

**AmeriHealth Caritas New Hampshire
Apéndice del Manual del Miembro
Vigente a partir del 14 de diciembre de 2020**

Este apéndice contiene información importante sobre los cambios en su cobertura con respecto a la descrita en su Manual del Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire vigente a partir del 1 de septiembre de 2019. No es necesario que tome ninguna medida en respuesta a este documento, pero le recomendamos que conserve esta información para referencia futura.

Anteriormente le enviamos un Manual del Miembro que incluye información sobre su cobertura. Este aviso tiene el fin de informarle sobre los cambios en su Manual del Miembro. A continuación encontrará la información que describe estos cambios. Conserve esta información para su referencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-833-704-1177 (TDD/TTY 1-855-534-6730).

Cambios en su Manual del Miembro:

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro de 2019	Información original	Información corregida	¿Qué significa esto para usted?
<p>Página 26, Sección 3.4 (<i>Qué sucede si un PCP, especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan</i>)</p>	<p>Cuando sea posible, le notificaremos cuando su PCP u otro proveedor del que recibe tratamiento periódico deje de pertenecer a la red del plan. Le informaremos antes de los 15 días calendario posteriores a que el plan reciba el aviso de que su proveedor deja de pertenecer a la red, o 15 días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia</p>	<p>Cuando sea posible, le notificaremos 30 días calendario antes de la fecha de entrada vigencia de la rescisión contractual o 15 días calendario después de recibir o emitir un aviso de rescisión contractual, la fecha que sea posterior.</p>	<p>El plan debe avisarle con mayor anticipación cuando se trata de su proveedor de atención primaria (PCP).</p>

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro de 2019	Información original	Información corregida	¿Qué significa esto para usted?
	de la cancelación del proveedor para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.		
En la página 82, en el Capítulo 10 (<i>Qué hacer si desea apelar una decisión o "medida" del plan, o presentar una queja formal</i>)), Sección 10.1 (<i>Acerca del proceso de apelaciones</i>)	<p>Las "medidas" del plan que puede apelar incluyen (<i>Viñeta 3</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una decisión de rechazar la solicitud de un miembro para disputar una responsabilidad financiera, que incluye los costos compartidos, los copagos y otras responsabilidades financieras del miembro. Incluye la denegación del pago de un servicio, en su totalidad o en parte; y 	<p>Las "medidas" del plan que puede apelar incluyen (<i>Viñeta 3</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una decisión de rechazar la solicitud de un miembro para disputar una responsabilidad financiera, que incluye los costos compartidos, los copagos y otras responsabilidades financieras del miembro. Incluye la denegación del pago de un servicio, en su totalidad o en parte (excepto cuando el pago de un servicio se debe únicamente a que el reclamo incluye defectos o carece de la documentación necesaria para el pago oportuno del reclamo); y 	La medida del plan no es apelable cuando el plan niega el pago de un servicio, en su totalidad o en parte, cuando el reclamo es defectuoso o carece de la documentación de respaldo necesaria para efectuar el pago del reclamo.

<p>En la página 83, en el Capítulo 10 (<i>Qué hacer si desea apelar una decisión o "medida" del plan, o presentar una queja formal</i>), Sección 10.2 [<i>Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar después de presentarla (apelación estándar de primer nivel)</i>]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe presentar su apelación estándar ante AmeriHealth Caritas New Hampshire por teléfono o por escrito dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha del aviso escrito que le envió el plan. Luego de la solicitud verbal para una apelación estándar debe 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe presentar su apelación estándar ante AmeriHealth Caritas New Hampshire por teléfono o por escrito dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha del aviso escrito que le envió el plan. 	<p>Cuando realiza la solicitud verbal de una apelación estándar, ya no es necesario que envíe al plan una solicitud de apelación por escrito y firmada.</p>
--	--	--	---

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro de 2019	Información original	Información corregida	¿Qué significa esto para usted?
	<p>enviar una solicitud de apelación por escrito y firmada por usted.</p>		
<p>En la página 90, en el Capítulo 10 (<i>Qué hacer si desea apelar una decisión o "medida" del plan, o presentar una queja formal</i>), Sección 10.6 (<i>Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar después</i>) en la primera viñeta de la tabla que dice, <i>Para presentar una apelación estándar (apelación de primer nivel) ante el plan</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el plazo de los 10 días calendario siguientes a la fecha en que recibe el aviso con la medida del plan o la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida del plan, usted presenta su apelación de primer nivel de manera verbal o escrita (las apelaciones verbales luego deben presentarse por escrito) Y solicita la continuación de los beneficios mientras espera el resultado de su apelación de primer nivel, verbalmente o por escrito; y 	<ul style="list-style-type: none"> • En el plazo de los 10 días calendario siguientes a la fecha en que recibe el aviso con la medida del plan o la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida del plan, usted presenta su apelación de primer nivel de manera verbal o escrita Y solicita la continuación de los beneficios mientras espera el resultado de su apelación de primer nivel, verbalmente o por escrito; y 	<p>Cuando realiza la solicitud verbal de una apelación estándar, ya no es necesario que envíe al plan una solicitud de apelación por escrito y firmada.</p>

<p>Página 93, Capítulo 11 (<i>Finalización de su afiliación al plan</i>), Sección 11.1 (<i>Solo hay determinados momentos en que su afiliación al plan puede finalizar</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En algunas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año por causa justificada. Estas situaciones incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuando se muda fuera del estado. ○ Cuando necesita que ciertos servicios relacionados se realicen al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro 	<ul style="list-style-type: none"> • En algunas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año por causa justificada. Estas situaciones incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuando se muda fuera del estado. ○ Cuando necesita que ciertos servicios relacionados se realicen al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro 	<p>Antes de solicitar la desafiliación del plan por uno de los motivos elegibles descritos en la columna anterior (excepto cuando se muda fuera del estado), primero debe presentar una queja formal ante el plan para permitir que el plan resuelva su inquietud.</p> <p>El texto nuevo también aclara que un motivo de desafiliación debido a la falta de acceso a los servicios se limita a</p>
---	---	---	--

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro de 2019	Información original	Información corregida	¿Qué significa esto para usted?
	<p>de la red; y cuando recibir los servicios por separado lo pondría en un riesgo innecesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Por otros motivos, como la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios, la violación de sus derechos o la falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en tratar sus necesidades. 	<p>de la red; y cuando recibir los servicios por separado lo pondría en un riesgo innecesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Por otros motivos, como la mala calidad de la atención, la falta de acceso a servicios cubiertos por NH Medicaid, la violación de sus derechos o la falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en tratar sus necesidades. <p>Cuando solicita la desafiliación del plan por uno de los motivos mencionados anteriormente (excepto cuando se muda fuera del estado), primero debe presentar una queja formal ante el plan para solicitar una decisión sobre su queja formal. Si no está satisfecho con la respuesta del plan y aún desea solicitar la desafiliación, puede llamar al NH DHHS para saber si reúne los requisitos para desafilarse del plan.</p>	<p>los servicios cubiertos por New Hampshire Medicaid.</p>