



Guía de referencia para miembros

**CARE IS THE HEART
OF OUR WORK.®**

www.amerihealthcaritasnh.com


AmeriHealth Caritas™
New Hampshire

! ¡Información importante! ¡Léala atentamente!

Estimado(a) miembro,

¡Bienvenido a AmeriHealth Caritas New Hampshire!

Nos alegra que se haya sumado como miembro. Este es su paquete de bienvenida. Contiene información importante sobre los beneficios y servicios de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Lea esta información detenidamente.

Servicios al Miembro está disponible para brindarle ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llámenos al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Podemos ayudarlo con preguntas como estas:

- ¿Cómo cambio de proveedor de atención primaria (PCP)?
- ¿Qué debo hacer si no recibí mi tarjeta ID?
- ¿Tengo beneficios de medicamentos bajo receta?
- ¿Tengo copagos o límites de beneficios?
- ¿Tengo beneficios de salud conductual?

AmeriHealth Caritas New Hampshire respetará sus **autorizaciones previas existentes** (preaprobaciones) para beneficios y servicios durante los primeros 90 días después de su inscripción. Si tiene preguntas sobre la autorización previa, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Si necesita usar sus beneficios médicos, farmacéuticos, de salud mental o de uso de sustancias antes de obtener su tarjeta de identificación de AmeriHealth Caritas New Hampshire, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Le daremos su número de identificación de miembro. Escriba su número de identificación de miembro y llévelo consigo cuando vaya a ver a su proveedor de atención primaria o farmacia. Su proveedor médico deberá llamar a AmeriHealth Caritas New Hampshire para verificar su elegibilidad.

Use el directorio de proveedores en Internet para encontrar un proveedor cerca de usted. Vaya a **www.amerihhealthcaritasnh.com** y haga clic en Find a Provider (Buscar un proveedor). Para pedir una copia impresa del directorio de proveedores, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Gracias por elegir AmeriHealth Caritas New Hampshire.

Atentamente.

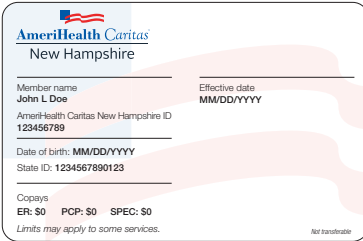
Servicios al Miembro

Esta Guía de Referencia le hará un recorrido por algunas cosas importantes que debe saber. Consulte la sección **Recursos importantes** al final de esta guía para acceder a una lista de número de teléfono útiles.

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| Primeros pasos..... | 4 |
| Evaluación de riesgos de la salud (HRA)..... | 5 |
| Tarjeta CARE..... | 6 |
| Administración de cuidados..... | 8 |
| Equipo de Alcance de Respuesta Rápida..... | 10 |
| Farmacia y prescripciones..... | 11 |
| Su proveedor de atención primaria..... | 12 |
| Salud de la mujer..... | 13 |
| Programa de maternidad Bright Start®..... | 14 |
| Especialistas..... | 15 |
| Apoyo para su salud y bienestar..... | 16 |
| Su portal para miembros..... | 17 |
| Sus beneficios de transporte médico..... | 18 |
| Aplicaciones móviles: Better Health at Your Fingertips..... | 20 |
| Beneficios de valor agregado..... | 21 |
| Conozca estos programas adicionales de beneficios de valor agregado..... | 22 |
| Autorización previa..... | 24 |
| Apelaciones y quejas formales..... | 25 |
| Recursos importantes..... | 28 |

Preste atención a su correo por estos artículos de AmeriHealth Caritas New Hampshire.



Su tarjeta ID de miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

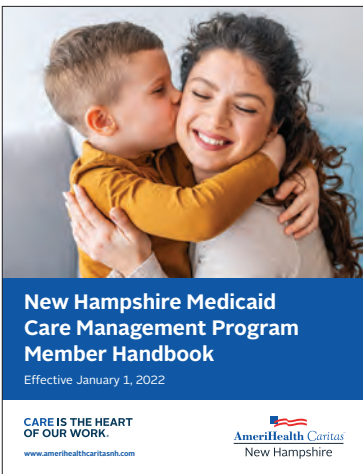
Lleve esta tarjeta con usted para todas las consultas médicas y a su farmacia cuando pase a buscar los medicamentos bajo receta. Debería recibir esta tarjeta en el mismo momento o unos días después de recibir esta guía.



Su tarjeta CARE.

Puede ganar dinero en esta tarjeta al completar actividades saludables a lo largo del año. Luego, podrá usar esta tarjeta como si fuera de débito o crédito para gastar el dinero en ciertos artículos que necesite en lugar como Walmart o CVS.

Puede comenzar a ganar de inmediato al completar su Evaluación de riesgos de la salud (HRA). (Consulte la sección Recursos importantes en la página 28 para obtener más información). Debería recibir su tarjeta CARE entre una y dos semanas después de recibir su tarjeta ID.



Su Manual del Miembro.

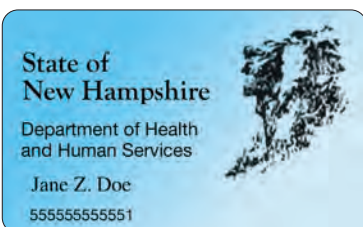
Debería recibir su Manual del Miembro con esta guía. Si desea otra copia, puede solicitarla a través de Servicios al Miembro. También está disponible en línea. Su Manual del Miembro enumera todos los beneficios disponibles de su plan en detalle, junto con números de teléfono importantes y otra información que quizás necesite saber. ***Mientras revisa esta Guía de referencia rápida, le indicaremos las secciones del Manual del Miembro que puede revisar para obtener más información.***

Puede encontrar información como la siguiente:

- Servicios médicos que cubre este plan.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Cómo usar sus servicios.
- Cómo obtener una segunda opinión.
- Cómo apelar una decisión con la que no está de acuerdo.
- Cómo presentar una queja.

Si tiene problemas para encontrar o comprender parte de la información de su Manual del Miembro, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177**.

Del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS):



Ya debería tener una tarjeta de New Hampshire Medicare del estado:

Usted debe llevarla consigo a todas sus consultas médicas junto con su **tarjeta ID de AmeriHealth Caritas New Hampshire**.

Evaluación de riesgos de la salud (HRA)

Una HRA es una evaluación sobre su salud y su forma de vida. La HRA nos da una mejor idea de los tipos de atención que puede necesitar. También puede ayudarle a conocer mejor su propia salud.

También puede encontrar la HRA al dorso de este manual (consulte la página 28, Recursos importantes). Complétela y envíela por correo en el sobre que se encuentra en este manual.

Hay muchas maneras en que puede completar la HRA:



En el kiosco Pursuant Health en la sección de farmacia de Walmart.



Por teléfono.



En su portal para miembros (consulte la página 17).



Por correo postal.



En persona con un administrador de cuidados local o agencia comunitaria durante una visita o consulta domiciliaria programada.

(Para obtener más información, consulte la Sección 1.3 del Manual del Miembro)

Gane \$30*
al completar
una HRA nueva
todos los años que
forme parte de
AmeriHealth Caritas
New Hampshire.



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



Tarjeta CARE

El programa de la tarjeta CARE de AmeriHealth Caritas New Hampshire permite a los miembros ganar recompensas por realizar actividades que ayudan a que mantengan una buena salud.

Una vez que su proveedor nos notifique que ha completado una actividad saludable, agregaremos recompensas* a su tarjeta. ¡Es así de fácil!



¿Qué puedo hacer para ganar dinero en mi tarjeta CARE?

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



¿Cómo puedo usar el dinero que gané?

1. Active su tarjeta.

- Llame al **1-888-682-2400** y siga las instrucciones, o
- Visite <http://www.mybenefitscenter.com>. Es posible que necesite la tarjeta de identificación de Medicaid de New Hampshire para completar la activación.

2. Use su tarjeta aquí:



3. Compre artículos que necesite:

- Pañales.
- Frutas y verduras.
- Shampoo/acondicionador.
- Termómetros.
- Insumos de primeros auxilios.
- ¡Y mucho más**!

Pague con su tarjeta CARE en la caja.

4. Visite amerihealthcaritasnh.com/carecard o llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para preguntas sobre estos temas:

- Lugares en los que puede usar su tarjeta CARE.
- Lo que puede comprar con la tarjeta**.

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

Los miembros no pueden usar la tarjeta CARE para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego. Las recompensas no se pueden convertir en dinero en efectivo. Los premios elegibles del programa de la tarjeta CARE están sujetos a cambios. AmeriHealth Caritas New Hampshire le informará de los cambios antes de realizarlos. Una vez que su proveedor nos notifique que ha completado una actividad saludable, agregaremos recompensas a su tarjeta. Es posible que los miembros no cumplan con los requisitos para acceder a todas las recompensas ofrecidas. 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.

¡Recuerde usar sus recompensas!

Las recompensas caducan 12 meses después de su actividad más reciente o cuando se desafilia como miembro.

Administración de cuidados

Si necesita ayuda para manejar su salud, ya sea física o conductual, solo tiene que hacer una llamada.

Puede llamar y solicitar servicios, o su médico o proveedor pueden llamar en su nombre.

Infórmenos de su situación. *(Para obtener más información, consulte las Secciones 2.4, 5.1 y 5.2 del Manual del Miembro)*

Un administrador de cuidados puede ayudarle con lo siguiente:

- Programar sus consultas de atención médica.
- Buscar transporte de ida y vuelta a sus consultas médicas.
- Crear vínculos con sus médicos.
- Aprender más sobre sus afecciones.
- Obtener la medicación que su médico le recetó.
- Encontrar recursos útiles en la comunidad para sus necesidades de atención médica.
- Gestionar su atención posterior al alta hospitalaria.
- Obtener equipos médicos duraderos para su hogar en caso de necesitarlos. Puede incluir una silla de ruedas u otros suministros médicos.

Para inscribirse en Administración de cuidados, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177**, las 24 horas al día, los 7 días a la semana (TTY **1-855-534-6730**).

Puede **ganar hasta \$15*** cuando se inscribe en Administración de cuidados.

La administración de cuidados está disponible para miembros adultos y niños.

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





Conexiones de cuidados

Lucas* tiene diabetes. Estuvo intentando comer saludable y ejercitar cuando puede. Pese a eso, su HbA1c no ha disminuido a los valores necesarios para prepararse para su próxima cirugía. Esto hace que Lucas sufre mucho de estrés. Decidió contactar a su administrador de cuidados de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Al principio, no sabía bien que el administrador de cuidados pudiera decirle algo que ya no sabía. Así que cuando el administrador de cuidados le contó sobre nuevas opciones de comidas y ejercicios que se adecuarían mejor a sus necesidades y estilo de vida, ¡quedó muy sorprendido! ¡Y contento! Lucas está contento de haberse comunicado y recibido la ayuda y el apoyo que su administrador de cuidados le pudo brindar.



Método integral de cuidado

Es invierno una vez más y Leila* está preocupada. Durante el último invierno, se le hizo muy difícil pagar las cuentas de calefacción. Incluso mantuvo la calefacción muy baja por los costos. Ahora, este año, tiene que cuidar a su bebé y le preocupa que pase mucho frío y posiblemente que se enferme. Ella usó su beneficio de administración de cuidados de AmeriHealth Caritas New Hampshire para saber el tipo de ayuda que estaba disponible. El administrador de cuidados pudo conectar a Leila con organizaciones comunitarios que pueden ayudar a que pague la calefacción. Durante la llamada, el administrador de cuidados pudo ver que Leila además cumplía con los requisitos para recibir ayuda con la compra de pañales y otros artículos necesarios.



Trabajando juntos para cuidar la salud y el bienestar

Debido a sus problemas mentales, Sofia* tiene que tomar muchos medicamentos. Sus medicamentos los indicaban distintos médicos. Para hacer las cosas más confusas, sus médicos le cambiaron algunos de los medicamentos en el último año. A Sofia le estaba resultando difícil darse cuenta cuándo y cómo tomar todos sus medicamentos, ya que algunos los tenía que tomar con comida. Le resultaba muy estresante hacerlo por su cuenta, por lo que se comunicó con el administrador de cuidados de AmeriHealth Caritas New Hampshire. El administrador de cuidados comunicó a Sofia con el programa de farmacia del plan. El siguiente paso fue una revisión completa de sus medicamentos por parte de un farmacéutico. El farmacéutico pudo comunicarse con sus médicos para recibir guías y herramientas que ayudaran a Sofia a tomar sus medicamentos de manera apropiada y segura. Además, el administrador de cuidados se asegura de que los médicos de Sofia se comuniquen entre sí por sus cuestiones de salud. Ahora trabajan todos en conjunto para ayudar a Sofia a administrar sus medicamentos y tratar sus enfermedades.

*No es un miembro real de AmeriHealth Caritas New Hampshire; la historia tiene solo fines de ejemplificación.



Equipo de Alcance de Respuesta Rápida

El Equipo de Alcance de Respuesta Rápida de AmeriHealth Caritas New Hampshire puede brindarle ayuda con sus necesidades más urgentes. Contamos con un equipo de enfermería, trabajadores sociales y administradores de cuidados que están listos para brindarle ayuda.

El Equipo de Alcance y Respuesta Rápida puede ayudar con lo siguiente:

- Programar su consulta inicial.
- Conseguir transporte de ida y vuelta a su proveedor.
- Ayudar a comprender sus enfermedades.
- Quitar obstáculos a los servicios de atención médica.
- Responder preguntas sobre cómo obtener medicamentos, insumos y equipo médico.
- Encontrar recursos en su comunidad, como vivienda, alimentos y ropa de emergencia.
- Comunicarse con usted luego de una estadía en el hospital para asegurarse de que tenga todos los servicios que necesita.

¿Cómo podemos brindarle ayuda? Solamente infórmenos.

Llame al equipo de Alcance y Respuesta Rápida al **1-833-212-2264** (TTY **1-855-534-6730**).

Farmacia y prescripciones

¿Qué farmacia puedo usar?

Para encontrar una farmacia de la red, usted tiene estas opciones:

- Visite nuestro sitio de Internet: <https://acnh.darwinrx.com/PharmacyLocator>.
- Consulte el directorio de proveedores para imprimir que se encuentra en www.amerihealthcaritasnh.com/provider-directory.
- Llame a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383**.



Copago en farmacias minoristas

Es posible que tenga que pagar \$1 por un suministro de 34 días en la mayoría de los medicamentos.

En algunos casos, es posible que reciba un suministro de hasta 90 días de ciertos medicamentos de mantenimiento para tratar una afección en curso.

Nota: Algunos miembros pueden estar exentos de tener que realizar el copago de medicamentos bajo receta.

Para saber quiénes califican como exentos, consulte la Sección 7.7 del Manual del Miembro.

Por preguntas sobre los copagos y beneficios relacionados con los medicamentos, llame a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383 (TTY 711)**.

Por preguntas sobre los efectos secundarios o interacciones de los medicamentos, tiene estas opciones:

- Su médico de atención primaria (PCP).
- Nuestra Línea de Enfermería 24/7 al **1-855-216-6065 (TTY 1-855-534-6730)** o el sitio de Internet www.amerihealthcaritasnh.com/nurse-line para enviar un correo electrónico por preguntas que no sean urgentes.
- Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** para pedir hablar con un administrador de cuidados.

¿Cómo sé si mi medicamento está cubierto?

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

- Visite el sitio de Internet de AmeriHealth Caritas New Hampshire www.amerihealthcaritasnh.com/druglist.

Nota: Es posible que algunos medicamentos requieran una autorización previa. Estos se encuentran marcados con las iniciales “PA” en la lista de medicamentos. La Lista de medicamentos en el sitio de Internet se encuentra siempre actualizada.

(Para obtener más información sobre autorización previa para medicamentos con receta consulte la Sección 7.1 del Manual del Miembro).

- Llame y pregunte en Servicios de Farmacia para el Miembro para averiguar si el medicamento está en el Listado de Medicamentos de AmeriHealth Caritas New Hampshire.

(Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 del Manual del Miembro).



Su proveedor de atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP)?

Un PCP es el proveedor (médico) de la red que elige y a quien debe ver primero para la mayoría de sus problemas de salud.

Usted debe visitar a su PCP al menos una vez al año por cuidados preventivos de rutina.

Si tiene ciertas enfermedades, como diabetes, es posible que necesite visitar a su PCP con mayor frecuencia. *(Para obtener más información, consulte la Sección 3.1 del Manual del Miembro).*



Kiran no tiene ningún problema de salud y no necesita ningún medicamento. Visita a su PCP una vez al año para realizarse un examen preventivo de rutina.

Gabriel tiene diabetes y visita a su PCP todos los años para realizarse un chequeo. Se realiza análisis de laboratorio cada tres meses y habla con su PCP sobre los resultados de esos análisis. Gabriel quizás ve a su PCP cuando no se siente bien o cuando necesita cambios en sus medicamentos.

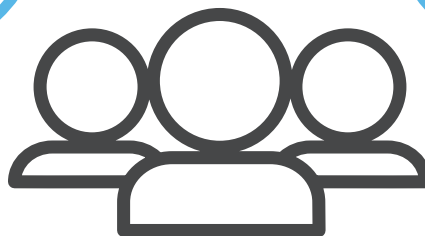
Sara consultó a su PCP por sus alergias. Su PCP la derivó a un alergista, que es un médico que se especializa en el tratamiento de alergias. Ahora Sara consulta con su PCP y su especialista al menos una vez al año.

Si necesita ayuda para elegir o cambiar de proveedor de atención primaria (PCP), llame a Servicios al Miembro

Para elegir a su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Puede cambiar de PCP de la red por cualquier motivo y en cualquier momento.

Si no elige un PCP, AmeriHealth Caritas New Hampshire elegirá uno por usted.



Su proveedor de atención primaria (PCP):

- se asegurará de que obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable.
- realiza las derivaciones a atención de especialidad y mantiene la continuidad de sus cuidados.

Estos son algunos tipos de PCP:

- Pediatra.
- Médico de familia.
- Médico generalista.
- Internista.
- Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN).
- Asistente médico (bajo la supervisión de un médico).
- Enfermería especializada.
- Enfermera registrada de práctica avanzada (APRN).



Salud de la mujer

Las mujeres no necesitan una referencia médica del PCP para ver a un médico OB/GYN de la red o a otro proveedor que ofrezca servicios médicos para mujeres.

Las mujeres pueden recibir estos tipos de atención:

- Chequeos de rutina.
- Atención de seguimiento si es necesario.
- Cuidados frecuentes durante el embarazo.

Programa de maternidad Bright Start®

¿Está embarazada? ¿Sabía que puede ganar dinero con solo hacernos saber que está embarazada?

El programa de maternidad de Bright Start puede ayudarla a tener un embarazo saludable de principio a fin. Con Bright Start, podemos ayudar con lo siguiente:

- Inscribirla en clases de parto y otro tipo de información sobre salud.
- Contactarla con el Programa de Nutrición Complementaria Especial para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) para obtener alimentos y otros servicios para usted y su bebé.
- ¡Y mucho más!

(Para obtener más información, consulte la Sección 5.1 del Manual del Miembro).

Comience pronto la atención prenatal.

¿Tiene...

- antecedentes de diabetes, asma o depresión?
- presión arterial alta?
- problemas con el consumo de drogas o alcohol?
- otros problemas relacionados con su embarazo, como calambres inusuales?

Bright Start puede brindarle ayuda adicional durante su embarazo.

Apenas crea que está embarazada, solicite una consulta con su proveedor OB/GYN.

No deje de acudir a todas las consultas prenatales y siga el plan de atención de su médico.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor OB/GYN, vaya a www.amerihhealthcaritasnh.com/find-provider o llame a Servicios al Miembro al 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).

Una vez que nazca su bebé

- Notifique a AmeriHealth Caritas New Hampshire del nacimiento de su bebé en el plazo de 30 días.
- Gane \$30* por ir a su visita de posparto.

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



Gane \$70* en su tarjeta CARE luego de informarnos que está embarazada en su primer trimestre o dentro de los 30 días desde la inscripción en el plan.



Gane \$50* en su tarjeta CARE luego de informarnos que está embarazada en su segundo o tercer trimestre o **luego** de los primeros 30 días de haberse inscrito en el plan.

¿Sabía que...?

Puede recibir vitaminas prenatales mediante sus beneficios de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Llame a Servicios de Farmacia para el Miembro al **1-888-765-6383 (TTY 711)** para saber qué marcas están cubiertas.



¿Necesita un asiento nuevo para el automóvil?

Infórmenos durante su tercer trimestre y le daremos uno (hasta un valor de \$210)* **sin costo alguno para usted.**

Especialistas

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas.

Ejemplos de especialistas:

- Atención oncológica para pacientes con cáncer.
- Atención de cardiólogos para pacientes con enfermedades cardíacas.
- Atención de ortopedistas para pacientes con afecciones óseas, articulares o musculares.
- Atención dermatológica para pacientes con enfermedades en la piel.

(Para obtener más información, consulte la Sección 3.3 del Manual del Miembro).

Si tiene una enfermedad compleja o una necesidad de atención médica especial, es posible que pueda elegir a un especialista para que sea su proveedor de atención primaria (PCP).

¿Cómo consulto un especialista?

Cuando su PCP considere que usted necesita un especialista, lo derivará (o transferirá su atención) a un especialista de la red.

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

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

Es posible que a veces no aprobemos una referencia médica para que reciba atención fuera de la red porque tenemos un proveedor en nuestra red que puede brindarle tratamiento. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla.





Apoyo para su salud y bienestar



Salud mental

Hay muchos factores que pueden llevar a una crisis de salud mental. Estos son algunos ejemplos:

- Aumento de estrés.
- Enfermedad física.
- Problemas en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Cambios en las situaciones familiares.
- Trauma o violencia en la comunidad.
- Consumo de sustancias tóxicas.

Estos problemas son difíciles para todo el mundo, pero pueden ser especialmente duros para alguien que vive con una enfermedad o un trastorno de la salud mental.

(Para obtener más información, consulte las Secciones 2.5, 3.3, 3.6, 4.2 y 5.4 del Manual del Miembro).

No espere, llame al 988.

En caso de emergencia de salud mental o por consumo de sustancias tóxicas: si usted o alguien que conoce necesita apoyos o servicios de la salud emocional o mental (o hay riesgo de suicidio), incluidas inquietudes por consumo de sustancias tóxicas, llame al 988.*

*Para residentes de New Hampshire, el 988 funcionará mejor si llama del código de área 603. También puede llamar al Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH sin cargo (1-833-710-6477).

Un administrador de cuidados puede ayudar a miembros que estén sufriendo de estrés o enfermedades mentales. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana (**TTY 1-855-534-6730**).

Su portal para miembros

Inscríbase. Inicie sesión.
Esté conectado.

¿Qué es el portal para miembros?

El portal para miembros es un sitio de Internet seguro y fácil de usar que le brinda distintos beneficios:



Le brinda el poder de involucrarse con su salud.

- Obtenga detalles de los beneficios.
- Cambie su proveedor de atención primaria (PCP).
- Encuentre farmacias dentro de la red, programe recordatorios para las recargas de sus medicamentos y mucho más.



Le permite ver su historia clínica reciente.

- Consulte hasta seis meses de historial de prescripciones, incluidas las recargas más recientes.
- Tenga acceso 24/7 a sus registros médicos, donde puede consultar cuándo recibió sus vacunas y completó sus análisis.



Complete su Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA) de la manera más conveniente.

- Gane una recompensa de \$30 en solo minutos (se agrega a su tarjeta CARE) al completar su HRA.

¿Dónde encuentro el Portal para Miembros?

Para encontrar el portal, siga estos pasos:

1. Vaya a www.amerihhealthcaritasnh.com > Members (Miembros).
2. Haga clic en **Member Portal** (Portal para Miembros) en el menú.
3. **¿Primera vez que lo usa?** Regístrese con el número de ID del miembro que se encuentra en la tarjeta.
Elija la dirección de correo electrónico que quiera usar como su ID de usuario y cree una contraseña.

4. **¿Ya se registró?** Simplemente inicie sesión.

Asegúrese de mantener su ID de usuario y contraseña de manera segura. No las comparta con nadie.

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



Puede hablar con alguien las 24 horas del día, los siete días de la semana, a través de Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** (TTY 1-855-534-6730).

Sus beneficios de transporte médico



Como miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire, usted cumple con los requisitos para recibir ayuda para llegar a sus consultas y servicios cubiertos. AmeriHealth Caritas New Hampshire cubre el transporte médicamente necesario de emergencia y de no emergencia.

Transporte de emergencia

Si tiene una emergencia, llame 911. Si pide transporte de emergencia y su afección no es realmente una emergencia, es posible que deba realizar un pago.

Transporte de no emergencia

Si necesita transporte médico que no es de emergencia (NEMT) para un servicio médicamente necesario, como el transporte a una consulta médica, AmeriHealth Caritas New Hampshire le puede brindar ayuda.

AmeriHealth Caritas New Hampshire le ayudará a recibir el tipo de transporte médico de no emergencia que necesite con al menos 48 horas de anticipación.

Para situaciones de urgencia, se permiten viajes en el mismo día.

Para solicitar transporte de no emergencia, llame al **1-833-301-2264**, los lunes, martes y miércoles de 8 a. m. a 8 p. m.; y los jueves y viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

¿Qué opción es la indicada para usted?



Programa de Reembolso de Millas para Familiares y Amigos

La tarifa de reembolso es de \$0.65 por milla y se paga mediante cheque o depósito directo.

Como miembro con su propio automóvil en marcha o amigo o familiar de confianza que lo lleve hacia y desde los servicios médicos, usted cumple con los requisitos para el reembolso de millas para familiares y amigos. **Nota:** Es posible que se solicite el reembolso de millas si el miembro es menor, y el padre, madre, tutor u otro cuidador lleva al miembro al servicio médicamente necesario.



Transporte médico a través de Coordinated Transportation Solutions (Soluciones de Transporte Coordinado) (CTS)

Si necesita ayuda con su transporte médico a un servicio médicamente necesario, llame a **1-833-301-2264** para programar un viaje a través de CTS.

¿Qué debo hacer?

Para familiares y amigos

1. **Llame a CTS al 1-833-301-2264 al menos 48 horas antes** de su viaje programado para poder recibir su reembolso.
2. **Vaya a amerihealthcaritasnh.com/transportation** y seleccione "Mileage Reimbursement Form (PDF)" (Formulario de reembolso de millas) para imprimir el formulario de reembolso.
3. **Complete la sección superior del formulario.** No es necesario que calcule el millaje. Lo haremos por usted.
4. **Lleve el formulario de reembolso de millas a su consulta para que su médico u otro proveedor pueda completar su parte.**
5. **Envíe el formulario completado dentro de los 60 días** luego de su viaje a esta dirección: Coordinated Transportation Solutions Inc., 35 Nutmeg Drive, Suite 120 Trumbull, CT 06611 Fax: **1-203-375-0516**

Para programar un viaje

1. **Llame a CTS al 1-833-301-2264 al menos 48 horas** antes de su viaje programado para poder coordinar el transporte.
2. **Permita un adicional de 15 minutos al tiempo del viaje.** Al programar un viaje a su consulta, permita un adicional de 15 minutos ya que es posible que los conductores lleguen hasta 15 minutos después de su hora de recolección programada.
3. **Prepárese para subir cuando llegue el transporte.**
4. **Si no está afuera cuando llega el conductor, este lo llamará antes de irse.**

Informe a CTS si va a necesitar transporte accesible para silla de ruedas u otros tipos específicos de transporte médico. Brindaremos ayuda para garantizar la documentación si fuera necesaria.

Notas:

- Si no le es posible acudir a una consulta, llame a la línea de transporte de CTS lo antes posible para cancelar o reprogramar el viaje.
- Estos son algunos de los servicios médicamente necesarios:
 - › Consultas con su médico u otro proveedor.
 - › Viajes a la farmacia.
 - › Viajes a su hogar después de recibir el alta del hospital o la sala de emergencias.

Al momento de coordinar un viaje:

- Asegúrese de que CTS tenga su número de teléfono correcto. Si cambia de número de teléfono, infórmelo a CTS y al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS).
- El transporte se encuentra disponible para un máximo de dos personas. Si necesita transporte para más de dos personas, su solicitud necesitará una aprobación.



Para obtener más información, o solicitar reembolso de viajes a servicios médicamente necesarios, visite amerihealthcaritash.com/transportation.

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

El transporte público se encuentra disponible.

Si prefiere el transporte público, llame a CTS al **1-833-301-2264** al menos 48 horas antes de su viaje para cumplir con los requisitos para un pase de transporte público (Public Transit Pass).

Aplicaciones móviles: Better Health at Your Fingertips (Una mejor salud en sus manos)

AmeriHealth Caritas New Hampshire está simplificando la manera en que cuida su salud. Ofrecemos dos aplicaciones móviles sin costo*: Cada aplicación ayuda con distintos tipos de necesidades e información.

HERRAMIENTAS ESENCIALES PARA TODOS SUS MIEMBROS.



Funciones de la aplicación AHC Mobile



Botiquín

- Indique sus medicamentos
- Sepa para qué sirve el medicamento y los posibles efectos secundarios.
- Programe recordatorios para tomar su próxima dosis.

Encuentra la herramienta para proveedores: puede recibir incluso indicaciones para llegar.

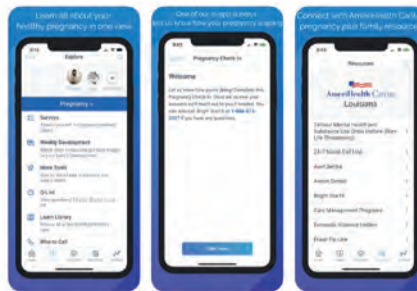
Tarjeta digital de identificación: elija ID cards (Tarjetas de identificación) del menú de la aplicación.

Manual del Miembro: busque información importante sobre su plan de salud.

HERRAMIENTAS ÚTILES PARA MIEMBROS CON FAMILIAS QUE SE AMPLÍAN.



Funciones de la aplicación móvil Bright Start PlusSM



Atención para toda su familia

Cree perfiles para su madre, su padre, los niños e incluso los abuelos.

Haga un seguimiento de la salud de todos. Haga un seguimiento de las vacunas, la altura, el peso y más.

Manténgase informado: guarde notas y preguntas para su médico en la "Q-List".

Reciba consejos de salud de temporada.

Llámenos: con solo pulsar un botón.

Atención durante su embarazo

Aprenda lo que hay de nuevo en cada etapa de su embarazo.

- Los videos de ultrasonido semanales muestran cómo se ven los bebés a medida que crecen.
- Registre las patadas de su bebé.
- Registre cada hito y trimestre.

Programe recordatorios para consultas y momentos para tomar sus medicamentos. Descarte los "pendientes" a medida que los completa.

Reciba consejos de salud en tiempo real y un plan de acción personalizado.

Relájese con Baby Boost: envíe mensajes positivos y hormonas felices a su bebé.

Pida un extractor de leche materna.

*Se pueden aplicar las tarifas habituales de mensajes y datos.

Los miembros de AmeriHealth Caritas New Hampshire pueden recibir una aplicación o las dos. Se encuentran disponibles para teléfonos iPhone o Android. Visite la tienda Google Play™ o la Apple App Store®.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**) o visite **www.amerhealthcaritasnh.com**.

Beneficios de valor agregado

(Para obtener más información, consulte la Sección 4.3 del Manual del Miembro)

Mission GED

Mission GED es un programa especial que puede ayudar a que alcance su meta de obtener el diploma de equivalencia de escuela secundaria.

Mission GED puede brindarle ayuda con lo siguiente:

- **Cómo prepararse.** Lo conectaremos con recursos que pueden ayudar a que se prepare para rendir el examen.
- **Costos de la prueba.** AmeriHealth Caritas New Hampshire le brindará cupones de exámenes para que pueda realizar las pruebas preHiSET y HiSET sin costo alguno.

Inscribirse es fácil:

1. Complete la solicitud para miembros de Mission GED. Puede descargar la aplicación en www.amerihealthcaritasnh.com/GED. Si quiere recibir por correo una solicitud en su hogar, llame al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).
2. Complete la solicitud y envíela a la dirección que figura en el formulario.
3. Luego de que haya reenviado la solicitud completada, uno de nuestros asesores del programa se pondrá en contacto con usted. Este equipo ayudará a que se registre para su examen HiSET y se conecte con otros recursos de su área.

Los miembros que cumplan con los requisitos para obtener las credenciales de equivalencia de escuela secundario al tomar el examen HiSET® pueden recibir ayuda para cubrir los costos de la evaluación (hasta un valor de \$125).

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



Beneficios oftalmológicos

Para miembros a partir de los 21 años:
Subsidio anual de \$100 para lentes e contacto recetados.

Para buscar un oftalmólogo cerca de usted:

1. Vaya a amerihealthcaritasnh.com/find-provider.
2. Defina la ubicación en la parte superior derecha de donde vive o quiere ir a ver al oftalmólogo.
3. Seleccione “Doctors by Specialty” (Médicos por especialidad) e ingrese “eye doctor” (oculista), “optometrist” (optomestría) o “ophthalmologist” (oftalmólogo).

¿Necesita ayuda para encontrar un oftalmólogo?

Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY **1-855-534-6730**).

Conozca estos programas adicionales de beneficios de valor agregado



Programa de visita domiciliaria por asma

Visita domiciliaria para tratar desencadenantes del asma en el hogar como parte de un enfoque integral al tratamiento del asma.

- Los miembros de Manchester que califiquen serán derivados al Departamento de Salud Pública local para la inclusión en el programa local.
- Para miembros fuera de Manchester, las visitas domiciliarias por asma incluyen lo siguiente:
 - › Evaluación del entorno.
 - › Educación sobre desencadenantes de asma. Conexiones a recursos comunitarios para abordar oportunidades de salud no cumplidas.
 - › Desarrollo de un plan de intervención de entorno personalizado para mejorar el control del asma.
 - › Insumos como trampas para cucarachas y fundas de colchones y almohadas para reducir los factores desencadenantes.

Teléfonos celulares SafeLink

¿Qué obtengo?

Usted recibe un teléfono a través del programa de gobierno de SafeLink Wireless® si cumple con los requisitos. El teléfono incluye servicio y minutos todos los meses.

¿Qué debo hacer?

Primero debe solicitar este programa. Nuestros administradores de cuidados pueden ayudar.



Programa Living Beyond Pain (Vivir más allá del dolor)

Este programa ofrece coordinación de cuidados para el tratamiento del dolor.

Esto significa que AmeriHealth Caritas New Hampshire ayuda a que se comunique con sus proveedores y coordine para recibir servicios cubiertos que pueden ayudar a que viva con menos dolor.

¿Quién puede inscribirse?

Los miembros a partir de los 18 años de edad que necesiten, o puedan usar, ayuda con el tratamiento del dolor.

La coordinación de cuidados para el tratamiento del dolor incluye lo siguiente:

- Una evaluación de riesgos de la salud de dolores crónicos para determinar las necesidades de tratamiento del dolor.
- Un plan de acción que incluya tratamiento del dolor.



¿Tiene problemas para obtener una cuenta de SafeLink?

¡Nuestro equipo puede brindarle ayuda!

¿No cumple con los requisitos para un teléfono SafeLink en este momento?

Nuestro equipo puede brindarle acceso a un teléfono celular para salud y bienestar sin costo alguno.

Usted debe haberse inscrito ya en Administración de cuidados para calificar para el programa Living Beyond Pain (Vivir más allá del dolor).

- Asistencia para que usted y su médico puedan comunicarse y trabajar en conjunto.
- Aprender habilidades que ayuden a que controle su dolor:
 - › Mantener un registro de dolor diario.
 - › Acudir a las consultas de seguimiento.
- Aprender solo las medidas de control del dolor además de los medicamentos que puede conversar con su médico, como, por ejemplo:
 - › Uso de packs de calor y de frío.
 - › Cambios en la alimentación.
 - › Terapia conductual cognitiva.
 - › Fisioterapia.
 - › Servicios quiroprácticos.
 - › Acupuntura.
- Derivaciones a especialistas en tratamientos apropiados para el dolor y por consumo de sustancias tóxicas.



Los coordinadores de cuidados pueden brindarle ayuda para conseguir referencias médicas y encontrar la atención apropiada.

Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** para obtener más información.

Programa de Apoyo de Recuperación Flexible

Un beneficio flexible por única vez con un **valor de servicio de hasta \$500 de por vida** para miembros que hayan completado correctamente un programa de tratamiento residencial no hospitalario de trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

Con este programa, los miembros tendrán derecho a servicios enfocados en la recuperación que les brindarán ayuda en este aspecto.

Estos incluyen servicios disponibles en el centro residencial o en la comunidad, por ejemplo:

- Quiroprácticos.*
- Acupuntura.*



Los miembros inscritos en este programa también pueden acceder a estos beneficios:

- Comidas entregadas a domicilio.
- Beneficios de transporte:
 - › Para permitir que los familiares visiten un centro de tratamiento hospitalario para conocer los planes de alta del miembro.
 - › Para que los miembros puedan acceder a servicios de recuperación, incluidos grupos de apoyo, en la comunidad.

Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177** para obtener más información.

*Algunos servicios, como los quiroprácticos y de acupuntura, requieren autorización previa.

Autorización previa

¿Qué es?

Algunos servicios exigen que su proveedor reciba aprobación e AmeriHealth Caritas New Hampshire antes de poder llevarlos a cabo.

Para ver una lista completa de los servicios que requieren autorización previa, consulte el Cuadro de Beneficios (Sección 4.2) del Manual del Miembro.

Los requisitos de autorización previa para cada servicio están en *cursiva y* remarcados a continuación.

Ejemplo del Cuadro de Beneficios (Sección 4.2 del Manual del Miembro):

Servicios de ambulancia: Emergencia

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

Estos son algunos servicios de ambulancia:

- Servicios de ambulancia terrestre
- La ambulancia aérea se usa en estos casos:
 - No puede ser trasladado de manera segura a tiempo con transporte terrestre; 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 trasladarán al establecimiento más cercano que pueda brindarle la atención apropiada.

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

Se requiere autorización previa para ambulancia aérea.

Los servicios de ambulancia no están cubiertos fuera de Estados Unidos y sus territorios.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

¿Qué debo hacer?

En la mayoría de los casos, su médico sabrá si un servicio requiere autorización previa y cómo solicitarla. Si no sabe bien si un servicio requiere autorización previa, hable con su médico o llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177**, las 24 horas al día, los siete días de la semana (TTY **1-855-534-6730**). *Para obtener más información sobre autorizaciones previas, consulte el Capítulo 6 del Manual del Miembro.*



Algunos medicamentos también requieren autorización previa.

Su médico trabajará con nosotros para obtener una autorización si es necesaria. *Para obtener más información, consulte la Sección 7.1 del Manual del Miembro, o la página 11 de esta guía.*

Apelaciones y quejas formales

Si no estoy de acuerdo con una decisión tomada por AmeriHealth Caritas New Hampshire, ¿qué puedo hacer?

1. Puede presentar una apelación.
2. Si su primera apelación es rechazada, usted puede presentar una apelación de **segundo nivel**.

¿Cómo puedo presentar una apelación?

Existen tres maneras para presentar una **apelación de primer nivel**:

| Correo postal | Fax | Teléfono |
|--|----------------|--|
| AmeriHealth Caritas New Hampshire P.O. Box 7389 London, KY 40742-7389 | 1-833-810-2264 | 1-833-704-1177 o (TTY 1-855-534-6730), disponible 24/7 |

Existen dos maneras para presentar una **apelación de segundo nivel (audiencia justa estatal)**:

| Correo postal | Fax |
|---|----------------|
| Administrative Appeals Unit NH Department of Health and Human Services 105 Pleasant Street, Room 121C Concord, NH 03301 | 1-603-271-8422 |

Si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar una apelación o queja formal, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de DHHS de NH al **1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (TTY 1-800-735-2964)**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m., hora del este.

| Niveles de apelación | Apelación | Apelación acelerada (más rápida) |
|--|--|---|
| Apelación de primer nivel (Apelación estándar) | Presente su apelación estándar ante AmeriHealth Caritas New Hampshire por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso escrito del plan. | Presente su apelación acelerada ante AmeriHealth Caritas New Hampshire por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso escrito del plan médico. Cuando se comunique con el plan, recuerde solicitar una apelación acelerada. |

| Niveles de apelación | Apelación | Apelación acelerada (más rápida) |
|---|---|--|
| Apelación de segundo nivel (Apelación de audiencia justa estatal) | Solicite una audiencia justa estatal estándar por escrito en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión por escrito del plan. | Solicite una apelación acelerada de audiencia justa estatal por escrito inmediatamente después de recibir la decisión por escrito del plan. Si su apelación es para continuar con los beneficios de los servicios previamente autorizados, también debe solicitar la continuación de los beneficios al mismo tiempo que presente su apelación acelerada de audiencia justa estatal. |

¿Qué información debo brindar en mi apelación?

Incluya lo siguiente:

- Nombre.
- Dirección.
- Número de teléfono.
- Correo electrónico (si es que tiene).
- Describa la fecha de la medida o el aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso.
- Explique por qué quiere apelar la decisión.
- Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. ***Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 del Manual del Miembro (Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante la apelación y qué esperar luego de presentarla).***

Si está presentando una apelación acelerada, incluya lo siguiente además de lo mencionado anteriormente:

- Aclare que usted desea una audiencia justa estatal acelerada.
- Explique cómo la demora de los servicios podría comprometer seriamente su vida, su salud física o mental, o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.

¿Cómo sé cuándo puedo presentar una apelación acelerada?

Presente una apelación acelerada si la **demora de los servicios podría comprometer su:**

- Vida.
- Salud física.
- Salud mental.
- Capacidad para:
 - › Lograr.
 - › Mantener.
 - › Recuperar la función máxima.

Si no es el caso, presente una apelación estándar.

Puede designar a alguien para que presente una apelación en su nombre, incluido su proveedor.

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

¿Qué debo esperar luego de presentar mi apelación?

- **Para una apelación estándar:** AmeriHealth Caritas New Hampshire le notificará la decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario luego de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Para una apelación acelerada.** AmeriHealth Caritas New Hampshire debe resolver su solicitud tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar 72 horas luego de la fecha en que el plan reciba su solicitud.

Si los servicios en cuestión *no se brindaron* mientras la apelación estaba pendiente:

Si AmeriHealth Caritas New Hampshire revierte su decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios que **no se brindaron** mientras la apelación estaba pendiente, AmeriHealth Caritas New Hampshire autorizará los servicios **a más tardar 72 horas** desde la fecha en que el plan revirtió la decisión.

Si los servicios en cuestión *se brindaron* mientras la apelación estaba pendiente:

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

(Para obtener más información sobre la presentación de una queja formal o una apelación, consulte el Capítulo 10 del Manual del Miembro).

Recursos importantes

Complete y guarde la **Lista de números útiles** y la **Lista de salud óptima** en un lugar que tenga a mano.

Complete, remueva y devuelva el cuestionario de la **Evaluación de riesgos de la salud (HRA)** en el sobre brindado.

Revise la grilla de **Derechos y Responsabilidades** para ayudar a obtener una idea general de los derechos con los que cuenta según el plan de AmeriHealth Caritas New Hampshire.



Lista de números útiles

Complete la información y use esta planilla para recordar nombres y números de teléfono importantes para su atención médica.

Mi número de ID de AmeriHealth Caritas New Hampshire:

Números de ID de AmeriHealth Caritas New Hampshire de familiares:

Nombre _____ Número de ID _____

Nombre _____ Número de ID _____

Nombre _____ Número de ID _____

Nombre _____ Número de ID _____



Mi proveedor de atención primaria (PCP) u hogar médico:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

PCP u hogar médico de mi hijo

Nombre: _____ Teléfono: _____

Mi proveedor de la salud conductual

Nombre: _____ Teléfono: _____

Proveedor de la salud conductual de mi hijo

Nombre: _____

Teléfono: _____

Lista de números útiles

Mi dentista

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dentista de mi hijo

Nombre: _____

Teléfono: _____

Administrador de cuidados de AmeriHealth Caritas New Hampshire

Nombre: _____

Teléfono: _____

Otros números de teléfono útiles

Servicios al Miembro

1-833-704-1177

(TTY 1-855-534-6730)

Punto de Acceso de Respuesta Rápida de NH

(salud mental y/o emergencia
por consumo de sustancias)

1-833-710-6477

Transporte médico de no emergencia (CTS)

1-833-301-2264

Línea de enfermería 24/7

1-855-216-6065

(TTY 1-855-534-6730)

Servicios de farmacia

1-888-765-6383 (TTY 711)

Visítenos en el sitio de Internet:
www.amerihealthcaritasnh.com

Puede escribir a
Servicios al Miembro a:

AmeriHealth Caritas
New Hampshire
Member Services
P.O. Box 7386
London, KY 40742-7386

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, etnia, nacionalidad o ascendencia, discapacidad mental o física, orientación o preferencia sexual o afectiva, identidad de género, información genética, fuente de pago, sexo, credo, religión, estado o historial de salud o de salud mental, necesidad de servicios de atención médica, monto a pagar a AmeriHealth Caritas New Hampshire sobre la base de la clase actuarial o enfermedades médicas de la persona o miembro elegible, no importa si el miembro ejecutó o no una instrucción anticipada, o cualquier otro estado protegido por la ley federal o estatal.

Attention: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-704-1177** (TTY 1-855-534-6730).

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

For the full nondiscrimination notice, go to www.amerihealthcaritasnh.com.

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos. Cualquier persona representada es un modelo.


AmeriHealth Caritas[™]
New Hampshire

www.amerihealthcaritasnh.com

Este documento tiene el fin de ayudar a que localice números importantes para su atención médica. Recuerde guardar este documento en un lugar seguro.

Lista de verificación de salud óptima

Si tiene preguntas sobre alguno de los puntos de esta lista de verificación, haga una nota y consulte con su proveedor de atención primaria (PCP).

Asma

- Hable con su PCP sobre un plan de acción para el asma.
- Hable con su PCP si usa su inhalador de acción rápida (rescate) más de dos veces a la semana.
- Tome su medicina de control todos los días.
- No deje de tomar su medicina de control sin hablar primero con su PCP.
- Vea a su PCP en estas situaciones:
 - Tiene sibilancias o tos que siguen molestando una hora después de haber tomado el medicamento de acción rápida.
 - Tiene problemas para realizar actividades normales porque se siente muy débil o cansado.
 - Tiene problemas para respirar normalmente o muy rápido.

Su PCP puede decirle si es necesario más tratamiento para ayudar a que respire mejor.

Salud dental general

- Cepíllese los dientes dos veces al día.
- Asegúrese de que sus hijos se cepillen los dientes dos veces al día.
- Use hilo dental todos los días.
- Realice chequeos dentales para usted y sus hijos.
- Limite los alimentos con altos contenidos de azúcar.
- Hable con su dentista sobre las comidas que consume.

Depresión

Hable con su PCP y hágale saber si le ocurre lo siguiente:

- Se siente muy triste.
- Perdió interés en actividades que disfrutaba.
- Siente cansancio, tiene poca energía o no se puede concentrar.
- Tiene problemas para dormir, come demasiado o come muy poco.

Si alguna de las afirmaciones anteriores se aplica a su situación, es posible que tenga síntomas de depresión. Su PCP puede hablar con usted sobre opciones de tratamiento. Recuerde que la depresión es tratable. Hable con su PCP sobre maneras de ayudar a que se sienta mejor.

Diabetes

- Controle sus niveles de azúcar en sangre según lo indique su PCP.
- Todos los años, o según lo indique su PCP:
 - Hágase una prueba de HbA1c.
 - Controle su colesterol.
- Consulte con un oculista una vez al año.
- Consulte con un podólogo una vez al año.
- Pregunte a su PCP sobre control de peso y nutrición.
- Ejercite todos los días.

Lista de verificación de salud óptima

Salud del corazón

- Tome sus medicamentos todos los días o según lo indique su médico.
- Controle su colesterol o según lo indique su PCP.
- Controle sus niveles de azúcar en sangre según lo indique su PCP.
- Consulte con su PCP sobre control de peso y nutrición.
- Intente ejercitar al menos 30 minutos al día.

Plomo e inmunización

- Consulte con el PCP de su hijo sobre exámenes de detección de plomo en cada consulta de niño sano hasta los 6 años.
- Recuerde programar consultas de niño sano para su hijo hasta los 21 años.
- Pregunte al PCP de su hijo sobre las inmunizaciones (vacunas) que su hijo necesita.
- Los adultos también necesitan inmunizaciones. Una de esas es la vacuna anual contra la influenza. Pregunte a su PCP sobre otras inmunizaciones que pueda necesitar.

Maternidad

- Llame a su obstetra/ginecólogo para coordinar una consulta apenas crea que está embarazada.
- Tome sus vitaminas prenatales que recomiende su obstetra/ginecólogo.
- Acuda a todas sus consultas con su obstetra/ginecólogo para ayudar que usted y su bebé tengan una buena salud.
- Consulte con su obstetra/ginecólogo sobre programas disponibles para ayudar a dejar de fumar, tomar alcohol o consumir drogas.
- Pregunte a su obstetra/ginecólogo cuáles son las mejores comidas para que usted y su bebe consuman.
- Cepíllese los dientes dos veces al día.
- Vea a su dentista durante su embarazo.

Salud de la mujer

- Hable con su PCP sobre estos temas:
 - Cuándo debe realizarse una mamografía.
 - Hacerse un papanicoláu cada tres años.
 - Cómo realizar usted misma exámenes mensuales de mama.
- Llame a su PCP si nota algún cambio en sus mamas o su ciclo menstrual.

Control del peso

- Consulte con su PCP sobre control de peso y nutrición para mantener una buena salud para usted y sus hijos.
- Agregue frutas y vegetales a todas sus comidas.
- Reduzca el azúcar y las grasas no saludables en las comidas que usted y su familia consumen.
- Planifique tiempo para ejercitar en familia.
- Fomente actividades al aire libre.
- Reduzca el tiempo de exposición a pantallas (computadora, TV, tableta y teléfono).
- Motive a sus hijos a ir a programas después de la escuela que ofrezcan actividad física.


Estas listas de verificación tienen el fin de ayudar a que usted y su familia disfruten de una buena salud. No buscan reemplazar la atención de sus proveedores médicos. Hable con su PCP si tiene preguntas sobre sus afecciones de salud.

Para obtener más copias de esta lista de verificación, llame a Servicios al Miembro al 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).

Evaluación de riesgos de salud

Complete todas las secciones que correspondan a usted y a cada integrante de su familia. Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a ver cómo podemos ayudarle mejor y no afectarán los beneficios de Medicaid para usted o su hijo(a) de ninguna manera. Todas las respuestas son confidenciales. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

| | | |
|-------------------|---------|----------------|
| Fecha: | | |
| Dirección postal: | | Apt #: |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |

 **Complete esta encuesta** para cada integrante de su familia en este plan de salud. Escriba “igual” cuando las respuestas para los integrantes adicionales coincidan con las de Miembro 1.

| | Miembro 1 | Miembro 2 | Miembro 3 |
|--|---|---|---|
| Nombre de la persona que completa el formulario para cada integrante | | | |
| Relación con el miembro | <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro |

| | Miembro 1 | Miembro 2 | Miembro 3 |
|--|---|---|---|
| Nombre del miembro | | | |
| ID del Miembro # | | | |
| Idioma hablado | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro |
| Idioma escrito | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro |
| Raza (indicar hasta dos) | | | |
| Etnia (indicar hasta dos) | | | |
| Número más conveniente | | | |
| ¿Qué tipo de número de teléfono es este? | <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro |
| Correo electrónico más conveniente | | | |
| ¿Cómo quiere que nos pongamos en contacto? | <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro |



| | Miembro 1 | Miembro 2 | Miembro 3 |
|---|--|--|--|
| ¿Dónde vive? | <input type="checkbox"/> Vivienda propia/Alquilo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en lo de mi familia/ un amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Vivienda propia/Alquilo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en lo de mi familia/ un amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Vivienda propia/Alquilo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en lo de mi familia/ un amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro |
| ¿En cuántos lugares vivió en el último año? | <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más | <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más | <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más |
| ¿Se siente a salvo en su casa? | <input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ¿Cuenta con transporte confiable para ir a las consultas médicas? | <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca | <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca | <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca |
| Información de salud general | | | |
| ¿Recibe tratamiento para alguna de sus enfermedades? Marque todas las que correspondan. | <input type="checkbox"/> Trastorno cerebral adquirido <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (sin rasgo) <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro (explicar) | <input type="checkbox"/> Trastorno cerebral adquirido <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (sin rasgo) <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro (explicar) | <input type="checkbox"/> Trastorno cerebral adquirido <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (sin rasgo) <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro (explicar) |
| | Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Artritis juvenil <input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia neonatal | Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Artritis juvenil <input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia neonatal | Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Artritis juvenil <input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia neonatal |
| ¿Estuvo tomando antibióticos intravenosos por más de 3 semanas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |



| | Miembro 1 | Miembro 2 | Miembro 3 |
|---|---|---|---|
| ¿Tiene dolor constante? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si es así, del 1 al 10, ¿qué tan intenso es el dolor? (10 es el más alto) | Intensidad del dolor: | Intensidad del dolor: | Intensidad del dolor: |
| ¿Ha pasado por algún trauma o abuso? (por ejemplo, recibió maltrato físico, humillación o maltrato emocional de otra persona) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si alguna vez pasó por algún trauma o abuso, ¿quisiera recibir algún tipo de apoyo (por ej., hablar con un consejero)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Con qué frecuencia en los últimos 3 meses sintió preocupación por que se acabaría su comida? | <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca | <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca | <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca |
| Si está completando para un hijo(a), ¿su hijo(a) participa de alguno de los siguientes? | <input type="checkbox"/> Apoyos y servicios tempranos centrados en la familia <input type="checkbox"/> Servicios médicos especiales <input type="checkbox"/> Socios en la salud <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Apoyos y servicios tempranos centrados en la familia <input type="checkbox"/> Servicios médicos especiales <input type="checkbox"/> Socios en la salud <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Apoyos y servicios tempranos centrados en la familia <input type="checkbox"/> Servicios médicos especiales <input type="checkbox"/> Socios en la salud <input type="checkbox"/> Ninguna |
| ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| Si es así, ¿existen complicaciones en su embarazo (por ej., diabetes, hipertensión o múltiples)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| ¿Consumió alcohol, medicamentos recetados o sustancias durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| ¿Recibe tratamiento para alguna de sus enfermedades de la salud mental o por consumo de sustancias? Marque todas las que correspondan. | <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Problemas con el consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Problemas con el consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro) <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Problemas con el consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguna |
| | Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Alteración emocional grave | Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Alteración emocional grave | Solo hijo(a) <input type="checkbox"/> Alteración emocional grave |



| | Miembro 1 | Miembro 2 | Miembro 3 |
|--|---|---|---|
| ¿Consumes bebidas alcohólicas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| Si es así, ¿alguien le comentó que el consumo de alcohol es un problema? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ¿Siente que necesita ayuda por el consumo de drogas o alcohol? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ¿Actualmente consume drogas de la calle (por ej., heroína, cocaína) u otros medicamentos que no están recetados? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ¿Sufrió una sobredosis en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Fuma cigarrillos, consume tabaco sin humo o usa vaporizador? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ¿Le gustaría hablar con alguien para dejar de fumar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo poco interés o placer en hacer cosas? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió desanimado, deprimido o desesperanzado? | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| ¿Le gustaría hablar con alguien sobre los servicios de la salud mental o por el consumo de sustancias? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene dificultades para realizar estas actividades por su cuenta? Marque todas las que correspondan. | <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Sentarse o levantarse de asientos <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Administrar dinero <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos según lo indicado <input type="checkbox"/> Realizar tareas del hogar <input type="checkbox"/> Comprar víveres <input type="checkbox"/> No aplica por la edad del miembro | <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Sentarse o levantarse de asientos <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Administrar dinero <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos según lo indicado <input type="checkbox"/> Realizar tareas del hogar <input type="checkbox"/> Comprar víveres <input type="checkbox"/> No aplica por la edad del miembro | <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Sentarse o levantarse de asientos <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Administrar dinero <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos según lo indicado <input type="checkbox"/> Realizar tareas del hogar <input type="checkbox"/> Comprar víveres <input type="checkbox"/> No aplica por la edad del miembro |



| | Miembro 1 | Miembro 2 | Miembro 3 |
|---|---|---|---|
| ¿Acudió a la sala de emergencias 3 veces o más en los últimos 3 meses? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Fuiste hospitalizado durante más de 2 semanas en los últimos 3 meses? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si es así, ¿fue por un bebé en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Intentó suicidarse en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Fue liberado de la cárcel o prisión en los últimos 6 meses? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ¿Quisiera que un administrador de cuidados se comuniqué con usted para brindarle ayuda con sus problemas de salud, recursos comunitarios o preguntas/inquietudes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas. ¿Hay algo más que cree que deberíamos saber sobre usted, su hijo(a) o su familia?

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a ella. **Revísela atentamente.**

Sus derechos

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <p>Usted tiene derecho a:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos. • Corregir sus registros médicos y de reclamos. • Solicitar que la comunicación sea confidencial. • Pedirnos que limitemos la información que compartimos. | <ul style="list-style-type: none"> • Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información. • Obtener una copia de este aviso de privacidad. • Elegir a una persona para que lo represente. • Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad. |
|--------------------------------------|---|--|

Consulte la página 2 para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

Sus elecciones

| | | |
|--|---|---|
| <p>Tiene algunas opciones acerca de la manera en que usamos y compartimos información a medida que:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos. • Brindamos ayuda en caso de desastres. | <ul style="list-style-type: none"> • Nos comunicamos a través de tecnologías móviles y digitales. • Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información con su autorización por escrito. |
|--|---|---|

Consulte la página 4 para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

Nuestros usos y divulgaciones

| | | |
|---|--|--|
| <p>Podemos usar y compartir su información a medida que:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe. • Dirigimos nuestra organización. • Pagamos sus servicios médicos. • Administramos su plan médico. • Coordinamos su atención entre varios proveedores de atención médica. • Cooperamos con aspectos de la salud pública y seguridad. | <ul style="list-style-type: none"> • Realizamos investigaciones. • Cumplimos con la ley. • Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de una funeraria. • Abordamos solicitudes de compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno. • Respondemos a demandas y acciones legales. |
|---|--|--|

Consulte las páginas 5, 6 y 7 para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones.

Lea la información en la **página 8** sobre sus derechos civiles. Puede obtener información sobre la asistencia que se brinda a personas con discapacidades. También puede informarse sobre los servicios de idiomas.



Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para brindarle ayuda.

| | |
|---|---|
| Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de solicitudes de reembolso de gastos médicos y cualquier otra información de salud que hayamos recopilado sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.• Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y los de las solicitudes de reembolso de gastos médicos, por lo general dentro de los 30 días de la presentación de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo. |
| Pedirnos que corriamos los registros médicos y de reclamos | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitarnos que corriamos sus registros médicos y de reclamos si cree que son incorrectos o que están incompletos.• Pregúntenos cómo hacerlo.• Es posible que digamos que rechazamos su solicitud, pero le explicaremos las razones por escrito dentro de los 60 días. |
| Solicitar que las comunicaciones sean confidenciales | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su domicilio o de la oficina) o que le enviemos su correspondencia a una dirección diferente.• Consideraremos todas las solicitudes razonables y estamos obligados a responder afirmativamente si usted nos informa que estaría en peligro si no lo hiciéramos. |
| Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica relacionada con el tratamiento, los pagos o nuestras operaciones.• No estamos obligados a acceder a su solicitud y podemos rechazarla si pudiera afectar su atención. |
| Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información | <ul style="list-style-type: none">• Usted puede solicitar una lista (llamada “informe de divulgación”) que incluya las veces que hemos compartido su información médica en los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud, y con quién y por qué la hemos compartido.• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, los pagos y las operaciones médicas, y ciertas otras divulgaciones (así como cualquiera que usted nos solicite realizar). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses. |
| Obtener una copia de este aviso de privacidad | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. Le brindaremos una copia impresa de inmediato. |



Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para brindarle ayuda.

| | |
|---|--|
| Elegir a alguien para que lo represente | <ul style="list-style-type: none">• Si le otorgó a alguien un poder legal para atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.• Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida. |
| Presentar una queja si piensa que sus derechos de privacidad se han infringido | <ul style="list-style-type: none">• Si considera que infringimos sus derechos, puede presentar una queja a través del 1-833-704-1177.• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201; llamando al 1-877-696-6775, o ingresando a www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. |



Sus elecciones

Con respecto a cierta información médica, puede usted indicarnos sus elecciones sobre lo que compartimos.

Si usted tiene una preferencia clara sobre la manera en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

| | |
|--|--|
| <p>En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos lo siguiente:</p> | <ul style="list-style-type: none">• Compartir información con su familia, sus amigos cercanos o con otras personas que hayan participado en el pago de su cuidado.• Compartir información en situaciones de alivio por desastres.• Compartir información con usted a través de tecnologías móviles y digitales (como el envío de información a su dirección de correo electrónico o a su teléfono celular por mensaje de texto o a través de una aplicación móvil). <p>Si no puede comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que compartamos su información con otros (como su familia o una organización de alivio por desastres) si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Sin embargo, no usaremos tecnologías móviles ni digitales para enviarle información médica a menos que usted esté de acuerdo con que lo hagamos.</p> <p>El uso de las tecnologías móviles y digitales (como mensaje de texto, correo electrónico o aplicación móvil) tiene una serie de riesgos que usted debe considerar. Los mensajes de texto y los correos electrónicos pueden ser leídos por terceros si le roban, jaquean o desbloquean su dispositivo móvil o digital. Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos.</p> |
| <p>Nunca compartimos su información en los siguientes casos, a menos que nos dé su permiso por escrito:</p> | <ul style="list-style-type: none">• Fines de comercialización.• Venta de su información. |



Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos en general su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

| | | |
|--|---|--|
| <p>Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe</p> | <p>Podremos utilizar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.</p> | <p>Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y el plan de tratamiento de manera que podamos coordinar servicios adicionales.</p> |
| <p>Dirigir nuestra organización</p> | <p>Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.</p> | <p>Ejemplo: utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.</p> |
| <p>Pagar por sus servicios médicos</p> | <p>Podremos utilizar y divulgar información médica a medida que paguemos por sus servicios médicos.</p> | <p>Ejemplo: compartimos información sobre usted para coordinar el pago de sus servicios médicos.</p> |
| <p>Administrar su plan</p> | <p>Podemos divulgar su información del plan médico para la administración del plan.</p> | <p>Ejemplo: compartimos información médica con terceros que hemos contratado para servicios administrativos.</p> |
| <p>Coordinar su atención médica entre varios proveedores de atención médica</p> | <p>Nuestros contratos con diversos programas requieren que participemos en ciertas redes electrónicas de información médica (HIN) e intercambios de información médica (HIE) para que podamos coordinar de manera más eficiente la atención que está recibiendo de distintos proveedores de atención médica.</p> <p>Si usted es parte o se está inscribiendo en un programa patrocinado por el gobierno, como Medicaid o Medicare, revise la información que ese programa le ha proporcionado para determinar sus derechos con respecto a la participación en una HIN o un HIE.</p> | <p>Ejemplo: compartimos información médica a través de una HIN o un HIE para brindar información oportuna a los proveedores que le prestan servicios a usted.</p> |

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras; por lo general, de modo que contribuyan al bien común, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones requeridas por la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

| | |
|---|---|
| <p>Cooperamos con aspectos de la salud pública y la seguridad</p> | <p>Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de enfermedades. • Ayuda con el retiro de productos del mercado. • Presentación de informes sobre reacciones adversas a los medicamentos. • Notificación de presunto abuso, negligencia o violencia doméstica. • Prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o seguridad de una persona. |
| <p>Realizamos investigaciones</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Podemos usar o compartir su información para fines de investigación médica. |
| <p>Cumplimos con la ley</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluido el uso compartido con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea saber que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad. |
| <p>Respondemos a solicitudes de donación de órganos y de tejidos y trabajamos con un examinador médico o director de una funeraria</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de procuración de órganos. • Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o un director de una funeraria cuando una persona muere. |
| <p>Abordamos solicitudes de compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno</p> | <p>Podemos usar o compartir información médica sobre usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para reclamos de compensación para trabajadores. • Para fines de cumplimiento con la ley o con un oficial de la ley. • Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. • Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial. |
| <p>Brindamos respuesta a demandas y acciones legales</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial. |

| | |
|--|--|
| Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación | <ul style="list-style-type: none">• Ciertas leyes federales y estatales pueden exigir una mayor protección de privacidad. Cuando corresponda, seguiremos leyes de privacidad federales y estatales más estrictas relacionadas con los usos y las divulgaciones de información médica en relación con el VIH/SIDA, el cáncer, la salud conductual, el uso de alcohol o de sustancias ilegales, las pruebas genéticas, las enfermedades de transmisión sexual y la salud reproductiva. |
|--|--|

Nuestras responsabilidades

AmeriHealth Caritas New Hampshire toma muy seriamente el derecho a la privacidad de nuestros miembros. Para brindarle sus beneficios, AmeriHealth Caritas New Hampshire genera y recibe información personal sobre su salud. Esta información proviene de usted, de sus médicos, de los hospitales y de otros proveedores de servicios médicos. Esta información, conocida como “información médica protegida”, puede ser oral, escrita o electrónica.

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Estamos obligados por ley a garantizar que los terceros que ayudan con su tratamiento, nuestro pago de reclamos u operaciones de atención médica mantengan la privacidad y seguridad de su información médica protegida de la misma manera en que nosotros lo hacemos.
- También estamos obligados por ley a asegurarnos de que los terceros que nos ayudan con el tratamiento, el pago y las operaciones se rijan por las instrucciones descritas en nuestro Acuerdo de Socios Comerciales.
- Le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí a menos que nos autorice por escrito a hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo pedido y en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Fecha de vigencia de este aviso: septiembre de 2019

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relativas a su PHI o sobre la manera en que puede ejercer sus derechos, puede llamarnos utilizando la información de contacto que se menciona a continuación.

AmeriHealth Caritas New Hampshire
Attn: Compliance Director
25 Sundial Avenue, Suite 130W
Manchester, NH 03103
Teléfono: **1-603-263-6701**

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. 6941

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)**.

Servicios de intérpretes multilingües

English — 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**).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



www.amerihealthcaritasnh.com

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

Attention: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

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

For the full nondiscrimination notice, go to **www.amerihealthcaritasnh.com**.

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos. Cualquier persona representada es un modelo.