubiertas.

No será necesario que cambie sus medicamentos recetados cubiertos más de una vez por año calendario, excepto cuando:

- Se inscriba por primera vez en Medicaid o cambie de un plan de atención administrada de Medicaid a otro;
- Su proveedor inicie un cambio de medicamento recetado cubierto;
- Un producto biosimilar cubierto esté disponible en el mercado;
- Los Centros de servicios de Medicare y Medicaid, el regulador federal que supervisa la atención administrada de los planes de salud de Medicaid, reconozcan las advertencias o las nuevas pautas clínicas de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA);
- Se retire del mercado un medicamento recetado cubierto porque se determina que no es seguro o por otros motivos; y
- Una receta cubierta no está disponible debido a una falta de suministros.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 7.2 Formulario o lista de medicamentos del plan

El plan tiene una Lista de medicamentos preferidos aprobada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire. Los medicamentos incluidos en esta lista son medicamentos genéricos y de marca cuidadosamente seleccionados con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cubiertos de NH Healthy Families se llama Lista de medicamentos preferidos.

La PDL es una guía de los medicamentos genéricos y de marca disponibles aprobados por la FDA y cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta. La PDL incluye todos los medicamentos disponibles sin autorización previa y los agentes que tienen la restricción de terapia escalonada. La lista de medicamentos con autorización previa incluye aquellos que requieren autorización previa para obtener la cobertura. La PDL se aplica a los medicamentos que recibe en farmacias minoristas.
El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) evalúa continuamente la PDL para promover el uso apropiado y rentable de los medicamentos.

La PDL no tiene como propósito ser una lista exhaustiva de los medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta. Es posible que no estén cubiertas todas las presentaciones y concentraciones de un medicamento. La lista se revisa y se actualiza periódicamente. Las actualizaciones anuales y los cambios importantes en la cobertura de medicamentos, así como las modificaciones en la gestión farmacéutica, se comunican a los proveedores y miembros por una vía directa (p. ej., fax, correo electrónico, correo postal) según sea necesario.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona igual que el medicamento de marca y, a menudo, cuesta menos. Hay disponibles medicamentos genéricos sustitutos para

muchos medicamentos de marca. Si no hay un genérico disponible, puede haber más de un medicamento de marca para tratar una afección. Los medicamentos de marca preferidos que se incluyen en el nivel 2 ayudan a identificar medicamentos de marca que son opciones de tratamiento adecuadas en términos clínicos, seguras y rentables, en caso de que ningún medicamento genérico del formulario sea adecuado para su afección.

Es posible que un medicamento aparezca más de una vez en la lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse restricciones o copagos diferentes de acuerdo con factores como la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento que receta el proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg, una vez por día frente a dos veces por día, comprimidos recubiertos frente a jarabes).

Qué *no* incluye la Lista de medicamentos preferidos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. NH Healthy Families elige qué medicamentos cubrir y la ley de Medicaid prohíbe la cobertura de algunos medicamentos.

Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos preferidos

Para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos preferidos:

- Visite el sitio web del plan www-es.nhhealthyfamilies.com. La Lista de medicamentos preferidos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros para verificar si el medicamento está incluido en la Lista de medicamentos preferidos de NH Healthy Families. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual).
- Llame a Servicios para Miembros y solicite una copia de la Lista de medicamentos preferidos. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual).

Medicamentos de venta libre

El plan también cubre determinados medicamentos de venta libre **cuando tiene receta de su proveedor**. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de venta libre, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

El formulario o la Lista de medicamentos preferidos pueden cambiar durante el año de inscripción

Durante el año de inscripción, el plan puede realizar modificaciones en la Lista de medicamentos preferidos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos preferidos.** Por ejemplo, NH Healthy Families puede agregar medicamentos genéricos o de marca nuevos a medida que están disponibles. NH Healthy Families puede quitar un medicamento de la Lista de medicamentos preferidos porque se ha retirado del mercado o se ha determinado que no es efectivo.

- **Agregar o quitar una restricción de cobertura de un medicamento.** Para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura de medicamentos, consulte la sección 7.3 *(Reglas y restricciones a la cobertura de medicamentos)* en este capítulo.

- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Cómo sabrá si ha cambiado la cobertura de su medicamento

Si el plan cambia la cobertura de un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso

por escrito. Estos son algunos ejemplos de cuándo podrían cambiar sus medicamentos:

- Cuando el fabricante o la FDA, o ambos, **retiran un medicamento del mercado repentinamente** porque se determina que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, el plan retirará de inmediato el medicamento de la lista de medicamentos. Les informaremos a usted y a su proveedor sobre este cambio inmediatamente. Su proveedor trabajará con usted para encontrar otro medicamento que trate su afección.

- Si un **medicamento de marca que usted toma es reemplazado por un medicamento genérico nuevo**, la farmacia automáticamente sustituirá el medicamento de marca por el medicamento genérico. Si el medicamento de marca es médicamente necesario, el profesional que receta debe emitir una nueva receta para el medicamento de marca que diga “médicamente necesario” y enviar una solicitud de autorización previa al plan para su revisión.

Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www-es.nhhealthyfamilies.com o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 7.3 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta no se cubren.

Para obtener medicamentos que el plan no cubre, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos enumerados en esta sección. NH Healthy Families no cubrirá medicamentos en las siguientes situaciones:

- NH Healthy Families no cubrirá medicamentos de la parte D si está inscrito en las partes A, B, C (Medicare Advantage) o D de Medicare.
- Compra el medicamento fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El medicamento se va a utilizar para un uso no indicado y ese uso no cuenta con el respaldo de una publicación reconocida. («Uso no indicado» se refiere a cualquier uso del medicamento que no esté indicado en la etiqueta de ese medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Las publicaciones reconocidas son American Hospital Formulary Service Drug Information,

el Sistema de información DRUGDEX y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

(Para miembros de 21 años de edad o menos, es posible que se aplique una excepción en el caso de recetas de medicamentos para usos no indicados que sean médicamente necesarios).

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

- Medicamentos de naturaleza experimental o en fase de investigación no aprobados por la FDA;
- Medicamentos identificados por la FDA como medicamentos de implementación de estudio sobre la eficacia de medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI) o medicamentos idénticos, relacionados o similares;
- Medicamentos que se usan para mejorar o fomentar la fertilidad;
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado;
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento capilar;
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®;
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiera que las pruebas asociadas y los servicios de vigilancia se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta;
- Artículos que son gratuitos para el público general.

Sección 7.4 Surtir sus recetas en farmacias de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta *solo* se cubrirán si se surten en farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos.

Para surtir su receta, muestre la tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan la parte del costo de su medicamento con receta cubierto que *nos corresponde a nosotros*. Deberá pagar a la farmacia la parte del costo que *le corresponde a usted* (su copago si ese es el caso) cuando retire su medicamento con receta. Para obtener más información sobre los copagos, consulte la sección 7.7 *(Copagos de medicamentos con receta)*.

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan cuando surta su receta, 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 buscar en el Directorio de proveedores visitando nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com o llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

También puede encontrar una farmacia utilizando la función “Encontrar una farmacia” en el Directorio de proveedores de NH Healthy Families.

Si cambia de una farmacia de la red a otra y debe volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que su receta sea transferida a su nueva farmacia de la red.

Le avisaremos si la farmacia que utiliza abandona la red del plan. Si la farmacia a la cual asiste abandona la red del plan, deberá elegir una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia de la red, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o utilizar el Directorio de proveedores. También puede encontrar información en nuestro sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com.

Qué sucede si necesita una farmacia especializada

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada de la red. Las farmacias especializadas incluyen las farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. Estas son otras farmacias especializadas:

- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC, que es generalmente la farmacia que utiliza el centro LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.

Para encontrar una farmacia especializada de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Cuándo puede usar una farmacia fuera de la red

En casos de emergencia, cuando no hay una farmacia de la red disponible, puede comunicarse con los Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) para obtener una excepción y surtir su receta en una farmacia fuera de la red. Es posible que la farmacia deba comunicarse con el teléfono del servicio para farmacias (que aparece al dorso de su tarjeta de membresía) para obtener esta excepción.

Cómo puede obtener un suministro de emergencia de su medicamento

En casos de emergencia, cuando no puede recibir su medicamento porque necesita una autorización previa, su farmacia puede comunicarse con el servicio al cliente de farmacia para obtener una excepción para surtir un suministro de emergencia de 72 horas de su medicamento en la mayoría de los casos. El número de teléfono del servicio al cliente de farmacia se encuentra al dorso de su tarjeta de membresía.

Cómo puede obtener un suministro temporal de su medicamento

En algunas circunstancias, puede obtener un suministro temporal de su medicamento, como cuando sale de vacaciones o pierde un medicamento. En estos casos, comuníquese con el Servicio para Miembros (los números de teléfono

se encuentran en la contraportada de este manual) para solicitar una excepción, o pida a su farmacia

que llame al número de asistencia para farmacias (que se encuentra en el reverso de su tarjeta de membresía) para obtener la excepción. En casos de excepciones por medicamentos perdidos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) para solicitar una excepción o pídale a la farmacia que se comunique con el número de teléfono del servicio al cliente de farmacia (que aparece al dorso de su tarjeta de membresía) para obtener una excepción. Se aplican limitaciones.
NH Healthy Families puede exigir prueba de pérdida en algunas circunstancias, como medicamentos robados, en la forma de una denuncia policial.

Cómo usar los servicios de pedidos por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de forma regular, por una afección médica crónica o prolongada.

Para solicitar información sobre sus medicamentos con receta por correo, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Por lo general, recibirá el pedido de la farmacia de pedidos por correo en no más de 2 días hábiles. Si la entrega de su medicamento no llegará a tiempo para su tratamiento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Servicios para Miembros lo ayudará a obtener su medicamento de otra farmacia.

La farmacia se comunicará con usted cada vez que reponga su medicamento o reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para saber si debe surtir el medicamento y enviarlo inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluidas la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de que lo facturen y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted a fin de informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

Para asegurarse de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) y verifique que la farmacia conozca las mejores formas de comunicarse con usted.

Para excluirse de las entregas automáticas de recetas nuevas que se reciban directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, llame a Servicios para Miembros para comunicarse con el plan.

Es importante que le diga a la farmacia cuáles son las mejores formas de comunicarse con usted.

Sección 7.5 Cobertura de medicamentos en centros

Si es admitido en un hospital u otro centro durante una estadía cubierta por el plan, en general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o del centro, el plan cubrirá los medicamentos siempre que estos cumplan todas las reglas de cobertura que se describen en este capítulo.

Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia de la red que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

Consulte el Directorio de proveedores para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no aparece como parte de nuestra red o necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

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

Evaluación integral de medicamentos

NH Healthy Families reembolsa a los proveedores y farmacias por la realización de una revisión exhaustiva de la medicación (CMR) para los miembros elegibles. Una CMR es una revisión detallada del perfil farmacológico de un miembro para garantizar un uso adecuado de los medicamentos y evitar la duplicación de tratamientos o las interacciones farmacológicas. NH Healthy Families trabaja en colaboración con farmacias y proveedores de la red para ofrecer toda la información necesaria para que este servicio se preste a los miembros a través del modelo de atención primaria y atención centrada en la prevención.

Revisión del consumo de medicamentos

Su PCP, farmacéutico u otro proveedor cualificado puede llevar a cabo una revisión exhaustiva de la medicación para asegurarse de que los miembros reciben una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que toman varios medicamentos y/o tienen más de un proveedor que les receta sus fármacos.

Durante estas revisiones, el proveedor o el farmacéutico buscarán posibles problemas como:

- Posibles errores con medicamentos;
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios debido a que toma otro medicamento para tratar la misma afección médica;
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo;
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarle si se toman al mismo tiempo;
- Recetas que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico/a; y
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

El proveedor abordará y corregirá cualquier posible problema.

Sección 7.7 Copagos de medicamentos con receta

Es posible que se requiera un copago para cada receta

Se le cobrará un copago en la farmacia por sus medicamentos con receta cubiertos a menos que la categoría de la receta esté exenta o usted se encuentre en una de las categorías exentas de miembros, como se describe a continuación (consulte *Miembros que están exentos de copagos*).

Un "copago" es el monto fijo que debe pagar cada vez que surte o repone una receta.
Los montos de copago para medicamentos con receta están sujetos a cambios.

Si desea conocer los montos de copago para medicamentos con receta, consulte la sección 4.2 (*Cuadro de beneficios,* consulte *Medicamentos con receta*).

Cuando se aplican copagos de Medicaid y otros desembolsos directos por servicios cubiertos, incluidos los medicamentos recetados, usted no paga más del cinco por ciento (5 %) de los ingresos de su grupo familiar cada trimestre (enero-marzo, abril-junio, etc.).

Por ejemplo: Si los ingresos de su grupo familiar ascienden a $6,000 cada trimestre:

- el 5 % de eso es $300.
- Una vez que haya pagado $300 de su bolsillo en ese trimestre, no tendrá que pagar nada por los medicamentos recetados hasta el siguiente trimestre.

Lleve un registro de sus recibos. Si considera que alcanzó el límite de ingresos de su grupo familiar para el trimestre, llame al Centro de servicio al cliente de Medicaid de New Hampshire al número gratuito **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del Este.

Miembros que están exentos de copagos

El NH DHHS determina si usted está exento de los copagos por medicamentos

con receta. Usted no tendrá que pagar un copago:

- Si está bajo el límite de ingreso designado (100 % o bajo el nivel de pobreza federal);
- Si tiene menos de 18 años;
- Si está en un centro de enfermería o centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales;
- Si participa en uno de los programas de exención de atención basada en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Care, HCBC);

- Si está embarazada y recibe servicios relacionados con el embarazo o cualquier otra afección médica que pueda complicar el embarazo;
- Si recibe servicios para afecciones relacionadas con el embarazo y surte o repone su receta en un plazo de 12 meses después del mes en que termina su embarazo;
- Si está en el Programa de Cáncer de Mama y Cuello Uterino;
- Si recibe atención en un centro de cuidados paliativos; o
- Si es un indígena estadounidense o nativo de Alaska.

Si considera que podría reunir los requisitos para alguna de estas exenciones y se le cobra un copago, comuníquese gratis con el centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

Capítulo 8. Cómo solicitarnos que paguemos

Sección 8.1 Los proveedores de la red no pueden cobrarle servicios cubiertos

Con excepción de los copagos de medicamentos con receta, los proveedores de la red no pueden facturarle servicios cubiertos. Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas que se describen en este manual.

No permitimos que los proveedores facturen o agreguen cargos adicionales o por separado a los miembros, lo que se denomina "facturación del saldo". (Para ver una definición de "facturación del saldo", consulte la sección 13.2 *[Definiciones de palabras importantes]*). Esta protección (el hecho de que usted nunca paga más de lo que le corresponde de copago) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que dicho proveedor normalmente 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 determinados cargos del proveedor.

Algunas veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, es posible que se dé cuenta de que pagó más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, solo debe pedirle al plan que le devuelva el dinero.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió. Si cree que deberíamos haber pagado parte o la totalidad de dichos servicios, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla o notificarle al proveedor para que le facture al plan.

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

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

- **Recibió atención de emergencia o necesaria de urgencia o medicamentos con receta de un proveedor que no pertenece a la red del plan**

  Debe pedirle al proveedor que le facture al plan. Usted solo es responsable de pagar la parte que le corresponde del costo de la receta surtida en una farmacia minorista.

  Si paga la totalidad o parte del costo al momento de recibir el servicio de atención médica o el medicamento con receta, pídale al plan que le devuelva la parte del costo que le corresponde al plan. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que realice, como un recibo.

  Si recibe una factura de un proveedor que le solicita que pague algo que usted considera que no debe, envíe la factura al plan, junto con la documentación de cualquier pago que

ya haya hecho, como un recibo. Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos a él directamente. Si ya ha pagado más de la parte del costo de la factura que le corresponde a usted, le devolveremos la parte del costo que le corresponde al plan. Si recibió o le facturaron servicios que el plan no cubre, es posible que deba pagar esos costos.

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

- **Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considere que no debe pagar**

  Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan. Sin embargo, en ocasiones, se equivocan y le facturan a usted por error.

  Cuando esto suceda:

  - Envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
  - Si ya pagó la factura, pero considera que pagó más de lo que le correspondía, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía al plan.

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

- **Cuando pague el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan**

  Si no tiene su tarjeta de membresía del plan, solicite a la farmacia que llame al plan o busque su información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita, le puede pedir que usted pague el costo total de la receta. Si paga la receta, guarde el recibo, envíenos una copia y pídanos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde.

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

- **Cuando pague el costo total de una receta en otras situaciones**

  Posiblemente usted tenga que pagar el costo total de la receta porque se dio cuenta de que el medicamento no está cubierto por algún motivo. Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* o podría tener un requisito o una restricción que no se respetó. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, quizá deba pagar el costo total de este. Guarde el recibo, envíenos una copia y pídanos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde.

  En algunas situaciones, podríamos necesitar que su médico nos brinde más información para que le reembolsemos nuestra parte del costo. Si recibió o le facturaron servicios que el plan no cubre, es posible que deba pagar esos costos.

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

Todos los ejemplos mencionados son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión o presentar una queja. Para obtener información sobre cómo

presentar una apelación o una queja, consulte el capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja)*.

Declaración de reconocimiento del miembro

Es posible que un proveedor le cobre a un miembro por un servicio que no es médicamente necesario o que no es un beneficio cubierto, o que el miembro haya excedido los límites del programa por un servicio particular solo si se cumple la siguiente condición:

Antes de que se preste el servicio, el proveedor ha obtenido y guardado una declaración de reconocimiento del miembro por escrito firmada por el miembro en la que se indica que,

Entiendo que, según la opinión de (nombre del proveedor), los servicios o artículos que solicité que me proporcionaran el (fechas del servicio) no están cubiertos por el programa NH Healthy Families Network, ya que no se consideran razonables ni médicamente necesarios para mi atención. Entiendo que NH Healthy Families, a través de su contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, determina la necesidad médica de los servicios o artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable por el pago de los servicios o artículos que solicito y recibo si estos se consideran no razonables ni médicamente necesarios para mi atención.

Para obtener más información sobre los requisitos de facturación de NH Healthy Families, consulte el Manual de facturación del proveedor disponible en el sitio web www-es.nhhealthyfamilies.com.

Sección 8.2 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago junto con la copia de la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le sugerimos que haga una copia de la factura y de los recibos para sus registros.

Envíe las solicitudes de pago a esta dirección:

NH Healthy Families
Attn: Member Services
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si no sabe cuánto debió haber pagado o si recibe una factura que no entiende, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Podemos ayudarlo. También puede llamar al plan si desea proporcionarnos más información sobre una solicitud de pago que ya le envió al plan.

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional sobre usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el servicio de atención médica o el medicamento con receta están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde.
    - Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un reembolso por nuestra parte del costo. Si no está de acuerdo con el monto que le devolvemos, puede presentar una apelación.
    - Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el servicio de atención médica o medicamento con receta *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En cambio, le enviaremos una carta que explicará los motivos por los cuales no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos a apelar dicha decisión.

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o 'acción' del plan, o presentar una queja)*.

Sección 8.4 Reglas de pago que debe recordar

NH Healthy Families cubre todos los servicios de atención médica que son médicamente necesarios, que se incluyen en el Cuadro de beneficios del plan en el capítulo 4 de este manual y que se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que el plan no cubre. Es posible que esos pagos sean necesarios porque el servicio no es un servicio cubierto o se obtuvo fuera de la red y el plan no lo autorizó con anticipación.

En el caso de servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted pagará la suma total por el costo de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Usted puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber qué monto del límite de beneficios ya utilizó. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual).

Si tiene preguntas respecto de si pagaremos la atención o el servicio médico que debe recibir, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a preguntar esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios o medicamentos

con receta, tiene derecho a presentar una queja o apelación de nuestra decisión de no cubrir su atención. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o 'acción' del plan, o presentar una queja)*.

Capítulo 9. Sus derechos y responsabilidades

Sección 9.1 Sus derechos

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

- Tiene derecho a recibir información de forma que pueda entender con facilidad y en un formato accesible que satisfaga 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 a que se reconozcan su dignidad y derecho a la privacidad.
- Tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, que esté presentada de forma adecuada para su afección y capacidad de comprensión.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones en relación con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Tiene derecho a expresar reclamos o presentar apelaciones contra la organización o la atención que brinda, y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que se han tomado.
- Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- Tiene derecho a que no se use ningún tipo de restricción o reclusión como forma de coacción, disciplina, conveniencia o represalias.
- Tiene derecho a ver sus registros médicos, además de solicitar y recibir una copia de ellos sin cargo, como también a solicitar que sus registros médicos se modifiquen o se corrijan.
- Tiene derecho a que los servicios y medicamentos cubiertos estén disponibles y sean accesibles de forma oportuna.
- Tiene derecho a recibir servicios de coordinación de la atención.
- Tiene derecho a la privacidad y protección de su información médica personal.
- Tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.
- Tiene derecho a solicitar y recibir por escrito el plan de incentivos a los proveedores.
- Tiene derecho a obtener ciertos beneficios, como servicios e insumos de planificación familiar, de proveedores no participantes.
- Tiene derecho a participar junto con los médicos en la toma de decisiones sobre su

atención médica.

- Ni el plan ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire pueden tomar ningún tipo de represalia contra usted por ejercer sus derechos.
- Tiene derecho a una segunda opinión. Para obtener más información, consulte la sección 6.6 *(Cómo obtener una segunda opinión médica)*.
- Tiene derecho a saber qué hacer si es tratado de forma injusta o si no se respetan sus derechos. Para obtener más información, consulte la sección 10.7 *(Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo)*.
- Tiene derecho a que se le informe si hay cambios en la ley estatal que puedan afectar su cobertura. El plan le brindará información actualizada al menos 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigor del cambio siempre que sea posible.
- Tiene derecho a planificar la atención con anticipación para sus decisiones de atención médica si así lo desea. Para obtener más información, consulte la sección 9.3 *(Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica)*.
- Tiene derecho a presentar un reclamo si un proveedor no respeta su voluntad expresada en su directiva anticipada. Para obtener más información, consulte la sección 9.3 *(Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica)*.
- Tiene derecho a abandonar nuestro plan en algunas situaciones. Para obtener más información, consulte el capítulo 11 *(Finalizar su inscripción en el plan)*.
- Tiene derecho a tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura del beneficio. En el caso de un servicio de asesoramiento o remisión que no cubrimos por objeciones morales o religiosas, debemos informarle que el servicio no está cubierto y cómo puede obtener información sobre cómo acceder al servicio. NH DHHS puede proporcionar información sobre cómo y dónde acceder a los servicios que NHHF no cubre ni proporciona debido a objeciones morales o religiosas.
- Usted es libre de ejercer sus derechos y el plan debe asegurar que el ejercicio de esos derechos no afecte de forma adversa la forma en que el plan y sus proveedores o el DHHS lo tratan.
- La información que le proporcionemos reflejará los cambios hechos en la ley estatal lo antes posible, pero no más de noventa (90) días calendario después de la fecha de entrada en vigor de dichos cambios.

Sección 9.2 Sus responsabilidades

A continuación, se describen sus obligaciones como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

- Tiene la obligación de proporcionar la información (en la medida de lo posible) que la organización y sus médicos y proveedores necesiten para brindarle

atención.

- Es su responsabilidad seguir los planes y las instrucciones de cuidado que ha acordado con los médicos.

- Tiene la responsabilidad de conocer sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento establecidas de común acuerdo con su proveedor en la mayor medida posible.
- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Utilice este manual para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los capítulos 3 y 4 le proporcionan información detallada sobre sus servicios de atención médica, como lo que cubre el plan, lo que no cubre y las reglas que debe seguir.
    - El capítulo 7 brinda información detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta, incluido lo que es posible que deba pagar.
    - Para contar con la cobertura de NH Healthy Families, debe recibir toda su atención médica de proveedores de la red del plan excepto para lo siguiente:
        - Atención de emergencia;
        - Atención necesaria de urgencia que recibe cuando se encuentra viajando fuera del área de servicio del plan;
        - Servicios de planificación familiar; y
        - Cuando le damos autorización para que reciba atención de un proveedor fuera de la red.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informárselo a NH Healthy Families lo antes posible.** Llame a Servicios para Miembros para comunicarnos esta situación (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

  Debemos seguir las reglas establecidas por Medicaid para asegurarnos de que utiliza toda su cobertura. Eso se denomina “coordinación de beneficios” porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos con receta que recibe de nuestro plan con los demás beneficios médicos y de medicamentos con receta que tenga disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios.
  Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la sección 1.5 *(Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan)*.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía y su tarjeta de Medicaid de New Hampshire siempre que reciba servicios cubiertos, incluidos servicios médicos o de atención médica de otro tipo y medicamentos con receta.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo asistan dándoles información, haciéndoles preguntas y continuando con su atención.**
    - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a darle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus afecciones médicas. Proporcione a sus proveedores la información que necesitan acerca de usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.

- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores de atención médica sepan sobre todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Hable con su PCP acerca de buscar servicios de especialistas antes de ir a uno, excepto en una emergencia.
- Cumpla con las citas, llegue a tiempo y llame antes si va a llegar tarde o debe cancelar la cita.
- Autorice a su PCP a obtener las copias necesarias de todos sus registros médicos de otros proveedores de atención médica.
- Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una forma que usted entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que se le proporciona, vuelva a preguntar.

- **Solicite servicios de interpretación cuando los necesite.** Nuestro plan tiene personal y servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si es elegible para Medicaid de New Hampshire debido a una discapacidad, tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted sin costo. Para obtener más información, consulte la sección 2.13 *(Otra información importante: Formatos alternativos y servicios de interpretación)*.
- **Respete a los otros miembros, el personal del plan y los proveedores.** Para obtener información sobre cuándo es posible que se cancele involuntariamente la inscripción de un miembro por comportamiento amenazador o abusivo, consulte la sección 11.2 *(Cuándo puede cancelarse su inscripción al plan involuntariamente)*.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos, según corresponda:
  - Para medicamentos con receta cubiertos por el plan, debe pagar un copago si corresponde. Sin embargo, si no puede pagar el copago, eso no le impide surtir la receta. Consulte el capítulo 7 *(Cómo obtener medicamentos con receta cubiertos)* para conocer lo que debe pagar por sus medicamentos con receta.
  - Si recibe servicios de atención médica o medicamentos con receta que no cubren ni el plan ni otro seguro que tenga, usted es responsable del costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle cobertura para un servicio de atención médica o medicamento con receta, puede presentar una apelación. 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)*.
- **Infórmele al plan si se muda.** Si va a mudarse o se mudó, es importante que nos avise lo antes posible. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

- **No permita que nadie más use sus tarjetas de membresía de NH Healthy Families o Medicaid de New Hampshire.** Consulte la sección 2.12 *(Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso)*. Avísenos si considera que alguien ha hecho mal uso intencional de sus beneficios de atención médica.

- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos las sugerencias que tenga para mejorar nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 9.3 Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica

Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre la atención médica por su propia cuenta.

A veces, las personas no pueden tomar sus propias decisiones de atención médica. Antes de que le suceda esto, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para otorgarle el derecho a alguien para tomar decisiones médicas en su nombre, y
- Brindarles instrucciones escritas a sus médicos sobre la forma en que usted desea que manejen su atención médica si no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar sus instrucciones se llaman "directivas anticipadas". Estos documentos son una manera de que usted comunique su voluntad a sus familiares, amigos y proveedores de atención médica. Le permiten expresar su voluntad respecto de la atención médica por escrito en caso de que se enferme o se lesione de gravedad.

Hay dos tipos de directivas anticipadas en New Hampshire.

- Testamento en vida: un documento que le dice a su proveedor de atención médica si debe darle tratamiento de soporte vital si está cerca de la muerte o si está permanentemente inconsciente y sin esperanzas de recuperación.

- Poder legal de representación permanente para decisiones de salud: es un documento que le permite nombrar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica (incluidas decisiones acerca de soporte vital), si usted ya no puede hablar por sí mismo. Esta persona es su "agente" de atención médica y también puede hacer cumplir su voluntad expresada en su "testamento vital".

Si desea crear una directiva anticipada:

- Pídale el formulario a su médico o abogado o a una agencia de servicios legales o un trabajador social.
- Complete y firme el formulario. Recuerde que el formulario es un documento legal. Puede pedirle ayuda a un abogado para completarlo.
- Entregue copias a las personas que deban conocerlo, como su médico y la persona que nombre como agente. También es conveniente que entregue copias a amigos cercanos

o familiares.

- Asegúrese de conservar una copia en su casa.

- Si va a ser hospitalizado, lleve una copia al hospital. En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene a mano. Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tendrá formularios disponibles y puede pedir uno si desea firmarlo.

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguieron sus instrucciones, podrá presentar un reclamo ante el defensor del paciente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, quien puede remitirlo a una agencia o un organismo adecuados. Para obtener información de contacto, consulte la sección 2.10 *(Cómo comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS).*

Recuerde que usted es quien elige si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de que haya firmado una directiva anticipada.

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

Como miembro de NH Healthy Families, tiene derecho a presentar una apelación o queja si no está conforme con el plan de alguna forma. Los procesos de apelación y queja tienen un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y el plan deben respetar. Este capítulo explica los dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes.

Son los siguientes:

- **Proceso de apelaciones:** para algunos tipos de problemas, es posible que deba usar el proceso de apelaciones de NH Healthy Families. En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación al plan y agotar el proceso de apelaciones (apelación de primer nivel) antes de solicitar una audiencia imparcial estatal ante la unidad de apelaciones administrativas (Administrative Appeals Unit, AAU) del NH DHHS (apelación de segundo nivel).
- **Proceso de quejas:** para otros tipos de problemas, debe usar el proceso de quejas de NH Healthy Families.

Para obtener ayuda con la apelación o queja, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Hay asistencia lingüística o servicios de interpretación disponibles, así como ayuda para los miembros con necesidades especiales de visión o audición. También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente del NH DHHS llamando al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964),
de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

Sección 10.1 Acerca del proceso de apelaciones

Siempre que NH Healthy Families tome una decisión de cobertura o una medida con la que usted no esté de acuerdo, puede presentar una apelación. Si NH Healthy Families deniega, reduce, suspende o finaliza servicios de atención médica que antes estaban autorizados, el plan debe enviarle un aviso por escrito **al menos 10 días calendario antes de tomar la medida**, excepto en los casos en que la organización de atención administrada haya verificado que la medida debe tomarse debido a un posible fraude por parte del miembro. En ese caso, el aviso previo deberá darse dentro de los cinco (5) días calendario antes de tomar la medida. El aviso por escrito debe explicar el motivo para dicha medida, especificar el fundamento legal que la respalda e incluir información sobre el proceso de apelaciones. Si decide apelar la decisión del plan, es muy importante que revise cuidadosamente el aviso por escrito del plan y siga los plazos del proceso de apelaciones.

Estas son las medidas del plan que puede apelar:

- 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 un servicio de atención médica que usted recibe;

- Una decisión de rechazar una solicitud de un miembro de impugnar una responsabilidad financiera, que incluye costos compartidos, copagos y otras responsabilidades financieras del afiliado. Esto incluye la denegación del pago de un servicio, ya sea total o parcial (excepto cuando el pago de un servicio se deniega únicamente porque la reclamación incluye errores o carece de la documentación necesaria para su pago oportuno); y
- Cuando un miembro no puede acceder a servicios de atención médica de forma oportuna.

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

Existen **dos** niveles de apelación.

Son los siguientes:

- **Apelaciones estándar o aceleradas de primer nivel a través del plan.** En este nivel de apelación, usted le pide a NH Healthy Families que reconsidere su decisión respecto de una medida en particular. Las apelaciones de primer nivel incluyen apelaciones estándar y aceleradas. La excepción a los requisitos de apelación de primer nivel es cuando el plan no cumple con los plazos para proporcionarle un aviso por escrito de forma oportuna respecto de la decisión. Cuando esto sucede, usted tiene derecho a presentar inmediatamente una apelación mediante una audiencia imparcial estatal.

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

- **Apelaciones estándar o aceleradas de segundo nivel mediante una audiencia imparcial estatal.** Antes de presentar una apelación ante la AAU del NH DHHS, debe agotar el primer nivel de apelaciones a través de NH Healthy Families.

  Para obtener más información sobre las apelaciones estándar mediante una audiencia imparcial estatal, consulte la sección 10.4 *(Cómo presentar una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel]*).

  Para obtener más información sobre apelaciones aceleradas mediante una audiencia imparcial estatal, consulte la sección 10.5 *(Cómo presentar una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo [apelación acelerada de segundo nivel]*).

Para obtener ayuda con su apelación, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 10.2 Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de primer nivel)

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

- **Debe presentar su apelación estándar ante NH Healthy Families por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que le envió el plan.**
- En su solicitud de apelación por escrito 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 desea apelar la decisión.
    - Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que esos servicios continúen. Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.
- Envíe su solicitud de apelación al plan

  por escrito a esta dirección:

  NH Healthy Families
  Attn: Grievances and Appeals
  2 Executive Park Drive
  Bedford, NH 03110

  Para apelaciones relacionadas con medicamentos, envíe su solicitud de apelación por escrito a:

  Centene Pharmacy Services
  NH Pharmacy Appeals Department
  P.O. Box 31398
  Tampa, FL 33631-3398
- **Puede nombrar a alguien para que presente una apelación en su nombre, por ejemplo, a su proveedor.** Sin embargo, debe dar permiso por escrito para nombrar a un proveedor o a otra persona para que presenten una apelación en su nombre. Para obtener más información sobre cómo nombrar a otra persona para que lo represente, consulte la sección 2.13 *(Otra información importante: Usted puede nombrar a un representante autorizado o un representante personal)*.
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus**

servicios, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de NH Healthy Families **durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios en su nombre.** Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

Esto es lo que puede esperar después de que presenta su apelación estándar al plan:

- **Después de que presenta una apelación estándar, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** La copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de que el plan tome una decisión.
- NH Healthy Families debe proporcionarle oportunidad razonable para presentar evidencia en persona y por escrito como parte de la apelación.
- **Para una apelación estándar, NH Healthy Families emitirá su decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.** El plan puede demorarse hasta 14 días calendario más si usted solicita la extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide demorarse más días en tomar la decisión, se lo informará por escrito en un plazo de 2 días calendario. Si no está de acuerdo con la extensión del plan, puede presentarle una queja. Para obtener más información, consulte la sección 10.7 *(Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo)*.
- **Si NH Healthy Families revierte la decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios que no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, autorizará los servicios rápidamente. Los servicios se autorizarán tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan revirtió su decisión.**
- Si recibió continuación de los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
    - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
    - Si pierde la apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de los beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.

  Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

- **Si no está conforme con los resultados de la apelación de primer nivel ante NH Healthy Families, puede presentar una apelación de segundo nivel solicitando una audiencia imparcial estatal estándar o acelerada.** Para obtener más información, consulte la sección 10.4 *(Cómo presentar una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel])* y la sección 10.5 *(Cómo presentar una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo [apelación acelerada de segundo nivel])*.

Para obtener ayuda con su apelación, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 10.3 Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de primer nivel)

Si esperar una resolución estándar para su apelación pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted o su proveedor pueden solicitar que NH Healthy Families les otorgue una **resolución acelerada** para su apelación. Esto a veces se llama "pedir una decisión rápida".

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

- **Debe presentar la apelación acelerada ante NH Healthy Families por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que le envió el plan de salud. Cuando se comunique con el plan, recuerde pedir una apelación acelerada.**
- En su solicitud de apelación acelerada oral o escrita 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 el motivo de su solicitud acelerada y por qué desea apelar la decisión.
    - Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que esos servicios continúen. Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.
- Envíe su solicitud de apelación por

  escrito a la siguiente dirección:

  NH Healthy Families
  Attn: Grievances and Appeals
  2 Executive Park Drive
  Bedford, NH 03110

  Para apelaciones relacionadas con medicamentos, envíe su

  solicitud de apelación por escrito a: Centene Pharmacy Services
  NH Pharmacy Appeals Department
  P.O. Box 31398
  Tampa, FL 33631-3398

- **Puede nombrar a alguien para que presente una apelación en su nombre, por ejemplo, a su proveedor.** Sin embargo, debe dar permiso por escrito para nombrar a un proveedor o a otra persona para que presenten una apelación en su nombre. El plan no necesita permiso por escrito si su proveedor solicita la apelación acelerada de primer nivel en su nombre. Para obtener más información sobre

cómo nombrar a otra persona para que lo represente, consulte la sección 2.13 *(Otra información importante: Usted puede nombrar a un representante autorizado o un representante personal)*.

- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus servicios, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de NH Healthy Families durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios en su nombre.**

Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

Esto es lo que puede esperar después de que presenta su apelación acelerada al plan:

- **Después de que presenta una apelación acelerada, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** La copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de que el plan tome una decisión.
- Si NH Healthy Families acepta su solicitud de una apelación acelerada, debe proporcionarle oportunidad razonable para presentar evidencia en persona y por escrito como parte de la apelación. Tenga en cuenta que es posible que le sea difícil hacerlo en el caso de una decisión de apelación "rápida" acelerada.
- **Para apelaciones aceleradas, NH Healthy Families debe resolver su solicitud tan rápido como lo requiera su afección médica, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan recibe su solicitud.** El plan puede demorarse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide demorarse más días en tomar la decisión, intentará informarle sobre el retraso con un aviso oral rápido y, luego, por escrito en un plazo de 2 días calendario. Si no está de acuerdo con la extensión del plan, puede presentarle una queja. Para obtener más información, consulte la sección 10.7 *(Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo)*.
- Si NH Healthy Families **acepta** su solicitud de apelación acelerada, el plan emitirá su decisión por escrito tan rápido como lo requiera su afección médica, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan recibe su solicitud.
- Si NH Healthy Families **rechaza** su solicitud de apelación acelerada, el plan debe hacer todos los esfuerzos razonables para informarle sobre el rechazo con un aviso oral rápido y, luego, por escrito en un plazo de 2 días calendario.
- **Tiene derecho a presentar una queja ante NH Healthy Families si el plan rechaza su solicitud de apelación acelerada.** Si el plan rechaza su solicitud de apelación acelerada, NH Healthy Families tratará su apelación como una apelación estándar.
- **Si NH Healthy Families revierte la decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios que no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, autorizará los servicios rápidamente. Los servicios se autorizarán tan rápido como**

su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan revirtió su decisión.

- Si recibió continuación de los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
    - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
    - Si pierde la apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de los beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.
- **Si no está conforme con los resultados de la apelación de primer nivel ante NH Healthy Families, puede presentar una apelación de segundo nivel solicitando una audiencia imparcial estatal estándar o acelerada.** Para obtener más información, consulte la sección 10.4 *(Cómo presentar una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel])* y la sección 10.5 *(Cómo presentar una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo [apelación acelerada de segundo nivel])*.

Para obtener ayuda con su apelación, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 10.4 Cómo presentar una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel)

Si no está conforme con los resultados de su apelación de primer nivel a través NH Healthy Families, puede presentar una apelación de segundo nivel solicitando una audiencia imparcial estatal ante la AAU del NH DHHS.

Para presentar una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal (apelación de segundo nivel):

- **Debe solicitar una audiencia imparcial estatal estándar <u>por escrito</u> en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión por escrito del plan.** En la mayoría de las situaciones, usted no puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin pasar primero por los procesos de apelación estándar o acelerada (apelación de primer nivel) del plan que se describen arriba. Para saber cuándo no es necesario que agote el proceso de apelaciones del plan antes de solicitar una audiencia imparcial estatal, consulte la sección 10.1 *(Acerca del proceso de apelaciones)*.
- En su solicitud de audiencia imparcial estatal estándar por escrito 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 desea apelar la decisión.
- Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que esos servicios continúen. Debe comunicarse con el plan para solicitar la continuación de los beneficios. Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

- Describa cualquier requisito especial que necesitará para la audiencia (p. ej., accesibilidad para personas discapacitadas, servicios de interpretación).

- Envíe su solicitud de audiencia imparcial

  estatal por escrito a la siguiente dirección:

  Administrative Appeals Unit
  NH Department of Health and Human Services
  105 Pleasant Street, Room 121C
  Concord, NH 03301
  Fax: 603-271-8422

- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus servicios, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de NH Healthy Families durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios en su nombre.** Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

Esto es lo que puede esperar después de que presenta su apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal:

- **Después de que presenta una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** La copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión de la audiencia imparcial estatal.
- **Para una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal, la AAU debe resolver la solicitud tan rápido como lo requiera su afección médica, pero no más de 90 días después de la fecha en que presentó su apelación de primer nivel ante el plan (sin incluir la cantidad de días que demoró en presentar su solicitud de audiencia imparcial estatal).**
- La AAU le hará saber cuándo se realizará la audiencia. Por lo general, las audiencias se realizan en la AAU en Concord o en la oficina de distrito del NH DHHS de su localidad.
- Un funcionario de audiencias de la AAU llevará adelante la audiencia.
- Usted puede llevar testigos, presentar testimonio y evidencia en persona y por escrito y hacerles preguntas a otros testigos en su audiencia imparcial estatal.
- **Si la AAU revierte la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar beneficios que estaban autorizados que no se brindaron mientras estaba pendiente la apelación de primer nivel o mediante una audiencia imparcial estatal, el plan autorizará los servicios tan rápido como lo requiera su afección médica, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan recibe el aviso de que la AAU revirtió la decisión del plan.**

- Si recibió continuación de los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
    - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
    - Si pierde la apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de los beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.

Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

Para obtener más información, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, opción 1, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4 p.m., hora del Este. También puede comunicarse con el centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

Sección 10.5 Cómo presentar una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de segundo nivel)

Si no está conforme con los resultados de su apelación de primer nivel a través NH Healthy Families Y cualquier retraso en los servicios podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede presentar una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal ante la AAU del NH DHHS.

Para presentar una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal (apelación de segundo nivel):

- **Es importante que solicite una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal por escrito inmediatamente después de recibir la decisión por escrito del plan. Si su apelación es para continuar los beneficios para servicios que ya estaban autorizados, también debe solicitar la continuación de los beneficios al mismo tiempo que presenta su apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal.** Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

  En la mayoría de las situaciones, usted no puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin pasar primero por los procesos de apelación estándar o acelerada (apelación de primer nivel) del plan que se describen arriba. Para saber cuándo no es necesario que agote el proceso de apelaciones del plan antes de solicitar una audiencia imparcial estatal, consulte la sección 10.1 *(Acerca del proceso de apelaciones)*.

- En su solicitud de audiencia imparcial estatal acelerada por escrito 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.
  - **Especifique que desea una audiencia imparcial estatal acelerada.**
  - **Explique de qué forma cualquier retraso en los servicios podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para**

alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

- Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los beneficios que ya estaban autorizados, indique si desea que esos beneficios

continúen. Debe comunicarse con el plan para solicitar la continuación de los beneficios. Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

- Describa cualquier requisito especial que necesitará para la audiencia (p. ej., accesibilidad para personas discapacitadas, servicios de interpretación).

- Envíe su solicitud de audiencia imparcial

  estatal por escrito a la siguiente dirección:

  Administrative Appeals Unit
  NH Department of Health and Human Services
  105 Pleasant Street, Room 121C
  Concord, NH 03301
  Fax: 603-271-8422

- **Puede nombrar a alguien para que presente una apelación en su nombre, por ejemplo, a su proveedor.** Sin embargo, debe dar permiso por escrito para nombrar a un proveedor o a otra persona para que presenten una apelación en su nombre. Para obtener más información sobre cómo nombrar a otra persona para que lo represente, consulte la sección 2.13 *(Otra información importante: Usted puede nombrar a un representante autorizado o un representante personal)*.
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus servicios, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de NH Healthy Families durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios en su nombre.** Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

Esto es lo que puede esperar después de que presenta su apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal:

- **Después de que presenta una apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** La copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión de la audiencia imparcial estatal.
- Si la AAU **acepta** su solicitud de apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal, emitirá su decisión por escrito tan rápido como lo requiera su afección médica, pero no más de 3 días hábiles después de que la AAU reciba el expediente del caso del plan y cualquier información adicional para su apelación.
- Si la AAU **rechaza** su solicitud de apelación acelerada mediante una audiencia imparcial estatal, la AAU hará todo lo posible por informarle sobre el rechazo con un aviso oral rápido y proporcionarle un aviso por escrito. Si su solicitud acelerada es denegada, su apelación se manejará como una apelación estándar mediante una audiencia imparcial

estatal, como se describe en la sección 10.4 *(Cómo presentar una apelación estándar mediante una audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel]*).

- La AAU le hará saber cuándo se realizará la audiencia. Por lo general, las audiencias se realizan en la AAU en Concord o en la oficina de distrito del NH DHHS de su localidad.

- Un funcionario de audiencias de la AAU llevará adelante la audiencia.
- Usted puede llevar testigos, presentar testimonio y evidencia en persona y por escrito y hacerles preguntas a otros testigos en su audiencia imparcial estatal.
- **Si la AAU revierte la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar beneficios que estaban autorizados que no se brindaron mientras estaba pendiente la apelación de primer nivel o mediante una audiencia imparcial estatal, el plan autorizará los servicios tan rápido como lo requiera su afección médica, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan recibe el aviso de que la AAU revirtió la decisión del plan.**
- Si recibió continuación de los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
    - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
    - Si pierde la apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de los beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.

  Para obtener más información, consulte la sección 10.6 *(Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después)*.

Para obtener más información, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, opción 1, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4 p.m., hora del Este. También puede comunicarse con el centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

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

Como se describe en secciones anteriores de este capítulo, si usted apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar beneficios que ya estaban autorizados, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de NH Healthy Families mientras está pendiente el resultado de una o ambas apelaciones de primer y segundo nivel. **Aunque puede nombrar a una persona para que presente una apelación en su nombre, su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.**

- **El plan debe continuar los beneficios cuando usted lo solicite en los siguientes casos:**

Para apelaciones estándar y aceleradas (apelaciones de primer nivel)	Para apelaciones estándar y aceleradas mediante una audiencia imparcial estatal (apelaciones de segundo nivel)
○ **En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que recibe el aviso de acción del plan o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción del plan, usted presenta su apelación de primer nivel de forma oral o escrita Y solicita la continuación de los beneficios mientras esté pendiente el resultado de su apelación de primer nivel, realizada en forma oral o escrita.** ○ La apelación implica la cancelación, suspensión o reducción de un plan de tratamiento que antes estaba autorizado. ○ Un proveedor autorizado indicó el servicio. ○ El período de la autorización original del servicio aún no ha vencido.	○ **En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que recibe el aviso de la apelación de primer nivel de acción del plan o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción del plan, usted presenta su apelación de segundo nivel de por escrito Y solicita la continuación de los beneficios pendiente del resultado de una o ambas apelaciones de primer y/o segundo nivel, en forma oral o escrita.** Si no solicitó la continuación de los beneficios durante su apelación de primer nivel a través del plan, también se aplican las siguientes condiciones: ○ La apelación implica la cancelación, suspensión o reducción de un plan de tratamiento que antes estaba autorizado. ○ Un proveedor autorizado indicó el servicio. ○ El período de la autorización original del servicio aún no ha vencido.

Para solicitar la continuación de los beneficios cuando se cumplan las

condiciones anteriores, comuníquese a la siguiente dirección:

NH Healthy Families
Attn: Grievances and Appeals
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110

Para apelaciones relacionadas con medicamentos, comuníquese con:
Centene Pharmacy Services
NH Pharmacy Appeals Department
P.O. Box 31398
Tampa, FL 33631-3398

- **Si, por su solicitud, el plan continúa o restablece sus beneficios mientras la apelación está pendiente, dichos beneficios deben continuar hasta que suceda <u>una</u> de las siguientes situaciones:**

Para apelaciones estándar y aceleradas (apelaciones de primer nivel)	Para apelaciones estándar y aceleradas mediante una audiencia imparcial estatal (apelaciones de segundo nivel)
o Usted retira su apelación al plan por escrito. o La decisión de la apelación de primer nivel del plan tiene como resultado una decisión desfavorable para usted. o Usted no solicita una audiencia imparcial estatal Y 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 su apelación de primer nivel.	o Usted retira su solicitud de apelación mediante audiencia imparcial estatal por escrito. o Usted no solicita una apelación mediante audiencia imparcial estatal Y 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 su apelación de primer nivel. o La decisión de la apelación mediante una audiencia imparcial estatal tiene como resultado una decisión desfavorable para usted.

- Si pierde su apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.

Para obtener ayuda con su apelación de primer y segundo nivel y la continuación de los beneficios, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente del NH DHHS llamando al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

Para obtener ayuda con su apelación de segundo nivel y la continuación de los beneficios, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, extensión 14292, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este. También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente del NH DHHS llamando al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

Sección 10.7 Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo

Una queja es el proceso que los miembros utilizan para expresar su disconformidad al plan sobre cualquier asunto que no sea una medida del plan, como se describe en la sección 10.1 *(Acerca del proceso de apelaciones)*. Puede presentar una queja en cualquier momento.

Estas son algunas clases de quejas:

- Disconformidad con la calidad de la atención o los servicios que recibe;

- Disconformidad con la forma como lo trataron el plan o los proveedores de la red;
- Si considera que NH Healthy Families o los proveedores de la red no respetamos sus derechos;
- Si impugna una extensión de tiempo propuesta por el plan para tomar una

decisión de autorización. Para presentar una queja:

- Comuníquese por teléfono o por escrito con NH Healthy Families. Es preferible que se comunique por escrito (recuerde conservar una copia para sus registros).

- Puede nombrar a alguien para que presente una queja en su nombre, por ejemplo, a su proveedor. Sin embargo, debe dar permiso por escrito para nombrar a un proveedor o a otra persona para que presenten una queja en su nombre. Para obtener más información sobre cómo nombrar a otra persona para que lo represente, consulte la sección 2.13 *(Otra información importante: Usted puede nombrar a un representante autorizado o un representante personal)*.

Esto es lo que puede esperar después de que presenta una queja:

- **NH Healthy Families responderá a su queja tan rápido como lo requiera su afección médica, pero no más de 45 días calendario después de la fecha en que el plan la reciba.** El plan puede demorarse hasta 14 días calendario más si usted solicita la extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide demorarse más días en tomar la decisión, se lo informará por escrito en un plazo de 2 días calendario. Para quejas sobre asuntos clínicos, el plan responderá por escrito. Para quejas no relacionadas con asuntos clínicos, el plan responderá de forma oral o escrita.
- Usted no tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal una vez dictada la resolución de la queja. Sin embargo, tiene derecho a hacer oír sus inquietudes ante el NH DHHS si no está conforme con cómo se resolvió la queja. Comuníquese con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

Para obtener ayuda con su queja, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Este capítulo fue preparado por el NH DHHS con adaptaciones de Conozca sus derechos: Planes médicos de atención administrada de Medicaid de New Hampshire – Su derecho a apelar o presentar una queja (Know Your Rights: New Hampshire Medicaid Managed Care Health Plans – Your Right to Appeal or File a Grievance) del Centro de Derechos de Discapacidad de NH (Disability Rights Center – NH) (www.drcnh.org), versión del 10 de mayo de 2016.

Capítulo 11. Finalizar su inscripción en el plan

Sección 11.1 Solamente existen ciertos momentos en que puede finalizar voluntariamente su inscripción en el plan

Los siguientes son los momentos en los que puede finalizar de manera voluntaria su inscripción en el plan:

- Cuando ya no califica para Medicaid de New Hampshire.
- Si decide cambiar a otro plan durante el **período de inscripción abierta anual**:
    - **¿Cuándo es el período de inscripción abierta anual?** El período de inscripción abierta anual se describe en el aviso de inscripción abierta que le envía cada año el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (New Hampshire Department of Health and Human Services, NH DHHS). En el aviso, se proporcionarán instrucciones sobre cuándo y cómo cambiar de plan de salud si elige hacerlo, lo que incluye información sobre cuándo termina su afiliación al plan actual.
    - Para obtener información sobre transiciones de la atención entre planes, consulte la sección 5.3 *(Continuidad de la atención y transiciones)*.
- En ciertas situaciones, usted también podría ser elegible para retirarse del plan en otros períodos del año con causa. Estas situaciones incluyen las siguientes:
    - Si se muda fuera del estado.
    - Necesita servicios relacionados que sean realizados al mismo tiempo y no todos esos servicios están disponibles en nuestra red y recibir los servicios de manera separada le pondría en un riesgo innecesario.
    - Por otros motivos, como mala calidad de la atención, falta de acceso a servicios cubiertos por Medicaid de NH, vulneración de sus derechos o falta de acceso a proveedores de la red que haya experimentado al manejar sus necesidades.

  Cuando usted solicita la cancelación de la afiliación a su plan por uno de los motivos anteriores (excepto cuando se muda fuera del estado), debe presentar primero una queja ante el plan para solicitar una decisión sobre su queja. Si no está satisfecho con la respuesta del plan y todavía quiere solicitar la cancelación de la afiliación, puede llamar al NH DHHS para saber si es elegible para cancelar su afiliación al plan.
- Es posible que también sea elegible en otros momentos del año para abandonar el plan sin causa, que incluyen:

- Una vez durante los 90 días calendario posteriores a la fecha de su elegibilidad inicial para Medicaid.
- Durante los primeros doce (12) meses de inscripción para miembros autoasignados al plan y que tienen una relación establecida con un PCP que solo están en la red de un plan de salud no asignado.

- Durante la inscripción abierta relacionada con nuevos contratos del NH DHSS para planes de atención administrada de Medicaid de New Hampshire.
- Por 60 días calendario después de una reinscripción automática si la pérdida temporal de Medicaid provocó que perdiera el período de inscripción abierta anual. (Esto no se aplica a nuevas solicitudes para Medicaid de New Hampshire).

- Cuando el NH DHHS otorga a los miembros el derecho de cancelar su inscripción sin causa y notifica a los miembros afectados sobre su derecho a cancelar su inscripción en el plan.
- Cuando su plan elige no proporcionar un servicio que necesita debido a razones morales o religiosas.
- Cuando se cancela la inscripción en el plan de los miembros involuntariamente como se describe en la siguiente sección.

Para solicitar la cancelación de la inscripción en el plan, comuníquese por teléfono o por escrito con el NH DHHS. Comuníquese con el centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

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

Sección 11.2 Cuándo puede cancelarse su inscripción en el plan involuntariamente

En algunas circunstancias, se puede cancelar involuntariamente la inscripción de un miembro en el plan, por ejemplo:

- Cuando un miembro ya no es elegible para Medicaid de New Hampshire según lo establece el NH DHHS.
- Cuando un miembro no es elegible para la inscripción en el plan según lo establece el NH DHHS.
- Cuando un miembro tiene residencia establecida fuera del estado.
- Cuando un miembro utiliza su tarjeta de membresía del plan de forma fraudulenta.
- Cuando un miembro fallece.
- De conformidad con las condiciones del contrato del plan con el NH DHHS, el plan puede solicitar la cancelación de la inscripción de un miembro en el caso de comportamiento amenazador o abusivo del miembro que ponga en peligro la salud o la seguridad de otros miembros, el personal o los proveedores del plan. Si el plan hace una solicitud de ese tipo, NH DHHS estará involucrado en la revisión y aprobación de dicha solicitud.

NH Healthy Families no puede pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

Si considera que le solicitan que abandone el plan debido a un motivo de salud, comuníquese con el centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este.

Capítulo 12. Avisos legales

Muchas leyes se aplican a este manual y algunas disposiciones adicionales pueden aplicarse porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus beneficios, derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

***LÉALO DETENIDAMENTE*.**

Fecha de entrada en vigencia: 5/2/24

For help to translate or understand this, please call 1-866-769-3085.
Hearing impaired TTY 1-855-742-0123.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor, llame al teléfono. 1-866-769-3085 (TTY 1-855-742-0123).

Obligaciones de las entidades cubiertas:

NH Healthy Families es una entidad cubierta, como se define y regula en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Por ley, NH Healthy Families debe mantener la privacidad de su información médica protegida (protected health information, PHI), proporcionarle este aviso de obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respetar los términos que están actualmente en vigor y notificarle en caso de que haya una violación de su PHI desprotegida.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos a acceder, modificar y administrar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este aviso sólo se harán con su autorización por escrito.

NH Healthy Families se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia el aviso revisado o modificado para su PHI que ya tenemos, además de cualquier PHI que recibamos en el futuro. NH Healthy Families revisará y distribuirá sin demora este Aviso siempre que se produzca un cambio sustancial en lo siguiente:

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso

Publicaremos todos los avisos revisados en nuestro sitio web y a través de notificaciones en boletines informativos.

Protecciones internas de la información oral, escrita y electrónica (PHI):

NH Healthy Families protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de sus datos sobre raza, etnia e idioma (REL) y orientación sexual e identidad de género (SOGI). Tenemos procesos de privacidad y seguridad para ayudar.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI.

- Capacitamos a nuestro personal para que respete nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que respeten los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Sólo hablamos de su PHI por motivos profesionales con las personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o guardamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para impedir que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Otros usos y divulgaciones permitidos de la PHI:

La siguiente es una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin permiso o autorización:

- ***Tratamiento***: podremos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le preste tratamiento para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones sobre autorizaciones previas relacionadas con sus beneficios.

- ***Pago***: podremos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podremos divulgar su PHI a otro plan de salud, otro proveedor de atención médica o a cualquier entidad sujeto a las Reglas de privacidad federales para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir la tramitación de reclamaciones, la determinación de la elegibilidad o cobertura de las reclamaciones y la revisión de los servicios para comprobar su necesidad médica.

- ***Operaciones de atención médica***: podremos usar y divulgar su PHI para realizar operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir la prestación de servicios de atención al cliente, la respuesta a reclamaciones y apelaciones, y la gestión y coordinación de la atención médica.

  En nuestras operaciones de atención médica, podremos divulgar PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con esos socios. Podremos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Reglas de privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted respecto a operaciones de atención médica. Estas incluyen las siguientes:

  - Actividades de evaluación y mejora de la calidad;
  - Revisión de la competencia o las calificaciones de profesionales de la salud;
  - Administración de casos y coordinación de la atención;

- Detección y prevención de fraude y abuso en la atención médica;

Su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y las leyes del plan de salud. Esto significa que la información que proporcione es privada y está protegida. Sólo podemos compartir esta información con proveedores de atención médica. No se compartirá con terceros sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y servicios.

Esta información nos ayuda a:

- Comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- Conocer el idioma en el que prefiere recibir atención médica.
- Proporcionar información sobre atención médica para satisfacer sus necesidades asistenciales.
- Ofrecer programas que le ayuden a mantenerse lo más saludable posible.

Esta información no se utiliza con fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

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

Otras divulgaciones permitidas o requeridas de su PHI:

- ***Actividades de recaudación de fondos***: podremos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación de caridad o entidad similar para ayudar con sus actividades financieras. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de optar por no recibir, o dejar de recibir, dichas comunicaciones en el futuro.

- ***Fines de suscripción***: podremos utilizar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como para decidir sobre una solicitud o petición de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.

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

- ***Según lo exija la ley***: Si las leyes federales, estatales y/o locales exigen un uso o divulgación de su PHI, podremos utilizar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de la misma. Si dos o más leyes o normativas que regulan el mismo uso o divulgación entran en conflicto,

cumpliremos con las leyes o normativas más restrictivas.

- ***Actividades de salud pública***: podremos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podremos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para asegurar la calidad, seguridad o eficacia de productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.

- ***Víctimas de abuso y negligencia***: Podremos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley a recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.

- ***Procesos judiciales y administrativos***: Podremos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También podemos vernos obligados a divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otras solicitudes similares.

- ***Cumplimiento de la ley***: Podremos divulgar su PHI pertinente a las fuerzas y cuerpos de seguridad cuando sea necesario para responder a un delito.

- ***Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios***: podremos divulgar su PHI a un médico forense o un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de una muerte. También podremos divulgar su PHI a directores funerarios, según sea necesario, para que realicen sus tareas.

- ***Donación de órganos, ojos y tejidos***: podremos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podremos divulgar su PHI a quienes trabajan en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.

- ***Amenazas a la salud y la seguridad***: podremos usar o divulgar su PHI si consideramos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

- ***Funciones gubernamentales especializadas***: si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podremos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar. También podremos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados por motivos de seguridad nacional, actividades de inteligencia, al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica, para la protección del Presidente y otras personas autorizadas según lo exija la ley.

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

- ***Situaciones de emergencia:*** podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia o, si está incapacitado o no está presente, a un familiar, un amigo personal cercano, una agencia autorizada de alivio de desastres o cualquier otra persona que usted identifique

previamente. Usaremos el juicio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la

divulgación es lo mejor para usted, solo divulgaremos PHI directamente relevante para la persona que participe en su atención.

- ***Reclusos***: Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un agente de la ley, podremos divulgar su PHI a la institución correccional o al agente de la ley, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad y protección de la institución correccional.

- ***Investigación***: en ciertas circunstancias, podremos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y existan determinadas protecciones implementadas para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.

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

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

- ***Venta de PHI:*** solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer una divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibiremos compensación por divulgarla de esta forma.

- ***Marketing***: Solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de marketing con excepciones limitadas, como cuando mantenemos comunicaciones de marketing cara a cara con usted o cuando le proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.

- ***Notas de psicoterapia***: solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar notas de psicoterapia que tengamos sobre usted en un archivo con excepciones limitadas, como para determinados tratamientos, operaciones de pago u operaciones de atención médica.

Tiene derecho a revocar su autorización, por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI basándonos en dicha autorización inicial.

Derechos individuales

A continuación, se indican los derechos que tiene en relación con su PHI. Si desea hacer uso de alguno de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

- ***Derecho a solicitar restricciones***: tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, así como divulgaciones a personas involucradas en su atención o en el pago de la misma, como miembros de su familia o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y establecer a quién se aplica la restricción. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aceptamos, acataremos su petición a menos que la información se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo,

restringiremos el uso o la divulgación de PHI para operaciones de pago o atención médica a un plan médico cuando usted haya pagado la totalidad del servicio o artículo de su bolsillo.

- ***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales***: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto a su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho sólo se aplica si la información puede ponerle en peligro si no se comunica por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted desea. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerle en peligro si no se cambia el medio de comunicación o el lugar. Debemos atender su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar donde debe entregarse su PHI.

- ***Derecho a acceder y recibir una copia de su PHI***: tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver y obtener copias de su PHI que se encuentre en un expediente designado. Puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no sea práctico hacerlo. Debe presentar una solicitud por escrito para tener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito y le indicaremos si los motivos del rechazo pueden ser revisados. También le indicaremos cómo solicitar dicha revisión o si no es posible revisar el rechazo.

- ***Derecho a modificar su PHI****:* tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Debe presentar su solicitud por escrito y debe explicar por qué la información debe modificarse. Podremos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no creamos la información que desea modificar y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todo lo posible por informar a otras personas, incluso personas que usted nombre, acerca de la modificación y por incluir los cambios en futuras divulgaciones de esa información.

- ***Derecho a recibir un informe de divulgaciones***: tiene derecho a recibir una lista de las instancias, dentro de los últimos 6 años, en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a divulgaciones con fines de tratamiento, operaciones de pago y atención médica, o aquellas que usted autorizó, y otras actividades determinadas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas al momento de la solicitud.

- ***Derecho a presentar una queja***: si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras prácticas de privacidad, puede presentar una queja por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece al final de este aviso.

También puede presentar una queja ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al **1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)** o visitando hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR PRESENTAR UNA QUEJA.

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

Información de contacto

Preguntas sobre este aviso: Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece a continuación.

NH Healthy Families
Attn: Privacy Official
2 Executive Park
Drive Bedford, NH
03110
1-866-769-3085
(TDD/TTY 1-855-742-0123)

Statement of Non-Discrimination

NH Healthy Families complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), mental or physical disability, marital status, genetic information, source of payment, creed, religion or ancestry. NH Healthy Families does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), mental or physical disability, marital status, genetic information, source of payment, creed, religion or ancestry.

NH Healthy Families:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages
  - If you need these services, contact NH Healthy Families at 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

If you believe that NH Healthy Families has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), mental or physical disability, marital status, genetic information, source of payment, creed, religion or ancestry, you can file a grievance with:

- **1557 Coordinator**,
- **PO Box 31384, Tampa, FL 33631,**
- **1-855-577-8234,**
- **TTY: 711**,
- **FAX: 866-388-1769,**
- **EMAIL: SM_Section1557Coord@centene.com.**

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our **1557 Coordinator** is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

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

Complaint forms are available at https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

This notice is available at NH Healthy Families website:
https://www.nhhealthyfamilies.com/members/medicaid/resources/non-discrimination-notice.html.

Language and Alternative Formats

English:
If you or someone you are helping have questions about NH Healthy Families, you have the right to get help and information in your language at no cost. This includes language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats. To obtain this, or to speak with an interpreter, please call Member Services at 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Español (Spanish):
Si usted o alguien a quien ayuda tiene preguntas sobre NH Healthy Families, tiene derecho a recibir asistencia e información en su idioma sin costo alguno. Esto incluye servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, letra más grande, traducción oral y otros formatos alternativos. Para solicitarlo o hablar con un intérprete, llame al Servicio para miembros al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Français (French):
Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'NH Healthy Families, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Cela comprend les services d'assistance linguistique, les aides auxiliaires et les services, les caractères plus grands, la traduction orale et d'autres formats alternatifs. Pour obtenir ces services ou pour parler à un interprète, veuillez appeler les services aux membres au 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

中文 (Chinese):
如果您或您的帮助对象对 NH Healthy Families 有疑问，您有权免费获得以您所用语言提供的帮助和信息，其中包括语言协助服务、辅助工具和服务、大字体、口译及其他替代格式。如需获得这些服务或与口译员交谈，请拨打 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123) 联系会员服务部。

नेपाली (Nepali):
यदि तपाईं वा तपाईंले सहयोग गरिरहनुभएको कसैलाई NH Healthy Families सम्बन्धी कुनै प्रश्न भएमा, तपाईंलाई निःशुल्क रूपमा आफ्नै भाषामा सहायता तथा जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यसमा भाषा सहायता सेवाहरू, सहायक साधन तथा सेवाहरू, ठूलो फन्ट, मौखिक अनुवाद, र अन्य वैकल्पिक ढाँचाहरू समावेश छन्। यी सेवाहरू प्राप्त गर्न वा दोभाषेसँग कुरा गर्न, कृपया सदस्य सेवामा 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123) मा कल गर्नुहोस्।

Tiếng Việt (Vietnamese):
Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về NH Healthy Families, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Điều này bao gồm cả các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, các dịch vụ và hỗ trợ cho người khuyết tật, phông chữ lớn, thông dịch, và các định dạng thay thế khác. Để được hỗ trợ, hoặc nói chuyện với một thông dịch viên, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Português (Portuguese):
Se você ou alguém que você está ajudando tiver dúvidas sobre o NH Healthy Families, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, sem nenhum custo. Isso inclui serviços de assistência linguística, auxílios e serviços auxiliares, fontes maiores, tradução oral e outros formatos alternativos. Para obtê-lo ou para falar com um intérprete, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Associado pelo telefone 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Ελληνικά (Greek):
Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις σχετικά με τις NH Healthy Families (Υγιείς Οικογένειες του Νιού Χάμσαϊρ), έχετε το δικαίωμα να σας παρασχεθεί δωρεάν βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα που μιλάτε. Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, βοηθήματα και υπηρεσίες, μεγαλύτερη γραμματοσειρά, προφορική μετάφραση και άλλους εναλλακτικούς τύπους. Για να τα λάβετε αυτά, ή για να μιλήσετε με έναν διερμηνέα, τηλεφωνήστε στις Υπηρεσίες Μελών στον αριθμό 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

العربية (Arabic):
إذا كنت أو أي شخص تساعده تودّان الاستفسار عن برنامج أسر في صحة جيدة (NH Healthy Families)، فيحق لكما الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتكما بالمجان. وتشمل خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات المعاونة والخدمات المساعدة والكتابة بحروف كبيرة والترجمة الشفوية وغيرها من التنسيقات البديلة. للحصول على هذه المساعدة أو للتحدث مع مترجم فوري، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-866-769-3085 (جهاز الاتصالات لضعاف السمع (TDD)/جهاز الاتصالات الكتابي للصم والبكم (TTY) 1-855-742-0123).

Srpski (Serbo-Croatian):
Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja o NH Healthy Families, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na svom jeziku besplatno. Ovo uključuje usluge jezičke pomoći, pomoćna sredstva i usluge, veći font, usmenu prevodilačku uslugu i druge alternativne formate. Da biste to dobili ili razgovarali sa tumačem, pozovite Službu za članove na 1-866-769-3085 (TDD/TTY
1-855-742-0123).

Bahasa Indonesia (Indonesian):
Jika Anda atau seseorang yang sedang Anda bantu memiliki pertanyaan-pertanyaan tentang NH Healthy Families, Anda berhak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Hal ini termasuk layanan-layanan bantuan bahasa, alat-alat bantu dan layanan-layanan tambahan, fon yang lebih besar, terjemahan lisan, dan format-format alternatif lainnya. Untuk memperoleh layanan bantuan ini, atau berbicara dengan juru bahasa, silakan hubungi Layanan Anggota di 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

한국어 (Korean):
귀하 또는 귀하가 돕고 있는 사람이 NH Healthy Families에 대해 질문이 있는 경우, 귀하는 무료로 자신이 구사하는 언어로 도움과 정보를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 언어 지원 서비스, 보조 기기 및 서비스, 큰 활자, 구두 번역, 그리고 기타 대체 형식이 포함됩니다. 이 서비스를 받거나 통역사와 상담하려면 가입자 서비스(Member Services)에 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123)로 전화하세요.

Русский язык (Russian):
- Если у Вас или у кого-то, кому Вы помогаете, возникнут вопросы о NH Healthy Families, Вы имеете право получить помощь и информацию на Вашем языке бесплатно. Это включает услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и услуги, более крупный шрифт, устный перевод и другие альтернативные форматы. Чтобы получить эти услуги или поговорить с переводчиком, пожалуйста, позвоните в Службу поддержки участников по номеру 1-866-769-3085 (TDD Текстовый телефон/TTY Для лиц с нарушениями слуха
1-855-742-0123).

Kreyòl (French Creole):
Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon sou NH Healthy Families, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san ou pa peye. Sa enkli sèvis asistans nan lang, èd ak sèvis oksilyè, pi gwo ekriti, tradiksyon oral, ak lòt fòma altènatif. Pou jwenn li oswa pou pale ak yon entèprèt, tanpri rele Sèvis Manm nan 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Kinyarwanda (Rwanda):
Iyo wowe cyangwa umuntu uri gufasha afite ikibazo kuri NH Healthy Families, ufite uburenganzira bwo kubona ubufasha n'amakuru mu rurimi rwawe nta kiguzi. Aha harimo serivisi z'ubufasha bw'indimi, serivisi z'itanga ibikoresho n'ubufasha ku bafite ubumuga, inyandiko nini, gusemur aindimi, n'indi miterere. Kugira ngo ubone ibi, cyangwa uvugishe umusemuzi, hamagara Serivisi z'abanyamuryango kuri 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Polski (Polish):
Jeśli Pan/Pani lub osoba, której Pan/Pani pomaga, ma pytania dotyczące programu NH Healthy Families, ma Pan/Pani prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Obejmuje to usługi pomocy językowej, pomocnicze pomoce i usługi, większą czcionkę, tłumaczenie ustne i inne alternatywne formaty. Aby skorzystać z tych usług lub porozmawiać z tłumaczem, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer 1-866-769-3085 (TDD/TTY
1-855-742-0123).

Kiswahili (Swahili):
Ikiwa wewe au mtu unayemhudumia ana maswali kuhusu NH Healthy Families, una haki ya kupata msaada na taarifa kwa lugha yako bila malipo. Hii inajumuisha huduma za msaada wa lugha, huduma saidizi, fonti kubwa, tafsiri ya mazungumzo, na miundo mingine mbadala. Ili kupata huduma hizi, au kuongea na mkalimani, tafadhali piga simu Huduma za Wanachama kwa 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Capítulo 13. Siglas y definiciones de palabras importantes

Sección 13.1 Siglas

Sigla	Descripción
AAC	Comunicación aumentativa y alternativa
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
APRN	Enfermera practicante profesional registrada
BiPAP	Presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias
IMC	Índice de masa corporal
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
COBRA	Ley de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidad
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
CPAP	Presión positiva continua en las vías respiratorias
DESI	Implementación de estudio sobre la eficacia de 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 calificado a nivel federal
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
HRAS	Evaluación de detección de riesgos de salud
DIU	Dispositivo intrauterino
IV	Intravenoso(a)
LADC	Terapeuta con licencia en alcohol y drogas
LDCT	Tomografía computarizada de baja dosis
LPN	Enfermera práctica con licencia
LTC	Atención a largo plazo
MLADC	Terapeuta con licencia de maestría en alcohol y drogas
NEMT	Transporte médico que no es de emergencia
NH	New Hampshire
NH DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire
GYO	Obstetricia y ginecología
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

Sigla	Descripción
PT	Fisioterapia
RHC	Centro de salud rural
RN	Enfermera registrada
SBIRT	Detección, intervención breve y remisión para tratamiento
ST	Terapia del habla
ITS	Infección de transmisión sexual
SUD	Trastorno por abuso de sustancias
ATM	Articulación temporomandibular

Sección 13.2 Definiciones de palabras importantes

Abuso: describe prácticas que, directa o indirectamente, generan costos innecesarios para el programa Medicaid. El abuso incluye cualquier práctica que no sea coherente con prestar servicios a los miembros que son médicamente necesarios, cumplan las normas profesionales reconocidas y tengan un precio justo, según corresponda. Algunos ejemplos de abuso son facturar servicios médicos innecesarios, cobrar excesivamente servicios o insumos y usar indebidamente códigos en un reclamo, como inflar o desagregar facturas mediante códigos de facturación.

Punto de acceso: es el centro estatal de atención telefónica/por mensaje de texto/por chat de New Hampshire (**1-833-710-6477**) que ofrece apoyo, remisiones y servicios de implementación para aquellos que luchan con crisis de salud mental y abuso de sustancias. Está disponible los 365 días del año, 7 días a la semana, 24 horas al día.

Medida: cuando el plan deniega, reduce, suspende o finaliza su servicio de atención médica, total o parcialmente. Para obtener más información sobre 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*).

Directiva anticipada: documento legal que le permite dar instrucciones sobre su atención médica futura. Puede autorizar a alguien para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Consulte también la sección 9.3 *(Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica)*.

Período de inscripción anual: el momento de cada año en el que puede cambiar de plan de salud (las fechas pueden variar). Cada año, recibirá un aviso anticipado de Medicaid de New Hampshire sobre sus opciones para cambiar de plan de salud.

Apelación: medida que se toma si no está de acuerdo con la decisión del plan de denegarle una solicitud de cobertura o de pago. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de dejar de brindar o reducir los servicios que recibe. Para obtener más información, consulte el capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja)*.

Autorización: consulte la definición de “autorización previa”.

Representante autorizado o representante personal: una persona a quien le da la autoridad de actuar en su nombre. El representante podrá proporcionarle información al plan

o recibir información sobre usted de la misma forma en que el plan hablaría con usted o le divulgaría información directamente. Para obtener más información, consulte la sección 2.13 *(Otra información importante: Usted puede nombrar a un representante autorizado o un representante personal)*.

Facturación del saldo: cuando un proveedor le factura a un miembro por encima del copago del plan, según corresponda, o le cobra la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y el pago al proveedor por parte del plan. Como miembro del plan, es posible que solo deba pagar los montos de copago del plan cuando recibe medicamentos con receta cubiertos. No permitimos que los proveedores realicen "facturaciones del saldo" ni le cobren más del monto del copago que su plan establece que usted debe pagar.

Emergencia de salud conductual: una situación de emergencia en la que un miembro necesita evaluación y tratamiento en un entorno terapéutico seguro, es un peligro para sí mismo o para otras personas o presenta deterioro conductual significativo que lo deja en un estado incontrolable e incapaz de cooperar con el tratamiento.

Servicios de salud conductual: otro término que se utiliza para describir servicios de salud mental o para trastorno por abuso de sustancias.

Año de beneficios: el período de 12 meses durante el cual se aplican los límites de los beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos.

Coordinación de la atención: el término que se usa para describir la práctica del plan de asistir a los miembros para que reciban los servicios y apoyos comunitarios necesarios. Los coordinadores de la atención se aseguran de que los participantes en el equipo de atención médica del miembro tengan información sobre todos los servicios y apoyos proporcionados al miembro, que incluyen los servicios prestados por cada miembro o proveedor del equipo. Para obtener más información, consulte la sección 5.2 *(Apoyo con la coordinación de la atención)*.

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra los programas Medicare y Medicaid.

Continuidad de la atención: se refiere a prácticas que garantizan la atención ininterrumpida de afecciones crónicas o agudas durante transiciones. Para obtener más información, consulte la sección 5.3 *(Continuidad de la atención)*.

Copago: un monto que usted debe pagar como la parte que le corresponde del costo de servicios o insumos médicos, como una visita al médico, una visita como paciente ambulatorio a un hospital o un medicamento con receta. Con nuestro plan, es posible que tenga que pagar un copago para medicamentos con receta.

Costo compartido: se refiere a cualquier monto de copago, deducible o máximo de desembolso

directo que podría tener que pagar por un servicio de atención médica o medicamentos con receta. Los costos compartidos de un miembro también se conocen como costos de desembolso directo del miembro.

Decisión de cobertura: una determinación o decisión que toma el plan acerca de si se cubre un servicio o medicamento. La decisión de cobertura también puede incluir información sobre los copagos de medicamentos con receta que podría tener que pagar.

Servicios cubiertos: incluyen todos los servicios de atención médica, medicamentos con receta, insumos y equipos que nuestro plan cubre. Las reglas 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 en virtud del plan. Las reglas están disponibles en línea en https://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.aspx. Consulte el Cuadro de beneficios en el capítulo 4 para ver una lista de servicios cubiertos.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: proceso de cancelar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (por decisión del plan).

Equipo médico duradero (DME): determinado equipo que su médico le indica por razones médicas. Normalmente, el DME puede soportar el uso reiterado y se usa principal y habitualmente para un propósito médico, dado que no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión, y es adecuado para uso en el hogar.

Atención médica de emergencia o servicios de emergencia: tratamiento para atender una afección médica de emergencia. Para obtener más información, consulte la sección 3.6 *(Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención)*.

Afección médica de emergencia: una "emergencia médica" ocurre cuando usted u otra persona razonable con conocimiento promedio sobre salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de un órgano o una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. O, en el caso de una embarazada en trabajo de parto activo, significa el trabajo de parto en un momento en el que no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto o el traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para su bebé en gestación.

Transporte médico de emergencia: transporte especializado de un miembro para recibir servicios de emergencia tan pronto como sea posible, como en una ambulancia.

Sala de emergencias o departamento de emergencias: el departamento de un centro de emergencia, a menudo ubicado en un hospital, para tratar emergencias médicas.

Servicios excluidos: se refiere a los servicios de atención médica y medicamentos con receta que el plan no cubre.

Fraude: engaño o declaración falsa intencional realizada por una persona o empresa a sabiendas de que dicho engaño puede tener como resultado un beneficio no autorizado para sí mismo, otra persona o la entidad comercial.

Medicamento genérico: un medicamento con receta tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca. La Administración de Alimentos y Medicamentos los clasifica como igualmente seguros y eficaces que los medicamentos de marca.

Granite Advantage: el estado tiene contratos con planes de atención administrada de Medicaid para proporcionar cobertura de seguro médico a los miembros de Granite Advantage.

Queja: el proceso que un miembro utiliza para expresar disconformidad respecto de un asunto que no es una medida del plan. Las quejas pueden ser, entre otras cosas, por la calidad de la atención o los servicios proporcionados y aspectos de relaciones interpersonales, como falta de cortesía de un proveedor o empleado o no respetar los derechos del miembro independientemente de si se solicita una medida correctiva.
Una queja incluye el derecho de un miembro a impugnar una extensión de tiempo propuesta por el plan para tomar una decisión de autorización. Para obtener más información, consulte el capítulo 10 *(Qué hacer si desea apelar una decisión o medida del plan o presentar una queja)*.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios y dispositivos que ayudan a una persona a mantener aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria. Estos servicios pueden incluir terapias y servicios para personas con discapacidades que se prestan en diversos marcos para pacientes ambulatorios.

Seguro médico: un tipo de cobertura de seguro que paga gastos médicos, quirúrgicos y de otra atención médica en los que incurra el asegurado (a veces llamado miembro). El seguro médico puede reembolsar al asegurado los gastos en los que incurra a causa de una lesión o enfermedad, o bien, pagarle directamente al proveedor.

Asistente de salud en el hogar: un asistente de salud en el hogar brinda servicios que no requieren las capacidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño o vestirse).

Atención médica en el hogar o servicios de salud en el hogar: los servicios incluyen enfermería especializada y servicios de un asistente de salud en el hogar a tiempo parcial, equipo médico duradero e insumos y terapias. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Servicios de cuidados paliativos: atención para miembros al final de la vida que tienen una expectativa de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal.

Estadía en el hospital como paciente internado u hospitalización: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4 *(Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios)*.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención médica que no requiere pasar la

noche en el hospital o centro médico. La atención para pacientes ambulatorios puede administrarse en el consultorio de un proveedor o en el hospital. Por ejemplo, la mayoría de los servicios relacionados se proporcionan en el consultorio de un proveedor o centro de cirugía ambulatoria.

Período de inscripción inicial: período durante el cual usted es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de atención administrada de Medicaid.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): lista de medicamentos cubiertos por el plan. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o Medical Assistance): Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que incluye cobertura de atención médica para niños, adultos con niños dependientes, embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades elegibles.

Médicamente necesario: servicios, insumos o medicamentos con receta que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Para obtener más información sobre servicios médicamente necesarios, consulte la sección 6.1 *(Servicios médicamente necesarios)*.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años en adelante. Otras personas que pueden recibir Medicare incluyen personas con discapacidades menores de 65 años y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona que está inscrita en nuestro plan.

Servicios para miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual).

Crisis de salud mental: cualquier situación en la que los comportamientos de una persona la ponen en riesgo de lastimarse o lastimar a otros o cuando no se es capaz de resolver la situación con las habilidades y los recursos disponibles. Muchos factores pueden conducir a una crisis de salud mental, por ejemplo, aumento del estrés, enfermedad física, problemas en el trabajo o la escuela, cambios en las situaciones familiares, trauma o violencia en la comunidad o abuso de sustancias. Estos problemas son difíciles para todos, pero pueden ser especialmente difíciles para alguien que vive con una enfermedad mental.

Red: el grupo colectivo de proveedores y centros que tienen contrato con el plan para prestar servicios cubiertos a los miembros del plan.

Proveedor de la red: médicos, farmacias y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales, proveedores de equipo médico duradero y otros centros de atención médica que tienen contrato con el plan para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido, si corresponde, como la totalidad del pago. Hemos celebrado acuerdos para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Medicaid de New Hampshire: el plan tiene contrato con el NH DHHS para prestar servicios de atención administrada a las personas que están inscritas en Medicaid de New Hampshire y seleccionan o se les asigna nuestro plan.

Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT): si usted no puede pagar el costo del transporte a consultorios y centros de proveedores, el plan cubre servicios de

transporte médico que no es de emergencia. El plan cubre transporte médico que no es de emergencia para servicios cubiertos por

Medicaid de New Hampshire médicamente necesarios enumerados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 *(Servicios de transporte: transporte médico que no es de emergencia o NEMT)*.

Proveedor no participante: consulte la definición de "proveedor fuera de la red, farmacia fuera de la red o centro fuera de la red".

Medicamentos no preferidos: un medicamento no preferido es uno que no aparece en la Lista de medicamentos preferidos.

Proveedor fuera de la red, farmacia fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor, una farmacia o un centro que no son empleados ni son propiedad de nuestro plan y tampoco son operados por este ni tienen contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros del plan. Consulte el capítulo 3 *(Cómo usar NH Healthy Families para recibir servicios cubiertos)*.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de “costo compartido”.

Proveedor participante: consulte la definición de “proveedor de la red”.

Representante personal: consulte la definición de “representante autorizado o representante personal”.

Servicios de médicos: servicios proporcionados por médicos con licencia.

Plan: para los fines de este manual, por lo general, el término se refiere a una organización de atención administrada de Medicaid con contrato con el NH DHHS para prestar servicios de atención administrada a beneficiarios elegibles de Medicaid de New Hampshire.

Atención posterior a la estabilización: servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia, que se prestan a un miembro después de que es estabilizado para mantener la afección estable y mejorar o resolver el estado del miembro.

Preautorización: consulte la definición de “Autorización previa”.

Lista de medicamentos preferidos: los medicamentos incluidos en esta lista son medicamentos genéricos y de marca cuidadosamente seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cubiertos de NH Healthy Families se llama Lista de medicamentos preferidos.

Prima: el pago periódico que un miembro o un tercero hacen a una compañía de seguros o un plan de atención médica para que proporcionen cobertura de atención médica. El plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire no tiene prima para los miembros.

Medicamentos con receta: medicamentos cubiertos cuando se surten en una farmacia de la red.

Cobertura de medicamentos con receta: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor de la red a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar sobre su atención con otros médicos y proveedores. Consulte la sección 3.1 *(Su PCP proporciona y supervisa su atención médica)*.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos o medicamentos solo se cubren si su médico obtiene una autorización previa del plan. Los requisitos de autorización previa para servicios cubiertos aparecen en cursiva en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Proveedor: médico u otro profesional de atención médica con licencia otorgada por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedor" también incluye hospitales y otros centros de atención médica, además de farmacias.

Límites de cantidad: una herramienta que limita el uso de ciertos medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden imponerse a la cantidad del medicamento que nosotros cubrimos por receta o durante un período definido.

Respuesta rápida: los equipos de Community Mental Health Center están formados por pares, médicos de salud mental y/o psicoterapeutas que ofrecen servicios en crisis de salud mental y abuso de sustancias mediante visitas sin turno, telemedicina, encuentros presenciales en el lugar de la crisis o como prefiera la persona.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento o equipo que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante.

Área de servicio: comúnmente, los planes médicos aceptan o inscriben miembros con base en el lugar de residencia del miembro y el área geográfica en la que atiende el plan. El área de servicio de NH Healthy Families abarca todo el estado.

Atención de enfermería especializada: un tipo de atención intermedia en la que el miembro o residente de un centro de enfermería necesitan más asistencia que la usual, en general, del personal de enfermería con licencia o de asistentes de enfermería con licencia.

Especialista: médico que proporciona atención para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Terapia escalonada: requisito de probar primero otro medicamento antes de que el plan de salud cubra el medicamento que le recetó el médico.

Atención de urgencia o atención necesaria de urgencia: los servicios necesarios de urgencia o la atención fuera del horario de atención se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevistas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata para evitar que empeore la salud debido a síntomas que una persona razonable consideraría que no son una emergencia, pero que requieren atención médica. Los servicios necesarios de urgencia pueden proveerse por medio de proveedores de la red o fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos temporalmente. Los servicios necesarios de urgencia no son atención de rutina. Para obtener más información, consulte la sección 3.6 *(Atención de emergencia, de urgencia y fuera*

del horario de atención).

Despilfarro: para los fines de este manual, despilfarro se refiere a los costos adicionales que surgen cuando los servicios se usan excesivamente o cuando las facturas se preparan de forma incorrecta. El despilfarro a menudo ocurre por error. Para obtener más información, consulte la sección 2.12 *(Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso)*.

Servicios para Miembros de NH Healthy Families

Medio	Información de contacto con Servicios para Miembros
POR TELÉFONO	1-866-769-3085 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención normales son de lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los jueves y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial. La línea está destinada únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
POR FAX	1-877-502-7255
POR ESCRITO	NH Healthy Families 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110
SITIO WEB	www-es.nhhealthyfamilies.com

Aviso de suscripción a mensajería SMS para miembros de NH Healthy Families al recibir mensajes de texto:

¡Bienvenidos de parte de NH Healthy Families! Le enviaremos un mensaje de texto cuando tengamos novedades importantes sobre su salud y sus beneficios. Responda STOP para darse de baja o HELP para obtener ayuda. Es posible que se apliquen tarifas por mensajes y datos.

nh healthy families,.

Departamento de servicios para miembros: 1-866-769-3085
(TDD/TTY) 1-855-742-0123

NHhealthyfamilies.com

© 2026 NH Healthy Families.Todos los derechos reservados.
NH Healthy Families está suscrito por Granite State Health Plan, Inc.