

Manual del miembro



*Fecha de entrada en vigencia:
1 de enero de 2017*

Revisado el 30 de octubre de 2017





nh healthy families™

Manual del miembro de atención administrada de Medicaid de New Hampshire

En vigencia desde el 1.º de enero de 2018

Índice

CAPÍTULO 1. CÓMO COMENZAR COMO MIEMBRO.....	5
<i>Sección 1.1 Bienvenido.....</i>	<i>5</i>
<i>Sección 1.2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?</i>	<i>6</i>
<i>Sección 1.3 Qué esperar del plan</i>	<i>6</i>
<i>Sección 1.4 Mantener su información personal y otra información de su seguro actualizada.....</i>	<i>9</i>
<i>Sección 1.5 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan</i>	<i>10</i>
CAPÍTULO 2. NÚMEROS TELEFÓNICOS Y RECURSOS IMPORTANTES.....	11
<i>Sección 2.1 Cómo comunicarse con Servicios para miembros para NH Healthy Families.....</i>	<i>11</i>
<i>Sección 2.2 Cómo comunicarse con el plan sobre una decisión de cobertura o para presentar una apelación 12</i>	<i>12</i>
<i>Sección 2.3 Cómo comunicarse con el plan acerca de una queja.....</i>	<i>13</i>
<i>Sección 2.4 Cómo comunicarse con el plan acerca de coordinación de la atención</i>	<i>14</i>
<i>Sección 2.5 Cómo comunicarse con la Línea de consejos de enfermería del plan.....</i>	<i>15</i>
<i>Sección 2.6 Cómo solicitar servicios de salud conductual (servicios de salud mental o servicios para trastornos por abuso de sustancias)</i>	<i>16</i>
<i>Sección 2.7 Cómo solicitar transporte médico que no es de emergencia.....</i>	<i>17</i>
<i>Sección 2.8 Cómo comunicarse con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS</i>	<i>19</i>
<i>Sección 2.9 Cómo comunicarse con el defensor del paciente de atención a largo plazo de NH</i>	<i>20</i>
<i>Sección 2.10 Cómo comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS.....</i>	<i>21</i>
<i>Sección 2.11 Cómo comunicarse con el Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad ServiceLink 22</i>	<i>22</i>
<i>Sección 2.12 Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso</i>	<i>23</i>
<i>Sección 2.13 Otra información y recursos importantes.....</i>	<i>24</i>
CAPÍTULO 3. CÓMO USAR NH HEALTHY FAMILIES PARA RECIBIR SERVICIOS CUBIERTOS.....	26

Sección 3.1	<i>Su proveedor de atención primaria (PCP) que proporciona y supervisa su atención médica.....</i>	<i>28</i>
Sección 3.2	<i>Servicios que puede recibir sin aprobación previa.....</i>	<i>30</i>
Sección 3.3	<i>Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</i>	<i>30</i>
Sección 3.4	<i>Qué sucede cuando un PCP, especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan...34</i>	
Sección 3.5	<i>Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red.....</i>	<i>35</i>
Sección 3.6	<i>Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención.....</i>	<i>35</i>
CAPÍTULO 4.	SERVICIOS CUBIERTOS	40
Sección 4.1	<i>Acerca del Cuadro de beneficios (lo que está cubierto).....</i>	<i>40</i>
Sección 4.2	<i>Cuadro de beneficios</i>	<i>41</i>
Sección 4.3	<i>Beneficios adicionales proporcionados por el plan</i>	<i>83</i>
Sección 4.4	<i>Beneficios de Medicaid de NH cubiertos fuera del plan</i>	<i>87</i>
Sección 4.5	<i>Beneficios que no cubre nuestro plan ni Medicaid de New Hampshire.....</i>	<i>89</i>
CAPÍTULO 5.	CÓMO USAR NH HEALTHY FAMILIES PARA AYUDARLE A MANEJAR SU SALUD	91
Sección 5.1	<i>Mantenerse saludable.....</i>	<i>91</i>
Sección 5.2	<i>Apoyo con la coordinación de la atención.....</i>	<i>92</i>
Sección 5.3	<i>Continuidad de la atención.....</i>	<i>93</i>
Sección 5.4	<i>Aseguramiento de la paridad de la salud mental.....</i>	<i>95</i>
CAPÍTULO 6.	REGLAS SOBRE LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE SERVICIOS.....	97
Sección 6.1	<i>Servicios médicamente necesarios</i>	<i>97</i>
Sección 6.2	<i>Cómo obtener autorización del plan para algunos servicios.....</i>	<i>99</i>
Sección 6.3	<i>Cómo obtener autorización para servicios fuera de la red.....</i>	<i>100</i>
Sección 6.4	<i>Admisiones en hospital fuera de la red en caso de emergencia.....</i>	<i>100</i>
Sección 6.5	<i>Cómo obtener servicios y suministros de planificación familiar dentro y fuera de la red</i>	<i>100</i>
Sección 6.6	<i>Cómo obtener una segunda opinión médica.....</i>	<i>101</i>

CAPÍTULO 7.	CÓMO OBTENER MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS	102
<i>Sección 7.1</i>	<i>Reglas y restricciones a la cobertura de medicamentos</i>	<i>102</i>
<i>Sección 7.2</i>	<i>Formulario o Lista de medicamentos del plan.....</i>	<i>105</i>
<i>Sección 7.3</i>	<i>Tipos de medicamentos que no cubrimos</i>	<i>107</i>
<i>Sección 7.4</i>	<i>Surtir sus recetas en farmacias de la red.....</i>	<i>108</i>
<i>Sección 7.5</i>	<i>Cobertura de medicamentos en centros</i>	<i>111</i>
<i>Sección 7.6</i>	<i>Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura</i>	<i>112</i>
<i>Sección 7.7</i>	<i>Copagos de medicamentos con receta.....</i>	<i>112</i>
CAPÍTULO 8.	CÓMO SOLICITARNOS QUE PAGUEMOS	116
<i>Sección 8.1</i>	<i>Los proveedores de la red no pueden cobrarle servicios cubiertos.....</i>	<i>116</i>
<i>Sección 8.2</i>	<i>Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago.....</i>	<i>118</i>
<i>Sección 8.3</i>	<i>Después de que el plan recibe su solicitud de pago.....</i>	<i>119</i>
<i>Sección 8.4</i>	<i>Reglas de pago que debe recordar.....</i>	<i>119</i>
CAPÍTULO 9.	SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	121
<i>Sección 9.1</i>	<i>Sus derechos.....</i>	<i>121</i>
<i>Sección 9.2</i>	<i>Sus responsabilidades.....</i>	<i>122</i>
<i>Sección 9.3</i>	<i>Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica.....</i>	<i>125</i>
CAPÍTULO 10.	QUÉ HACER SI DESEA APELAR UNA DECISIÓN O 'ACCIÓN' DEL PLAN, O PRESENTAR UNA QUEJA	127
<i>Sección 10.1</i>	<i>Acerca del proceso de apelaciones.....</i>	<i>127</i>
<i>Sección 10.2</i>	<i>Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar después de hacerlo (apelación de primer nivel) 129</i>	
<i>Sección 10.3</i>	<i>Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de primer nivel)</i>	<i>131</i>
<i>Sección 10.4</i>	<i>Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel).....</i>	<i>133</i>

<i>Sección 10.5</i>	<i>Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de segundo nivel)</i>	<i>136</i>
<i>Sección 10.6</i>	<i>Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después</i>	<i>139</i>
<i>Sección 10.7</i>	<i>Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo</i>	<i>141</i>
CAPÍTULO 11.	FINALIZAR SU AFILIACIÓN AL PLAN	143
<i>Sección 11.1</i>	<i>Solamente existen ciertos momentos en que puede finalizar voluntariamente su afiliación al plan</i>	<i>143</i>
<i>Sección 11.2</i>	<i>Cuándo se puede cancelar su afiliación al plan involuntariamente.....</i>	<i>144</i>
CAPÍTULO 12.	AVISOS LEGALES.....	146
	<i>Aviso de prácticas de privacidad</i>	<i>146</i>
	<i>Declaración de no discriminación.....</i>	<i>154</i>
	<i>Otros idiomas disponibles</i>	<i>156</i>
CAPÍTULO 13.	ACRÓNIMOS Y DEFINICIONES DE PALABRAS IMPORTANTES	160
<i>Sección 13.1</i>	<i>Acrónimos.....</i>	<i>160</i>
<i>Sección 13.2</i>	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	<i>162</i>

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Sección 1.1 Bienvenido

Usted está inscrito en el plan de seguro médico de Medicaid 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.

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 conductuales especiales a través de educación y capacitación sobre su afección médica.

Este Manual del miembro le proporciona información sobre sus beneficios de atención médica. Está diseñado para que le sea más fácil aprovechar al máximo sus beneficios y servicios.

Su opinión es importante para nosotros. Varias veces al año, el plan convoca reuniones locales o regionales del Comité asesor de miembros para escuchar las opiniones de los miembros. En esas reuniones, usted tiene la posibilidad de:

- Hablar de sus experiencias con NH Healthy Families.
- Hablarnos sobre inquietudes que tenga.
- Decirnos su opinión sobre nuestros servicios.
- Darnos sus comentarios sobre nuestros servicios, programas y materiales.
- Hacernos preguntas.

Si le interesa participar, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos debajo y 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 presencia legal en Estados Unidos.

Si está embarazada e inscrita en NH Healthy Families cuando nazca su bebé, su bebé está automáticamente cubierto por NH Healthy Families a partir de su fecha de nacimiento. Comuníquese sin costo 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, cuando nazca su bebé o para obtener más información sobre Medicaid de New Hampshire y sus programas.

*La continuación de su elegibilidad a Medicaid de New Hampshire se determina nuevamente cada seis a doce meses. Seis semanas antes de que su elegibilidad deba renovarse, recibirá por correo una carta de NH DHHS con una Solicitud de nueva determinación. Para asegurarse de que no haya interrupción de su cobertura de atención médica, debe completar y devolver la Solicitud de nueva determinación antes de la fecha indicada en la carta. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese sin costo con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS (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 del 1 de enero de 2018 y durante todos los meses que esté inscrito en NH Healthy Families. El Manual del miembro también está disponible en nuestro sitio web en www.NHhealthyfamilies.com.

Utilice su tarjeta de membresía de NH Healthy Families 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 cubiertos o medicamentos con receta.

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

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 Servicios para miembros. Verificaremos su elegibilidad para atenderse con el proveedor.

Aquí se muestra una tarjeta de membresía como ejemplo:

 <p>nh healthy families.</p> <p>Member Name: John Doe Member ID: 123456789 DOB:</p> <p>Plan Type: Health Protection Program</p> <p><small>If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER). Emergency services by a provider not in the plan's network will be covered without prior authorization. www.NHhealthyfamilies.com</small></p>	<p>Pharmacy Help Desk: 1-888-613-7051 RXBIN: 004336 RXPCN: MCAIDADV RXGROUP: RX5436</p>	<p>IMPORTANT CONTACT INFORMATION</p> <p>Members: Member Services: 1-866-769-3085 TDD/TTY: 1-855-742-0123 24/7 Nurse Advice Line: 1-866-769-3085 Vision: 1-866-769-3085 Pharmacy: 1-866-769-3085 File a Grievance: 1-866-769-3085</p> <p>Medical Claims: NH Healthy Families Attn: Claims PO Box 4060 Farmington, MO 63640-3831</p> <p>Providers: Provider Services: 1-866-769-3085 IVR Eligibility Inquiry - Prior Auth: 1-866-769-3085 Vision: 1-877-865-1527 Pharmacy: 1-888-613-7051</p> <p>NH Healthy Families Address: 2 Executive Park Drive, Suite 223 Bedford, NH 03110</p> <p>EDI/EFT/ERA please visit Provider Resources at www.NHhealthyfamilies.com</p>
--	---	--

Siempre que sea miembro de nuestro 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 están impresos en la contraportada de este manual).

Llamada de bienvenida

Comprender sus necesidades de salud y otras necesidades especiales es importante para nosotros.

Cuando se una a NH Healthy Families, lo 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. Como se describe en la próxima sección, le explicaremos la importancia de completar su Evaluación de necesidades de salud (Health Needs Assessment, HNA).

Evaluación de necesidades de salud (HNA)

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

La HNA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual, funcionales y de otro tipo. Nos comunicaremos con usted para completar la HNA. Puede completarla por teléfono, por correo o a través del portal seguro para miembros en el sitio web de NH Healthy Families. Este formulario está en su Paquete de bienvenida con un sobre con franqueo pagado. Completar la HNA es opcional. Sin

embargo, lo alentamos a que complete la evaluación y la devuelva a NH Healthy Families.

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 particular. La Explicación de beneficios también está disponible si la solicita. Para recibir una copia, comuníquese a Servicios para miembros. También puede imprimir una copia de su EOB en nuestro portal seguro para miembros en www.NHhealthyfamilies.com.

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

Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de membresía con el plan tiene información de NH DHHS, que incluye su dirección y número de teléfono. Es muy importante que mantenga su información actualizada. Los proveedores de la red y el plan deben tener información correcta para comunicarse con usted según 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, incluso:
 - 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 sus empleados y dependientes conserven su cobertura de salud grupal por un período después de abandonar el empleo, cambios en el empleo y otros eventos de la vida); o
 - Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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.

- Cambios en su ingreso o 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; o
- Si su tutor, custodio, representante autorizado o representante personal cambia o si se activa su Poder notarial duradero.

Si alguna parte de esta información cambia, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o llame sin costo al Centro de servicios para miembros de Medicaid de NH **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, dígame 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 9 (*Cómo solicitarnos que paguemos*).

Si tiene preguntas, o necesita actualizar su información de otro 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 para NH Healthy Families

Si necesita asistencia con preguntas sobre la cobertura, encontrar un proveedor, reclamos, tarjetas de membresía u otros asuntos, llame o escriba a Servicios para miembros de NH Healthy Families. Nos complacerá poder ayudarlo.

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

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
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 este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado 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.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. 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 'acción' del plan, o presentar una queja*)

Método	Decisión de cobertura y apelaciones – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-866-769-3085</p> <p>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</p> <p>Servicios para miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-855-742-0123 Servicio de retransmisión 711</p> <p>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
POR FAX	<p>1-866-270-9943</p>
POR ESCRITO	<p>NH Healthy Families Complaint, Grievance and Appeal Department 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110</p>
SITIO WEB	<p>www.NHhealthyfamilies.com</p>

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 'acción' del plan, o presentar una queja*)

Método	Quejas (querellas) sobre atención médica – Información de contacto
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 este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado 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 Complaint, Grievance and Appeal Department 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110
SITIO WEB	NHhealthyfamilies.comwww .

Sección 2.4 **Cómo comunicarse con el plan acerca de coordinación de la atención**

Coordinación de la atención es el término que se usa para describir la práctica del plan de asistir a los miembros para que reciban 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*).

Método	Coordinación de la atención o administración médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-866-769-3085</p> <p>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 viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>Servicios para miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-855-742-0123 Servicio de retransmisión 711</p> <p>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
POR FAX	1-877-502-7255
POR ESCRITO	<p>NH Healthy Families 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110</p>
SITIO WEB	www.NHhealthyfamilies.com

Sección 2.5 **Cómo comunicarse con la Línea de consejos de enfermería del plan**

NH Healthy Families ofrece una línea telefónica de información médica gratuita disponible las 24 horas. Las enfermeras registradas de NH Healthy Families están listas para responder sus preguntas de salud las 24 horas del día, todos los días del año. Estas enfermeras han pasado mucho tiempo al cuidado de personas. Están listas para ayudarlo. Llame a la Línea de consejos de enfermería las 24 horas de NH Healthy Families al 1-866-769-3085 por los siguientes motivos:

- 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

A veces, es posible que no esté seguro de si debe acudir a la sala de emergencias (ER). Llame a la Línea de consejos de enfermería de NH Healthy Families. Pueden ayudarlo a decidir a dónde ir para recibir atención. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana

Método	Línea de consejos de enfermería – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-866-769-3085 Las llamadas a este número son gratuitas. <i>La Línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas al día los 7 días de la semana.</i> 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 este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Sitio web	www.NHhealthyfamilies.com

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

Comuníquese con NH Healthy Families cuando tenga preguntas sobre servicios cubiertos y/o proveedores de la red relacionadas con servicios de salud conductual y para trastornos por uso de sustancias disponible en nuestro plan.

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

Método	Servicios de salud conductual o para abuso de sustancias – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-866-769-3085</p> <p>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 viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>Servicios para miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-855-742-0123 Servicio de retransmisión 711</p> <p>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
POR ESCRITO	<p>NH Healthy Families 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110</p>
SITIO WEB	<p>www.NHhealthyfamilies.com</p>

Si usted, o alguien que conozca, está luchando contra una adicción o necesita atención inmediata, comuníquese con la Línea estatal para crisis por adicción de NH al **1-844-711-HELP** (4357). Esta línea para casos de crisis las 24 horas gratuita está disponible para usted o para alguien que conozca que esté luchando contra una adicción o el abuso de sustancias.

Sección 2.7 **Cómo solicitar transporte médico que no es de emergencia**

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 médicamente necesarios enumerados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 (*Servicios de transporte: transporte médico que no es de emergencia (NEMT)*).

Método	Transporte médico que no es de emergencia – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-866-769-3085, elija “Transporte” cuando se le indique.</p> <p>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 viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>Servicios para miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-855-742-0123 Servicio de retransmisión 711</p> <p>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
POR FAX	Solo formularios de reembolso 1-203-375-0516
POR ESCRITO	<p>Solo formularios de reembolso</p> <p>CoordinatedTransportation Solutions 35 Nutmeg Dr. Suite 120 Trumbull, CT 06611-5431</p>
SITIO WEB	NHhealthyfamilies.com www.

¿Necesita ayuda para llegar a una cita?

Si no tiene un automóvil o alguien disponible para llevarle, podemos ayudarlo a llegar a sus citas médicas además de 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 hacer dos (2) días hábiles antes, pero con no más de treinta (30) calendario de anticipación, a la fecha de sus citas programadas.

Las únicas excepciones a esta regla son solicitudes como:

- Solicitudes de traslado de urgencia (transporte a una clínica de atención de urgencia o el proveedor evalúa que la cita es de naturaleza urgente).
- Solicitudes de alta de un hospital (la enfermera de alta del hospital puede ayudarlo con esto).
- Solicitudes de rutina consideradas "indefinidas" o "recurrentes", como: diálisis, quimioterapia o visitas semanales a clínicas de metadona.

¿Qué información debo tener cuando llame?

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

Si viaja solo, debe tener 16 años o más. Si es menor de 15 años, un adulto mayor de 18 años debe acompañarlo. Se permite la compañía de pasajeros adicionales para necesidades médicas, de interpretación u otras necesidades de apoyo y ayuda relevantes.

Reembolso por millaje

Si alguien se encarga de su traslado (un ser querido, un amigo, un vecino, etc.), dicha persona puede recibir un reembolso por millaje cuando lo transporta hacia y desde citas médicas cubiertas. Las solicitudes de reembolso por millaje deben hacerse al menos dos (2) días hábiles antes de su cita.

¿Qué información debo tener cuando llame?

- Su número de identificación de Medicaid
- Dirección y número de teléfono del lugar de recogida y de destino
- Nombre del proveedor/centro al que se traslada
- Día y hora de la cita

- Quién lo transporta a la cita

Debe completar un formulario de reembolso, que debe incluir la firma del personal del consultorio del proveedor al momento de su cita y se debe presentar a Coordinated Transportation Solutions (CTS), nuestro proveedor de transporte. Puede solicitar formularios de reembolso por millaje si llama a Servicios para miembros de NH Healthy Families o cuando hable con un representante de CTS para programar su viaje. El formulario también está disponible en www.NHhealthyfamilies.com. Elija "Plan de Medicaid", luego "Recursos para miembros", luego "Manuales y formularios para miembros" y encontrará el enlace al formulario "Reembolso por transporte".

Sección 2.8 **Cómo comunicarse con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS**

El Centro de servicio al cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS) puede ayudarlo si tiene preguntas sobre la elegibilidad o la inscripción al plan de Medicaid de New Hampshire, otros beneficios administrados directamente por NH DHHS como se describe en la Sección 4.4 (*Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan*) y 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 de NH DHHS también puede proporcionarle orientación.

Método	Centro de servicio de Medicaid de NH - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-888-901-4999 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. Servicios para miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-800-735-2964 Las llamadas a este número son gratuitas. Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.

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 con servicios de centros de atención médica a largo plazo (también llamados centro de enfermería). Antes de comunicarse con el defensor del paciente de atención de largo plazo cuando tenga un problema relacionado con servicios cubiertos por 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 'acción' del plan, o presentar una queja*).

Método	Defensor del paciente de atención a largo plazo de NH - Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>603-271-4375 (para llamadas locales) o 1-800-442-5640</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del Este.</p>
TTY/TDD	<p>Acceso al servicio de mensajes TDD (NH): 1-800-735-2964</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p>
POR FAX	603-271-5574
POR ESCRITO	<p>Office of the Long-Term Care Ombudsman Office of the Commissioner NH Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301</p>
SITIO WEB	<p>https://www.dhhs.nh.gov/oltco/contact.htm</p>

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

El Defensor del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS) ayuda a los miembros, clientes, empleados del Departamento y miembros del público del plan a resolver discrepancias en asuntos que involucran al NH DHHS, incluso quejas o problemas relacionados con la elegibilidad o la cobertura de Medicaid. Antes de comunicarse con el defensor del paciente de la 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 'acción' del plan, o presentar una queja*).

Método	Defensor del paciente de NH DHHS - Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-800-852-3345, ext. 6941</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del Este.</p>
TTY/TDD	<p>Acceso al servicio de mensajes TDD (NH): 1-800-735-2964</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p>
POR FAX	603-271-4632
POR ESCRITO	<p>Office of the Ombudsman Office of the Commissioner NH Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301</p>
SITIO WEB	https://www.dhhs.nh.gov/oos/contact.htm

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

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

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

Sección 2.12 **Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso**

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

Algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso son:

- Cuando recibe una factura por servicios de atención médica que nunca recibió.
- 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 médica falsa o engañosa que afecte el pago por 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.

Método	Cómo comunicarse con NH Healthy Families para denunciar fraude, despilfarro o abuso - Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-866-769-3085</p> <p>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 viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>Servicios para miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-855-742-0123 Servicio de retransmisión 711</p> <p>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
POR ESCRITO	<p>NH Healthy Families Compliance Department 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110</p>
SITIO WEB	<p>www.NHhealthyfamilies.com</p>

Método	Oficina del fiscal general de New Hampshire para denunciar fraude, despilfarro o abuso - Información de contacto
POR TELÉFONO	603-271-3658 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 AM a. m. a 5:00 AM 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 este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado 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 un representante autorizado o un representante personal:** usted puede nombrar a una persona a quien le otorga la autoridad de 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 o divulgaría información directamente con usted. Para que alguien lo represente, debe autorizar a su representante por escrito y decirnos cómo esa persona puede representarlo. La designación de su representante autorizado o representante personal es válida hasta que usted la revoque o modifique por escrito. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **En caso de una emergencia médica o de salud conductual:** marque 911 o acuda directamente a la sala de emergencias más cercana. Para ver una descripción de los servicios de emergencia, consulte la explicación que aparece en el cuadro de beneficios del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*).
- **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 están impresos en la contraportada de este manual).
 - También podemos darle información en Braille, en letra grande o en otros formatos si lo necesita. Si es elegible para Medicaid debido a una discapacidad, tenemos la

obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted. Para obtener información de una manera que usted la entienda, llame a Servicios para miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, denuncie el problema 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.
- **Información sobre la estructura y el funcionamiento del plan**
 - Planes de incentivos médicos

NH Healthy Families alienta a nuestros proveedores a que le ofrezcan la mejor atención. Usted tiene derecho a solicitar y recibir el plan que usamos para ofrecer incentivos a los proveedores de nuestra red.

- **Información sobre incentivos a proveedores del plan y acuerdos de pago:** – para solicitar información sobre los incentivos a nuestros proveedores o acuerdos de pago, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Los incentivos a los proveedores y acuerdos de pago describen cómo se les paga a los proveedores de la red por los servicios cubiertos, incluso bonos de pago que a los que pudieran ser elegibles con base en resultados de los pacientes u otras medidas de desempeño.
- **Solicitud de materiales para los miembros:** comuníquese con Servicios para miembros de NH Healthy Families para solicitar una copia de nuestro Manual del miembro, la Lista de medicamentos o el Directorio de proveedores. Los documentos se envían en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de que se recibe su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos 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 la Sección 13 (*Acrónimos y definiciones de palabras importantes*).

NH Healthy Families trabajará con usted y su médico de atención primaria (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*). 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 http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm.

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

Aquí encontrará algunas definiciones que pueden ayudarle 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, farmacias y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales 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 sus servicios de atención médica y medicamentos con receta que el plan cubre

NH Healthy Families cubre todos los servicios que exige nuestro contrato con 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 reciba 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 (PCP) 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 proveedor de atención primaria (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. Esto se denomina "derivación" o proporcionar "autorización previa". Para obtener más información, consulte el Capítulo 6 (*Reglas para acceder a servicios cubiertos*). Consulte su directorio de proveedores para buscar atención de especialistas y proveedores de atención médica conductual de la red, además de hospitales.
 - 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 necesitar 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 es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá, excepto con aprobación previa del plan o para servicios como los enumerados debajo. Para obtener más información acerca de cuándo servicios fuera de la red pueden estar cubiertos, consulte la Sección 3.5 (*Recibir atención de proveedores fuera de la red*).

Hay cuatro 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 usted 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. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 3.5 (*Recibir atención de proveedores 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 están impresos en la contraportada de este manual).

- o Para recibir servicios de planificación familiar, puede ver a cualquier médico, clínica, centro de salud comunitaria, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar participante de Medicaid de NH. Para obtener más información, consulte "Servicios de planificación familiar" en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 (*Servicios cuadro cubiertos*).

Sección 3.1 Su proveedor de atención primaria (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 la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también pueden hablar sobre su atención con otros médicos y proveedores. Su PCP tiene la responsabilidad de supervisar, coordinar y proporcionarle su atención médica primaria. Él o ella inician derivaciones para atención de especialistas y mantiene la continuidad de su atención.

Su PCP puede incluir un pediatra, un médico de familia, un médico generalista, un internista, un obstetra/ginecólogo, un asistente médico (bajo la supervisión de un médico) o una enfermera registrada de práctica avanzada (Advance Practice Registered Nurse, APRN). Si necesita ayuda para seleccionar o cambiar de PCP, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- ¿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/ginecólogos, asistentes médicos (bajo la supervisión de un médico) o enfermeras registradas de práctica avanzada (APRN) pueden actuar como su PCP. Los especialistas pueden ser su PCP para necesidades especiales previa solicitud; comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información.
- ¿Cuál es el rol de un PCP en nuestro plan? Un proveedor de atención primaria (PCP) es una persona de contacto para sus necesidades de atención médica. Estos médicos o practicantes de enfermería 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 de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos? Su PCP lo derivará 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 tomar decisiones u obtener una autorización previa? Su PCP es responsable de obtener todas las autorizaciones previas que pudieran ser 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 derivación de NH Healthy Families? NH Healthy Families no exige derivaciones 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. Puede encontrar información sobre proveedores en el Directorio de proveedores, que incluye: sus horarios de atención, dirección, números de teléfono, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que asistieron, finalización de la residencia, estado de certificación de la Junta médica y los idiomas que hablan.

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

- Pediatras
- Médicos de familia/generales
- Medicina interna
- Obstetras/Ginecólogos
- Practicantes de enfermería registrados
- Asistentes médicos (bajo supervisión de un médico)
- Enfermeras registradas de práctica avanzada (APRN)
- Los especialistas pueden ser su PCP en caso de necesidades especiales, previa solicitud.

Siempre estamos trabajando para nuestros miembros para construir la mejor red de proveedores. Puede consultar el Directorio de proveedores en línea en www.NHhealthyfamilies.com para ver si se han agregado proveedores nuevos. Los especialistas pueden ser su PCP en caso de necesidades especiales, previa solicitud.

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

¿Quiere obtener más información sobre un proveedor antes de elegir? Llame a Servicios para Miembros al 1-866-769-3085.

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)
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



Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan, y usted tenga que buscar 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:

- Llamar a Servicios para miembros al 1-866-769-3085
- En línea. Visite nuestro portal seguro para miembros en www.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.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou, exámenes pélvicos y atención de maternidad.
- 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 o, 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.

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. Algunos ejemplos son:

- 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 están impresos 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 en <https://providersearch.nhhealthyfamilies.com/>, o descargarlo del sitio web. Servicios para miembros y el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada acerca de los cambios en nuestra red de proveedores.

Cuando su PCP considere que necesita tratamiento especializado, le dará una derivación (aprobación con anticipación) para ver un especialista de la red u otros proveedores determinados. Para algunos tipos de derivaciones, es posible que su PCP necesite aprobación con anticipación de nuestro plan. (A esto se le 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 derivación (aprobación con anticipación) de su PCP antes de ver a un especialista de la red u otros proveedores determinados.

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 derivará 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 para asistir con su atención, su PCP puede trabajar con nuestro plan para obtener una autorización previa para recibir los servicios fuera de la red del plan.

Su PCP, especialista o centro presenta una Solicitud de autorización previa para solicitar determinados servicios o procedimientos médicamente necesarios. Un especialista de derivaciones (Referral Specialist, RS) procesa esta solicitud, revisa que la información presentada y genera la autorización. El RS puede comunicarse con el proveedor que solicita la autorización para obtener información adicional que fuera 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

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

está completa y se cumplen los criterios, la solicitud se aprobará. Luego, la enfermera emitirá una carta de aprobación al proveedor que 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 *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 niega, la carta de denegación del MD indicará el motivo, además de cualquier política médica utilizada para tomar la decisión. NH Healthy Families notifica por teléfono la denegación al proveedor que solicita en un plazo de 24 horas. Durante esta llamada, la enfermera proporcionará una notificación verbal de la denegación y cómo el proveedor puede solicitar una revisión científica externa, además de sus derechos de apelación.
- Después de la notificación verbal, se emite una carta de denegación que se envía al proveedor que solicita y a usted, el miembro.
- Una revisión científica externa es una conversación entre el proveedor que solicita y nuestro director médico del plan de salud. Esto 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.

Planificación familiar

NH Healthy Families cubre servicios de planificación familiar. Puede recibir estos servicios y suministros de proveedor 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. Algunos ejemplos de servicios de planificación familiar son:

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

Visión

NH Healthy Families permite que los miembros elijan de una selección estándar de armazones y lentes. Los miembros pueden excluirse del beneficio estándar y seleccionar armazones no incluidos en dicha selección. Se le dará un monto en forma de un crédito. Puede usarlo para comprar anteojos con lentes de visión simple o anteojos con lentes bifocales o trifocales. Deberá pagar todos los cargos por encima del monto asignado. Comuníquese con Servicios para miembros para saber qué monto tiene como crédito.

Servicios dentales

Este plan no cubre servicios de odontología. 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 de NH DHHS*) para obtener información de contacto y consulte la Sección 4.4 (*Beneficios de Medicaid de NH cubiertos fuera del plan*).

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

Servicios para la salud del comportamiento

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

- 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 psiquiátrica registrada de práctica avanzada (APRN), 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 centros de salud mental para pacientes ambulatorios.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Visitas de medicamentos
- Terapia grupal, individual y familiar
- Evaluaciones de diagnóstico
- Programa de hospitalización parcial (PHP)*
- Programa ambulatorio intensivo (IOP)
- Servicios psiquiátricos de emergencia
- Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)
- Estimulación magnética transcraneal*
- Intervención en crisis
- Servicios individualizados orientados a la resiliencia y la recuperación (Individualized Resiliency and Recovery Oriented Services, IROS)
- Servicios de administración de casos, que incluyen Tratamiento asertivo en la comunidad (Assertive Community Treatment, ACT)
- Evaluaciones psicológicas*

**Indica un servicio que requiere autorización previa*

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 de su plan durante el año. Además, es posible que su proveedor abandone la red. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, 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 quince (15) días calendario después de que el plan reciba aviso de que su proveedor abandona la red o quince (15) 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.
- Puede elegir los proveedores médicos preferidos de la red en la medida que sea posible y adecuado. Le asignaremos otros PCP si no selecciona uno antes de la fecha de entrada en vigencia de la finalización del contrato del PCP.
- Puede cambiar de PCP si llama a Servicios para Miembros al 1-866-769-3085 o si ingresa en línea a través del portal seguro para miembros en www.NHhealthyfamilies.com.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo. NH Healthy Families puede aprobar visitas a su médico por hasta 90 días después de que abandone la red. Durante ese período, le 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:
 - 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
- 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 administrada, tiene el derecho a presentar una queja o una apelación a nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista dejarán el plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que maneje su atención.

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

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 un medicamento con receta, si lo hubiere, por servicios cubiertos. Si le cobran los servicios cubiertos, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

¿Qué es una “emergencia médica” y qué 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 cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. No necesita obtener primero la aprobación o la derivación 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 siguientes 48 horas. Esto ayuda a su PCP a proporcionarle o realizar arreglos para que reciba atención de seguimiento. También podemos ayudarlo a recibir atención de seguimiento. Llamar a Servicios para miembros al 1-866-769-3085 ((TDD/TTY 1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711).

¿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 la condición se estabiliza y termina la emergencia médica.



Una vez pasada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección sigue estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinarla de manera 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:

- Huesos rotos
- Convulsiones o ataques
- Dolor en el pecho severo o ataque cardíaco
- Accidentes graves
- Derrame cerebral (con frecuencia, los síntomas incluyen parálisis facial, dificultad para hablar)
- Pérdida de conciencia
- Sangrado abundante
- Dolores de cabeza u otros dolores severos
- Vomitar sangre o vómitos continuos
- Desmayos o mareos
- Envenenamiento
- Shock (con frecuencia, los síntomas incluyen sudoración, sensación de sed, mareos, piel pálida)
- Quemaduras severas
- Dificultad para respirar
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar
- Ideas, planes o acciones suicidas
- Primera experiencia de alucinaciones auditivas o visuales

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 reciba 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"?

Una "emergencia de la salud conductual" es una situación de emergencia en la que alguien necesita evaluación y tratamiento conductual en un entorno terapéutico seguro, 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.

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

- **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 derivación de su PCP.
- **Si experimenta una crisis de salud mental,** llame a Servicios para miembros las 24 horas del día, todos los días del año.

Una crisis de salud mental es cualquier situación en la que los comportamientos de una persona lo ponen en riesgo de lastimarse o lastimar a otros y/o cuando no se es capaz de resolver la situación con las habilidades y recursos disponibles. Muchas cosas pueden conducir a una crisis de salud mental, que incluyen aumento del estrés, enfermedad física, problemas en el trabajo o en 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.

- **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. Llame las 24 horas del día, los 365 días del año. (el número de teléfono aparece en su tarjeta de identificación del miembro y en la contraportada de este manual).

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

NH Healthy Families entiende que la adicción es una enfermedad y que el acceso inmediato a ayuda es crítico para la recuperación.

- Si es un miembro de NH Healthy Families que enfrenta una adicción y necesita atención de urgencia, comuníquese con el número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación del miembro o llame a Servicios para miembros.
- Si alguien que conoce enfrenta contra una adicción o abuso de sustancias, llame a la Línea estatal para crisis por adicción de NH gratis al 1-844-711-HELP (4357).

¿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 médica, lesión o afección imprevista que no es de emergencia que requiere 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 de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles 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
<ul style="list-style-type: none"> • Huesos rotos. • Heridas de bala o cuchillo. • Hemorragia que no se detiene. • Está embarazada, en trabajo de parto o tiene una hemorragia. • Dolor en el pecho severo o ataque cardíaco • Sobredosis de drogas. • Envenenamiento. • Quemaduras serias. • Shock (los síntomas incluyen sudoración, sensación de sed, mareos, piel pálida). • Convulsiones o ataques. • Dificultad para respirar. • Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gripe, resfriado, dolor de garganta y dolor de oídos. • Un esguince o desgarró. • Un 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 diga "Enfermera". Lo comunicaremos con una enfermera. Tenga su número de tarjeta de identificación de NH Healthy Families a mano. 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, 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 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 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 sala de emergencias son para emergencias.**

Es importante que usted o alguien que actúa en su nombre DEBEN llamen a su PCP y a NH Healthy Families en un plazo de 48 después de la admisión. Esto ayuda a su PCP a proporcionarle o realizar arreglos para que reciba atención de seguimiento. 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 cobertura 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 cualquier 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 NH Healthy Families cubre. 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 http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm.

Acerca de los servicios cubiertos:

- El Cuadro de beneficios enumera los servicios que NH Healthy Families cubre. 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 están impresos 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 recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que haya recibido 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 nuestra aprobación anticipada (a veces, denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren autorización con anticipación se indican en *cursiva* en el 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 es el único 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 están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 4.2 Cuadro de beneficios

Servicios que están cubiertos para usted

Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal

El plan cubre una única prueba de detección por ultrasonido para hombres entre 65 y 75 años que nunca han fumado.

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 aborto

Se cubren como se indica a continuación únicamente:

- Si el embarazo es el resultado de una violación o incesto; o
- en caso de que una mujer tenga un trastorno físico, lesión física o enfermedad física (incluidas condiciones que amenacen la vida causadas por o resultado del mismo embarazo) que un cirujano certifique que podrían poner a la mujer en peligro de muerte a menos que se realice un aborto. No se cubre la terminación voluntaria del embarazo

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 que están cubiertos para usted**Servicios médicos de día para adultos**

El plan cubre servicios proporcionados por proveedores de atención médica de día para adultos licenciados. Los servicios se proporcionan para adultos de 18 años y más 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 pueden incluir lo siguiente:

- 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
- Suministros médicos
- Servicios de salud y seguridad

Se necesita autorización previa.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol

Consulte Servicios de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias (Substance use disorder, SUD) en este Cuadro de beneficios.

Servicios que están cubiertos para usted

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 proporcionan información sobre 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 de ambulancia – Emergencia

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:

- Servicios de ambulancia terrestre; y
- Servicios de ambulancia aérea si:
 - Usted no puede ser transportado de forma segura y oportuna por tierra; y
 - 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 necesita 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 que están cubiertos para usted

Servicios de ambulancia – No 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:

- Servicios de ambulancia terrestre; y
- Servicios de ambulancia aérea si:
 - Usted no puede ser transportado de forma segura y oportuna por tierra; y
 - Está en riesgo inminente de perder la vida o una extremidad si no se utiliza el medio de transporte más rápido.

CTS (Coordinated Transportation Solutions) administra los servicios para el plan. Puede coordinar su transporte si llama a NH Healthy Families al 1-866-769-3085.

Los servicios de ambulancia que no son de emergencia no 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.

Anestesia - vea Servicios de médicos

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 la audición" para obtener más información sobre servicios relacionados y audífonos.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

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.

No 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 abuso de sustancias (SUD)* en este Cuadro de beneficios.

Densitometría ósea

El plan cubre algunos procedimientos de medida 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.

Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías)

El plan cubre mamografías y exámenes clínicos de senos para mujeres de 40 años y más cada uno o dos años. Si su PCP lo indica, es posible que se proporcionen mamografías y exámenes de senos más frecuentes.

No se requiere autorización previa del plan para pruebas de detección prestadas por un proveedor de la red, pero sí puede que sea necesario obtener una para pruebas de detección indicadas más frecuentemente.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)

El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, tales como ejercicio, educación y orientación. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca *intensivos*.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Visita para reducción del riesgo de enfermedad cardíaca (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:

- Hablar con usted sobre el consumo de aspirina
- Controlar su presión arterial
- Darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo 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 (corazón y vasos sanguíneos)

El plan cubre análisis de sangre para buscar cardiopatías (corazón y 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 que están cubiertos para usted

Examen de detección de cáncer vaginal y cervical

El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos para mujeres entre 16 y 65 años de edad, según lo indicado por un médico u otro profesional de atención médica con licencia. Las pruebas de Papanicolaou se recomiendan cada 3 años; sin embargo, el plan cubrirá dichas pruebas con mayor frecuencia con base en la necesidad médica. Los exámenes pélvicos se recomiendan 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 contra el cáncer. La quimioterapia se puede administrar en su casa, en el consultorio de un médico o en un centro hospitalario para pacientes internados o ambulatorios.

Los servicios cubiertos incluyen:

- 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.

Servicios que están cubiertos para usted

Examen de detección de cáncer colorrectal

Los miembros de 50 años y más 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
- Sigmoidoscopia flexible
- Colonoscopia

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 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 de automanejo de diabetes y terapia de nutrición médica
- Servicios para dejar el tabaco
- 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.

Servicios que están cubiertos para usted

Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco

El plan cubre asesoría para dejar de fumar o consumir tabaco. (Vea también "Dejar de fumar" en el Cuadro de beneficios.)

El programa para dejar de fumar proporciona servicios de educación y de apoyo telefónicos para reducir el riesgo de afecciones médicas relacionadas con el tabaco, como presión arterial alta, enfermedad cardíaca 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 dentales

Este plan no cubre servicios de odontología. 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 de NH DHHS*) para obtener información de contacto y consulte la Sección 4.4 (*Beneficios de Medicaid de NH cubiertos fuera del plan*).

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

Examen de detección de depresión

El plan cubre prueba de detección de la 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 que están cubiertos para usted

Insumos y capacitación para diabéticos

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

- Los suministros para controlar sus niveles de glucosa en sangre incluyen:
 - 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
- Accesorios y prestación de calzado terapéutico a medida o de profundidad si tiene enfermedad de pie diabético grave.
- El programa de educación sobre diabetes ofrece servicios de promoción, educación y apoyo telefónicos para optimizar el control de la glucosa sanguínea, la presión arterial y los lípidos de forma de minimizar el desarrollo o la progresión de complicaciones diabéticas.

Es posible que no se requiera autorización previa si utiliza medidores y suministros de glucosa sanguínea que sean productos no preferidos.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

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

El plan cubre los siguientes servicios:

- Servicios de educación en enfermedades renales para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado.
- Tratamientos de diálisis ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra provisionalmente fuera del área de servicio, por ejemplo, durante un viaje.
- Tratamientos de diálisis a pacientes hospitalizados si se lo admite en un hospital para recibir atención especial.
- Capacitación de autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar
- Suministros y equipo de diálisis en el hogar
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como visitas de trabajadores capacitados en diálisis 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 que están cubiertos para usted

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

El plan cubre equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) que incluye artículos que son:

- No desechables y capaces de soportar el uso reiterado;
- Usados principalmente para servir un propósito médico para el tratamiento de una afección médica, enfermedad o lesión aguda o crónica médicamente diagnosticada;
- No útiles para una persona en ausencia de una afección médica, enfermedad o lesión aguda o crónica médicamente diagnosticada.
- Algunos ejemplos de DME cubierto incluyen:
 - Silla de ruedas
 - Muletas
 - Camas de hospital
 - Equipamiento de monitoreo
 - Camas especiales
 - Bastones
 - Tapas de inodoro
 - Nebulizadores
 - Equipo de oxígeno
 - Bomba de infusión
 - Andadores
 - Dispositivos de generación del habla - sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (augmentative alternative communication, SAAC)
 - 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 que están cubiertos para usted

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

El plan cubre Servicios de evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) (excepto para servicios de análisis conductual aplicado (ABA), que Medicaid de New Hampshire cubre.

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 o se sospecha la existencia de problemas de salud. 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 física o mental de un niño. Esto es particularmente importante para niños con necesidades especiales de atención médica y discapacidades.

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 requieren autorización previa.

Para obtener más información, llame al Coordinador de necesidades especiales en el plan.

Servicios que están cubiertos para usted

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 de 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:
 - 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.

La atención médica de emergencia está cubierta dónde y cuándo la necesite, en cualquier parte dentro de Estados Unidos y sus territorios. La atención 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 de paciente internado después de la estabilización de su afección 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 solo se cubre si el plan aprueba su estadía como paciente internado.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios de planificación familiar

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 derivación.

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 (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, dispositivo intrauterino [DIU], inyecciones, o implantes)
- Materiales de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, 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. Usted debe tener 21 años o más, ser mentalmente competente y debe firmar un formulario federal de consentimiento para esterilización. Entre la fecha en que firma el formulario 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 que están cubiertos para usted

Cirugía de reasignación de género

El plan cubre servicios de reasignación de género.

Los servicios pueden incluir lo siguiente:

- Mastectomía
- Aumento de los senos
- Histerectomía
- Salpingectomía
- Ooforectomía
- Cirugía reconstructiva genital

Este plan no cubre procedimientos cosméticos.

No 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 habilidades y 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 ochenta (80) unidades de 15 minutos por año de beneficios en cualquier combinación de servicios de PT, OT y ST.

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.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios de audición, incluidos audífonos

El plan cubre pruebas de la audición cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado de la red. Estas pruebas le dicen si necesita tratamiento médico.

El plan cubre lo siguiente:

- Exámenes de la audición, pruebas de equilibrio y consultas relacionadas
- Evaluaciones para el ajuste de audífonos, incluso moldes e impresiones de las orejas
- Audífonos (con limitaciones)
- Proporcionar y dispensar audífonos, baterías y accesorios
- Instrucciones para el uso, cuidado y manejo de audífonos
- Visita de seguimiento para asegurar el desempeño del audífono
- Préstamo de un audífono cuando sea necesario

La evaluación del audífono o consulta para audífonos están limitadas a una cada 24 meses desde la última fecha del servicio para miembros de 21 años o más y según sea necesario para miembros menores de 21 años.

No se requiere autorización previa del plan para exámenes de la 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 los indica 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 que están cubiertos para usted

Prueba de detección del virus de la hepatitis C virus (VHC)

El plan cubre pruebas de detección de VHC para adultos que presentan una o más de las siguientes afecciones cuando las indica el PCP en un consultorio:

- Riesgo alto de infección con el virus de la hepatitis C, incluso 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.

Exámenes de detección de VIH

El plan cubre pruebas de detección de VIH y pruebas relacionadas para adolescentes y adultos cuando los indica y proporciona 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 salud en el hogar, incluso:

- Enfermería especializada y servicios de atención en el hogar a tiempo parcial o intermitente
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Equipo médico duradero e insumos

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

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 fluidos por vía intravenosa (IV). Los servicios cubiertos incluyen servicios de profesionales, insumos médicos y equipos médicamente necesarios.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Atención paliativa

El plan cubre servicios de cuidados paliativos que sean razonables y necesarios para aliviar o disminuir los síntomas de una enfermedad terminal, incluso afecciones y complicaciones relacionadas. Usted tiene derecho a optar por recibir atención de 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:

- 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 con, que incluyen consejería de alimentación
- Atención general para pacientes internados para control del dolor o manejo de síntomas que no puede prestarse en un marco ambulatorio
- Atención de relevo solo 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 o las afecciones relacionadas del miembro
- Medicamentos para aliviar, disminuir o manejar los síntomas o efectos de la enfermedad terminal o afecciones relacionadas del miembro
- Servicios de ayuda médica 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 realice 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 según sea razonable y necesario para aliviar, disminuir o manejar la enfermedad y afecciones relacionadas del miembro

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Histerectomía

El plan cubre una histerectomía, que es la extirpación quirúrgica del 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 a que la histerectomía podría impedir permanentemente que se reproduzca.

No 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), que incluyen:

- 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 el herpes (herpes zoster)
- Virus del papiloma humano (VPH)

La cobertura de vacunas no incluye vacunas que se exigen o 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 que están cubiertos para usted

Atención para pacientes hospitalizados que incluyen rehabilitación aguda

El plan cubre servicios para pacientes hospitalizados, que incluyen:

- 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)
- Medicamentos
- Pruebas de laboratorio
- Radiografías y otros servicios radiológicos
- Suministros quirúrgicos y médicos necesarios
- Equipo médico duradero, como sillas de ruedas
- Costo de la sala de operaciones y de recuperación
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Administración de productos sanguíneos
- Servicios de médicos, que incluyen anestesia

No se requiere autorización previa para la admisión; sin embargo, se debe enviar notificación de la admisión a NH Healthy Families en un plazo de un día después de la admisión.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios de salud mental para pacientes internados

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

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

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. 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 saber su cumple con los requisitos de cobertura.

Nota: El proveedor debe completar la Notificación de admisión antes o durante la admisión como paciente internado.

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

Consulte también *Servicios de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias (SUD)* en este Cuadro de beneficios.

Envolve PeopleCare administra los servicios. Es posible que se requiera autorización previa.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para miembros o ingrese a <http://envolvepeoplecare.com/>.

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 del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios de maternidad

El plan cubre servicios de maternidad prenatales, parto 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 ultrasonido necesarios. Se cubre una bomba sacaleche por embarazo.

También hay servicios de maternidad adicionales relacionados disponibles a través de programas de 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**, ext. 4501 (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 AM 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.

Suministros médicos

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

Los suministros médicos incluyen lo siguiente:

- Suministros para ostomía
- Catéteres
- Productos para la incontinencia
- Entablillado
- Suministros para traqueotomía

Es posible que se requiera autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Terapia nutricional médica

La cobertura se proporciona para terapia de nutrición médica médicamente necesaria cuando se proporciona como parte de servicios de EPSDT para miembros de 21 años y menos, cuando los presta un dietista registrado y los indica un médico. La cobertura de servicios de nutrición médica incluyen (entre otros):

- Evaluación científica de su dieta;
- Sugerencias de modificación de 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 nutricionales médicos cuando se prestan como parte de servicios EPSDT para miembros de 21 años y menores. No se requiere autorización previa para Servicios nutricionales 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 abuso de sustancias (SUD)* en este Cuadro de beneficios.

Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida

El plan cubre pruebas de detección de obesidad y terapia 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 que están cubiertos para usted

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.

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 trasplantes 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.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

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
- Apoyar una parte débil o deformada del cuerpo
- Prevenir o corregir una deformidad o malfuncionamiento físico

Los dispositivos ortopédicos incluyen:

- Aparatos ortopédicos para la columna vertebral en casos de escoliosis
- Aparatos ortopédicos para las piernas
- Ortésis para manos y pies

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

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 psiquiátrica registrada de práctica avanzada (APRN), 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 centros de salud mental para pacientes ambulatorios.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Visitas de medicamentos
- Terapia grupal, individual y familiar
- Evaluaciones de diagnóstico
- Programa de hospitalización parcial (PHP)*
- Programa ambulatorio intensivo (IOP)
- Servicios psiquiátricos de emergencia
- Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)
- Estimulación magnética transcraneal*
- Intervención en crisis
- Servicios individualizados orientados a la resiliencia y la recuperación (Individualized Resiliency and Recovery Oriented Services, IROS)
- Servicios de administración de casos, que incluyen Tratamiento asertivo en la comunidad (Assertive Community Treatment, ACT)
- Evaluaciones psicológicas*

* Los servicios indicados con un asterisco no requieren autorización previa del plan.

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

Consulte también *Servicios de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias (SUD)* en este Cuadro de beneficios.

Envolve PeopleCare administra los servicios.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para miembros o ingrese a <http://envolvepeoplecare.com/>.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

El plan cubre servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios para diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión.

Los servicios cubiertos incluyen:

- 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, incluso servicios de técnicos, materiales y suministros
- Algunos servicios de exámenes de detección y preventivos
- Algunos medicamentos que no pueda administrarse usted mismo
- Suministros quirúrgicos, como apósitos
- Materiales para yesos
- Administración de productos sanguíneos
- Infusiones intravenosas (IV)

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

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

Servicios que están cubiertos para usted

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, accidente o cirugía. Los servicios de rehabilitación incluyen fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla y el lenguaje (ST).

La cobertura de los servicios se limita a un total de ochenta (80) unidades de 15 minutos por año de beneficios, en cualquier combinación de estas terapias.

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.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Cirugía de paciente ambulatorio

El plan cubre cirugías y servicios para pacientes ambulatorios realizadas en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios de la red.

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.

El oxígeno proporcionado por un proveedor de la red no requiere autorización previa del plan. Es posible que se requiera autorización previa para equipos de terapia respiratoria.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios de asistente de atención personal

El plan cubre servicios de asistente de atención personal para ayudar con actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria a través de Granite State Independent Living. Para ser elegible para recibir este servicio, debe tener 18 años o más, estar confinado a una silla de ruedas y ser capaz de autodirigir su atención.

Los servicios incluyen asistencia con:

- Baños y otras actividades de higiene personal
- Vestirse y arreglarse
- Administración y manejo de medicación
- Movilidad y traslados
- Ir al baño y tareas relacionadas
- Preparación de comidas y alimentación
- Lavado de ropa
- Limpieza ligera

No 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 que están cubiertos para usted

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

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

- Servicios de diagnóstico y tratamiento, servicios preventivos y servicios quirúrgicos (incluso 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 obstetra o ginecólogo (OB/GIN), ya sea en persona o a través de servicios de telemedicina
- Segunda opinión por parte de un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red (con autorización previa), por ejemplo, antes de que se realice un procedimiento médico o quirúrgico
- Evaluación y tratamiento de la articulación temporomandibular (Temporomandibular joint, TMJ)
- Manejo del dolor
- Anestesia como parte del plan de tratamiento dental de un niño

Vea también la cobertura adicional para servicios específicos del plan.

Es posible que se requiera autorización previa del plan para servicios proporcionados por proveedores de la red en centros quirúrgicos ambulatorios certificados, cirugía para pacientes ambulatorios y algunos centros de manejo del dolor.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios de podiatría

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

Los servicios incluyen:

- Recorte de uñas cuando su PCP determina que usted necesita el servicio y le da una derivación 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, dislocaciones, esguinces, desgarros y heridas abiertas del tobillo, pie y los dedos de los pies

Los servicios de podiatría de rutina se limitan a no más de cuatro (4) visitas por año de beneficios.

No se requiere autorización previa del plan para cuatro (4) visitas de podiatría por año de beneficios cuando las recibe de un proveedor de la red. Las visitas adicionales requieren autorización previa.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Medicamentos con receta

Medicamentos con receta (y medicamentos de venta libre con una receta):

- Copagos en farmacias minoristas
 - \$1 de copago para suministro de hasta 30 días
 - \$2 de copago para cada medicamento con receta no preferido (si el médico que receta determina que un medicamento preferido será menos eficaz o tendrá efectos adversos para el miembro, el copago del medicamento no preferido será de \$1.00)
- Copago de pedidos por correo (solo ciertos medicamentos disponibles a través de pedidos por correo)
 - \$1 de copago para suministro de 90 días
- \$0 de copago para productos de planificación familiar o para recetas de Clozaril® (clozapina) o productos para dejar de fumar

Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (*Cómo obtener medicamentos con receta cubiertos*) o llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Atención privada de enfermería

El plan cubre servicios de enfermería privada prestados por una enfermera registrada (registered nurse, RN) o enfermera de práctica médica con licencia (licensed practical nurse, LPN). Los miembros elegibles para estos servicios para miembros requieren observación, juicio, evaluación o intervenciones de enfermería profesional continua 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 enfermera registrada de práctica avanzada, que incluya un plan de atención por escrito donde se describa por qué son médicamente necesarios los servicios de enfermería privada para el miembro. La agencia que presta los servicios de enfermería privada debe presentar documentación de respaldo que demuestre el nivel de habilidad y las necesidades continuas del miembro.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Exámenes de detección de cáncer de la próstata

El plan cubre los siguientes exámenes de detección de cáncer de la 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 que están cubiertos para usted

Dispositivos protésicos y suministros relacionados

El plan cubre la compra y reparación de prótesis y suministros 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 suministros relacionados cubiertos incluyen:

- Zapatos ortopédicos
- Brazos y piernas artificiales
- Prótesis mamarias (incluyendo 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 los síntomas de EPOC aumenten.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)

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 limite 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.

Pruebas de detección y orientación para infección de transmisión sexual (ITS)

Además de las pruebas de detección de VIH y hepatitis B (que se analizan 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 consejería conductual intensiva relacionada.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Tratamiento para dejar de fumar

El programa para dejar de fumar proporciona servicios de educación y de apoyo telefónicos para reducir el riesgo de afecciones médicas relacionadas con el tabaco, como presión arterial alta, enfermedad cardíaca y algunos tipos de cáncer al promover el abandono del consumo de todos los productos de tabaco.

El plan cubre medicamentos que ayudan a dejar de fumar, incluso parches de nicotina, goma de mascar, pastillas medicinales y Chatrix (para el que se aplican límites específicos).

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios que están cubiertos para usted

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 para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias (SUD)

El plan cubre servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias prestados por un centro de salud mental comunitario, un centro de salud comunitario, un centros de salud calificados 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:

- Detección, intervención breve y derivación para tratamiento (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT)
- Pruebas de detección para abuso de sustancias
- Terapia grupal, individual y familiar
- Servicios de SUD intensivos para pacientes ambulatorios
- Programa de hospitalización parcial (PHP)*
- Manejo de 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
- Servicios para pacientes internados agudos o en hospital psiquiátrico
- Manejo de la abstinencia médicamente monitoreado (ambulatorio)
- Servicios de tratamiento por uso de opiáceos
- Tratamiento asistido por medicamentos
- Manejo de abstinencia médicamente controlado residencial
- Servicios de tratamiento residencial, que incluyen servicios especializados para mujeres embarazadas y después del parto

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.

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

Servicios que están cubiertos para usted

miembros para saber su cumple con los requisitos de cobertura para pacientes internados.

Es posible que se requiera autorización previa.

Envolve PeopleCare administra los servicios.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para miembros o ingrese a <http://envolvepeoplecare.com/>.

Telemedicina

Nuestro plan de salud incluye tratamiento de telesalud o telemedicina. Eso significa que un especialista puede supervisarle o tratarlo por teléfono u otro medio electrónico. Este tipo de tratamiento solo está cubierto para situaciones médicamente necesarias. Su proveedor debe pertenecer a la red de NH Healthy Families.

Servicios de transporte - Transporte en ambulancia

Consulte *Servicios de ambulancia - Emergencia* en este Cuadro de beneficios.

Consulte *Servicios de transporte - No emergencia* en este Cuadro de beneficios.

Servicios que están cubiertos para usted

Servicios de transporte - Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

El plan servicios de transporte médico que no es de emergencia si usted no puede pagar el costo del transporte a consultorios de proveedores y centros para recibir los servicios cubiertos de New Hampshire médicamente necesarios que se indican en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Para obtener servicios de transporte que no es de emergencia debe seguir las reglas del plan para coordinación y reembolso de transporte.

- Inscríbase en el *Programa de reembolso por millaje para familiares y amigos*: Obtenga un reembolso para millaje de su hogar a su servicio de atención médica cubierto por Medicaid, luego regrese a su casa. Conduzca usted mismo o pídale a un amigo o familiar que lo lleve a cita. Se debe completar un *Formulario de reembolso de transporte de Medicaid* para cada viaje aprobado.
- Solicite un viaje: los miembros que no tienen vehículo o un familiar o amigo que pueda llevarlos, pueden solicitar un viaje si llaman al proveedor de transporte de NH Healthy Families, quien programará el viaje usando transporte público, un servicio de transporte, un servicio de camioneta para silla de ruedas o un servicio de ambulancia que no es de emergencia. Debe llamar al menos 2 días hábiles, pero no más de 30 días hábiles, antes para solicitar un viaje.

Coordinated Transportation Solutions (CTS) administra los servicios del plan. Puede comunicarse con ellos si llama a la línea de Servicios para miembros y elige "Transporte" cuando se le indique.

Es posible que se requiera autorización previa.

Para obtener información acerca de este beneficio, consulte la Sección 2.7 o llame a Servicios para Miembros al 1-866-769-3085.

Servicios que están cubiertos para usted

Atención necesaria de urgencia

El plan cubre atención necesarios 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:

- Un caso que no es de emergencia (no incluye servicios de atención primaria de rutina)
- Una enfermedad médica repentina
- Una lesión
- Una afección que requiere cuidado inmediato

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, debe tratar de obtenerla en un centro de atención de urgencias de la red. También puede llamar a la Línea de consejos de enfermería las 24 horas al 1-866-769-3085 para obtener ayuda para determinar el nivel de atención adecuado necesarios y para encontrar un Centro de atención de urgencia de la red.

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

La servicios necesarios de urgencia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Servicios de la vista y anteojos y cristales

El plan cubre los siguientes servicios 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 y más, 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 se puede reemplazar 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
- Lentes trifocales si el miembro:
 - Está empleado y los lentes trifocales son necesarios para el trabajo del empleo del miembro; o
 - Es estudiante a tiempo completo y los lentes trifocales son necesarios para el trabajo involucrado en la educación del miembro; o
 - Actualmente tiene trifocales.

Servicios de la vista y anteojos y cristales - Continúa de la página anterior

Servicios que están cubiertos para usted

El plan cubre los siguientes servicios:

- 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
- Radiografías de diagnóstico limitadas a quince (15) radiografías por año de beneficios

Se requiere autorización previa del plan para diagnóstico por imágenes de alta tecnología, que incluye tomografía computarizada (TAC), resonancia magnética por imágenes (RMI), 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, 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.

Sección 4.3 Beneficios adicionales proporcionados por el plan

Beneficios complementarios

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales. NH Healthy Families tiene programas y servicios que le agregan valor a sus servicios cubiertos. Siempre buscamos formas de ayudarlo a mantenerse saludable y mejorar su salud. Visite nuestro sitio web en www.NHhealthyfamilies.com para obtener la lista más actualizada de beneficios con valor agregado o llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Programas y servicios	Detalles
<p>CentAccount</p> <p>Recompensas por completar comportamientos saludables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$30 de pago de incentivo para: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vacuna contra la gripe o nebulización nasal contra la gripe anual: de 6 meses en adelante ○ Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía): mujeres entre 40 y 74 años ○ Examen de próstata/Prueba de detección de cáncer de la próstata anual: hombres de 50 años en adelante ○ Completar un programa para dejar de fumar: complete al menos 6 sesiones de asesoría de salud: de 18 años en adelante ○ Completar una Evaluación de necesidades de salud anual ○ 6 visitas de niño sano antes de los 15 meses ○ Visita de bienestar anual (una por año calendario a partir de los 2 años) • \$20 de pago de incentivo <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención de la diabetes integral anual • \$10 de pago de incentivo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cada 3 visitas médicas prenatales.* (\$30 máximo.) ○ Visita médica posparto entre 21 y 56 días después del parto. <p>* Llámenos o envíe un formulario de Notificación de embarazo (Notification of Pregnancy, NOP) para informar a NH Healthy Families que está embarazada. Puede encontrar el formulario en el sitio web en www.NHhealthyfamilies.com.</p> <p>Tenga en cuenta que la visita prenatal comienza después de que nos notifica que está embarazada.</p>
<p>Start Smart for Your Baby: un programa diseñado para apoyar a las embarazadas que están afiliadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene por objetivo reducir las complicaciones del embarazo, los partos prematuros, el bajo peso al nacer y otros resultados deficientes del nacimiento en los bebés. • Paquete y termómetro Start Smart for Baby • Programa de duchas Start Smart for Baby • Programa de mensajes de texto Start Smart for Baby

Programas y servicios	Detalles
	<ul style="list-style-type: none"> • Hay bombas sacaleche disponibles
<p>Línea de consejos de enfermería las 24 horas: información médica gratuita de personal de enfermería disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo médico • Respuestas a preguntas sobre su salud • Consejos sobre una lesión o enfermedad • Responde preguntas sobre ir a la sala de emergencias o atención de urgencia
<p>Manejo de enfermedades: servicios diseñados para mejorar su salud a través de un asesor de salud personal.</p>	<p>Sus sesiones de asesoría personalizadas lo apoyan mientras maneja sus afecciones médicas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Asma (adultos e infancia) ○ Dolor de espalda ○ EPOC ○ Diabetes (adultos e infancia) ○ Enfermedad cardíaca (insuficiencia cardíaca y enfermedad arterial coronaria) ○ Hipertensión/Hiperlipidemia ○ Depresión
<p>MemberConnections®: programa para promover la salud y conectar a miembros en riesgo alto a servicios de atención médica y sociales comunitarios.</p>	<p>Los representantes de MemberConnections lo ayudan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encontrar médicos en su área • Ayudar con acceso a inquietudes de atención • Navegar los beneficios del plan de salud • E incluso atenderlo en su casa, si fuera necesario

Beneficios con valor agregado, continuación

Programas y servicios	Detalles
<p>ConnectionsPLUS®: programa que ofrece teléfono celular gratuito a miembros que no cuentan con un acceso seguro y confiable a un teléfono.</p>	<p>Brinda acceso las 24 horas, los siete días de la semana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan • Sus proveedores • Servicios de telesalud • 911
<p>Fluvention</p>	<p>Vacunas contra la gripe cada año para miembros de 6 meses en adelante.</p>
<p>Servicios de intérprete</p>	<p>Servicios telefónicos o en persona cubiertos sin costo.</p>
<p>Embarazo sin humo</p>	<p>Programa especial para dejar de fumar para mujeres embarazadas.</p>
<p>Mejora de la vista: elija recibir un crédito y seleccionar armazones no incluidos en la selección estándar.</p>	<p>Use el crédito para comprar anteojos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de visión simple • Lentes bifocales o trifocales
<p>Dejar de fumar: asesores de salud disponibles para ayudar a los miembros a dejar de fumar</p>	<p>Los asesores de salud ofrecen educación y apoyo por teléfono para ayudarlo a dejar de fumar. Hay un programa especial disponible para asistir a afiliadas embarazadas para dejar de fumar (Embarazo sin humo).</p>
<p>Portal seguro para miembros</p>	<p>Todos los miembros del plan de salud tienen acceso gratuito a la información de su cuenta y herramientas útiles las 24 horas del día, los siete días de la semana a través del portal seguro para miembros. Una vez que el miembro se inscribe y se vuelve activo en NHHF, puede crear una cuenta en línea en la que podrá actualizar su PCP, enviar un correo electrónico seguro a un representante del plan de salud, completar su Evaluación de necesidades de salud anual, ver su resumen de beneficios y más.</p>

Sección 4.4 Beneficios de Medicaid de NH 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 afiliación de NH Healthy Families y Medicaid de New Hampshire. Siempre muestre su tarjeta de afiliación 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 están impresos en la contraportada de este manual).

SIEMPRE TENGA A MANO SUS TARJETAS DE AFILIACIÓN 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:

- Servicios para el autismo, como análisis conductual aplicado (ABA). Para proporcionar servicios para el autismo, el plan trabajará directamente con su proveedor y Medicaid de New Hampshire para obtener una autorización previa. (Si desea información sobre prácticas especiales de apelación para servicios de ABA, consulte la Sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación de segundo nivel).*)
- Medicaid de New Hampshire cubre algunos medicamentos con receta cuando se facturan a través de una farmacia. Esto incluye determinados medicamentos con receta para la hepatitis C y la hemofilia, y los medicamentos con receta Carbaglu® y Ravicti®.
- Servicios dentales integrales, que incluyen ortodoncia, para miembros menores de 21 años
- Servicios dentales limitados al tratamiento del dolor agudo o infecciones para miembros de 21 años y más
- Apoyos y servicios tempranos (servicios de intervención temprana) para bebés y niños desde el nacimiento hasta los 3 años
- Servicios de Medicaid-to-school
- Servicios de asilos de ancianos o en un centro de enfermería, que incluyen: servicios en un centros 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 de Glenclyff Home
- Servicios de la División del programa de niñez, juventud y familia (Division of Child, Youth and Family Program) para niños elegibles para Medicaid y jóvenes derivados por tribunales o la junta de libertad condicional juvenil, incluso:
 - Terapia en el hogar
 - Servicios de apoyo infantil (también conocidos como servicios de apoyo de la salud infantil)
 - Servicios de atención intensiva en el hogar y la comunidad
 - Servicios de colocación
 - Cuidado de niños en institución privada no médica
 - Intervención en crisis
- Servicios y apoyos de atención a largo plazo basados en el hogar y la comunidad para:
 - Miembros con trastornos cerebrales adquiridos;
 - Miembros con discapacidades del desarrollo;
 - Miembros de hasta 21 años con discapacidades del desarrollo bajo el programa de exención de apoyo en el hogar; y
 - Miembros con discapacidades relacionadas con la edad, enfermedades crónicas o discapacidades físicas bajo el programa Choices for Independence.

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

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, tanto por nosotros como por Medicaid de NH. "Excluido" significa que nosotros no pagamos estos beneficios. La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos.

NH Medicaid y el plan no cubrirán 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 'acción' del plan, o presentar una queja*).

Los siguientes servicios y suministros no están cubiertos. Esta es una lista no inclusiva. Si un servicio no aparece en la "Lista de servicios no cubiertos", significa que ni NH Healthy Families ni Medicaid de NH pagan por ese servicio. Recuerde, 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 (de "biorretroalimentación" en inglés), 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, licencias o seguros

Lista de servicios no cubiertos

Queratometría radial

Servicios que la ley federal o estatal no permite

Servicios de control y reducción de peso: esto incluye medicamentos o productos para perder peso, membresías en gimnasios o equipos para reducir el peso.

Animales de servicio y terapia

Servicios prestados fuera de EE. UU y sus territorios, incluso vacunas para viajes al exterior

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

Sección 5.1 Mantenerse saludable

NH Healthy Families tiene muchas opciones para ayudarlo a ponerse y mantenerse saludable. Creemos en tratar a la persona como un todo y, a lo largo de este manual, encontrará programas que refuerza esa práctica. Algunos de los programas enumerados en la Sección 4.3 (*Beneficios adicionales*) también pueden ayudarlo a mejorar su calidad de vida.

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 proporcionar atención médica de calidad para 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, nosotros:

- 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 hacerse 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

más información sobre el programa de mejora de la calidad, visite www.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 con la coordinación de la atención

NH Healthy Families comprende que es posible que necesite ayuda para navegar el sistema de atención médica. Ofrecemos servicios de administración de la atención para ayudar con la programación de citas, coordinación de transporte, alojamiento y conectarlo con recursos de su comunidad, como cupones para alimentos, servicios públicos y grupos de apoyo.

Estos servicios están disponibles si usted:

- tiene necesidades de coordinación social y de atención
- tiene necesidades de atención médica complejas
- tiene necesidades de salud conductual
- está embarazada
- tiene una discapacidad

Nuestros administradores de la atención son enfermeras registradas, clínicos de la salud conductual o trabajadores sociales. Ellos ayudan a nuestros miembros a entender mejor sus problemas importantes de salud y ayudarlos a coordinar sus necesidades de atención médica. Los administradores de la atención trabajan junto a los miembros y sus médicos para ayudar a identificar barreras y apoyar el plan de atención del proveedor.

Con frecuencia, los miembros inscritos en administración de la atención ven varios médicos. Es posible que necesiten insumos médicos o ayuda en casa. Los administradores de la atención de NH Healthy Families pueden ayudar a los miembros a coordinar aspectos de su atención. Con frecuencia, los miembros inscritos en administración de la atención tienen problemas complejos como células falciformes, esclerosis múltiple, enfermedad renal, trasplantes de órganos, cáncer, hemofilia y/o depresión.

Además de los administradores de la atención, NH Healthy Families tiene un coordinador de necesidades especiales que puede ayudarlo a inscribirse en el

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

programa de administración de la atención y conectarlo con recursos de atención médica y basados en la comunidad. Si tiene una o más de las siguientes afecciones, lo invitamos a comunicarse con el coordinador de necesidades especiales o con cualquier miembro de nuestro equipo de administración de la atención:

- Enfermedades crónicas, como asma, diabetes, insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad mental
- VIH/SIDA
- Necesidades de cuidado de acogida o recibe servicios del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (Department of Child, Youth and Families, DCYF).
- Indigencia

Si tiene necesidades especiales de atención médica, NH Healthy Families está aquí para usted. Para inscribirse en el programa de administración de la atención, llame al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123, servicio de retransmisión 711) y solicite servicios de administración de la atención.

Sección 5.3 Continuidad de la atención

"Continuidad de la atención" se refiere a la continuación de su cobertura de atención a través de transiciones entre planes, marcos de atención médica u otros marcos de tratamiento.

Por ejemplo, las transiciones ocurren cuando:

- Usted cambia del programa de tarifa por servicio: de Medicaid de New Hampshire, que tiene contrato directamente con proveedores a un plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire, como NH Healthy Families.
- Cambia de tratamiento proporcionado por un proveedor de tarifa por servicio de Medicaid de New Hampshire a un proveedor de la red de atención administrada de Medicaid de New Hampshire.
- Cambia de un plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire a otro.
- Se muda de un centro de enfermería a casa y sigue necesitando parte o toda la atención que recibía en el centro de enfermería.

La cobertura de continuidad de la atención puede no aplicarse para transiciones entre un plan del Programa de protección de la salud de New Hampshire (New Hampshire Health Protection Program, NHHPP) (a veces llamado Programa de asistencia con las primas [Premium Assistance Program, PAP]) disponible a través del Mercado de seguros médicos de New Hampshire facilitado por el gobierno federal (Federally Facilitated Health Insurance Marketplace) y NH Healthy Families.

Si, en ese momento, usted se inscribe en NH Healthy Families, se traslada desde:

- un programa de tarifa por servicio de Medicaid de New Hampshire, puede seguir recibiendo servicios, incluso medicamentos con receta, para los que recibió autorización previa por escrito por un máximo de 60 días calendario. Esto sucede solamente después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción inicial con NH Healthy Families o hasta que finalice la revisión de necesidad médica del plan, lo que suceda primero.
- otro plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire, puede seguir recibiendo servicios para los que recibió autorización previa por escrito por un máximo de 15 días calendario o hasta el vencimiento de la autorización previa recibida, lo que suceda primero.

Nota: si tiene una receta que se autorizó antes de su inscripción en nuestro plan y tiene uno o más surtidos restantes, es posible que su farmacéutico pueda trasladar los surtidos de sus recetas a nuestro plan si el medicamento no requiere autorización previa. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si se transfiere de NH Healthy Families a otro plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire:

- Sus beneficios de NH Healthy Families terminarán en la fecha de entrada en vigencia de la inscripción a su nuevo plan.
- Su plan de atención administrada es responsable de sus reclamos a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción en su nuevo plan. Sin embargo, si está internado en un hospital, antes de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción a su nuevo plan, su plan de salud al momento de su admisión es responsable de su cobertura hasta el día que reciba el alta del hospital.
- Su *nuevo* plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire debe aceptar una autorización previa que NH Healthy Families haya establecido durante 15 días calendario o hasta que la autorización previa venza, lo que suceda primero. Si necesita continuar el servicio o el medicamento más allá de la fecha de vencimiento de la autorización previa, comuníquese con su nuevo plan de salud para solicitar la continuación de los beneficios.

Continuidad de la atención para embarazo

Si, al momento de inscribirse a NH Healthy Families, usted se transfiere de un programa de tarifa por servicio de Medicaid de New Hampshire u otro plan de atención administrada de Medicaid, y actualmente recibe servicios de un proveedor que no está en la red de NH Healthy Families:

- Si está en su primer trimestre de embarazo al momento de su inscripción a NH Healthy Families, puede continuar sus servicios prenatales cubiertos con su proveedor fuera de la red, según corresponda, hasta que NH Healthy Families la transfiera a un proveedor de la red. La transferencia solo tendrá lugar cuando no sea nocivo para su salud.
- Si está en su segundo o tercer trimestre de embarazo al momento de su inscripción a NH Healthy Families, puede continuar sus servicios prenatales cubiertos con su proveedor fuera de la red, según corresponda, hasta el período posparto. (La atención de posparto o después del parto incluye la primera visita posparto, cualquier visita adicional necesaria para manejar complicaciones relacionadas con el parto y documentación del expediente médico.)

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

Sección 5.4 Aseguramiento de la paridad de la salud mental

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 y/o por abuso de sustancias no sea más restrictiva que la cobertura para otras afecciones médicas, como diabetes o enfermedad cardíaca. Por ejemplo, si el plan ofrece cobertura ilimitada para visitas al médico para diabetes, debe hacer lo mismo para la depresión o la esquizofrenia.

Paridad significa que:

- NH Healthy Families debe prestar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental o trastorno 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 similares para servicios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias tal como lo hacemos con sus servicios médicos;
- NH Healthy Families debe proporcionarles a usted o su proveedor los criterios de necesidad médica que NH Healthy Families utiliza para obtener una autorización previa, a solicitud del proveedor o de usted;

- NH Healthy Families no debe imponer límites de dinero anuales o vitalicios agregados 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 negación de autorización para servicios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias;
- Si NH Healthy Families proporciona cobertura fuera de la red para otros beneficios médicos, debemos proporcionar cobertura fuera de la red comparable para beneficios de salud mental o de trastorno por abuso de sustancias.

Los requisitos de paridad se aplican a:

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

Si considera que NH Healthy Families no ofrece paridad según 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 'acción' del plan, o presentar una queja*).

Si cree que NH Healthy Families no proporcionó servicios de salud conductual (servicios para salud mental y para trastornos por abuso de sustancias) de la misma forma en que proporcionamos servicios médicos, también puede presentar una queja a la línea directa de Servicios al consumidor del Departamento de Seguros de New Hampshire 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 están impresos 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. Eso significa recibir la atención correcta, en el lugar correcto, en el momento correcto. NH Healthy Families utiliza lineamientos estándar para verificar la necesidad médica. NH Healthy Families tiene políticas implementadas para asegurar 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.
- La organización no recompensa a los proveedores de la red o su personal por negar cobertura, servicios o atención.
- Los incentivos financieros para encargados de tomar decisiones no fomentan decisiones que tengan como resultado que se niegue un tratamiento necesario.

Para miembros hasta los 21 años de edad, "medicamente 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 físico; y
- No hay otro plan de tratamiento igualmente eficaz o adecuado para el miembro.

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

Para miembros de 21 años y más, "medicamente necesario" se refiere a servicios de atención médica que un proveedor de atención médica con licencia, ejerciendo un juicio clínico prudente entregaría, de acuerdo con estándares de práctica médica generalmente aceptados, a un miembro para el propósito de evaluar, diagnosticar, prevenir o tratar una enfermedad o lesión grave o crónica o sus síntomas.

Los servicios de atención médica médicamente necesarios para miembros de 21 años de edad y más deben ser:

- Clínicamente adecuados en términos de extensión, sitio y duración;
- Consistentes con el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad o lesión, o sus síntomas, del beneficiario;
- No principalmente para la conveniencia del miembro o la familia, cuidador o proveedor de atención médica;
- No 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; y
- No son de naturaleza experimental, de investigación, cosmética o duplicativa.

Nueva tecnología

NH Healthy Families evalúa nuevas tecnologías, incluso procedimientos médicos, medicamentos y dispositivos, y la nueva aplicación de tecnología existente, para determinar la cobertura. El director médico y/o personal de administración médica de NH Healthy Families pueden identificar, periódicamente, avances tecnológicos relevantes para revisar si son 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 revisará la solicitud y tomará una decisión de una sola vez. Esta solicitud de nueva tecnología será revisada posteriormente en una 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 cubrir el servicio para usted. A esto se le llama “**autorización previa**”. Algunas veces, el requisito para 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 su servicio.

Cuando necesite atención, empiece por llamar a su PCP. Algunos servicios cubiertos pueden requerir autorización previa. La autorización previa es una revisión que NH Healthy Families hace antes de que usted reciba algunos servicios. La autorización previa se requiere para servicios o visitas a un proveedor 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 en www.NHhealthyfamilies.com. También puede llamar a Servicios para miembros al 1-866-769-3085 para saber si NH Healthy Families debe revisar 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 tres (3) días hábiles. Les informaremos a usted y a su médico si el servicio se aprueba o deniega. Si usted o su médico no están satisfechos 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 al proceso de autorización previa, se lo informaremos a usted y a su médico de inmediato.

Autoderivación

Usted puede autoderivarse a algunos servicios cubiertos. Eso significa que no es necesario que su PCP le recomiende que consulte a un proveedor en particular. Puede

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

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 derivación, comuníquese con su PCP o con Servicios para miembros para obtener ayuda. Su PCP también puede decirle si un servicio requiere autorización previa.

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*).

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 postestabilización, 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 derivación.

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 (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, dispositivo intrauterino [DIU], inyecciones, o implantes)
- Materiales de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, tapa)
- Consejería y pruebas para infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH.
- Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS)

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

- Esterilización voluntaria. Debe tener 21 años o más, ser mentalmente competente y debe 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 se deben considerar 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.

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

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 la proporcione un proveedor fuera de la red sin costo para usted.

Eso significa que puede hablar con un médico diferente para conocer su punto de vista. Otra opinión puede ayudarle a decidir qué tratamiento o servicio es mejor para usted. Dígale a su proveedor de atención primaria (PCP) o llame a Servicios para miembros si desea 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 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 le 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 posibles restricciones. 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.NHhealthyfamilies.com.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que nosotros 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 están impresos en la contraportada de este manual).

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

- Debe tener un proveedor (un médico u otra persona autorizada para recetar calificada) de NH Healthy Families que le extienda la receta médica.
- 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 otra cosa, como se describe en la Sección 7.4, *Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red*.
- Su medicamento está en la Lista de medicamentos preferidos del plan.
- Su medicamento se usará para una razón médicamente aceptada, una que esté aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 su copago, eso no le impide surtir su 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. Usted 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 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 lo que corresponde a *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta, si fuera necesario.

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 médica, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las formas más seguras y eficaces. Estas reglas también ayudan a controlar los costos generales de medicamentos, y exigen que se pruebe un medicamento de costo inferior si funciona igual de bien que un medicamento de costo más alto.

Las restricciones a las reglas de la Lista de medicamentos que se describen en esta sección incluyen:

- Restringir el acceso a medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible
- Exigirle que solicite una autorización previa al plan
- Exigirle que pruebe un medicamento diferente pero similar primero ("terapia escalonada")
- Imponer límites en la cantidad para medicamentos con receta

Restringir el acceso a medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y su costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible 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.** Generalmente, no cubrimos un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted *O* ha escrito "medicamento de marca médicamente necesario" en su receta para un medicamento de marca *O* nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, el plan cubrirá su 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. Esto se conoce como autorización previa. El farmacéutico informará al médico si se necesita una autorización previa. Su médico puede pedirle a NH Healthy Families que cubra la receta si existe un razón médica. Le haremos saber si no otorgamos la solicitud de autorización previa. También le diremos si puede presentar una apelación a esa decisión.

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

Este requisito exige que usted pruebe un medicamento menos costoso e igualmente eficaz antes de que el plan cubra el medicamento más costoso. 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 un medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B, de costo más alto. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina "terapia escalonada".

Imponer límites en la cantidad para medicamentos con receta

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

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

Si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos preferidos o tiene restricciones, a continuación encontrará algunas cosas 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 su medicamento sea cubierto.
 - 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 están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento de la manera que usted desea. 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, usted debe comunicarse a 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. Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o 'acción' del plan, o presentar una queja*).

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

Sección 7.2 Formulario o Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una "Lista de medicamentos preferidos" (PDL), aprobada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS). Los medicamentos en esta lista incluyen medicamentos genéricos y de marca cuidadosamente seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos de NH Healthy Families se llama "Lista de medicamentos preferidos" (PDL).

Un medicamento genérico es un medicamento recetado 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 medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* incluye la Lista de medicamentos?

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?

Puede averiguar si un medicamento particular está en la PDL si:

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)
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.

1. Visita el sitio web del plan (www.NHhealthyfamilies.com). La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llama a Servicios para miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos preferidos o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este manual).
3. Llama a Servicios para miembros y solicita una copia de la Lista de medicamentos preferidos. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Medicamentos de venta libre

El plan también cubre algunos medicamentos de venta libre **cuando tiene receta** de su proveedor. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta médica 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 están impresos 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. Por ejemplo, el plan podría:

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

Algunos ejemplos de cuándo podrían cambiar sus medicamentos incluyen:

- Cuando el fabricante o la Administración de Alimentos y Medicamentos (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 eliminará inmediatamente 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 está tomando se reemplaza con un medicamento genérico nuevo**, la farmacia automáticamente sustituirá el medicamento genérico por el medicamento de marca. Si el medicamento de marca es medicamento necesario, el profesional que receta debe emitir una nueva receta que diga "medicamento necesario" para el medicamento de marca 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.NHhealthyfamilies.com o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos 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:

- Usted es elegible para Medicare y la Parte D de Medicare, esté inscrito o no. NH Healthy Families no cubrirá medicamentos cubiertos por las partes A, B o D de Medicare si es elegible para tener cobertura 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 cualquier uso del medicamento diferente al que se indica en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobó la FDA. 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 más, es posible que se aplique una excepción para recetas para uso no indicado médicamente necesario.)

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 enumerados por la FDA como medicamentos DESI o IRS.
- 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 supervisión se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta
- Servicios 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 médica *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 lo que corresponde a *nuestra* parte del costo de su

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

medicamento recetado cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo (su copago, si corresponde) cuando recoja su receta. Para obtener más información sobre los copagos, consulte la Sección 7.7, (*Copagos de medicamentos con receta*).

Si no tiene la tarjeta de afiliación 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?

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores si visita nuestro sitio web (www.NHhealthyfamilies.com) o si llama a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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.

¿Qué sucede si la farmacia que usa abandona 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 encontrar 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 están impresos en la contraportada de este manual) o utiliza el *Directorio de proveedores* que se encuentra en el sitio web (www.NHhealthyfamilies.com).

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (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 LTC, comuníquese a Servicios al Miembro.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores que aparece en nuestro sitio web www.NHhealthyfamilies.com o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos 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 están impresos 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 número de teléfono del servicio al cliente de farmacia (que aparece al dorso de su tarjeta de afiliación) para obtener esta excepción.

Cómo puede obtener un suministro de emergencia para 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 al 888-613-7051 para obtener una excepción para surtir un suministro de emergencia de hasta 72 horas para 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 afiliación.

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. Es posible que se apliquen limitaciones. 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 afiliación) para obtener una excepción.

En casos de excepciones por medicamentos perdidos, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos 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 identificación del miembro) para obtener una excepción. NH Healthy Families puede exigir prueba de pérdida en algunas circunstancias, como medicamentos robados, bajo 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 del plan. Los medicamentos provistos través de pedidos por correo son medicamentos de especialidad que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada.

Para solicitar información sobre sus medicamentos con receta de especialidad por correo, *comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).*

Por lo general, recibirá el pedido la farmacia de pedidos por correo en no más de dos días hábiles. Si la entrega de su medicamento no llegará a tiempo para su tratamiento, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos 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 (incluida la potencia, cantidad y forma) y, si es necesario, permitirle 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 están impresos en la contraportada de este manual) para asegurarse de 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 para 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 su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro, el plan cubrirá los medicamentos siempre que estos cumplan con todas las reglas de cobertura que se describen en este capítulo.

¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia 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 su *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 a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para nuestros miembros, a fin de ayudar a garantizar que reciban la atención adecuada y segura. Estas evaluaciones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una evaluación cada vez que usted surte una receta médica. También evaluamos regularmente nuestros registros. Durante estas evaluaciones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores con medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios debido a que toma otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Es posible que los medicamentos no sean seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Algunas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de medicamento que toma

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 7.7 Copagos de medicamentos con receta

Es posible que se requiera un copago para cada receta médica

Se le cobrará un copago en la farmacia por sus medicamentos con receta 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 (vea *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.

En 2018, los copagos de medicamentos con receta son:

- \$1 de copago para cada medicamento preferido, aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS). Los medicamentos en esta lista incluyen 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" (PDL).
- \$2 de copago para cada medicamento con receta no preferido (si el médico que receta determina que un medicamento preferido será menos eficaz o tendrá efectos adversos para el miembro, el copago del medicamento no preferido será de \$1.00) NH Healthy Families incorpora una Lista de medicamentos preferidos. Una anotación de "no incluido en el formulario" corresponde a medicamentos identificados en la PDL de NH Healthy Families como ensayo y error de alternativas preferidas. La cantidad de medicamentos preferidos que debe probar antes de la aprobación de medicamentos que no están incluidos en el formulario varía según la clase terapéutica. Para solicitar aprobación de un medicamento que no está incluido en el formulario, presente los fundamentos mediante un formulario de solicitud de autorización previa a Envelope Pharmacy Solutions (fax 1-866-399-0929).
- \$1 de copago para un medicamento con receta que no está identificado como medicamento preferido o no preferido.
- No se requiere copago para productos de planificación familiar o para recetas de Clozaril® (clozapina).

Miembros que están exentos de copagos

El NH DHHS determina si usted está exento de los copagos por medicamentos con receta médica.

Usted no tendrá que pagar un copago si:

- Está bajo el límite de ingreso designado (100 % o bajo el nivel de pobreza federal)
- Tiene menos de 18 años;
- Está en un centro de enfermería o centro de cuidados intermedios para individuos con discapacidades intelectuales;
- Participa en uno de los programas de exención de atención basada en el hogar y la comunidad (HCBC);
- Está embarazada y recibe servicios relacionados con su embarazo o cualquier otra afección médica que pueda complicar su embarazo;
- Recibe servicios para afecciones relacionadas con su embarazo y surte o repone su receta en un plazo de 60 días después del mes en que termina su embarazo;

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

- Está en un Programa de cáncer de mama y cervical;
- Recibe atención en un centro de cuidados paliativos; o
- Es un indígena estadounidense o nativo de Alaska.

Si considera que califica a algunas 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** (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.

Es posible que sea elegible para recibir un reembolso

NH DHHS ofrece reembolso del copago a los miembros elegibles. La información en esta sección solo se aplica a usted si:

- Debe pagar copagos de medicamentos con receta;
- Según corresponda, si otras personas en su núcleo familiar pagan copagos a través del Programa de protección de la salud de New Hampshire (NHHPP) (a veces llamado Programa de asistencia con las primas, PAP) disponible a través del Mercado de seguros médicos de New Hampshire facilitado por el gobierno federal; y
- Desea buscar reembolso para los copagos que su núcleo familiar pudiera haber pagado de más.

Para saber si debe pagar copagos de medicamentos con receta en nuestro plan, consulte la Sección 7.7 (*Copagos de medicamentos con receta: Miembros que están exentos de copagos*).

Lo que debe saber si es responsable de pagar copagos y quiere buscar reembolso de NH DHHS por copagos en exceso que pudiera haber hecho:

- Usted solo es responsable de copagos hasta un monto máximo en dólares por núcleo familiar por trimestre calendario con base en el ingreso del núcleo familiar informado durante el proceso de elegibilidad a Medicaid de New Hampshire.
- Durante el período de 12 meses que comienza el 1 de enero de 2018, el monto máximo en dólares para un núcleo familiar de una (1) persona es \$150.75 o el 5 por ciento (5 %) del ingreso del núcleo familiar, el que sea menor, por trimestre calendario. El monto máximo en dólares varía según el tamaño del núcleo familiar. Los copagos que usted y los miembros de su familia pagan se aplican al monto máximo en dólares de su núcleo familiar.
- Una vez que usted y los miembros de su núcleo familiar pagan el monto máximo en dólares en un trimestre calendario, usted no es responsable de pagar ningún copago más por el resto del trimestre.

- Usted y los miembros de su núcleo familiar deberán pagar copagos al comienzo de cada nuestro trimestre hasta que se alcance el monto máximo en dólares para ese trimestre.
- Si desea cobrar un reembolso por cualquier pago en exceso que usted y otros miembros de su núcleo familiar hayan hecho, debe presentar prueba de todos los copagos pagados en cada trimestre y enviar información detallada relacionada con cada transacción de copago al NH DHHS.

Si desea más información, incluso lo que debe para presentar para obtener un reembolso, comuníquese con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS gratis 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 debe 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, denominados "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**

Usted debe pedirle al proveedor que le facture al plan. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por cualquier receta surtida en una farmacia minorista.

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

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

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 haya hecho, como un recibo. Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos a él directamente. Si ya ha pagado más de su parte del costo de la factura, 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 considera que no debe pagar**

Los proveedores de la red deben facturarle directamente al plan. Pero, en ocasiones, ellos cometen errores y le facturan por error.

Cuando esto sucede:

- Envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red pero considera que pagó demasiado, 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 completo de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de afiliación del plan**

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan, solicite en la farmacia que llamen al plan o busquen su información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita, puede ser necesario que usted mismo pague el costo total de la receta médica. Si paga la receta, guarde el recibo, envíenos una copia y pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo.

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 usted paga el costo completo de una receta médica en otras situaciones**

Posiblemente usted tenga que pagar el costo completo de la receta médica 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 restricción que no se respetó. Si decide obtener inmediatamente el medicamento, quizá deba

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

pagar el costo completo de este. Guarde su recibo, envíenos una copia y pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo.

En algunas situaciones, podríamos necesitar obtener más información de su médico 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.

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 más información sobre cómo presentar una apelación o una queja, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o 'acción' del plan, o presentar una queja*).

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

Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Para asegurarse de que nos proporcione toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamos al hacer su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario de reclamos, pero al hacerlo nos ayudará a procesar más rápido la información.
- Puede descargar una copia del formulario de reclamo de nuestro sitio web (www.NHhealthyfamilies.com) o llamar a Servicios para miembros y pedirnos un formulario de reclamo. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y 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:

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

Si no sabe cuánto debió haber pagado, o si recibe una factura que no entiende, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Podemos ayudarle. También puede llamar al plan si

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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.

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 recibimos 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 nuestra parte del costo.
 - 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 nuestra parte del costo. 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, según se indica en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 de este manual y que son consistentes con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de 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 están impresos en la contraportada de este manual).

Si tiene preguntas respecto a si pagaremos la atención o el servicio médico que considera, tiene el derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. Usted también tiene el derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión o presentar una queja 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. Ellos son:

- 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 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 comprender.
- Tiene el derecho a participar en la toma de decisiones en relación con su atención médica, incluido su derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a que no se usen restricciones o reclusión como forma de coacción, disciplina, conveniencia o represalias.
- Tiene derecho a ver, además de solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y el derecho a solicitar que sus expedientes médicos se modifiquen o corrijan.
- Tiene derecho a que servicios y medicamentos cubiertos estén disponibles y accesibles de forma oportuna.
- Tiene derecho a 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 tomar decisiones sobre su atención médica.
- El plan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS) pueden tomar ningún tipo de represalia contra usted por ejercer sus derechos.
- Tiene derecho a una segunda opinión.
- 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 pudieran afectar su cobertura. El plan le brindará información actualizada al menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, siempre que sea práctico.
- 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 una queja si un proveedor no respeta sus deseos expresados 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 la Sección 11 (Finalizar su afiliación al plan).
- Tiene derecho a tener una conversación franca sobre sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura del beneficio;
- En el caso de un servicio de consejería o derivación 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;
- 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 proporcionamos reflejará cambios hechos en la ley del estado lo antes posible, pero no más de noventa (90) días calendario después de la fecha de entrada en vigencia de dicho cambios;
- Qué hacer si considera que está recibiendo un trato injusto o que sus derechos no son respetados;
- Cómo obtener más información sobre sus derechos;

Sección 9.2 Sus responsabilidades

A continuación se enumeran las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros (los números telefónicos se encuentran impresos en la contraportada de este manual).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas 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 detalles sobre sus servicios de atención médica, incluso lo que cubre el plan, lo que no cubre y las reglas que debe seguir.
 - El Capítulo 7 brinda información sobre la cobertura de medicamentos con receta, incluso 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:
 - Atención de emergencia;
 - Servicios de diálisis 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 cualquier otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarle a NH Healthy Families lo antes posible.** Llame a Servicios al Miembro para comunicarnos esta situación (los números de teléfono están impresos 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 que tenga disponibles. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 1.5 (*Cómo funciona otro seguro con nuestro plan*).

- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliación y su tarjeta de Medicaid de New Hampshire siempre que reciba servicios cubiertos, incluso 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, incluso 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 expedientes 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 en 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

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

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 afiliación de un miembro por comportamiento amenazador o abusivo, consulte la Sección 11.2 (*Cuándo se puede cancelar su afiliación 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 su copago, eso no le impide surtir su 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 el plan, u otro seguro que usted tenga, no cubre, es responsable del costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle 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 'acción' del plan, o presentar una queja*).
- **Infórmele al plan si se muda.** Si va a mudarse, o se mudó, es importante que llame a Servicios para miembros para informarnos lo antes posible. Llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- No permita que nadie más use sus tarjetas de afiliación 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 cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos 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 suceda esta situación, usted puede:

- 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 sus deseos a su familia, amigos y proveedores de atención médica. Le permiten expresar sus deseos de atención médica por escrito en caso de que 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 sus deseos descritos en su "testamento en vida".

Si desea crear una directiva anticipada:

Pídale el formulario de su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social.

Complete y firme el formulario. Recuerde, el formulario es un documento legal. Puede pedirle ayuda a un abogado para completarlo.

Entregue copias a las personas que deban conocerlo, incluso su médico y la persona que nombre como agente. También le conviene entregar copias a amigos cercanos o a 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 la 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 una queja ante defensor del paciente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, quien puede derivarlo a una agencia u organismo adecuados. Para obtener información de contacto, consulte la Sección 2.10 (*Cómo comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS*).

Recuerde, 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 'acción' del plan, o presentar una queja

Como miembro de NH Healthy Families, tiene derecho a presentar una apelación o queja si no está satisfecho con el plan de alguna forma. Cada proceso de apelación y queja tiene 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 el NH DHHS (apelación de segundo nivel).
- **Proceso de quejas:** para algunos tipos de problemas, es posible que deba usar el proceso de apelaciones de NH Healthy Families.

Para obtener ayuda con su apelación o queja, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede comunicarse 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.

Sección 10.1 Acerca del proceso de apelaciones

Siempre que NH Healthy Families tome una decisión de cobertura o una acción con la que usted no esté de acuerdo, puede presentar una apelación. Si NH Healthy Families le niega, reduce, suspende o finaliza sus servicios de atención médica, el plan debe enviarle un aviso por escrito **al menos 10 calendario antes de tomar la acción**. El aviso por escrito debe explicar el motivo para dicha "acción", especificar la base legal que lo respalde 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.

Las "acciones" del plan que puede apelar incluyen:

- Una decisión de negar 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 de pago por un servicio, total o parcial; y
- Cuando un miembro no es capaz de acceder a servicios de atención médica de forma oportuna.

Usted tiene derecho a presentar una apelación aunque el plan no le haya enviado un aviso. Si recibe una denegación verbal, debe solicitar un aviso de denegación por escrito del plan y apelar después de recibir el aviso verbal o escrito de denegación si no está satisfecho 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 a una "acción" en particular. Las apelaciones de primer nivel incluyen apelaciones estándar y aceleradas.

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 de primer nivel)*).

Para obtener más información sobre apelaciones aceleradas, consulte la Sección 10.3 (*Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar después de hacerlo (apelación de primer nivel)*).

- Las excepciones a los requisitos de apelación de primer nivel a través del plan que dan lugar a apelaciones mediante Audiencia imparcial estatal son:
 - Cuando el plan no cumple con los plazos para proporcionarle un aviso por escrito de forma oportuna respecto a la decisión, usted tiene derecho a presentar inmediatamente una apelación mediante Audiencia imparcial estatal; y
 - Para solicitudes de apelación relacionadas con servicios de análisis conductual aplicado (ABA) de EPSDT administrados por el NH DHHS, no es necesario que pase por el primer nivel del proceso de apelaciones con el plan. Debe apelar directamente ante el NH DHHS para solicitar una Audiencia imparcial estatal. Para apelaciones de ABA, el NH DHHS asume la responsabilidad principal por la continuación de los beneficios y la resolución de las decisiones que normalmente maneja el plan durante el proceso de apelación de segundo nivel.

- **Apelaciones estándar o aceleradas de segundo nivel mediante 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 mediante Audiencia imparcial estatal estándar, 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)*).

Sección 10.2 Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar después de hacerlo (apelación 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. Su solicitud oral de una apelación estándar ante el plan debe estar acompañada de una solicitud de apelación por escrito y firmada por usted.**
- 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 acción o aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso;
 - Explique por qué desea apelar la decisión; y
 - 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:

NH Healthy Families
2 Executive Park Drive
Bedford NH, 03110
Attention: Grievance and Appeals

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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.

Número de fax: 866-270-9943

- **Puede nombrar a alguien para que presente una apelación en su nombre, incluso 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 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.** Una copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión del plan.
- NH Healthy Families debe proporcionarle oportunidad razonable de presentar evidencia en persona y por escrito como parte de su 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 tomar hasta 14 días calendario adicionales 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 tomarse días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por escrito. Si no está de acuerdo con la extensión del plan, puede presentar una queja al plan. Para obtener más información, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo*).
- Si revertimos la decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios que no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, NH Healthy Families 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 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.

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

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 satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel ante NH Healthy Families, puede presentar un segundo nivel de apelación si solicita 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 están impresos 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 o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede solicitar que NH Healthy Families le dé 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 su 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 por escrito firmada:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una);
 - Describa la fecha de la acción o 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; y
 - 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:

NH Healthy Families
2 Executive Park Drive
Bedford NH, 03110
Attention: Grievance and Appeals
Número de fax: 866-270-9943

- **Puede nombrar a alguien para que presente una apelación en su nombre, incluso 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. No necesitamos permiso por escrito si su proveedor solicita la apelación acelerada 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 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.** Una copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión del plan.
- Si NH Healthy Families acepta su solicitud de apelación acelerada, debe proporcionarle oportunidad razonable de presentar evidencia en persona y por escrito como parte de su 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 su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan recibe su solicitud.** El plan puede tomar 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 tomarse días adicionales para tomar una decisión, intentará informarle sobre el retraso con un aviso verbal rápido y por escrito en un plazo de 2 días calendario. Si no está de acuerdo con la extensión del plan,

puede presentar una queja al plan. 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 su afección médica lo requiera, 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 verbal rápido y 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 parte del proceso de apelaciones estándar.
- **Si revertimos la decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios que no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, NH Healthy Families 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 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 más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*).

- **Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel ante NH Healthy Families, puede presentar un segundo nivel de apelación si solicita 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 de segundo nivel)*).

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

Sección 10.4 Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel)

Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel a través NH Healthy Families, puede presentar un segundo nivel de apelación si solicita una Audiencia imparcial estatal ante la Unidad de apelaciones administrativas (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 por escrito 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 estándar o acelerados (apelación de primer nivel) del plan descritos 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:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una);
 - Describa la fecha de la acción o 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*); y
 - 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:

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 Audiencia imparcial estatal:

- **Después de que presenta una apelación estándar mediante Audiencia imparcial estatal, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** Una 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 Audiencia imparcial estatal, la AAU debe resolver la solicitud tan rápido como su afección médica lo requiera, 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 del 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 servicios que no se prestaron mientras la apelación de primer nivel y/o mediante Audiencia imparcial estatal estaba pendiente, el plan autorizará los servicios tan rápido como su afección médica lo requiera, 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 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 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**, extensión 4292, 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 de NH DHHS al **1-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 satisfecho 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 Audiencia imparcial estatal acelerada ante la Unidad de apelaciones administrativas (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 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 previamente autorizados, también debe solicitar la continuación de los beneficios al mismo tiempo que presenta su apelación acelerada mediante 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 estándar o acelerados (apelación de primer nivel) del plan descritos 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:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una);
 - Describa la fecha de la acción o aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso;
 - **Especifique por qué desea una Audiencia imparcial estatal;**

- **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 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*); y
- 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:

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, incluso 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 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 Audiencia imparcial estatal:

- **Después de que presenta una apelación acelerada mediante Audiencia imparcial estatal, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** Una 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 Audiencia imparcial estatal, emitirá su decisión por escrito tan rápido como su afección

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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

médica lo requiera, 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 Audiencia imparcial estatal, la AAU hará todo lo posible por informarle sobre el rechazo con un aviso verbal rápido y proporcionarle un aviso por escrito. Si su solicitud acelerada es denegada, su apelación se manejará como una apelación estándar mediante 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 del 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 servicios que no se prestaron mientras la apelación de primer nivel y/o mediante Audiencia imparcial estatal estaba pendiente, el plan autorizará los servicios tan rápido como su afección médica lo requiera, 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 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 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**, extensión 4292, 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 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 una 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 servicios previamente autorizados, es posible que usted tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de NH Healthy Families mientras está pendiente el resultado de una o ambas apelaciones de primero segundo nivel, como se describe en esta sección. **Aunque usted 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 sus beneficios cuando usted lo solicite en los siguientes casos:**

<p>Para apelaciones estándar y aceleradas a través del plan (apelación de primer nivel)</p>	<p>Para apelaciones estándar o aceleradas mediante una Audiencia imparcial estatal (apelación de segundo nivel)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 (las apelaciones orales deben estar acompañadas de una por escrito) Y solicita la continuación de los beneficios pendiente del resultado de su apelación de primer nivel, en forma oral o escrita; y ○ La apelación involucra la cancelación, suspensión o reducción de un plan de tratamiento previamente autorizado; y ○ Un proveedor autorizado indicó el servicio; y ○ El período de la autorización original del servicio aún no ha vencido. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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; <p>Si no solicitó la continuación de los beneficios durante su apelación de primer nivel a través del plan, también se aplican las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La apelación involucra la cancelación, suspensión o reducción de un plan de tratamiento previamente autorizado; y ○ Un proveedor autorizado indicó el servicio; y

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 con:

NH Healthy Families
 2 Executive Park Drive
 Bedford NH, 03110
 Attention: Grievance and Appeals
 Número de fax: 866-270-9943

- **Si, por su solicitud, el plan continúa o reinstaura sus beneficios mientras su apelación está pendiente, sus beneficios deben continuar hasta que suceda una de las siguientes cosas:**

Para apelaciones estándar y aceleradas a través del plan (apelación de primer nivel)	Para apelaciones estándar o aceleradas mediante una Audiencia imparcial estatal (apelación de segundo nivel)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted retira su solicitud de apelación mediante Audiencia imparcial estatal por escrito; ○ 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. ○ La decisión de la apelación mediante 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 están impresos en la contraportada de este manual). 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.

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 4292, 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 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 insatisfacción al plan sobre cualquier asunto que no sea la acción del plan, como se describe en la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*). Puede presentar una queja en cualquier momento.

Las clases de quejas pueden incluir:

- Insatisfacción con la calidad de la atención o los servicios que recibe;
- Insatisfacción con la forma como lo trataron el plan o los proveedores de la red;
- Si considera que NH Healthy Families o los proveedores de nuestra red no respetamos sus derechos; y
- Impugna una extensión de tiempo propuesta por el plan para tomar una decisión de autorización

Para presentar una queja:

- Llame o escriba a NH Healthy Families. Es preferible por escrito (recuerde conservar una copia para sus registros).
- Puede nombrar a alguien para que presente una queja en su nombre, incluso 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 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 su afección médica lo requiera, pero no más de 45 días calendario después de la fecha en que el plan la reciba.** El plan puede tomar hasta 14 días calendario

adicionales 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 tomarse días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por escrito. 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 apelar su queja. Sin embargo, tiene derecho a hacer oír sus inquietudes ante NH DHHS si no está satisfecho con la resolución de su 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 están impresos en la contraportada de este manual).

Este capítulo fue preparado por NH DHHS con adaptaciones de Conozca sus derechos: Plan de salud administrada de Medicaid de New Hampshire – Su derecho a apelar o presentar una queja, Un centro de derechos de discapacidad – NH (Know Your Rights: New Hampshire Medicaid Managed Care Health Plans – Your Right to Appeal or File a Grievance, a Disability Rights Center – NH) (www.drcnh.org), versión de mayo de 2016.

Capítulo 11. Finalizar su afiliación al plan

Sección 11.1 Solamente existen ciertos momentos en que puede finalizar voluntariamente su afiliación al plan

Los momentos en los que su afiliación al plan puede terminar son:

- 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?** Esto generalmente sucede entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año (las fechas pueden variar). El NH DHHS le enviará información por correo para recordarle el Período de inscripción abierta anual. El aviso contendrá instrucciones sobre cómo cambiar de plan de salud si elige hacerlo.
 - **¿Cuándo finalizará su membresía?** Si cambia de plan de salud durante el Período de inscripción abierta anual, su afiliación terminará el 31 de diciembre. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo plan será el 1 de enero del siguiente año. Para obtener información sobre transiciones de la atención entre planes, consulte la Sección 5.3 (*Continuidad de la atención*).
- Si solicita ser asignado a otro plan en el que está inscrito un miembro de su familia.
- En ciertas situaciones, usted también podría ser elegible para retirarse del plan en otros períodos del año con causa. Estas situaciones incluyen:
 - 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, violación de sus derechos o falta de acceso a proveedores de la red que haya experimentado al manejar sus necesidades.
- Es posible que también sea elegible en otros momentos del año para abandonar el plan sin causa, que incluyen:

- Durante los 90 días calendario posteriores a la fecha inicial de su inscripción al plan o la fecha en que el NH DHHS le envía su aviso de inscripción, lo que suceda más tarde.
 - 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 después de una reafiliación automática si su pérdida de elegibilidad temporal 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 de cancelar su afiliación al plan.
 - Cuando la afiliación al plan de un miembro finaliza involuntariamente, como se describe en la siguiente sección.

Para solicitar la cancelación de la afiliación a su plan, llame o escriba a 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 su nueva cobertura comience, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

Sección 11.2 Cuándo se puede cancelar su afiliación al plan involuntariamente

En algunas circunstancias, se puede cancelar involuntariamente la afiliación de un miembro al plan, que incluyen:

- Cuando un miembro tiene residencia establecida fuera del estado;
- Cuando un miembro no es elegible para la inscripción en el plan según lo establece el NH DHHS;
- Cuando un miembro utiliza su tarjeta de afiliación del plan de forma fraudulenta;
- Cuando un miembro fallece;

- Bajo los términos 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, personal o 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

Varias leyes se aplican a esta manual y algunas disposiciones adicionales podrían aplicarse porque la ley así lo establece. 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 SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

LÉALO *DETENIDAMENTE*.

Vigente a partir del 1 de julio de 2017

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).

Los servicios de intérprete se proporcionan sin costo.

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 no segura.

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 solo 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 demoras este aviso siempre que haya cambios al material como los siguientes:

- Los usos o 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.

Protección de la información médica protegida (PHI) oral, escrita y electrónica

NH Healthy Families protege su PHI. 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.
- Hablamos sobre su PHI solo por una razón de negocios con personas que deban tener conocimiento.
- 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:** podemos 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:** podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios para los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, otro proveedor de atención médica o cualquier entidad sujeta a las Reglas de privacidad federales para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir
 - procesamiento de reclamos
 - determinación de elegibilidad o cobertura para reclamos
 - emisión de facturas de primas
 - revisión de servicios para determinar la necesidad médica
 - realización de revisión de la utilización de reclamos
- **Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su PHI para realizar operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
 - prestar servicios a los clientes



- responder a quejas y apelaciones
- proporcionar administración de casos y coordinación de la atención
- realizar una revisión médica y otras evaluaciones de calidad de los reclamos
- actividades de mejora

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con esos socios. Podemos 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. Estos incluyen lo siguiente:

- 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 de atención médica.
- **Divulgaciones a planes de salud grupal/patrocinador del plan:** podemos divulgar su información protegida sobre la salud; información médica protegida al 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 respecto a 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:** podemos 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 comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de excluirse, o detener, de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de suscripción:** podemos usar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una determinación sobre una solicitud 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:** podemos 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.
- **Según lo exija la ley:** si las leyes federales, estatales o locales exigen un uso o divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su información médica protegida en la medida que se cumpla con dichas leyes y esté dentro del marco de las mismas. 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:** podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos 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: podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal, incluso servicios sociales o agencias de servicios de protección autorizadas por ley para recibir dichos informes, si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.

- **Procesos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en procesos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a:
 - una orden de un tribunal
 - tribunal administrativo
 - citación
 - comparecencias
 - mandato judicial
 - petición de descubrimiento
 - solicitud legal similar.
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su PHI relevante a una agencia de cumplimiento de la ley cuando estemos obligados a hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:
 - orden de un tribunal
 - mandato judicial indicada por un tribunal
 - citación
 - comparecencias ordenadas por un funcionario judicial
 - citación del gran jurado

También podemos divulgar su PHI relevante para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios:** podemos divulgar su PHI con un médico forense o un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de una muerte. También podemos divulgar su PHI con directores funerarios, según sea necesario, para que realicen sus tareas.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a personas que trabajan en obtención, bancos o trasplante de:
 - órganos cadavéricos
 - ojos
 - tejidos
- **Amenazas a la salud y la seguridad:** podemos usar o divulgar su PHI si consideramos, de buena fe, que el uso o divulgación son necesarios para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones especializadas del gobierno:** si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI:
 - a funcionarios federales autorizados de seguridad nacional
 - para actividades de inteligencia
 - al Departamento de Estado para determinaciones de aptitud médica
 - para servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas
- **Compensación a los trabajadores:** podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes relacionadas con la compensación a los trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades laborales, 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, amigo personal cercano, 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 es un recluso de una institución correccional o está bajo custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a una institución correccional o funcional de cumplimiento de la ley, cuando esa información sea necesaria para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud o seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación:** bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y hayan determinadas protecciones implementadas para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.

Acuerdo verbal sobre los usos y divulgaciones de su PHI: podemos aceptar su acuerdo verbal para usar y divulgar su PHI con otras personas. Esto incluye familiares, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Podemos oponernos al uso o divulgación de su PHI al momento de la solicitud. Puede aceptar u oponerse verbalmente con anticipación. También puede hacerlo al momento de usar o divulgar su PHI. Limitaremos el uso y la divulgación de su PHI en esos casos. Limitaremos la información a lo que sea directamente relevante para la participación de esa persona en su tratamiento o pago de atención médica. Podemos aceptar su acuerdo u oposición verbal al uso y divulgación de su PHI en una situación de desastre. Podemos dársela a una entidad autorizada de alivio de desastres. Limitaremos el uso y la divulgación de su PHI en esos casos. Estarán limitados a notificarle a la familia, el representante personal u otra persona responsable de la atención del miembro, la ubicación y el estado general. Puede aceptar u oponerse verbalmente con anticipación. También puede proporcionarla al momento de usar o divulgar 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.

Mercadeo: solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de mercadeo, con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de mercadeo en persona con usted o cuando 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, funciones de pago u operaciones de atención médica.

Derechos individuales

A continuación se indican los derechos que tienen en relación con su PHI. Si desea hacer uso de cualquiera de los derechos siguientes, comuníquese con nosotros a través de la información que aparece al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** usted puede revocar su autorización en cualquier momento, y debe hacerlo por escrito. La revocación entrará en vigencia inmediatamente, excepto en la medida que ya hayamos tomado acciones en virtud de la autorización y antes hayamos recibido su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones al uso y la divulgación de su PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica, además de divulgaciones a personas involucradas en su atención y pago de su

atención, como familiares y 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 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 de salud 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 solo se aplica si la información podría ponerlo en peligro si no se comunica por los medios o al lugar alternativo que usted desea. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe establecer que la información podría ponerlo en peligro si el medio o lugar de comunicación no se cambia. Debemos acomodar su solicitud si es razonable y especifica los medios o lugar alternativo al que debe enviarse 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. Usted debe presentar una solicitud por escrito para tener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le diremos si los motivos hacerlo pueden revisarse y cómo solicitar una 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. Podemos rechazar su solicitud por diversos motivos, por ejemplo, si no creamos la información que desea modificar y el creador de la PHI no puede hacerlo. 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 a través de 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. (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, si llama al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o visita www.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 si utiliza la información de contacto que aparece al final del aviso. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a solicitar una copia en papel.

Información de contacto

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 a través de 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)

Declaración de no discriminación

NH Healthy Families cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina sobre la base de la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. NH Healthy Families no excluye a personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

NH Healthy Families:

- Proporciona ayuda gratuita y servicios a las personas con discapacidades para comunicarse con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos para las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con NH Healthy Families al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Si considera que NH Healthy Families no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a: Grievances and Appeals Coordinator, NH Healthy Families, 2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110, 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123), Fax 1-866-270-9943

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, NH Healthy Families está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja por discriminación a través de la Oficina del defensor del paciente del DHHS, designado para coordinar los esfuerzos de cumplimiento de derechos civiles del NH DHHS para el departamento: State of New

Servicios para miembros de NH Healthy Families
1-866-769-3085 (TTY/TDD 1-855-742-0123)

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.

Hampshire, Department of Health and Human Services, Office of the Ombudsman, 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301-3857; (603) 271-6941 o (800) 852-3345 ext. 6941, FAX (603) 271-4632, acceso al servicio de mensajes TDD: servicio de retransmisión NH 1-800-735-2964; Correo electrónico: ombudsman@dhhs.nh.gov.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles; los formularios de quejas están disponibles en <https://www.ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Otros idiomas disponibles

Español: Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de NH Healthy Families, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Francés: Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos NH Healthy Families, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Chino: 如果您, 或是您正在協助的對象, 有關於 NH Healthy Families 方面的問題, 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話, 請發電話 -866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Nepalí यिदतपारंवातपारंलेमदतगरिंहुनुभएकोकोहीव्यक्ततसँग NH Healthy Families सम्बन्धीकुनैपर्शहरूभएकोखड्मातपारंहरूसँगानैभाषामानननशुल्क मद्दतिजानकािीपर्ाप्तगनेअधधकािछ।िोभाषेसँगकुिागनन कालाधग 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123 नम्बिमाकलगनुनहोस्।

Vietnamita: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về NH Healthy Families, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình

miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Português: Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o NH Healthy Families, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Griego: Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε, έχετε ερωτήσεις σχετικά με την NH Healthy Families, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας, χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε με διερμηνέα, καλέστε το 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Árabe: لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد NH Healthy Families من دون أية تكلفة. لتحدث مع مترجم اتصل ب 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Serbocroata: Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi NH Healthy Families, imate pravo na besplatnu pomoć i informaciju na sopstvenom jeziku. Ukoliko želite da pričate sa prevodiocem, pozovite broj 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Indonesio: Jika Anda, atau orang yang Anda bantu, memiliki pertanyaan tentang NH Healthy Families, Anda berhak mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa dikenakan biaya. Untuk berbicara

dengan juru bicara, hubungi 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Coreano: □□ □□ □□ □□□ □□ □□ □□ □□□ NH Healthy Families □ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□□ □□ □□□□ □□ □ □□ □□□ □□□□. □□□ □□□□ □□□□ □□□□ 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123 □ □□□□□□.

Ruso: В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования NH Healthy Families вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Francés criollo: Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou NH Healthy Families, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Bantú: Niba wowe cyangwa undi muntu wese uri gufasha yaba afite ikibazo kijyanye na NH Healthy Families, ufite uburenganzira bwo guhabwa amakuru mu rurimi wunva utishyuye. Kugira ngo uvugane n'umusobanuzi, Hamagara 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Polaco: Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów oferowanych za pośrednictwem

NH Healthy Families, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-866-769-3085 TTD/TTY 1-855-742-0123

Capítulo 13. Acrónimos y definiciones de palabras importantes

Sección 13.1 Acrónimos

Acrónimo	Descripción
AAC	Comunicación aumentativa alternativa
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
APRN	Enfermera registrada de práctica avanzada
BiPAP	Presión positiva de dos niveles de las vías respiratorias
IMC	Índice de masa corporal
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
COBRA	Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
CPAP	Presión positiva continua de 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
HNA	Evaluación de necesidades de salud
DIU	Dispositivo intrauterino
IV	Intravenoso(a)

Acrónimo	Descripción
LADC	Terapeuta con licencia en alcohol y drogas
LDCT	Tomografía computarizada de baja dosis
LPN	Enfermera de práctica médica con licencia
LTC	Atención a largo plazo
MLADC	Terapeuta con licencia de maestría en alcohol y drogas
NEMT	Transporte de médico que no es de emergencia
NH	New Hampshire
NH DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire
NHHPP	Programa de protección de la salud de New Hampshire
OB/GIN	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
PT	Fisioterapia
RHC	Centro de salud rural
RN	Enfermera registrada
SBIRT	Detección, intervención breve y referencia para tratamiento
ST	Terapia del habla
ITS	Infección de transmisión sexual
SUD	Trastorno por abuso de sustancias
TMJ	Articulación temporomandibular

Sección 13.2 Definiciones de palabras importantes

Abuso: describe prácticas que, directa o indirectamente, provocan costos innecesarios al programa Medicaid. El abuso incluye cualquier práctica que no sea consistente 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 incluyen: facturación de servicios médicos innecesarios, cobrar excesivamente servicios o suministros y usar indebidamente códigos en un reclamo, como inflar o desagregar facturas mediante códigos de facturación.

Acción: cuando el plan niega, reduce, suspende o finaliza su servicio de atención médica, total o parcialmente. Para obtener información sobre decisiones de cobertura y otras acciones, consulte el Capítulo 10 (Qué hacer si desea apelar una decisión o 'acción' 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. Esto generalmente sucede entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año (las fechas pueden variar).

Apelación: acción que se toma si no está de acuerdo con la decisión del plan de negarle 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 los servicios que usted está recibiendo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10 (Qué hacer si desea apelar una decisión o 'acción' 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 o divulgaría información directamente con usted. Para obtener más información consulte la Sección 2.13 (Otra información importante: usted puede nombrar 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 deja al miembro en un estado no manejable 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 que se aplican los límites de los beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas del medicamento.

Coordinación de la atención: el término que se usa para describir la práctica del plan de asistir a los miembros para que reciban 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 su parte del costo por servicios o suministros médicos, como una consulta médica, consulta como paciente ambulatorio a un hospital o un medicamento recetado. Bajo nuestro plan, es posible que tenga que pagar un copago para medicamento con receta.

Costo compartido: se refiere a cualquier copago, deducible o máximo de desembolso directo que pudiera 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 un servicio o medicamento está cubierto. La decisión de cobertura también puede incluir información sobre copago de recetas que pudiera 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 http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm. Consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para ver una lista de servicios cubiertos.

Desafiliar o cancelar su afiliación: proceso de terminar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (decisión propia) o involuntaria (no es su decisión).

Equipo médico duradero (DME): determinado equipo médico que su médico indica por razones médicas. Típicamente, el DME puede soportar el uso reiterado y se usa principal y generalmente para atender un propósito médico y 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, 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 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 (FDA) los clasifica como igualmente seguros y eficaces que los medicamentos de marca.

Queja: el proceso que un miembro utiliza para expresar insatisfacción respecto a un asunto que no sea una acción del plan. Las quejas incluyen, entre otras cosas, 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 afiliado independientemente de si se solicita una acción correctiva. Queja incluye el derecho de un afiliado 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 'acción' 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 atención médica en los que incurra el asegurado (a veces llamado, el miembro). El seguro médico puede reembolsar al asegurado los gastos en los que incurra a causa de una lesión o enfermedad, o 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, usar el baño o vestirse).

Atención médica en el hogar o servicios de salud en el hogar: los servicios incluyen enfermería especializada y servicios de ayuda en el hogar a tiempo parcial, equipo médico duradero y suministros 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, con 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 se proporcionan en el consultorio de un proveedor o centro de cirugía ambulatoria.

Período de inscripción inicial: el marco de tiempo cuando 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 preferidos”): lista de medicamentos cubiertos por el plan. La Lista incluye medicamentos de marca y genéricos. [Los planes pueden modificar esta definición para referirse a medicamentos preferidos o no preferidos.]

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, suministros o medicamentos 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 de edad o más. Otras personas que pueden recibir Medicare incluyen personas con discapacidades menores de 65 años edad 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 afiliada a nuestro plan.

Servicios para miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su afiliación y sus beneficios. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos 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 y/o cuando no se es capaz de resolver la situación con las habilidades y recursos disponibles. Muchas cosas pueden conducir a una crisis de salud mental, que incluyen aumento del estrés, enfermedad física, problemas en el trabajo o en 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, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contrato con el plan para aceptar nuestro pago y su monto

de costos compartidos, si lo hubiere, como la totalidad del pago. Hemos celebrado acuerdos para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Programa de tarifa por servicio de Medicaid de New Hampshire: servicios de atención médica de Medicaid de New Hampshire coordinados por el NH DHHS. El NH DHHS paga a los proveedores participantes directamente por los servicios cubiertos que proporcionan a beneficiarios elegibles.

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 (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: [Los planes incluyen la definición de su plan.]

Proveedor fuera de la red, farmacia fuera de la red o centro fuera de la red: un farmacia o centro que no está empleado, no es propiedad ni es operado por nuestro plan y que no tiene contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros del plan. Consulte el Capítulo 3 (Cómo usar [Nombre del plan] para recibir servicios cubiertos).

Costos de desembolso directo: consulte la definición anterior 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 un médico 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 postestabilización: 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 la afección del afiliado.

Preautorización: consulte la definición de "Autorización previa".

Lista de medicamentos preferidos: los medicamentos en esta lista incluyen 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" (PDL).

Prima: el pago periódico que un miembro, o tercero, paga a una compañía de seguros o plan de atención médica para que se le proporcione cobertura de atención médica. El plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire no tiene prima para los miembros.

Medicamentos con receta: 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 o proveedor de la red al que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también pueden hablar sobre su atención con otros médicos y proveedores. Consulte la Sección 3.1 (Su proveedor de atención primaria (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 y otro profesional de atención médica con licencia otorgada por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término "proveedor" también incluye hospitales y otros centros de atención de la salud, además de farmacias.

Límites de cantidad: una herramienta de control que está diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por motivos de calidad, seguridad o de utilización. Los límites pueden imponerse a la cantidad del medicamento que nosotros cubrimos por receta médica o por un período definido.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento o equipo que recibe para recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión u operación mayor.

Área de servicio: comúnmente, los planes de salud aceptan o inscriben miembros con base en el lugar de residencia del miembro y el área geográfica que el plan atiende. El área de servicio para 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 necesita más asistencia que la usual, en general, de personal de enfermería con licencia o asistentes de enfermería con licencia.

Especialista: médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Terapia escalonada: un requisito de probar primero otro medicamento antes de que el plan de salud cubra el medicamento que su médico recetó.

Atención de urgencia o servicios necesarios de urgencia: los servicios necesarios de urgencia o atención fuera del horario de atención se proporcionan para tratar una enfermedad médica, lesión o afección imprevista que no es de emergencia que requiere 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 dentro de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente. 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

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-866-769-3085</p> <p>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 viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>Servicios para miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-855-742-0123 Servicio de retransmisión 711</p> <p>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
POR FAX	1-877-502-7255
POR ESCRITO	<p>NH Healthy Families 2 Executive Park Dr. Bedford, NH 03110</p>
SITIO WEB	www.NHhealthyfamilies.com



nh healthy families™

Departamento de Servicios para miembros:
1-866-769-3085 (TDD/TTY) 1-855-742-0123

NHhealthyfamilies.com