AmeriHealth Caritas
New Hampshire

Anexo al Manual del Miembro

Vigente a partir del 1 de septiembre de 2024

Esta información importante explica cómo ha cambiado su cobertura a partir del 1 de septiembre de 2024 con respecto a la descrita en la versión anterior del Manual del Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire. No es necesario que tome ninguna medida en respuesta a este documento, pero le recomendamos que conserve esta información para consultarla en el futuro.

Anteriormente le enviamos un Manual del Miembro que incluye información sobre su cobertura. El objetivo de este aviso es informarle que hay cambios en su Manual del Miembro. A continuación, encontrará la información que describe estos cambios. Conserve esta información como referencia. Puede encontrar el Manual del Miembro en **www.amerihealthcaritasnh.com/handbook**. Si necesita una copia física del Manual del Miembro o de este Anexo al Manual del Miembro, llame a Servicios al Miembro para que le envíen una copia por correo sin costo alguno.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** (**TTY 1-855-534-6730**), **las 24 horas del día, los siete días de la semana**.

Cambios en su Manual del Miembro:

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro	Página 9, sección 1.2 *(¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?)*
Información original	*La continuidad de su elegibilidad para New Hampshire Medicaid se determina de nuevo cada seis o doce meses. Seis semanas antes de que se renueve su elegibilidad, recibirá por correo una carta y una Solicitud de redeterminación del NH DHHS. Para asegurarse de la continuidad de su cobertura de atención médica, debe completar y devolver la Solicitud de redeterminación antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta.
Información nueva o corregida	*La continuidad de su elegibilidad para New Hampshire Medicaid se determina de nuevo cada seis o doce meses. Varias semanas antes de que se renueve su elegibilidad, recibirá por correo una carta o un correo electrónico de NH Easy con una Solicitud de redeterminación del NH DHHS. Para asegurarse de la continuidad de su cobertura de atención médica, debe completar y devolver la Solicitud de redeterminación antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta.
¿Qué significa esto para usted?	Puede recibir por correo una carta O un correo electrónico de NH Easy de parte del NH DHHS con una Solicitud de redeterminación varias semanas antes de que deba renovarse su elegibilidad.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro	En las páginas 10-11, sección 1.3 *(Qué esperar del plan)*
Información original	**Llamada de bienvenida** Cuando se una por primera vez a AmeriHealth Caritas New Hampshire, lo llamaremos para darle la bienvenida como miembro del plan. Durante la llamada, le explicaremos las normas del plan y responderemos las preguntas que pueda tener sobre el plan. Como se describe en la siguiente sección, le explicaremos la importancia de completar su Evaluación de riesgos de la salud (HRA). **Evaluación de riesgos de la salud (HRA)** El NH DHHS nos exige que usted complete una Evaluación de riesgos para la salud (HRA). La información que usted proporciona en la HRA nos ayuda a planificar y a trabajar con usted para satisfacer sus necesidades funcionales y de atención médica. Nos pondremos en contacto con usted para que complete la HRA por teléfono o por correo, o puede completarla en persona con un administrador de cuidados local, una agencia comunitaria o con su proveedor de atención primaria (PCP) durante una visita a domicilio programada o una consulta médica. Recibirá la HRA en su paquete de bienvenida. Complétela y envíela por correo en el sobre provisto en su kit de bienvenida. **Puede recibir una recompensa de $30** por completar su HRA en los 90 días siguientes a su afiliación al plan. No tiene la obligación de completar la HRA. Sin embargo, le recomendamos que complete la evaluación y la devuelva a AmeriHealth Caritas New Hampshire.
Información nueva o corregida	**Llamada de bienvenida** Cuando se una por primera vez a AmeriHealth Caritas New Hampshire, lo llamaremos para darle la bienvenida como miembro del plan. Durante la llamada, le explicaremos las normas del plan y responderemos las preguntas que pueda tener sobre el plan. Como se describe en la siguiente sección, le explicaremos la importancia de completar una Evaluación de riesgos de la salud (HRA) con su proveedor de atención primaria (PCP). **Evaluación de riesgos de la salud (HRA)** El NH DHHS nos exige que usted complete una Evaluación de riesgos para la salud (HRA) para revisarla con su PCP. La información que usted proporciona en la HRA ayuda a su PCP a planificar y a trabajar con usted para satisfacer sus necesidades funcionales y de atención médica. Cuando complete esta evaluación y hable con su médico, podrá ganar $30 en su tarjeta CARE. En **www.amerihealthcaritasnh.com** hay un formulario que puede imprimir y llenar para llevarlo con usted a su visita anual de rutina.
¿Qué significa esto para usted?	Para completar su Evaluación de riesgos para la salud (HRA), debe programar una visita de rutina con su proveedor de atención primaria (PCP) asignado y hablar con él de los potenciales riesgos de seguridad y salud. Ya no le pediremos que responda a estas preguntas por teléfono, correo o con un administrador de cuidados local. La HRA ya no se incluirá en su kit de bienvenida, en su lugar, habrá una copia en línea para que la imprima y se la lleve a su PCP, o su PCP le hará las preguntas durante su visita.

Dónde puede encontrar el cambio en su Manual del Miembro:	Página 12, sección 1.4 *(Actualización de su información personal y de otros seguros)*
Información original: Si cualquiera de esta información cambia:	Si cualquiera de esta información cambia, llame a: Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TYY 1-855-534-6730)** O Centro de Atención al Cliente de New Hampshire Medicaid, llamada gratuita al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (acceso al servicio TDD: 1-800-735-2964)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m. ET.
Información nueva o corregida: Si cualquiera de esta información cambia:	Si cualquiera de esta información cambia, llame a: Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TYY 1-855-534-6730)** Y Centro de Atención al Cliente de New Hampshire Medicaid, llamada gratuita al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (acceso al servicio TDD: 1-800-735-2964)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m. hora del este.
¿Qué significa esto para usted?	Significa que, si alguna de su información de contacto cambia, debe notificar tanto a Ameri Health Caritas New Hampshire como al NH DHHS.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro	Página 14, sección 2.1 *(Cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire)* Página 16, sección 2.5 *(Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería del plan)* Página 16, sección 2.6 *(Cómo solicitar servicios de salud conductual [servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias tóxicas])* Páginas 30-31, sección 3.6 *(Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención)* Página 59, sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)* Atención de urgencia
Información original	**En caso de una emergencia de la salud mental o consumo de sustancias tóxicas**: si usted o alguien que conoce necesita apoyos/servicios de salud emocional o mental (o hay riesgo de suicidio), llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** —la línea nacional de salud mental (Mental Health Lifeline)— las 24 horas del día, los 7 días de la semana para conectarse con un asesor capacitado en crisis. Esta línea ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional. O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo **(1-833-710-6477)** en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial.
Información nueva o corregida	**En caso de una emergencia de la salud mental o consumo de sustancias tóxicas**: si usted o alguien que conoce necesita apoyos/servicios de salud emocional o mental (o hay riesgo de suicidio), llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** —la línea para crisis y prevención del suicidio— las 24 horas del día, los siete días de la semana para conectarse con un asesor capacitado en crisis. Esta línea es un servicio nacional que ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional. O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo **(1-833-710-6477)** en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial a través de equipos de crisis móviles que pueden ir a donde usted esté. O llame al **211** para contactar a su sede local de The Doorway para recibir apoyo y servicios para el abuso de sustancias en New Hampshire.

¿Qué significa esto para usted?	Actualiza la "Línea de salud mental" a la "Línea para crisis y prevención del suicidio" y explica que esta línea es un servicio nacional. Explica que hay disponibles servicios presenciales de respuesta a crisis a través de equipos de crisis móviles que pueden ir hasta donde usted esté. Se actualizó para incluir la opción adicional de llamar al **211** para contactar a su sede local de The Doorway para recibir apoyo y servicios para el abuso de sustancias en New Hampshire.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro	Página 15, sección 2.4 *(Cómo comunicarse con el plan para preguntar sobre la administración de cuidados)*
Información original	Administración de cuidados: información de contacto **LLAME al 1-833-704-1177** Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana. **TTY 1-855-534-6730** Las llamadas a este número son gratuitas. **FAX: 1-833-243-2264** **SITIO WEB: http://www.amerihealthcaritasnh.com** **www.amerihealthcaritasnh.com**
Información nueva o corregida	**Contacte a su PCP para que lo ayude con la coordinación de cuidados.** Para encontrar a su proveedor de atención primaria (PCP) y su información de contacto, LLAME al 1-833-704-1177 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana. **Portal del miembro** Regístrese o inicie sesión en el portal del miembro en: **www.amerihealthcaritasnh.com/memberportal** **Carta** La información de contacto de su PCP asignado está en la carta que le enviamos por correo cuando se inscribió o si solicitó cambiar de médico.
¿Qué significa esto para usted?	Su PCP será su contacto principal para la coordinación de cuidados, y hay varias maneras de ubicar la información de contacto de su proveedor.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro	Página 22, sección 2.13 *(Otra información y otros recursos importantes)*
Información original	**N/A**
Información nueva o corregida	**Lineamientos de práctica clínica:** AmeriHealth Caritas New Hampshire sigue los lineamientos de práctica clínica (CPG) de expertos de la salud nacionales para ayudarlo con sus necesidades de salud. Los proveedores médicos los pueden usar como una guía para los cuidados. Como miembro o futuro miembro, puede solicitar estos CPG llamando a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** o puede verlos en nuestro sitio web en **www.amerihealthcaritasnh.com/assets/pdf/provider/resources/clinical/CPG-ACNH-1121.pdf.**
¿Qué significa esto para usted?	Esto le indica cómo puede solicitar y ver los lineamientos de práctica clínica que hemos adoptado en AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro	Página 22, sección 3 *(Cómo utilizar AmeriHealth Caritas New Hampshire para los servicios cubiertos)* Y Página 33, sección 4.1 *(Acerca del cuadro de beneficios [lo que está cubierto])* Y Página 110, sección 13.2 *(Definiciones de palabras importantes)*
Información original	Para obtener información sobre los servicios que cubre nuestro plan, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4. Los servicios cubiertos por Medicaid que aparecen en el Cuadro de beneficios están respaldados por las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (capítulos He-W, He-E, He-C, He-M y He-P). Las normas están disponibles en línea en **http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm**.
Información nueva o corregida	Para obtener información sobre los servicios que cubre nuestro plan, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4. Los servicios cubiertos por Medicaid que aparecen en el Cuadro de beneficios están respaldados por las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (capítulos He-W, He-E, He-C, He-M y He-P). Las normas están disponibles en línea en **https://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.aspx**.
¿Qué significa esto para usted?	Se actualizó el sitio web donde se pueden encontrar las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS).

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro	Página 24, sección 3.1 *(Su proveedor de atención primaria [PCP] proporciona y supervisa su atención médica)*
Información original	**¿Qué es un "PCP" y qué hace el PCP por usted?** Un PCP es el proveedor de la red que usted elige (o que el plan le asigna hasta que usted elija uno) y al que debe ver en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerlo sano. El PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención. Su PCP tiene la responsabilidad de supervisar, coordinar y proporcionar su atención médica primaria. Inicia las derivaciones a especialistas y mantiene la continuidad de su atención. Asegúrese de informarle a su PCP si está viendo a otros proveedores como un especialista o un acupunturista. Esto ayudará a su PCP a coordinador mejor sus atención. Su PCP puede ser alguno de los siguientes profesionales de la red: pediatra, médico de familia, médico general, internista, ginecobstetra, auxiliar médico (bajo la supervisión de un médico), enfermero profesional o enfermera registrada de práctica avanzada (APRN). Si necesita ayuda para elegir o cambiar de PCP, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Su PCP es un médico, una enfermera, un asistente médico u otro tipo de proveedor que se ocupará de su salud, coordinará sus necesidades de atención y lo ayudará a obtener derivaciones para que reciba servicios especializados si los necesita. **¿Cómo elegir a su PCP?** Cuando se inscriba en AmeriHealth Caritas New Hampshire, tendrá la oportunidad de elegir a su propio PCP. Para elegir a su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**). Si no selecciona a un PCP, elegiremos a uno por usted. Tenemos en cuenta lo siguiente: • El historial de reclamaciones del miembro. • La asignación del proveedor a un miembro de la familia. • La ubicación. • Las necesidades médicas especiales. • Las preferencias de idioma y culturales. Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de identificación.

Información nueva o corregida	**¿Qué es un "PCP" y qué hace el PCP por usted?** Un PCP es el proveedor de la red que usted elige (o que el plan le asigna hasta que usted elija uno) y al que debe ver en primer lugar para la atención de rutina y la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerlo sano. El PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención. Su PCP tiene la responsabilidad de supervisar, coordinar y proporcionar su atención médica primaria. Inicia las derivaciones a especialistas y mantiene la continuidad de su atención. Asegúrese de informarle a su PCP si está viendo a otros proveedores como un especialista o un acupunturista. Esto ayudará a su PCP a coordinador mejor sus atención. Su PCP puede ser alguno de los siguientes profesionales de la red: pediatra, médico de familia, médico general, internista, ginecobstetra, auxiliar médico (bajo la supervisión de un médico), enfermero profesional o enfermera registrada de práctica avanzada (APRN). Si necesita ayuda para elegir o cambiar de PCP, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). **Su PCP es un médico, una enfermera, un asistente médico u otro tipo de proveedor que se ocupará de su salud, coordinará sus necesidades de atención y lo ayudará a obtener derivaciones para que reciba servicios especializados si los necesita. Su PCP completará su examen de rutina anual, que incluirá hacer la evaluación de riesgos para la salud (HRA), revisar los resultados con usted y hablar de cualquier medicamento o pregunta que pueda tener.** **¿Cómo elegir a su PCP?** Cuando se inscriba en AmeriHealth Caritas New Hampshire, tendrá la oportunidad de elegir a su propio PCP. Para elegir a su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**). Si no selecciona a un PCP, elegiremos a uno por usted. Tenemos en cuenta lo siguiente: • El historial de reclamaciones del miembro. • La asignación del proveedor a un miembro de la familia. • La ubicación. • Las necesidades médicas especiales. • Las preferencias de idioma y culturales. Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en la carta que vino con su tarjeta de identificación, en el portal del miembro o llamando a Servicios al Miembro.
¿Qué significa esto para usted?	Esta sección se actualizó para aclarar que su PCP es a quien usted debería ver para recibir atención de rutina además de la mayoría de problemas de salud y que **su PCP completará su examen de rutina anual, que incluirá hacer la evaluación de riesgos para la salud (HRA), revisar los resultados con usted y hablar de cualquier medicamento o pregunta que pueda tener.** También se actualizó para mostrarle dónde puede encontrar la información de su PCP.

Dónde puede encontrar el cambio en su Manual del Miembro:	Página 27, sección 3.3 *(Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red)*
Información original:	**Vista:** el beneficio de la vista cubre una asignación anual de $100 para lentes de contacto. **Trastornos de salud mental / consumo de sustancias:** Servicios al Miembro también puede ayudarlo a encontrar a un proveedor de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias y a obtener los servicios que pueda necesitar. También puede pedirle a su PCP que lo ayude a encontrar a un proveedor de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias. No necesita una derivación para acceder a los servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias.
Información nueva o corregida:	**Vista:** consulte la sección 4.2 *(Cuadro beneficios)*, bajo "Beneficios de la vista y anteojos". Además de los beneficios indicados en la sección 4.2, el beneficio de la vista cubre una asignación anual de $100 para lentes de contacto. **Odontología:** consulte la sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)* para obtener información sobre cómo acceder a los beneficios dentales y proveedores a través de sus beneficios de Medicaid. **Trastornos de salud mental / consumo de sustancias:** Servicios al Miembro también puede ayudarlo a encontrar a un proveedor de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias y a obtener los servicios que pueda necesitar. También puede pedirle a su PCP que lo ayude a encontrar a un proveedor de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias. No necesita una derivación para acceder a los servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias.
¿Qué significa esto para usted?	Se le indica que consulte el Cuadro de beneficios para conocer más detalles sobre cómo recibir servicios dentales y para la vista.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro	Página 30, sección 3.6 *(Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención)*
Información original	**Una "crisis de salud conductual"** es cualquier situación en la que las conductas de una persona la ponen en riesgo de dañarse a ella misma o a otras personas, o cuando no es capaz de resolver la situación con las habilidades y recursos disponibles. Muchas cosas pueden llevar a una crisis de salud conductual, como el aumento del estrés, las enfermedades físicas, los problemas en el trabajo o en la escuela, los cambios en la situación familiar, los traumas/violencia en la comunidad o el consumo de sustancias. Estos problemas son difíciles para todo el mundo, pero pueden ser especialmente duros para alguien que vive con una enfermedad o un trastorno de salud conductual. Si usted tiene una emergencia o una crisis de salud conductual:
Información nueva o corregida	**Una "crisis de salud conductual"** es cualquier situación en la que las conductas de una persona la ponen en riesgo de dañarse a ella misma o a otras personas, o cuando no es capaz de resolver la situación con las habilidades y recursos disponibles. Muchas cosas pueden llevar a una crisis de salud conductual, como el aumento del estrés, las enfermedades físicas, los problemas en el trabajo o en la escuela, los cambios en la situación familiar, los traumas/violencia en la comunidad o el consumo de sustancias. Estos problemas son difíciles para todo el mundo, pero pueden ser especialmente duros para alguien que vive con una enfermedad o un trastorno de salud conductual. Las personas obtienen mejores resultados en su salud cuando buscan atención TEMPRANO. Estos recursos son para que todos llamen, envíen mensajes de texto o chateen en cualquier momento por el motivo que sea. Una crisis la define el individuo, y cada uno de nosotros puede haber experimentado diferentes niveles de estrés. Exhorte a las personas a llamar y a no esperar. Si usted tiene una emergencia o una crisis de salud conductual:
¿Qué significa esto para usted?	Se añadió texto adicional para exhortar a las personas a buscar ayuda temprano y a no esperar.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 37, sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*
Información original:	**Servicios de centros médicos comunitarios** El plan cubre los servicios prestados por un centro médico comunitario. Los servicios incluyen lo siguiente: • Visitas al consultorio para atención primaria y servicios de salud conductual. • Visitas de obstetricia o ginecología (OB/GIN). • Educación para la salud. • Servicios sociales médicos. • Servicios de nutrición, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y la terapia de nutrición médica. • Servicios para dejar de fumar. • Vacunas, excepto las vacunas para viajes fuera del país. *No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.* Llame a Servicios al Miembro para obtener más información. **Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco** El plan cubre hasta 5 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco (consulte también la sección "Dejar de fumar" en el Cuadro de beneficios). *No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.* Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Información nueva o corregida:	**Servicios de centros médicos comunitarios** El plan cubre los servicios prestados por un centro médico comunitario. Los servicios incluyen lo siguiente: • Visitas al consultorio para atención primaria y servicios de salud conductual. • Visitas de obstetricia o ginecología (OB/GIN). • Educación para la salud. • Servicios sociales médicos. • Servicios de nutrición, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y la terapia de nutrición médica. • Servicios para dejar de fumar / consumir nicotina. • Vacunas, excepto las vacunas para viajes fuera del país. *No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.* Llame a Servicios al Miembro para obtener más información. **Asesoramiento/Ayuda para dejar de fumar o consumir tabaco o nicotina** El plan cubre hasta 8 sesiones de asesoramiento o ayuda por intento para ayudarlo a dejar de fumar o consumir tabaco o nicotina. Hasta 2 intentos por año cuando el servicio lo presta su PCP u otro proveedor calificado (consulte también la sección “Dejar de fumar o de consumir tabaco y nicotina” en el Cuadro de beneficios). *No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por un proveedor de la red.* Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.
¿Qué significa esto para usted?	Los servicios son para dejar de consumir nicotina y tabaco. El plan cubre hasta 8 sesiones de asesoramiento o ayuda por intento, en lugar de 5 sesiones, para ayudarlo a dejar de fumar o consumir tabaco o nicotina. Hasta 2 intentos por año cuando el servicio lo presta su PCP u otro proveedor calificado

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 46, sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*
Información original:	**Servicios de maternidad** El plan cubre los servicios de maternidad prenatal, de parto, de enfermería y de posparto. El parto está cubierto en un hospital y en un centro de maternidad (ya sea en el centro de maternidad o como parto en casa cuando lo atiende el personal del centro de maternidad), y en su domicilio. También están cubiertos los servicios de laboratorio y de ecografía necesarios. También se ofrecen servicios adicionales relacionados con la maternidad a través de los programas Home Visiting NH y Servicios Integrales de Apoyo a la Familia. Para obtener información sobre estos programas, llame a la División de Servicios de Salud Pública de NH al número sin cargo **1-800-852-3345**, ext. 14501 (TDD acceso a relé: **1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este. No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por proveedores de la red. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.
Información nueva o corregida:	**Servicios de consulta para maternidad y lactancia** El plan cubre los servicios de maternidad prenatal, de parto, de enfermería y de posparto. El parto está cubierto en un hospital y en un centro de maternidad (ya sea en el centro de maternidad o como parto en casa cuando lo atiende el personal del centro de maternidad), y en su domicilio. También están cubiertos los servicios de laboratorio y de ecografía necesarios. El plan cubre los servicios de apoyo y consulta para lactancia cuando se prestan en el consultorio de un proveedor, su casa, un hospital, un centro de enfermería o en otro lugar para las miembros lactantes, incluyendo: • Educación sobre lactancia. • Consultas individuales o grupales para lactancia. También se ofrecen servicios adicionales relacionados con la maternidad a través de los programas Home Visiting NH y Servicios Integrales de Apoyo a la Familia. Para obtener información sobre estos programas, llame a la División de Servicios de Salud Pública de NH al número sin cargo **1-800-852-3345**, **ext. 14501 (TDD acceso a relé: 1-800-735-2964**) de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este. *No se requiere autorización previa del plan para los servicios prestados por proveedores de la red.* Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.
¿Qué significa esto para usted?	Los servicios de consulta para lactancia están cubiertos como parte de los servicios de maternidad.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 46, sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*
Información original:	**Servicios de salud mental ambulatorios** El plan cubre los servicios ambulatorios para la salud mental prestados por un centro comunitario de salud mental, un psiquiatra, una enfermera registrada con práctica avanzada en psiquiatría (APRN), un proveedor de terapia de salud mental, un psicólogo, un proveedor de psicoterapia con licencia, un centro de salud comunitario, un centro de salud con calificación federal (FQHC), un centro de salud rural (RHC) y centros de salud mental para pacientes ambulatorios. **Los servicios cubiertos incluyen:** • Visitas para controlar la medicación. • Terapia individual, grupal y de familia. • Evaluación de diagnóstico. • Programa de hospitalización parcial (PHP). • Programa ambulatorio intensivo (IOP). • Servicios psiquiátricos y psicoterapéuticos de emergencia.* • Terapia electroconvulsiva (ECT). • Estimulación magnética transcraneal. • Intervención en crisis y servicios relacionados con la estabilización posterior.* • Servicios individualizados orientados a la recuperación y la resiliencia (IROS). • Servicios de administración de casos, incluido el tratamiento comunitario asertivo (ACT). • Pruebas psicológicas. *Algunos servicios de intervención en crisis de salud mental, servicios de estabilización posteriores a la intervención y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando los prestan los equipos de respuesta rápida de los centros de salud mental comunitarios. Para más información, consulte la sección 4.4 *(Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan).* Consulte también los Servicios para la salud mental para pacientes hospitalizados en este Cuadro de beneficios. Consulte también los Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) en este Cuadro de beneficios. *No se requiere autorización previa del plan, excepto para las pruebas neuropsicológicas, la terapia electroconvulsiva, la estimulación magnética transcraneal y los servicios de salud mental prestados en un programa de día.* Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Información nueva o corregida:	**Servicios de salud mental ambulatorios** El plan cubre los servicios ambulatorios para la salud mental prestados por un centro comunitario de salud mental, un psiquiatra, una enfermera registrada con práctica avanzada en psiquiatría (APRN), un proveedor de terapia de salud mental, un psicólogo, un proveedor de psicoterapia con licencia, un centro de salud comunitario, un centro de salud con calificación federal (FQHC), un centro de salud rural (RHC) y centros de salud mental para pacientes ambulatorios. **Los servicios cubiertos incluyen:** • Visitas para controlar la medicación. • Terapia individual, grupal y de familia. • Evaluación de diagnóstico. • Programa de hospitalización parcial (PHP). • Programa ambulatorio intensivo (IOP). • Servicios psiquiátricos y psicoterapéuticos de emergencia.* • Terapia electroconvulsiva (ECT). • Estimulación magnética transcraneal. • Intervención en crisis y servicios relacionados con la estabilización posterior.* • Servicios individualizados orientados a la recuperación y la resiliencia (IROS). • Servicios de administración de casos, incluido el tratamiento comunitario asertivo (ACT). • Pruebas psicológicas *Algunos servicios de intervención en crisis de salud mental, servicios de estabilización posteriores a la intervención y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando los prestan los equipos de respuesta rápida de los centros de salud mental comunitarios. Para más información, consulte la sección 4.4 *(Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan).* **Si está experimentando una crisis de salud mental o por consumo de sustancias:** llame al **211** para contactar a su sede local de The Doorway para recibir apoyo y servicios para el abuso de sustancias en New Hampshire. O llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** —la línea para crisis y prevención del suicidio— las 24 horas del día, los siete días de la semana para conectarse con un consejero capacitado en crisis. Esta línea es un servicio nacional que ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que sufren una crisis suicida o angustia emocional. O llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta a las crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o de manera presencial. No necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su PCP. Consulte también los Servicios para la salud mental para pacientes hospitalizados en este Cuadro de beneficios. Consulte también los **Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD)** en este Cuadro de beneficios. *No se requiere autorización previa del plan, excepto para las pruebas neuropsicológicas, la terapia electroconvulsiva, la estimulación magnética transcraneal y los servicios de salud mental prestados en un programa de día.* Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.
¿Qué significa esto para usted?	Se agregó información sobre lo que puede hacer si está experimentando una crisis de salud mental o consumo de sustancias.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 55, sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*
Información original:	**Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco** AmeriHealth Caritas New Hampshire cubre los servicios de tratamiento del consumo de tabaco de QuitNowNH, tanto si fuma como si mastica, aspira (snuff/rapé) o vapea. Llame sin cargo al **1-800-QUIT-NOW** (**1-800-784-8669**) (TDD acceso de relé **1-800-833-1477**), las 24 horas del día, los siete días de la semana, o ingrese a **www.quitnownh.org**.
Información nueva o corregida:	**Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco o nicotina** AmeriHealth Caritas New Hampshire cubre los servicios de la línea QuitNowNH en el estado de New Hampshire para tratar el consumo de tabaco y nicotina. AmeriHealth Caritas New Hampshire ofrece incentivos para dejar de fumar y cubre los medicamentos con receta y las ayudas/asesoramientos para ello. Este programa está a su disposición sin importar si fuma, masca, aspira (snuff/rapé) o vapea. Llame sin cargo al **1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) (TDD acceso de relé 1-800-833-1477)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana, o ingrese a **www.quitnownh.org**. El plan cubre ocho (8) sesiones de asesoramiento por intento con dos (2) intentos por miembro por año cuando su PCP u otro proveedor calificado presta los servicios para el tratamiento del consumo de tabaco y nicotina.
¿Qué significa esto para usted?	El consumo de nicotina se contempla en estos servicios. Su PCP y otros proveedores calificados también pueden prestar estos servicios de tratamiento. El plan cubre ocho (8) sesiones de asesoramiento por intento con dos (2) intentos por miembro por año cuando su PCP u otro proveedor calificado presta los servicios para el tratamiento del consumo de tabaco y nicotina.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 57, sección 4.2 *(Cuadro de beneficios)*
Información original:	Servicios para el tratamiento de trastornos de consumo de sustancias (SUD) *Algunos servicios de intervención para crisis de consumo de sustancias, servicios de estabilización relacionados después de la intervención y servicios de psiquiatría y psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando los prestan los Equipos de Respuesta Rápida de los Centros de Salud Mental Comunitarios. Para obtener más información, consulte la Sección 4.4 (Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan).
Información nueva o corregida:	**Servicios para el tratamiento de consumo de sustancias (SUD)** *Algunos servicios de intervención para crisis de consumo de sustancias, servicios de estabilización relacionados después de la intervención y servicios de psiquiatría y psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando los prestan los Equipos de Respuesta Rápida de los Centros de Salud Mental Comunitarios. Para obtener más información, consulte la Sección 4.4 (Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan). Si está experimentando una crisis de salud mental o consumo de sustancias: Llame al **211** para contactar a su sede local de The Doorway para recibir apoyos y servicios para luchar contra el consumo de sustancias en New Hampshire. O, llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988** (la línea nacional para crisis y prevención del suicidio), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para contactar a un consejero capacitado en crisis. Esta línea es un servicio nacional que ofrece apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas que estén pasando por una crisis suicida o angustia emocional. O, llame o envíe un mensaje de texto al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o la noche. Hay servicios de respuesta ante crisis disponibles por teléfono, mensajería de texto o de manera presencial. No necesita la aprobación o remisión de su PCP primero.
¿Qué significa esto para usted?	Esta sección se actualizó para que incluyera qué hacer si está teniendo una crisis de salud mental o consumo de sustancias.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 62, sección 4.3 *(Beneficios adicionales provistos por el plan)*
Información original:	**$10** • Vacuna antigripal anual. **$15** • Reciba ayuda de parte de la administración de cuidados para las necesidades sociales sin cubrir. **$20** • Análisis anual de azúcar en sangre (HbA1c) para miembros con diabetes. • Detección anual de cáncer de seno (mamografía) para mujeres de 50 a 74 años. • Deje de fumar (ocho semanas de uso de sustituto de la nicotina). **$25** • Asista a al menos una reunión de la Junta Asesora de Miembros. Visite www.amerihealthcaritasnh.com/mab para registrarse. **$30** • Vaya a una consulta posparto entre los 7 y 84 días posteriores al parto. • Complete una evaluación de riesgos para la salud (HRA) una vez al año. • Chequeo anual para niños y adolescentes (por niño) entre los 2 y 21 años. **$50** • Control de la presión arterial (una lectura por debajo de 140/90 tomada en el consultorio del proveedor para miembros con hipertensión o diabetes). • Cumplimiento con la medicación antipsicótica (seguir usando el mismo medicamento durante 90 días) y prueba de detección metabólica anual (HbA1c o glucosa). • Recibir las vacunas recomendadas: Tdap, meningitis y VPH antes del cumpleaños 13 del niño. • Notificarnos de su embarazo en el segundo o tercer trimestre o luego de los primeros 30 días de la inscripción en el plan. **$70** • Notificarnos de su embarazo en el primer trimestre o dentro de los 30 días desde la inscripción en el plan. **$75** • Antes del segundo cumpleaños, cuando el bebé haya tenido al menos seis consultas de control, se le aplicaron las 10 vacunas requeridas y recibió una prueba de detección de plomo.

Información nueva o corregida:	**Tarjeta CARE*:** con nuestro programa de la tarjeta CARE, puede recibir recompensas por completar actividades relacionadas con la salud (hasta un valor de $250 por miembro por año*). Nota: los miembros menores de edad recibirán hasta $250 en su propia tarjeta CARE por tarjeta. **$15** • Reciba ayuda de parte de la administración de cuidados para las necesidades sociales sin cubrir. **$20** • Vacuna antigripal anual. • Detección anual de cáncer de seno (mamografía) para mujeres de 40 a 74 años. • Deje de fumar (ocho semanas de uso de sustituto de la nicotina). • Póngase la vacuna contra el virus sincitial respiratorio (RSV): entre las 32 y las 36 semanas de embarazo; a partir de los 60 años. **$25** • Asista a al menos una reunión de la Junta Asesora de Miembros. • Cuando los miembros entre los 12 y 18 años descargan la aplicación móvil NextStep Goodlife y hacen que alguno de sus padres o un tutor nos notifique a través del formulario de contacto seguro en **www.amerihealthcaritasnh.com**. • Su hijo recibirá $25 en su tarjeta CARE después de su primer examen de detección de plomo (entre los 11 y los 23 meses) y otros $25 en su tarjeta CARE después de su segundo examen de detección de plomo (entre los 23 y los 35 meses). **$30** • Análisis anual de azúcar en sangre (HbA1c) para miembros con diabetes. • Complete una HRA una vez al año con su proveedor. • Chequeo anual para niños y adolescentes (por niño) entre los 2 y 21 años. **$40** • Vaya a una consulta posparto entre los 7 y 84 días posteriores al parto. **$50** • Control de la presión arterial (una lectura por debajo de 140/90 tomada en el consultorio del proveedor para miembros con hipertensión o diabetes). • Cumplimiento con la medicación antipsicótica (seguir usando el mismo medicamento durante 90 días) y prueba de detección metabólica anual (HbA1c o glucosa). • Recibir las vacunas recomendadas: Tdap, meningitis y VPH antes del cumpleaños 13 del niño. • Notificarnos de su embarazo en el segundo o tercer trimestre o luego de los primeros 30 días de la inscripción en el plan. • Antes del segundo cumpleaños, cuando el bebé haya tenido al menos seis consultas de control, se le aplicaron las 10 vacunas requeridas y recibió una prueba de detección de plomo. • Cuando los miembros continúan tomando su receta de buprenorfina/naloxona durante 60 días seguidos. **$70** • Notificarnos de su embarazo en el primer trimestre o dentro de los 30 días desde la inscripción en el plan.

¿Qué significa esto para usted?	Hay nuevos incentivos en la tarjeta CARE **$20** • Por ponerse la vacuna contra el virus sincitial respiratorio (RSV): entre las 32 y las 36 semanas de embarazo; a partir de los 60 años. **$25** • Cuando los miembros entre los 12 y 18 años descargan la aplicación móvil NextStep Goodlife y hacen que alguno de sus padres o un tutor nos notifique a través del formulario de contacto seguro en **www.amerihealthcaritasnh.com.** **$25** • Por la primera prueba de detección de plomo antes de los 2 años y por la segunda prueba de detección de plomo antes de los 3 años. **$30** • Complete una HRA una vez al año con su proveedor. **$50** • Cuando los miembros continúan tomando su receta de buprenorfina/naloxona durante 60 días seguidos. Se cambiaron los montos de recompensa de los siguientes incentivos existentes, los nuevos montos son: **$20** • Vacuna antigripal anual. **$40** • Vaya a una consulta posparto entre los 7 y 84 días posteriores al parto. **$50** • Antes del segundo cumpleaños, cuando el bebé haya tenido al menos seis consultas de control, se le aplicaron las 10 vacunas requeridas y recibió una prueba de detección de plomo.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Páginas 62-63, sección 4.3 *(Beneficios adicionales provistos por el plan)*
Información original:	**Asientos y elevadores de asientos de automóvil***: proporcionamos asientos y elevadores de asientos de automóvil a los niños miembros (por un valor de hasta $210). • Membresía en WW® (anteriormente Weight Watchers®)*: los miembros que reúnan los requisitos pueden obtener una membresía en línea de seis meses (hasta un valor de $250). **Comidas a domicilio***: los miembros que reciban el alta luego de una hospitalización que reúnan los requisitos pueden recibir comidas a domicilio (14 comidas/siete días) posteriores al alta. Las hospitalizaciones que califican son las siguientes: • Madres que acaban de dar a luz y que se recuperan de un trastorno por consumo de sustancias. • Miembros con trastorno por consumo de sustancias que completen con éxito un programa de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias en régimen de hospitalización como parte del beneficio de recuperación flexible. • Miembros adultos (de 21 a 64 años) con enfermedades cardíacas o diabetes. Las comidas para los miembros con restricciones dietéticas se preparan de acuerdo con las pautas dietéticas (hasta un valor de $175).
Información nueva o corregida:	**Asientos de seguridad/elevadores para automóviles:** proporcionamos un asiento para automóviles o un elevador de asiento sin costo alguno por cada niños que sea miembro (por un valor de hasta $210*). • **Sorteos por visita de rutina para niños:** los miembros de entre 2 y 16 años participan automáticamente en un sorteo de un casco de bicicleta (por un valor de $35*) cuando acuden a su visita de rutina anual. Los miembros de entre 12 y 17 años participan automáticamente en el sorteo de una tarjeta de regalo de Adidas por $120* cuando acuden a su visita de rutina anual. • Membresía en WW® (anteriormente Weight Watchers®): los miembros que reúnan los requisitos pueden obtener una membresía en línea de tres meses (hasta un valor de $133*). **Comidas a domicilio**: los miembros que reciban el alta luego de una hospitalización que reúnan los requisitos pueden recibir comidas a domicilio (14 comidas/siete días) posteriores al alta. Las hospitalizaciones que califican son las siguientes: • Madres que acaban de dar a luz y que se recuperan de un trastorno por consumo de sustancias. • Miembros con trastorno por consumo de sustancias que completen con éxito un programa de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias en régimen de hospitalización como parte del beneficio de recuperación flexible. • Miembros adultos (de 21 a 64 años) con enfermedades cardíacas o diabetes. Las comidas para los miembros con restricciones dietéticas se preparan de acuerdo con las pautas dietéticas (hasta un valor de $98*). **Transporte comunitario:** seis viajes de ida y vuelta a destinos comunitarios, como eventos en nuestro Centro de bienestar y oportunidades o a entrevistas de trabajo, exámenes, bancos de alimentos y más (límite de 30 millas por trayecto).

¿Qué significa esto para usted?	Se corrigió el beneficio de la membresía de WW para que reflejara una membresía de tres meses (con un valor de hasta $133*). Se corrigió el valor de las comidas a domicilio para que reflejara un valor de $98. Ofrecemos dos nuevos beneficios adicionales: **Sorteos por visita de rutina para niños:** los miembros de entre 2 y 16 años participan automáticamente en un sorteo de un casco de bicicleta (por un valor de $35*) cuando acuden a su visita de rutina anual. Los miembros de entre 12 y 17 años participan automáticamente en el sorteo de una tarjeta de regalo de Adidas por $120* cuando acuden a su visita de rutina anual. **Transporte comunitario:** seis viajes de ida y vuelta a destinos comunitarios, como eventos en nuestro Centro de bienestar y oportunidades o a entrevistas de trabajo, exámenes, bancos de alimentos y más (límite de 30 millas por trayecto).

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 64, sección 4.4 *(Beneficios de New Hampshire Medicaid cubiertos fuera del plan)*
Información original:	Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan. Sin embargo, estos servicios están disponibles a través de New Hampshire Medicaid siempre que el proveedor esté inscrito en New Hampshire Medicaid: Algunos medicamentos bajo receta están cubiertos por New Hampshire Medicaid cuando se facturan a través de una farmacia. Incluyen, entre otros, ciertos medicamentos recetados para tratar la hemofilia y los medicamentos Carbaglu® y Ravicti®. La farmacia facturará a New Hampshire Medicaid por estos medicamentos. • Ciertas terapias celulares y genéticas, incluida la Zolgensma®, facturadas por los proveedores a través del plan, están cubiertas por New Hampshire Medicaid para los miembros que cumplan los requisitos. • Los servicios odontológicos y de salud bucal no están cubiertos por nuestro plan. Sin embargo, algunos servicios odontológicos y de salud bucal están disponibles, como se indica a continuación:
Información nueva o corregida:	Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan. Sin embargo, estos servicios están disponibles a través de New Hampshire Medicaid siempre que el proveedor esté inscrito en New Hampshire Medicaid: • Los servicios odontológicos y de salud bucal no están cubiertos por nuestro plan. Sin embargo, algunos servicios odontológicos y de salud bucal están disponibles, como se indica a continuación:
¿Qué significa esto para usted?	Los siguientes servicios ya no están cubiertos por New Hampshire Medicaid: Algunos medicamentos bajo receta están cubiertos por New Hampshire Medicaid cuando se facturan a través de una farmacia. Incluyen, entre otros, ciertos medicamentos recetados para tratar la hemofilia y los medicamentos Carbaglu® y Ravicti®. La farmacia facturará a New Hampshire Medicaid por estos medicamentos. • Ciertas terapias celulares y genéticas, incluida la Zolgensma®, facturadas por los proveedores a través del plan, están cubiertas por New Hampshire Medicaid para los miembros que cumplan los requisitos.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 66, sección 5.1 *(Cuadro de beneficios)*
Información original:	AmeriHealth Caritas se compromete a ayudarlo a mantenerse sano. Cuando elija a un PCP, recibirá atención y servicios preventivos. Las visitas periódicas a su PCP lo ayudarán a: • Mantener sus registros médicos al día. • Responder a preguntas sobre su salud. • Recibir información sobre una alimentación saludable. • Mantenerse actualizado en cuanto a vacunas y exámenes médicos. • Encontrar problemas antes de que sean graves. • Recibir atención de otros proveedores, si fuera necesario.
Información nueva o corregida:	AmeriHealth Caritas se compromete a ayudarlo a mantenerse sano. Cuando elija a un PCP, recibirá atención y servicios preventivos. Las visitas periódicas a su PCP lo ayudarán a: • Mantener sus registros médicos al día. • Responder a preguntas sobre su salud. • Recibir información sobre una alimentación saludable. • Mantenerse actualizado en cuanto a vacunas y exámenes médicos. • Encontrar problemas antes de que sean graves. • Recibir atención de otros proveedores, si fuera necesario. **Ir a visitas médicas de regulares de rutina (a veces llamadas "visitas de rutina") con su PCP es importante para su salud y bienestar. Su PCP puede ayudarlo a mantenerse al día con exámenes de cuidado preventivo específicos para el género y la edad, como mamografías, citologías vaginales y otros exámenes médicos. Su PCP también puede ayudar a identificar y remitirlo a otros servicios que pueda necesitar para mantenerse sano.** **Las visitas regulares con su PCP ayudan a establecer una relación sólida y honesta con su proveedor, lo cual se ha demostrado que tiene efectos positivos sobre los resultados para nuestra salud.** **Anualmente, su PCP completará su examen de rutina, que incluirá hacer una evaluación de riesgos para la salud (HRA), revisar los resultados con usted y hablar de cualquier medicamento o pregunta que pueda tener.**
¿Qué significa esto para usted?	Debería programar su examen de rutina una vez al año con su PCP asignado; este examen incluirá su evaluación de riesgos para la salud (HRA) anual.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 81, sección 7.6 *(Programas para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos de forma segura)*
Información original:	Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para nuestros miembros que ayudan a garantizar que están recibiendo la atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta los medicamentos. Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros periódicamente. En estas revisiones, buscamos problemas posibles como los siguientes: • Posibles errores en la medicación. • Medicamentos que es probable que no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección. • Medicamentos que pueden no ser apropiados o seguros debido a su edad o sexo. • Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo. • Recetas médicas que tienen componentes a los que usted es alérgico. • Posibles errores en la cantidad (dosis) del medicamento que está tomando. Si vemos la posibilidad de un problema en el uso de medicaciones, coordinaremos con su proveedor para corregir el problema.
Información nueva o corregida:	Un proveedor recetante, farmacéutico u otro proveedor calificado llevará a cabo una revisión de medicación completa (CMR) para ayudar a garantizar que los miembros estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que toman varios medicamentos y tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos. En estas revisiones, el proveedor o el farmacéutico buscarán posibles problemas como los siguientes: • Posibles errores en la medicación. • Medicamentos que es probable que no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección. • Medicamentos que pueden no ser apropiados o seguros debido a su edad o sexo. • Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo. • Recetas médicas que tienen componentes a los que usted es alérgico. • Posibles errores en la cantidad (dosis) del medicamento que está tomando. El proveedor trabajará en solucionar cualquier problema que encuentre.
¿Qué significa esto para usted?	Un proveedor recetante, farmacéutico u otro proveedor calificado llevarán a cabo las revisiones de medicamentos completas en lugar de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 84, sección 8.1 *(Es posible que los proveedores de la red no cobren los servicios cubiertos)*
Información original:	A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento bajo receta, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede darse cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, lo único que debe hacer es pedir al plan que le devuelva el dinero. Estos son ejemplos de situaciones en las que puede necesitar solicitar al plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido: **Ha recibido servicios de atención médica de emergencia o de urgencia o medicamentos recetados de un proveedor que no pertenece a la red del plan.** Pida al proveedor que facture al plan. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de las recetas que surta en una farmacia minorista. Si paga la totalidad o parte del costo en el momento de recibir el servicio de atención médica o el medicamento recetado, pida al plan que le devuelva la parte del costo que le corresponde. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado, como los recibos. Si recibe una factura de un proveedor que le solicita un pago que usted cree que no debe, envíe la factura al plan, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado, como un recibo. Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él. Si ya ha pagado más de su parte del costo de la factura, le devolveremos la parte del costo que le corresponde pagar al plan. Si recibió y le facturaron servicios no cubiertos por el plan, es posible que tenga que pagar esos costos. Para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago, consulte la sección 8.2 *(Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago).* **Cuando un proveedor de la red le envía una factura que considera que no debe pagar.** Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le facturan a usted por equivocación.

Información nueva o corregida:	A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento bajo receta, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. Esto puede suceder cuando visita a un proveedor fuera de la red o cuando recibe un servicio sin la autorización previa necesaria. Otras veces, puede darse cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, lo único que debe hacer es pedir al plan que le devuelva el dinero. A continuación, vera una lista de situaciones en las que puede necesitar solicitar al plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido. Tenga en cuenta que solo le pagaremos la parte que nos corresponde —el monto que Medicaid paga normalmente por ese servicio— , que puede ser menos de lo que usted le pagó al proveedor. **Ha recibido servicios de atención médica de emergencia o de urgencia o medicamentos recetados de un proveedor que no pertenece a la red del plan.** Cuando reciba estos servicios o medicamentos con receta, pídale al proveedor que facture a AmeriHealth Caritas New Hampshire. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de las recetas que surta en una farmacia minorista. Tenga en cuenta: Si es posible, no pague de su bolsillo. Haga que el proveedor o la farmacia facturen a AmeriHealth Caritas New Hampshire en su lugar. Si paga la totalidad o parte del costo en el momento de recibir el servicio de atención médica o el medicamento recetado, pida al plan que le devuelva la parte del costo que le corresponde. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado, como los recibos. Si recibe una factura de un proveedor que le solicita un pago que usted cree que no debe, envíe la factura al plan, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado, como un recibo. Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él. Si ya ha pagado más de su parte del costo de la factura, le devolveremos la parte del costo que le corresponde pagar al plan. Tenga en cuenta: Si recibió y le facturaron servicios no cubiertos por el plan, es posible que tenga que pagar esos costos. Para obtener información sobre dónde enviar su solicitud de pago, consulte la Sección 8.2 *(Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago).* Consejos para evitar pagar de su bolsillo al viajar fuera del estado: • Al viajar fuera del estado, siempre asegúrese de llevar consigo la tarjeta de identificación de Medicaid del estado y su tarjeta de identificación de AmeriHealth Caritas New Hampshire en caso de que las necesite. • Si necesita atención médica que no puede esperar hasta que regrese a casa, vaya a una centro de atención de urgencia o sala de emergencias (ER). Presente su tarjeta de identificación de Medicaid del estado y su tarjeta de identificación de AmeriHealth Caritas New Hampshire para que nos puedan facturar a nosotros por los servicios. Los centros de atención de urgencia y las salas de emergencia deben tratarlo incluso si usted no puede pagarles por adelantado. • Si va a viajar fuera del estado y necesita surtir una receta, es más probable que una cadena nacional de farmacias como CVS, Rite Aid o Walgreens facture a AmeriHealth Caritas New Hampshire que una farmacia no nacional o independiente. Pídales que nos facturen a nosotros en lugar de pagarles de su bolsillo.
¿Qué significa esto para usted?	Esto contiene información sobre cómo evitar pagar de su bolsillo.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 85, sección 8.1 *(Es posible que los proveedores de la red no cobren los servicios cubiertos)*
Información original:	**Cuándo paga usted el costo total de una receta médica en otras situaciones.** Usted puede pagar el costo total de la receta médica porque averigua que el medicamento no está cubierto por algún motivo. Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en el Listado de medicamentos cubiertos (Formulario) o que tenga un requisito o una restricción que no se cumplió. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es probable que deba pagar el costo total. Conserve su recibo, envíenos una copia y solicítenos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para que le devolvamos nuestra parte del costo. Si recibió y le facturaron servicios no cubiertos por el plan, es posible que tenga que pagar esos costos.
Información nueva o corregida:	**Cuándo paga usted el costo total de una receta médica en otras situaciones.** Usted puede pagar el costo total de la receta médica porque averigua que el medicamento no está cubierto por algún motivo. Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en el Listado de medicamentos cubiertos (Formulario) o que tenga un requisito o una restricción que no se cumplió. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es probable que deba pagar el costo total. Conserve su recibo, envíenos una copia y solicítenos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para que le devolvamos nuestra parte del costo. Si recibió y le facturaron servicios no cubiertos por el plan, es posible que tenga que pagar esos costos. Si pagó el costo completo del medicamento, puede que no reciba un reembolso por ningún monto superior a la parte que nos corresponda.
¿Qué significa esto para usted?	Esto aclara que probablemente no reciba un reembolso por el monto completo que pagó de su bolsillo. Le reembolsarán el monto que habríamos pagado si el proveedor nos hubiese facturado.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro:	Página 85, sección 8.2 *(Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago)*
Información original:	Envíenos su solicitud de pago, junto con una copia de su factura y la documentación de todo pago que haya realizado. Le recomendamos hacer copias de las facturas y los recibos como constancia. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o recibe una factura que no entiende, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Podemos ayudar. También puede llamar al plan si quiere darnos más información sobre una solicitud de pago que ya envió al plan.

Información nueva o corregida:	Envíenos su solicitud de pago dentro de los primeros 60 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, junto con una copia de su factura y la documentación de todo pago que haya realizado. Le recomendamos hacer copias de las facturas y los recibos como constancia. Envíe esta información a: AmeriHealth Caritas New Hampshire Re: Request for member payment 25 Sundial Ave, Ste 130 Manchester, NH 03103 Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o recibe una factura que no entiende, póngase en contacto con Servicios al Miembro. (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Podemos ayudar. También puede llamar al plan si quiere darnos más información sobre una solicitud de pago que ya envió al plan.
¿Qué significa esto para usted?	Debe enviarnos su solicitud de reembolso dentro de los primeros 60 días y mandarla por correo postal a la oficina de AmeriHealth Caritas New Hampshire en Manchester, NH.

La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas New Hampshire cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de edad, raza, origen étnico, nacionalidad o ascendencia, discapacidad mental o física, orientación o preferencia sexual o afectiva, identidad de género, estado civil, información genética, fuente de pago, sexo, credo, religión, estado o historial de salud o de la salud mental, necesidad de servicios de atención médica, importe a pagar a AmeriHealth Caritas New Hampshire en base de una clase actuarial de una persona o miembro elegible o condiciones médicas/de salud preexistentes, si el miembro haya ejecutado una última voluntad médica o cualquier otra condición protegida por la ley federal o estatal.

AmeriHealth Caritas New Hampshire ofrece ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades. Ejemplos de estas ayudas y servicios incluyen intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Brindamos servicios de idiomas gratuitos, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, a personas con dominio limitado del inglés o cuya lengua materna no es el inglés.

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

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

- AmeriHealth Caritas New Hampshire Grievances
  P.O. Box 7389
  London, KY 40742-7389
  1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)
- También puede presentar una queja formal por teléfono al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el equipo de Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire está disponible para ayudarlo. Puede comunicarse con Servicios al Miembro las 24 horas del día, los siete días a la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

También puede presentar una queja por discriminación a través de la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), que ha sido designada para coordinar los esfuerzos de cumplimiento de los derechos civiles de NH DHHS para el Departamento:
State of New Hampshire, Department of Health and Human Services, Office of the Ombudsman
129 Pleasant Street
Concord, NH 03301-3857
1-603-271-6941 o **1-800-852-3345** ext. **16941**
Fax: **1-603-271-4632**, (**TTY 1-800-735-2964)**
Correo electrónico: **ombudsman@dhhs.nh.gov**

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal 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 (TTY 1-800-537-7697)

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

Attention: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

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