

Manual del miembro

Vigente a partir del 1 de enero de 2025

Programa de Administración de la Atención de Medicaid de New Hampshire



Multilanguage Interpreter Services

Important! This is about your WellSense Health Plan benefits. We can translate it for you free of charge. Please call **877-957-1300 (TTY: 711)** for translation help.

ilimportante! Esta información es sobre sus beneficios de WellSense Health Plan. Podemos traducirlo para usted de forma gratuita. Llame al **877-957-1300 (TTY: 711)** para obtener ayuda de traducción. (ESA)

Important! Cela concerne vos prestations WellSense Health Plan. Nous pouvons traduire ce contenu gratuitement pour vous. Veuillez appeler le **877-957-1300 (TTY: 711)** pour obtenir de l'aide concernant la traduction. (FRC)

重要提示！此信息与您的 WellSense Health Plan 福利有关，我们可免费提供翻译。如需获得翻译服务，请拨打 **877-957-1300 (TTY: 711)**。(CHS)

هام! هذا حول مزايا WellSense Health Plan الخاصة بك. يمكننا ترجمتها لك مجاناً. يرجى الاتصال
بـ **877-957-1300 (TTY: 711)** للمساعدة في الترجمة. (ARA)

Wichtig! In diesem Dokument geht es um Ihre WellSense Health Plan-Vorteile. Wir können es kostenlos für Sie übersetzen. Bitte rufen Sie uns unter **877-957-1300 (TTY: 711)** an, um Übersetzungshilfe zu erhalten. (DEU)

Importante! Esta comunicação é sobre os benefícios da WellSense Health Plan. Podemos traduzir para você gratuitamente. Ligue para **877-957-1300 (TTY: 711)** para obter ajuda com a tradução. (PTB)

Σημαντικό! Πρόκειται για τις παροχές του WellSense Health Plan. Μπορούμε να σας το μεταφράσουμε δωρεάν. Καλέστε στο **877-957-1300 (TTY: 711)** για βοήθεια σχετικά με τη μετάφραση. (ELG)

Важно! Здесь содержится информация о преимуществах вашего медицинского страхового плана WellSense Health Plan. Мы можем перевести для вас этот документ бесплатно. За помощью в переводе позвоните по телефону **877-957-1300 (TTY: 711)**. (RUS)

Quan trọng! Đây là thông tin về quyền lợi trong WellSense Health Plan của quý vị. Chúng tôi có thể dịch thông tin này miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **877-957-1300 (TTY: 711)** để được trợ giúp dịch thuật. (VIT)

ముఖ్యమైనది! ఇది మీ WellSense Health Plan ప్రయోజనాల గురించి.
మేము దానిని మీ కోసం ఉచితంగా అనువదించగలము. అనువాద సహాయం
కోసం దయచేసి **877-957-1300 (TTY: 711)** కు కాల్ చేయండి. (TELG)

중요! 이것은 WellSense Health Plan 혜택에 대한 내용입니다. 무료로 번역해 드릴 수 있습니다. 번역
도움이 필요하면 **877-957-1300 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오. (KOR)

Enpotan! Sa a se sou avantaj WellSense Health Plan ou an. Nou ka tradui li pou ou gratis. Tanpri relel **877-957-1300 (TTY: 711)** pou jwenn èd ak tradiksyon. (HRV)

Ważne! To dotyczy Twoich świadczeń w ramach planu zdrowotnego WellSense Health Plan. Możemy nieodpłatnie przetłumaczyć dla Ciebie te informacje. Zadzwoń pod numer **877-957-1300 (TTY: 711)**, aby uzyskać pomoc w tłumaczeniu. (POL)

Important! This material can be requested in an accessible format by calling 877-957-1300 (TTY: 711).

Notice About Nondiscrimination and Accessibility

WellSense Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, sexual orientation, limited English proficiency, primary language, or moral or religious grounds (including limiting or not providing coverage for counseling or referral services). WellSense Health Plan provides:

- free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as TTY, qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other language

Please contact WellSense if you need any of the services listed above and we will provide them in a timely manner. You can also find this information at the bottom of wellsense.org in the Nondiscrimination Section.

Civil Rights Coordinator
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129
Phone: 877-957-1300 (TTY: 711)
Fax: 617-897-0805

You can also file a civil rights complaint with the U.S. DHHS, Office for Civil Rights by mail, by phone or online at:

U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019 (TDD: 800-537-7697)

Complaint Portal:
hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Índice

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro9

Sección 1.1	Bienvenido	9
Sección 1.2	¿Cómo califica para ser un miembro del plan?	9
Sección 1.3	Lo que puede esperar del plan.....	10
Sección 1.4	Mantener su información personal y otra información de su seguro actualizada	12
Sección 1.5	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	13

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes.....15

Sección 2.1	Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de WellSense Health Plan	15
Sección 2.2	Cómo comunicarse con el plan o con Carelon Behavioral Health (Carelon) sobre una decisión de cobertura o para presentar una apelación	16
Sección 2.3	Cómo comunicarse con el plan acerca de una queja	18
Sección 2.4	Cómo comunicarse con el plan acerca de coordinación de la atención	19
Sección 2.5	Cómo comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería del plan	20
Sección 2.6	Cómo solicitar servicios de salud conductual (servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias).....	21
Sección 2.7	Cómo solicitar transporte médico que no sea de emergencia.....	23
Sección 2.8	Cómo solicitar servicios de farmacia	25
Sección 2.9	Cómo solicitar servicios de la vista	27
Sección 2.10	Cómo solicitar equipo médico duradero, prótesis, órtesis o suministros	28
Sección 2.11	Cómo comunicarse con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS	28
Sección 2.12	Cómo comunicarse con el defensor del paciente de atención a largo plazo de NH	29
Sección 2.13	Cómo comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS	30
Sección 2.14	Cómo comunicarse con el Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad de ServiceLink.....	31
Sección 2.15	Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso	33
Sección 2.16	Otra información y recursos importantes.....	34

Capítulo 3: Cómo usar WellSense Health Plan para recibir servicios cubiertos39

Sección 3.1	Su proveedor de atención primaria (PCP) proporciona y supervisa su atención médica	41
Sección 3.2	Servicios que puede recibir sin aprobación previa	43
Sección 3.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	44

Sección 3.4	Qué sucede cuando un PCP, especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan.....	47
Sección 3.5	Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red	48
Sección 3.6	Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención	49

Capítulo 4: Servicios cubiertos54

Sección 4.1.....	Acerca del cuadro de beneficios (lo que está cubierto)	54
Sección 4.2.....	Cuadro de beneficios	55
Sección 4.3.....	Beneficios adicionales proporcionados por el plan	95
Sección 4.4.	Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan.....	96
Sección 4.5	Beneficios que no cubre nuestro plan ni Medicaid de New Hampshire	98

Capítulo 5: Cómo usar WellSense Health Plan para ayudarlo a manejar su salud115

Sección 5.1	Mantenerse sano	115
Sección 5.2	Apoyo con la coordinación de la atención.....	120
Sección 5.3	Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención	124
Sección 5.4	Aseguramiento de la paridad de la salud mental.....	127

Capítulo 6: Reglas sobre la autorización previa de servicios.....129

Sección 6.1	Servicios médicamente necesarios	129
Sección 6.2	Cómo obtener autorización del plan para determinados servicios	130
Sección 6.3.....	Cómo obtener autorización para servicios fuera de la red	132
Sección 6.4.....	Admisiones de urgencia en hospitales fuera de la red	132
Sección 6.5	Cómo obtener servicios y suministros de planificación familiar dentro y fuera de la red.....	132
Sección 6.6	Cómo obtener una segunda opinión médica	133

Capítulo 7: Obtención de medicamentos con receta cubiertos.....134

Sección 7.1	Reglas y restricciones de la cobertura de medicamentos.....	134
Sección 7.2	Lista de medicamentos o formulario del plan	137

Sección 7.3	Tipos de medicamentos que no cubrimos	139
Sección 7.4	Surtir sus recetas en farmacias de la red.....	140
Sección 7.5	Cobertura de medicamentos en centros	142
Sección 7.6	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura.....	143
Sección 7.7	Copagos de medicamentos con receta	144

Capítulo 8: Cómo solicitarnos que paguemos.....146

Sección 8.1	Los proveedores de la red no pueden cobrarle servicios cubiertos.....	146
Sección 8.2	Cómo y dónde enviar su solicitud de pago	148
Sección 8.3	Después de que el plan recibe su solicitud de pago.....	149
Sección 8.4	Reglas de pago que debe recordar	149

Capítulo 9. Sus derechos y responsabilidades.....151

Sección 9.1	Sus derechos.....	151
Sección 9.2	Sus responsabilidades.....	152
Sección 9.3	Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica	154

Capítulo 10: Qué hacer si desea apelar una decisión o “acción” del plan, o presentar una queja..... 156

Sección 10.1	Acerca del proceso de apelaciones.....	156
Sección 10.2	Cómo presentar una apelación estándar a través y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de primer nivel).....	158
Sección 10.3	Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de primer nivel)	160
Sección 10.4	Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel)	162
Sección 10.5	Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de segundo nivel)	164
Sección 10.6	Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después	166
Sección 10.7	Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo	168

Capítulo 11: Finalizar su membresía al plan170

Sección 11.1	Solo hay determinados momentos en los que puede finalizar su membresía al plan.....	170
Sección 11.2	Cuándo se puede cancelar su membresía al plan involuntariamente	171
Capítulo 12: Avisos legales		172
Sección 12.1	Aviso sobre no discriminación y requisitos de accesibilidad y declaración de no discriminación.....	172
Sección 12.2	Aviso de prácticas de privacidad.....	173
Sección 12.3	¿Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI)?....	174
Sección 12.4	Usos y divulgaciones que requieren que le demos una oportunidad de emitir una objeción y excluirse	177
Sección 12.5	Protecciones especiales para información sobre VIH, trastorno por consumo de sustancias, salud mental e información genética	177
Sección 12.6	Sus derechos con respecto a su información médica protegida	177
Sección 12.7	Cómo ejercer sus derechos.....	179
Sección 12.8	Su autorización escrita se requiere para otros usos y divulgaciones	179
Capítulo 13: Acrónimos y definiciones de palabras importantes		181
Sección 13.1	Acrónimos	181
Sección 13.2	Definiciones de palabras importantes.....	183
Capítulo 14: Servicios para Miembros de WellSense Health Plan		192

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

Sección 1.1 Bienvenido

Usted está inscrito en WellSense Health Plan.

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

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

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

Su opinión es importante para nosotros. Para escuchar las opiniones de los miembros, WellSense Health Plan convoca reuniones del Comité Asesor de Miembros varias veces al año. Si le interesa unirse al Comité Asesor de Miembros del plan, llame a Servicios para Miembros para hacérselo saber. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.2 ¿Cómo califica para ser un miembro del plan?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a recibir la cobertura de atención médica necesaria.

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre que cumpla con todos estos requisitos:

- califique y siga calificando para Medicaid de New Hampshire;*;
- y viva en New Hampshire (el área de servicio de WellSense Health Plan);
- y sea ciudadano de Estados Unidos o tenga presencia legal en Estados Unidos.

Si está embarazada e inscrita en WellSense Health Plan cuando nazca su bebé, su bebé estará automáticamente cubierto por WellSense Health Plan a partir de su fecha de nacimiento.

Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de retransmisión de TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de

8 a. m. a 4 p. m., hora del Este, cuando nazca su bebé o para obtener más información sobre Medicaid de New Hampshire y sus programas.

*La continuación de su elegibilidad en Medicaid de New Hampshire se determina nuevamente cada seis a doce meses. Seis semanas antes de que su elegibilidad deba renovarse, recibirá por correo o por NH Easy una carta de NH DHHS con una Solicitud de nueva determinación. Para asegurarse de que no haya interrupción de su cobertura de atención médica, debe completar y devolver la Solicitud de nueva determinación antes de la fecha indicada en el aviso. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese sin costo con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS (elegibilidad) al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de retransmisión de TDD 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., hora del Este.

Sección 1.3 Lo que puede esperar del plan

Manual del miembro

Este *Manual del miembro* describe cómo funciona el plan y está vigente a partir de septiembre de 2024 y durante todos los meses que esté inscrito en WellSense Health Plan. El *Manual del miembro* también está disponible en nuestro sitio web, en wellsense.org.

Su tarjeta de membresía a WellSense Health Plan: utilícela para obtener todos los servicios cubiertos y los medicamentos con receta.

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

Aquí se muestra una tarjeta de membresía como ejemplo:

 Member Name Member ID: NH0123456 00 Medicaid ID: 1098654321  New Hampshire Medicaid	Members wellsense.org Member Services: 877-957-1300 TTY: 711 Medical, mental health, pharmacy benefit questions or to file an appeal/grievance Find a doctor: visit wellsense.org/find-a-provider Transportation: 844-909-7433 Vision: 855-836-9216 Nurse advice (24/7): 866-763-4829 Providers & Billing Offices Provider Services: 877-957-1300 option 3 Behavioral Health Services: 866-444-5155 Pharmacies: Express Scripts 877-882-4187 BIN: 003858 PCN: MA RxGRP: WLSNS
---	---

Siempre que sea miembro del plan, debe utilizar su **tarjeta de membresía de WellSense Health Plan para recibir servicios cubiertos. Guarde también su tarjeta de Medicaid de New**

Hampshire. Siempre que reciba servicios, presente su tarjeta de membresía del plan y también su tarjeta de Medicaid de New Hampshire.

Si su tarjeta de membresía del plan se deteriora, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros. Le enviaremos una nueva tarjeta. O bien, puede pedir una nueva a través de nuestro sitio web, en wellsense.org. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Llamada de bienvenida

Cuando se inscriba a WellSense Health Plan, lo llamaremos para darle la bienvenida como miembro del plan. También recibirá un paquete de materiales para el miembro, que incluye este *Manual del miembro* y otros materiales importantes. Durante la llamada, le explicaremos las reglas del plan, sus beneficios y los servicios de traducción, y responderemos todas las preguntas que pudiera tener acerca del plan o sus materiales. También le preguntaremos si tiene necesidades médicas especiales para las que requiere asistencia. Como se describe en la próxima sección, le explicaremos la importancia de completar la Evaluación de riesgos de salud (HRA) con su PCP. Si no podemos localizarlo, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros, y un representante le orientará con gusto. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Evaluación de riesgos de salud (HRA)

NH DHHS nos exige que usted complete una Evaluación de riesgos de salud (HRA) para la revisión con su PCP. La HRA recopila información sobre su salud (que incluye necesidades médicas, de salud conductual y otras necesidades de salud) que utilizamos para ofrecerle una mejor atención. La información que usted proporciona en la HRA ayuda a su PCP a planificar y trabajar con usted para satisfacer sus necesidades funcionales y de atención médica. La HRA se completará una vez al año o cuando sus necesidades cambien considerablemente. Con base en sus respuestas, su PCP puede derivarlo a programas para mejorar su salud.

Su PCP tiene acceso a los formularios HRA. Los formularios HRA de WellSense están disponibles en línea en la sección de autoservicio para miembros en wellsense.org o a través de Servicios para Miembros. Completar la HRA con su PCP y revisar juntos los resultados les ayudará a crear un **plan de atención** personalizado que incluya sus objetivos para ayudarlo a mantenerse sano.

La cumplimentación de la HRA no afecta en modo alguno a su elegibilidad ni a sus beneficios de salud. Por lo tanto, complete su HRA. Sepa que WellSense y su PCP mantendrán la confidencialidad de su información médica (información médica protegida, o "PHI", por sus siglas en inglés) según lo exige la ley.

Aviso de explicación de beneficios

De vez en cuando, le enviaremos un informe llamado explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB). Se trata de una declaración posterior a la recepción de los servicios médicos en la que se explica lo que estaba cubierto y lo que podría deber.

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

Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de membresía con el plan tiene información de NH DHHS, que incluye su dirección y número de teléfono. Es muy importante que mantenga su información actualizada. Los proveedores de la red y el plan deben tener información correcta para comunicarse con usted según sea necesario.

Infórmenos sobre estos cambios:

- cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga, incluso:
 - una póliza de seguro médico grupal de un empleador para empleados o jubilados, ya sea para usted o para otra persona en su núcleo familiar que tenga cobertura del plan;
 - cobertura de indemnización por accidentes de trabajo debido a una enfermedad o lesión laboral;
 - beneficios para veteranos o cobertura de otro plan de salud del gobierno;
 - Medicare;
 - COBRA u otra cobertura de continuación del seguro médico. (COBRA es una ley que exige que determinados empleadores permitan que sus empleados y dependientes conserven su cobertura de salud grupal por un período después de abandonar el empleo, cambios en el empleo y otros eventos de la vida); o bien
 - si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- cambios en sus ingresos o en otro apoyo financiero;
- si le han internado en una residencia para ancianos;
- si acaba de tener un bebé;
- si usted recibe atención médica en un hospital fuera del área o fuera de la red o en una sala de emergencias;
- si se modifica su tutor, custodio, representante autorizado o representante personal, o si se activa su Poder notarial duradero.

Si alguna parte de esta información cambia, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o llame sin costo al Centro de Servicios para Miembros de Medicaid de New Hampshire al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de retransmisión de TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET.

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

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

Sección 1.5 **Cómo funciona otro seguro con nuestro plan**

¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Medicaid es el pagador de última instancia. Eso significa que, cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica grupal de un empleador o Medicare), ellos siempre pagan sus facturas de atención médica primero. Esto se llama “seguro primario”. Usted debe respetar todas las reglas de su seguro primario al recibir servicios. Es posible que artículos o servicios no cubiertos por su seguro primario y los copagos o deducibles de su seguro primario estén cubiertos por WellSense Health Plan. Para que los reclamos se paguen correctamente, es importante que utilice proveedores que estén dentro de la red de su seguro primario y de nuestra red.

Cuando reciba servicios, dígame a su médico, hospital o farmacia si tiene otro seguro médico. Su proveedor sabrá cómo procesar los reclamos cuando usted tenga seguro primario y Medicaid de New Hampshire a través de WellSense Health Plan. Si recibe una factura por sus servicios de atención médica cubiertos, consulte el capítulo 9 (*Cómo solicitarnos que paguemos*).

Si el servicio no está cubierto o es denegado por su otro seguro y el servicio está cubierto por Medicaid, puede ser necesaria una autorización previa para que WellSense Health Plan cubra el servicio. Para una descripción de los servicios que requieren autorización previa, consulte el capítulo 4 (Cuadro de beneficios).

Quién paga si otra persona o parte es o puede ser responsable de su lesión (subrogación)

Si otra persona o parte le causa la lesión, WellSense Health Plan recurrirá a un proceso llamado “subrogación”. Esto significa que podemos usar su cesión de derechos legales como condición de su solicitud de Medicaid para recuperar el dinero que gastamos para sus servicios médicos de:

- la persona que causó su lesión; o
- una compañía de seguros u otra parte responsable.

Si otra persona o parte es o puede ser responsable de pagar por los servicios relacionados con su lesión, usaremos su cesión de derechos legales para recuperar la cantidad total de dinero que hemos pagado o pagaremos por los servicios de atención médica por su lesión. Bajo ninguna circunstancia se le pedirá a usted que pague por sus servicios médicos directamente.

Para hacer valer estos derechos, podemos iniciar acciones legales, con o sin su consentimiento, contra cualquier parte responsable de devolver el dinero que pagamos por su tratamiento. Nuestros derechos de subrogación se aplican incluso si el Miembro lesionado es menor de 18 años. Si otra parte le paga directamente por los gastos médicos que nosotros pagamos, tenemos derecho de recuperar de usted la cantidad total que pagamos por su tratamiento.

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

Si un abogado lo representa por su lesión, es su responsabilidad informar a su abogado que tiene cobertura de Medicaid a través de WellSense Health Plan. También debe informar a cualquier

compañía de seguros (ya sea su seguro o el seguro de otra persona) relacionada con la lesión accidental que tiene cobertura de Medicaid a través de nuestro plan y proporcionar información de contacto relacionada. Además, si recibimos información de otra fuente de que puede tener otra cobertura como resultado de un accidente, le enviaremos por correo un formulario de preguntas del accidente. En este formulario, se le pedirán detalles sobre el accidente y su cobertura. Debe completar y enviarnos de vuelta el formulario completo. También podemos comunicarnos con usted para obtener más información sobre su accidente y otra cobertura.

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

Colaboración de los miembros

Como nuestro miembro, usted acepta cooperar con nosotros y Medicaid de New Hampshire en el ejercicio de nuestros derechos bajo la Coordinación de beneficios y Subrogación. Esto significa que usted debe completar y firmar todos los formularios necesarios para ayudarnos a ejercer estos derechos. Esto incluye cualquier cuestionario de accidentes que pueda haber recibido de nuestra parte. Necesitamos que usted:

- Nos dé toda la información y los documentos que pidamos.
- Firme cualquier documento que creamos necesario para proteger nuestros derechos.
- Nos asigne oportunamente cualquier suma de dinero que haya recibido por servicios que nosotros pagamos cuando había otra cobertura disponible a través de Coordinación de beneficios o Indemnización por accidentes de trabajo.
- Nos notifique oportunamente de cualquier subrogación posible o potencial de coordinación de beneficios.

También acepta no hacer nada para perjudicarnos o interferir con nuestros derechos de beneficiarnos de la coordinación. Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que sea responsable de pagarnos cualquier gasto relacionado con los procesos de Coordinación de beneficios y subrogación. Puede incluir tarifas razonables por abogados a quienes tengamos que pagar para hacer cumplir nuestros derechos. Nada en este Manual del miembro podrá ser interpretado para limitar nuestro derecho de usar cualquier medio legal para hacer cumplir nuestros derechos, como se describen en esta sección.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Sección 2.1 Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de WellSense Health Plan

Si necesita asistencia durante el horario normal de atención, con preguntas sobre la cobertura, encontrar un proveedor, reclamos, tarjetas de membresía u otros asuntos, llame o escriba a Servicios para Miembros de WellSense Health Plan. Nos complacerá poder ayudarle. Si necesita asistencia después del horario normal de atención, llame a la línea de Servicios para Miembros que aparece a continuación. Este número también aparece en el dorso de su tarjeta de identificación del plan. Cuando llame a este número, se le pedirá que elija una opción para acercarlo al tema por el que llama.

En caso de una emergencia médica: marque 911 o acuda directamente a la sala de emergencias hospitalaria más cercana.

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

O bien, llame o envíe un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o personalmente a través de los equipos móviles de crisis que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.

Para ver una descripción de la atención médica mental de emergencia o por abuso de sustancias, consulte el capítulo 4 (*Cuadro de beneficios: atención médica de emergencia; servicios de salud mental para pacientes ambulatorios; servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias [SUD]*).

Método	Servicios para Miembros de WellSense Health Plan: información de contacto
Por teléfono	877-957-1300 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del este.
Fax	617-897-0884
Por escrito	<i>Oficinas corporativas:</i> 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129 <i>Oficina local:</i> WellSense Health Plan 1155 Elm Street, 5th floor Manchester, NH 03101
Sitio web	wellsense.org

Sección 2.2 **Cómo comunicarse con el plan o con Carelon Behavioral Health (Carelon) sobre una decisión de cobertura o para presentar una apelación**

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros o Carelon tomamos sobre si un servicio o medicamento está cubierto por el plan. La decisión de cobertura también puede incluir

información sobre el copago de recetas que pudiera tener que pagar. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

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

Método	Decisión de cobertura médica o apelaciones: información de contacto
Por teléfono	877-957-1300 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este.
Fax	1-617-897-0805
Por escrito	<i>Oficinas corporativas:</i> 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129 <i>Oficina local:</i> WellSense Health Plan 1155 Elm Street, 5th floor Manchester, NH 03101
Sitio web	wellsense.org

Método	Salud mental (salud mental y trastorno por consumo de sustancias): información de contacto para decisiones de cobertura o apelaciones de Carelon
Por teléfono	877-957-1300, acceso las 24 horas. Las llamadas a este número son gratuitas y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	1-617-897-0805
Por escrito	Carelon Behavioral Health ATTN: Appeals Coordinator PO Box 1856 Hicksville, NH 11802-1856
Sitio web	www.carelonbehavioralhealth.com www.carelonbehavioralhealth.com/members/dashboard

Sección 2.3 **Cómo comunicarse con el plan acerca de una queja**

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

Método	Quejas: información de contacto
Por teléfono	877-957-1300 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este.
Fax	1-617-897-0805
Por escrito	Oficinas corporativas 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129 Oficinal local WellSense Health Plan 1155 Elm Street, 5th floor Manchester, NH 03101

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

“Coordinación de la atención” es el término que se usa para describir la práctica de asistir a los miembros para que reciban los servicios y apoyos comunitarios necesarios. Los administradores o coordinadores de la atención se aseguran de que los participantes en el equipo de atención médica del miembro tengan información sobre todos los servicios y apoyos proporcionados al miembro, que incluyen los servicios prestados por cada miembro o proveedor del equipo. Para

obtener más información, consulte la sección 5.2 (*Apoyo con la administración de la atención y la coordinación de la atención*).

Método	Coordinación de la atención: información de contacto
Por teléfono	Póngase en contacto con su PCP para que le ayude con la coordinación de la atención. Si necesita ayuda para identificar o ponerse en contacto con su PCP, llame a Servicios para Miembros de WellSense. Teléfono: 877-957-1300 Sitio wellsense.org (sección de autoservicio para miembros o <i>directorío de proveedores</i>) Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles: • de lunes a miércoles, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este) • jueves y viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. (hora del Este) El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.

Sección 2.5 **Cómo comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería del plan**

La línea de asesoramiento de enfermería es un servicio telefónico de información médica gratuito que ofrece WellSense Health Plan, disponible las 24 horas. Los enfermeros registrados están disponibles para responder sus preguntas las 24 horas del día, todos los días del año.

Comuníquese con la línea de asesoramiento de enfermería cuando tenga preguntas acerca de sentirse enfermo, mareos, dolor de espalda, tos, o si el bebé llora y lo nota caliente, por ejemplo.

En caso de una emergencia médica: marque **911** o acuda directamente a la sala de emergencias hospitalaria más cercana.

En caso de una emergencia de salud mental y/o consumo de sustancias: si usted, o alguien que conoce, necesita apoyo/servicios de salud emocional o mental (o existe el riesgo de suicidio), incluyendo preocupaciones sobre consumo de sustancias, llame, envíe un mensaje de texto o chatee al **988**, la línea de ayuda en caso de crisis o suicidio, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para conectarse con un consejero capacitado en crisis. La línea proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas con crisis suicida o con angustia emocional.

O bien, llame o envíe un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o personalmente a través de los equipos móviles de crisis que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.

Para ver una descripción de la atención médica mental de emergencia o por abuso de sustancias, consulte el capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*).

Método	Línea de asesoramiento de enfermería: información de contacto
POR TELÉFONO	1-866-763-4829, acceso las 24 horas Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

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

“Servicios de salud conductual” es otro término que se utiliza para describir servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias. Tenemos contrato con Carelon Behavioral Health para que administre estos servicios. Comuníquese con Carelon Behavioral Health (Carelon) cuando tenga preguntas sobre salud conductual (salud mental o servicios para trastorno por consumo de sustancias).

En caso de emergencia o crisis de salud conductual (salud mental y consumo de sustancias): llame, envíe un mensaje de texto o de chat al **988**, la línea de ayuda en caso de crisis o suicidio, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero en crisis

capacitado. La línea es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas con crisis suicida o con angustia emocional.

O bien, llame o mande un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (1-833-710-6477) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o personalmente a través de los equipos móviles de crisis que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.

Para ver una descripción de la atención médica mental de emergencia o por abuso de sustancias, consulte el capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*).

Método	Servicios de salud conductual (servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias): información de contacto
Por teléfono	855-834-5655 (TTY: 866-727-9441) , línea telefónica 24 horas del día, los siete días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	1-617-897-0805
Por escrito	Carelton Behavioral Health P.O. Box 1856 Hicksville, NY 11802-1856
Sitio web	www.careltonbehavioralhealth.com www.careltonbehavioralhealth.com/members/dashboard

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

El plan cubre la asistencia para el transporte médico que no sea de emergencia, incluido el reembolso por millaje, si usted no puede pagar el costo del transporte a los consultorios y centros de los proveedores para recibir los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid de New Hampshire que figuran en el Cuadro de beneficios de la sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*) (Consulte *Servicios de transporte: transporte médico que no es de emergencia, NEMT*). Tenemos un contrato con un proveedor de gestión de transporte médico que no es de emergencia para administrar estos servicios. Comuníquese con la línea de transporte de WellSense Health Plan que se indica a continuación cuando tenga preguntas sobre los servicios de NEMT. Para obtener servicios de transporte médico que no es de emergencia debe seguir las reglas del plan para coordinación y reembolso de transporte. Vea la tabla a continuación para obtener información de contacto y más instrucciones sobre cómo funcionan sus beneficios de servicios de transporte que no es de emergencia y cómo programar un traslado.

Método	NEMT (transporte médico que no es de emergencia): información de contacto
Por teléfono	844-909-7433 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a. m a 8 p. m. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

¿Cómo funciona el NEMT (transporte médico que no es de emergencia)?

WellSense trabaja con nuestro proveedor contratado de gestión de transporte médico que no sea de emergencia para ayudarle a obtener sus servicios de atención médica programados y a volver a casa.

El plan cubre únicamente los servicios de transporte médico que no es de emergencia si usted no puede pagar el costo del transporte a los consultorios y centros de los proveedores para recibir los

servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid de NH que figuran en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Para que los servicios de transporte médico que no sea de emergencia se autoricen, debe seguir las reglas del plan que figuran en la sección “Servicios de transporte: NEMT (transporte médico que no sea de emergencia)” de la grilla de beneficios que figura en el capítulo 4.

Si cumple con los requisitos o las reglas del plan para recibir los servicios de transporte, podemos:

- Pagarle a usted, a un amigo o familiar miembro por el millaje si está en circunstancias que no le permitan pagar el costo del transporte.
- **Nota:** El reembolso solo se permite para la dirección que el plan tiene en archivo sobre usted. Debe enviarnos formularios de reembolso completos en un plazo de 30 días calendario a partir del mes en que tuvo lugar la cita. Puede encontrar los formularios de reembolso en el sitio web del plan, en wellsense.org. También puede llamar gratis a la línea de transporte de WellSense Health Plan al 1-844-909-7433 o 1-844-909-RIDE para solicitar un formulario de reembolso.
- Pagarle por transporte público.
- Pedir un taxi, cuando no se encuentren disponibles otras opciones.
- Pedir un vehículo especializado cuando sea necesario, como una camioneta o ambulancia para silla de ruedas.

Reserve su viaje

- Llame a Coordinated Transportation Solutions al 1-877-909-7433 para reservar.
- Debe llamar al menos 48 horas antes de su visita para que se le pague por su millaje.
- Debe tener su tarjeta de identificación de WellSense y la información de la cita cuando llame.
- Si cambia una cita o la anula, llame inmediatamente a la línea de transporte de WellSense Health Plan para avisarles.

Al hacer la reserva, informe a nuestro personal de la línea de transporte si:

- Necesita ayuda para subir o bajar del vehículo.
- Utiliza una ayuda para movilidad nueva, como silla de ruedas, carrito, muletas o bastón. Infórmenos si su silla de ruedas es extraancho, extralargo o pesa más de 600 libras (272 kg) (cuando está ocupada).
- Necesita ayuda para entrar o salir del edificio.
- Necesita llevar a sus hijos con usted, y si necesitan asientos para niños. Es posible que no podamos organizar su viaje para que pueda traer a sus hijos. Asegúrese de preguntar cuando llame.
- Su hijo tiene entre 12 y 16 años y necesita viajar solo a una visita al médico.
- Necesita ir acompañado por una persona que lo asista durante su visita para que nos aseguremos de que hay espacio en el vehículo.

Si más de un miembro de su familia viaja al mismo lugar, tenga en cuenta que solo se aprobará un reembolso para miembro.

Proceso de reembolso para miembro para el transporte aprobado de familiares y amigos

Le reembolsaremos las solicitudes de reembolso de kilometraje aprobadas, si usted, su amigo o un familiar se encargan del transporte.

Debe enviarnos un formulario completo de reembolso en un plazo de 30 días calendario a partir del último día del mes en que tuvo lugar la cita. Puede enviarlo por fax al (203) 375-0516, enviarlo por correo electrónico a FF@ctstransit.com o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Coordinated Transportation Solutions, Inc.

35 Nutmeg Drive Suite 120

Trumbull, CT 06611

Sección 2.8 Cómo solicitar servicios de farmacia

El plan los cubre servicios de farmacia (recetas) médicamente necesarios cubiertos que se enumeran en el Cuadro de Beneficios del capítulo 4 (Servicios cubiertos) (Consulte Medicamentos con receta) y del capítulo 7 (Obtención de medicamentos con receta cubiertos). Tenemos un contrato con Express Scripts para administrar su beneficio de medicamentos con receta. El plan también tiene un contrato con Cornerstone Health Solutions para brindar servicios de medicamentos de pedidos por correo.

Método	Servicios de farmacia: información de contacto
Por teléfono	Para preguntas generales de farmacia, llame a Express Scripts: 877-957-1300, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los representantes de WellSense Health Plan están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este (ET); y jueves y viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este (ET). Pedidos por correo: Para solicitar una nueva receta de pedidos por correo: • llame a Cornerstone Health Solution (Cornerstone) al 844-319-7588, disponible de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. (hora del Este); • complete el formulario de inscripción de farmacia de pedidos por correo y envíenoslo con sus recetas; o bien • pídale a su médico que nos envíe su receta por vía electrónica o por fax. Para solicitar una reposición de su receta de pedidos por correo: • llame a la farmacia de pedidos por correo de Cornerstone Health Solutions al 781-805-8220, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. (hora del Este), para solicitar su reposición;

Método	Servicios de farmacia: información de contacto
	• envíe un correo electrónico a www.CornerstoneMailOrderPharmacy@bmc.org, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar su reposición; • inicie una solicitud de reposición en línea desde la página web de Cornerstone Health Solutions; o bien • inicie una reposición móvil mediante la aplicación móvil de Cornerstone Health Solutions. Farmacia especializada: llame a Cornerstone Health Solutions al 844-319-7588, disponible de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. (hora del Este), con servicios de guardia disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	Express Scripts: 877-251-5896 Cornerstone Mail Order: 781-805-8221 Cornerstone Specialty: 781-805-8221
Por escrito	Express Scripts Attn: Medicaid Reviews P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6588 Cornerstone Health Solutions Mail Order and Specialty Pharmacy 40 Teed Drive Randolph, MA 02368

Método	Servicios de farmacia: información de contacto
Sitio web	Express Scripts https://express-scripts.com/ Farmacia especializada y farmacia de pedidos por correo de Cornerstone Health Solutions www.cornerstonehealthsolutions.org

Sección 2.9 **Cómo solicitar servicios de la vista**

El plan cubre los servicios de la vista médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios en el capítulo 4 (*Servicios cubiertos*) (Consulte *Servicios de la vista*). Tenemos contratos con Vision Services Plan (VSP). Si necesita ayuda con sus beneficios de servicios de la vista o para encontrar proveedores participantes en VSP-Participating Eye Care, comuníquese con VSP.

Método	Servicios de la vista: información de contacto
Por teléfono	800-877-7195 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este y los sábados de 10 a. m. a 8 p. m. Cerrado el Día de Conmemoración de los Caídos, Día de la Independencia, el Día del Trabajo, el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	800-428-4833 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Por escrito	Vision Service Plan Attn: Customer Care 3333 Quality Drive Rancho Cordova, CA 95670-7985
Sitio web	www.vsp.com

Sección 2.10 **Cómo solicitar equipo médico duradero, prótesis, órtesis o suministros**

El plan cubre equipo médico duradero, prótesis, órtesis o suministros médicos médicamente necesarios (DMEPOS). Estos servicios incluyen fórmulas médicas y alimentos bajos en proteínas y otros servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios en el capítulo 4 (*Servicios cubiertos*). Tenemos un contrato con Northwood, Inc. para administrar estos servicios. Comuníquese con Northwood Inc. cuando tenga preguntas sobre los servicios de cobertura de DMEPOS.

Método	DMEPOS: información de contacto
POR TELÉFONO	877-957-1300, las 24 horas del día, los siete días de la semana Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Sección 2.11 **Cómo comunicarse con el Centro de servicio al cliente de NH DHHS**

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

Método	Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS: información de contacto
Por teléfono	1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m. ET. Hay servicios de intérprete gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-800-735-2964 Las llamadas a este número son gratuitas. Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Sitio web	https://nheasy.nh.gov/ www.dhhs.nh.gov

Sección 2.12 Cómo comunicarse con el defensor del paciente de atención a largo plazo de NH

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

Método	Defensor del paciente de atención a largo plazo de NH: información de contacto
Por teléfono	1-800-442-5640 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del Este.

Método	Defensor del paciente de atención a largo plazo de NH: información de contacto
TTY/TDD	Acceso al servicio de mensajes TDD (NH): 1-800-735-2964 Las llamadas a este número son gratuitas. Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Fax	603-271-5574
Por escrito	Office of the Long-Term Care Ombudsman Office of the Commissioner NH Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301
Sitio web	https://www.dhhs.nh.gov/about-dhhs/long-term-care-ombudsman

Sección 2.13 **Cómo comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS**

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

Método	Defensor del paciente de NH DHHS: información de contacto
Por teléfono	1-800-852-3345, ext. 16941 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del Este.

Método	Defensor del paciente de NH DHHS: información de contacto
TTY/TDD	Acceso al servicio de mensajes TDD (NH): 1-800-735-2964 Las llamadas a este número son gratuitas. Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Fax	603-271-4632
Por escrito	Office of the Ombudsman Office of the Commissioner NH Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301
Sitio web	https://www.dhhs.nh.gov/about-dhhs/office-ombudsman

Sección 2.14 Cómo comunicarse con el Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad de ServiceLink

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

Método	Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad de ServiceLink: información de contacto
Por teléfono	1-866-634-9412 Las llamadas a este número nacional son gratuitas. Las llamadas al número desde teléfonos celulares y desde fuera de New Hampshire serán dirigidas al Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS. Cuando se comuniquen con esa oficina, será transferido al número de la ubicación de ServiceLink correspondiente a su área. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del Este. Hay servicios de intérprete gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.

Método	Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad de ServiceLink: información de contacto
TTY/TDD	Llame al número que aparece arriba o ingrese al sitio web que aparece a continuación para conocer los servicios de TTY/TDD para su oficina local.
Fax	Llame al número que aparece arriba o ingrese al sitio web que aparece a continuación para conocer el número de fax de su oficina local.
Por escrito	Llame al número que aparece arriba o ingrese al sitio web que aparece a continuación para conocer la dirección de su oficina local.
Sitio web	http://www.servicelink.nh.gov/

Sección 2.15 **Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso**

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

Algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso son:

- Cuando a usted le llega una factura por servicios de atención médica que nunca recibió.
- Cuando falta información en el expediente médico del miembro que justifique los servicios facturados.
- Cuando presta su tarjeta de membresía del seguro médico a otras personas para que reciban servicios de atención médica, insumos o medicamentos con receta.
- Cuando proporciona información médica falsa o engañosa que afecte el pago por los servicios.

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

Método	WellSense Health Plan para denunciar fraude, despilfarro o abuso: información de contacto
Por teléfono	888-411-4959 (nuestra línea confidencial de cumplimiento) Las llamadas a este número son gratuitas. La línea directa está disponible 24 horas al día, 365 días al año. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	WellSense Health Plan para denunciar fraude, despilfarro o abuso: información de contacto
Fax	866-750-0947
Por escrito	WellSense Health Plan Attention Special Investigations Unit 1155 Elm Street, Suite 600 Bank of America Building Manchester, NH 03101 Por correo electrónico a FraudandAbuse@bmchp-wellsense.org

Método	Oficina del fiscal general de New Hampshire para denunciar fraude, despilfarro o abuso: información de contacto
Por teléfono	603-271-3658 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Este.
TTY/TDD	Acceso al servicio de mensajes TDD (NH): 1-800-735-2964 Las llamadas a este número son gratuitas. Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Fax	603-271-2110
Por escrito	Office of the Attorney General 33 Capitol Street Concord, NH 03301
Sitio web	http://www.doj.nh.gov/consumer/complaints/index.htm

Sección 2.16 Otra información y recursos importantes

- Usted puede designar a un representante autorizado o representante personal:** Puede designar a una persona a quien le da la autoridad de actuar en su nombre. Su representante podrá proporcionarle información al plan o recibir información sobre usted de la misma forma en la que el plan hablaría o divulgaría información directamente con usted. Para que alguien lo represente, debe autorizar a su representante por escrito y decirnos cómo esa persona puede

representarlo. Un representante autorizado puede actuar en su nombre con respecto a una apelación, una audiencia imparcial estatal o una queja. La designación de su representante autorizado o representante personal es válida hasta que usted la revoque o modifique por escrito. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- **Formatos alternativos y servicios de interpretación:** Para obtener información de una manera que usted la entienda, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

WellSense Health Plan:

Proporciona ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:

- Servicios TTY
- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios de idioma sin costo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si califica para Medicaid, tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted. La información está disponible en braille, en impresión con letra grande y otros formatos. Además, toda información que haya recibido en forma electrónica se puede imprimir y enviar por correo si lo solicita.

También hay servicios de interpretación disponibles. Para coordinar servicios de interpretación o para obtener información del plan de una forma adecuada para usted, llame a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, denuncie el problema al Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m. (hora del Este).

- **Información sobre la estructura y el funcionamiento del plan**
 - WellSense Health Plan es operado por Boston Medical Center Health Plan, Inc. Somos una corporación exenta de impuestos 501(c)(3) sin fines de lucro de Massachusetts.
 - Somos una organización de atención administrada de Medicaid.
 - Nuestra oficina corporativa está ubicada en Charlestown (Massachusetts).
 - Somos parte de una familia de compañías que incluye Boston Medical Center.
 - Contamos con una Junta de Fideicomisarios que supervisa nuestras operaciones.

- WellSense Health Plan tiene contrato con proveedores de atención médica, como médicos, practicantes de enfermería y hospitales, que forman nuestra red de proveedores en todo el estado.
- Celebramos contratos con otras organizaciones que nos ayudan a administrar el plan de Medicaid. Por ejemplo, tenemos un contrato con Carelon Behavioral Health para servicios de salud conductual y Express Scripts para servicios de farmacia.
- Tenemos un contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire para ofrecer los beneficios que se describen en este manual.
- También ofrecemos programas de cobertura de salud además del plan de atención administrada de Medicaid de New Hampshire. En New Hampshire, ofrecemos planes Medicare Advantage de New Hampshire. También en Massachusetts, ofrecemos planes de MassHealth (Medicaid), un plan Senior Care Options, y planes de salud calificados (Qualified Health Plans).

Para obtener más información sobre nuestra estructura y operaciones, comuníquese con nuestro Departamento de servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- **Información sobre incentivos a proveedores y acuerdos de compensación:** Los incentivos a los proveedores describen cómo se paga a los proveedores de la red por los servicios cubiertos, incluidas las bonificaciones de pago que puedan recibir en función de los resultados de los pacientes u otras medidas de rendimiento.

Los miembros pueden solicitarle al plan la siguiente información de incentivos y compensación a proveedores:

- si el plan utiliza un Plan de incentivos para médicos que afecta el uso de servicios de referencia;
- el tipo de acuerdos de incentivos implementado con los proveedores; y
- si los acuerdos de protección contra exceso de siniestralidad costean la ayuda financiera para los proveedores por miembros de alto costo, cuando corresponda.

Para obtener esta información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

- **Solicitud de materiales para miembros** Comuníquese con Servicios para Miembros de WellSense Health Plan para solicitar una copia de nuestro *Manual del miembro*, *la lista de medicamentos* o *el directorio de proveedores*. El o los documentos se envían en un plazo de 5 días hábiles a partir de que se recibe su solicitud. Toda información que haya recibido en forma electrónica se puede imprimir y enviar por correo sin costo si lo solicita. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).
- **Programa de mejora de la calidad:** El Comité de mejora de la calidad revisa y aprueba anualmente el plan del Programa de mejora de la calidad de WellSense Health Plan. Este plan del Programa de mejora de la calidad es nuestra guía para mejorar la calidad de la

atención y los servicios para nuestros miembros. Por ejemplo, nos enfocamos en mejorar la atención para:

- Miembros con diabetes, asma y otras afecciones de salud crónicas
- Mujeres, embarazadas, madres recientes y niños
- Miembros con problemas de consumo de sustancias o salud mental
- Miembros con necesidades especiales

Para asegurar el éxito de nuestro Programa de mejora de la calidad, desarrollamos objetivos para dar seguimiento al desempeño de proveedores y médicos, la coordinación general de la atención y la satisfacción de los miembros sobre la experiencia con la atención. Al final de cada año, revisamos nuestro progreso en comparación con los objetivos establecidos, identificamos cómo podemos mejorar y establecemos los objetivos del Programa de mejora de la calidad del año siguiente.

- **Lineamientos de práctica clínica:** Para mejorar los resultados clínicos, el plan adopta Lineamientos de práctica clínica (Clinical Practice Guidelines, CPG) de organizaciones de salud a nivel nacional que nos dicen cómo proporcionar la mejor atención para afecciones médicas específicas. Estas CPG están publicadas en nuestro sitio web y nuestros médicos pueden usarlas para asegurarse de que proporcionan atención adecuada y eficaz para nuestros miembros. Usted puede solicitar una copia de nuestras CPG actuales poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).
- **Proceso para evaluar nueva tecnología:** Revisamos la seguridad y eficacia de nuevas tecnologías médicas y nuevos usos para tecnologías médicas existentes antes de decidir si las cubriremos. (Eficacia significa que la tecnología funcione). Tales tecnologías incluyen terapias médicas y de salud conductual, dispositivos, procedimientos quirúrgicos y de pruebas y medicamentos. Nuestro proceso de revisión incluye hablar con expertos médicos. También incluye revisar investigaciones médicas publicadas, informes de agencias gubernamentales adecuadas (como la Administración de Alimentos y Medicamentos) y normas de asociaciones médicas y sociedades especializadas nacionales. La información se presenta luego en nuestros comités internos. Estos comités toman las decisiones finales sobre si cubriremos nuevas tecnologías.
- **Gestión de utilización:** La gestión de utilización (Utilization Management, UM) es el proceso que usamos para asegurarnos de que la atención que recibe sea “medicamente necesaria”. Esto significa atención adecuada cuándo y dónde la necesita. Nuestros procesos incluyen revisión antes del servicio, revisión urgente/continua y revisión después del servicio. La UM observa la necesidad clínica, idoneidad y/o eficiencia de los servicios, insumos, equipo, medicamentos, procedimientos y/o instalaciones. Tomamos decisiones con base en criterios desarrollados en la investigación científica y médica. Los criterios también se desarrollan a partir de opiniones de los proveedores. Este proceso y los criterios apoyan el uso correcto de servicios para darles a nuestros miembros los mejores resultados de salud. No recompensamos a ningún encargado de tomar decisiones por negarle

cobertura de un servicio ni le ofrecemos dinero para desalentar la autorización de servicios. Las decisiones de UM se basan únicamente en la conveniencia de la atención médica y el servicio, así como la existencia de cobertura.

Para obtener más información sobre el proceso de UM, los criterios que usamos o las decisiones de cobertura que tomamos, llame a Servicios para Miembros al 1-877-957-1300. Los usuarios con deficiencias auditivas deben llamar al 711. Fuera del horario de atención, deje un mensaje o envíe un fax. Todos los mensajes dejados fuera de horario se leerán el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también puede ponerlo en contacto con nuestro personal clínico para hablar sobre el proceso de UM.

Capítulo 3: Cómo usar WellSense Health Plan para recibir servicios cubiertos

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

WellSense Health Plan trabajará con usted y su PCP (médico de atención primaria) para asegurar que reciba servicios médicos de especialistas capacitados y con experiencia en sus necesidades personales, que incluyen información y acceso a especialistas dentro y fuera de la red de proveedores del plan, según corresponda.

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

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

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

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

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

WellSense Health Plan cubre todos los servicios requeridos en nuestro contrato con NH DHHS.

Por lo general, WellSense Health Plan cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe esté incluida en el Cuadro de Beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el capítulo 4 de este manual).

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** El término “médicamente necesario” o “necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Para obtener más información sobre servicios médicamente necesarios, consulte la sección 6.1 (*Servicios médicamente necesarios*).
- **Usted reciba aprobación del plan con anticipación antes de recibir el servicio cubierto, si corresponde.** Los requisitos de autorización previa para servicios cubiertos aparecen en cursiva en la sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*).
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria de la red (PCP) que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red, aunque seamos su seguro secundario.
- **La atención que recibe es de un proveedor de la red (para obtener más información, consulte la sección 3.3** (Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red). La mayor parte de la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá, excepto con aprobación previa del plan o para servicios de emergencia. Para obtener más información acerca de cuándo pueden estar cubiertos los servicios fuera de la red, consulte la sección 3.5 (*Obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red*).

Hay cuatro excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre servicios de emergencia o necesarios de urgencia, consulte la Sección 3.6 (*Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención*).
- Si usted necesita un tipo de atención médica que Medicaid de New Hampshire exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la sección 6.3 (*Cómo obtener autorización para servicios fuera de la red*).
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis que participe en Medicaid de New Hampshire certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Para recibir servicios de planificación familiar, puede ver a cualquier médico, clínica, centro de salud comunitaria, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar participante de Medicaid de New Hampshire. Para obtener más información,

consulte “Servicios de planificación familiar” en el Cuadro de beneficios del capítulo 4 (*Servicios cubiertos*).

Sección 3.1 Su proveedor de atención primaria (PCP) proporciona y supervisa su atención médica

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

Un PCP es el proveedor de la red que usted elige (o que el plan le asigna hasta que usted seleccione uno) y a quien debe ver primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Un proveedor que no es un proveedor de la red no puede actuar como PCP. Él o ella también puede hablar sobre su atención con otros médicos y proveedores. Su PCP tiene la responsabilidad de supervisar, coordinar y proporcionar su atención primaria de salud. Él o ella inicia referencias para atención especializada y mantiene la continuidad de su atención.

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

Existen determinadas circunstancias en las que permitiremos que un especialista sea su PCP. El plan puede autorizar que un médico especialista sea el PCP de un miembro si el miembro tiene una afección o enfermedad potencialmente mortal, degenerativa o incapacitante que requiera atención especializada prolongada, por ej., VIH, enfermedad renal en etapa terminal o un diagnóstico oncológico, y el plan considera que será lo mejor para el miembro que se haga esta excepción. El director médico del plan debe revisar y aprobar la solicitud antes de que un especialista pueda desempeñarse como PCP. Los especialistas que se desempeñan como PCP deben estar participando en el plan o deben comenzar a hacerlo y están obligados a cumplir todas las normas aplicables a los PCP.

Cada miembro de una familia inscrito en nuestro plan debe tener un PCP. Si todos los miembros inscritos de su familia quieren el mismo PCP, es posible que pueda elegir un médico de familia o médico general para que sea el PCP de todos los miembros de la familia inscritos.

Su PCP hará muchas cosas por usted, como:

- proporcionar, supervisar y coordinar su atención;
- completar y revisar una evaluación anual de riesgos de salud;
- realizar u organizar revisiones médicas preventivas;
- proporcionarle tratamiento para sus necesidades y problemas básicos de salud;
- derivarlo a especialistas y otros proveedores dentro de la red de proveedores del plan;
- dirigirle a ayudas para necesidades sociales relacionadas con la atención médica;
- dirigirle a un hospital;
- prescribir recetas y ayudar en la administración de medicamentos;

- guardar sus registros médicos;
- solicitarnos autorizaciones previas, cuando sea necesario;
- responder a sus llamadas telefónicas acerca de sus problemas o necesidades médicos, incluso después del horario hábil de atención;
- coordinación de la atención y orientación sobre los programas de administración de la atención de WellSense.

Hay veces en las que deberá ver a un médico que no sea su PCP, como un especialista. Usted no necesita una derivación de su PCP para que lo atienda un especialista. Su PCP, especialista u otro proveedor que lo atienda en ese momento obtendrán la autorización previa para los servicios que la requieran. La decisión de la autorización puede tomarla el plan o uno de sus proveedores designados. El plan cuenta con proveedores para determinados servicios como farmacia; equipo médico duradero, prótesis, órtesis y suministros (DMEPOS); y salud conductual. El Cuadro de beneficios en el capítulo 4 (*Servicios cubiertos*) especifica el proveedor responsable del proceso de autorización previa.

Comuníquese con su PCP para programar una cita

Cuando se convierte en un miembro del plan, debe programar una cita con su PCP para un examen médico. Llame al consultorio del PCP. Indíquelo al personal del consultorio que esa es su primera visita con este PCP, o que esa es su primera visita con el PCP usando su cobertura del plan. Si tiene problemas para concertar una cita, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si es la primera vez que visita a su PCP, es muy probable que le realice un examen físico. Su PCP le hará preguntas sobre su salud y la salud de su familia. Mientras más sepa su PCP sobre sus antecedentes de salud y los de su familia, mejor podrá administrar su atención médica. Los adultos deben visitar a su PCP por lo menos una vez al año para que les realice un examen anual completo. Los bebés, niños y mujeres embarazadas deben ver a su PCP más frecuentemente.

Llame a su PCP primero cuando se sienta enfermo, a menos que crea que es una emergencia

Su PCP puede brindarle y coordinar toda su atención, excepto en una emergencia. Debe llamar al consultorio de su PCP si se siente enfermo. Su PCP, o el proveedor suplente, está de guardia para ayudarlo 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Si cree que tiene una Emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Qué hacer si tiene preguntas médicas después del horario de atención

Primero, debe llamar al consultorio de su PCP y seguir las instrucciones que le den. El consultorio de su PCP tiene cobertura fuera del horario de atención que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería, que puede responder preguntas a toda hora y podría ahorrarle una visita a la sala de emergencias o la sala de atención de urgencia. Consulte la sección 2.5 (*Cómo comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería*) para ver la información de contacto.

Si no puede ver a su PCP, puede dirigirse a un Centro de atención de urgencias. También se denominan proveedores de “atención sin turno” o “atención por guardia”. Pueden atenderlo en caso de lesiones o enfermedades para las que se requiere la atención inmediata, pero que no son tan graves como para que se necesite acudir a la sala de emergencias.

Si tiene preguntas de salud conductual después del horario de atención, llame a Carelon las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 855-834-5655. TTY: 866-727-9441.

¿Cómo elegir a su PCP?

Si necesita ayuda para elegir un PCP, o si ya ha elegido un PCP y quiere un nuevo PCP, llámenos. Queremos asegurarnos de que tenemos la información correcta para nuestros registros. Si no ha elegido un PCP aún, podemos ayudarle a elegir uno. Puede elegir un PCP de cualquier parte de nuestra red. Es mejor si elige uno que le quede cerca. Revise nuestro *directorio de proveedores* en wellsense.org. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para que se le envíe gratuitamente un *Directorio de Proveedores* impreso (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Le asignaremos un PCP si no elige uno dentro de 15 días después de la fecha de entrada en vigencia de su membresía en el plan.

Cambio de PCP

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

Si siente que debe cambiar de PCP, puede encontrar uno nuevo en nuestro *directorio de proveedores* en línea o puede comunicarse con Servicios para Miembros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo PCP. Una vez que haya elegido un PCP, puede actualizar su PCP en nuestros registros de varias formas:

- Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos el nombre de su nuevo PCP. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede completar un formulario de selección de PCP en el consultorio de su nuevo PCP.
- Puede registrarse en wellsense.org para cambiar su PCP en línea.

Una vez que haya actualizado su PCP, el cambio entrará en vigencia el mismo día.

Sección 3.2 Servicios que puede recibir sin aprobación previa

Puede recibir los servicios que aparecen debajo sin obtener aprobación con anticipación de su PCP o de WellSense Health Plan:

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou, exámenes pélvicos y atención de maternidad.
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda tener acceso a ellos temporalmente o, por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de planificación familiar cuando vaya a un proveedor de planificación familiar que participe en Medicaid de New Hampshire.
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicios para Miembros antes de salir de la zona de servicio para que podamos ayudarle a organizar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).
- Visitas en consultorio con especialistas de la red, incluso segundas y terceras opiniones.

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

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Puede solicitar una copia del *directorio de proveedores* a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red. Si desea más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones, puede solicitarla a Servicios para Miembros. También puede consultar el *directorio de proveedores* en wellsense.org o descargarlo de este sitio web.

Servicios para Miembros y el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada acerca de los cambios en nuestra red de proveedores.

Hay muchas ocasiones en las que necesitará ver a un especialista. Un especialista es un proveedor de atención médica que está capacitado para proporcionar tratamiento específico según se describe arriba. Si cree que necesita consultar a un especialista u otro tipo de proveedor, primero debe llamar a su PCP. Su PCP puede ayudarlo a identificar sus necesidades. Si su PCP considera que debe ver a un especialista u otro tipo de proveedor, lo dirigirá al especialista o proveedor que trabaje con su PCP dentro de la red de proveedores del plan, a menos que deba ver a un proveedor fuera de la red para una de las excepciones permitidas en la sección 3.5 (*Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red*).

Si elige ir a un proveedor fuera de la red para recibir servicios de atención médica, y la atención no corresponde a ninguna de las excepciones mencionadas a continuación, usted será responsable del pago de la atención que reciba. Los servicios para trastornos por consumo de sustancias y salud mental no requieren una derivación de su PCP.

Su PCP también puede ayudarlo con cualquier atención de seguimiento que sea importante para su salud y recuperación, tanto cuando reciba tratamiento de un especialista como después. Por lo tanto, es importante que hable con su PCP acerca de sus necesidades de atención de especialidad.

Si la visita al especialista requiere autorización previa, su PCP se comunicará con el plan para obtener esa autorización previa. Si los servicios que el especialista le proporcionará requieren autorización previa, es responsabilidad del especialista obtener esa autorización previa. Si está embarazada, usted o su médico deben notificar a WellSense Health Plan sobre su embarazo y la fecha prevista de parto. Una vez que nazca su bebé, recuerde notificar al DHHS y a WellSense Health Plan para inscribirlo en WellSense Health Plan.

Obtención de servicios de salud conductual y para trastorno por consumo de sustancias

Nos asociamos con otra organización llamada Carelon Behavioral Health (Carelon) para administrar y coordinar servicios cubiertos de salud conductual (trastorno por consumo de sustancias y salud mental) para nuestros miembros. Carelon también administra a los proveedores de salud conductual en la red de proveedores de su plan, incluidos los proveedores de telesalud. Puede encontrar una lista de proveedores de la red de salud conductual en nuestro *directorio de proveedores*, en wellsense.org. También puede llamar a Carelon las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 855-834-5655 (TTY: 866-727-9441), para que le brinden asistencia para encontrar un proveedor.

Si necesita un *directorio de proveedores* impreso gratuito de proveedores de la red de salud conductual en su área, llame al Departamento de Servicios para Miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual). También puede pedirles a familiares, tutores, una agencia de la comunidad, su PCP u otro proveedor que le recomienden un proveedor de la red de salud conductual.

Los servicios de salud conductual (servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias) están disponibles por “autoderivación”. Eso significa que puede ir a un proveedor de la red de salud conductual cuando crea que necesita uno. No es necesario que hable primero con su PCP u otro proveedor. No se necesita autorización previa para consultar a un proveedor de salud conductual dentro la red. Todos los servicios para trastorno por consumo de sustancias y salud mental fuera de la red deben estar autorizados por adelantado para que estén cubiertos.

Siempre puede llamar a la línea de Servicio para miembros de Carelon al 855-834-5655 (TTY: 866-727-9441) si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de los servicios de salud conductual. Recuerde que, en una emergencia de salud conductual debe llamar al 911, dirigirse a la sala de emergencias del hospital más cercano o comunicarse con el proveedor de la línea de acceso de respuesta rápida en su área. La lista de proveedores de la línea de acceso de respuesta rápida de todo el estado se encuentra en el directorio de miembros en línea de WellSense, en la sección Recursos comunitarios.

Obtención de atención y servicios dentales

Como se describe en la sección 4.4 (*Beneficios de Medicaid de NH cubiertos fuera del plan*), sus beneficios dentales no son administrados por WellSense Health Plan. Son administrados por Medicaid de New Hampshire. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, comuníquese con el servicio al cliente de Medicaid de NH. Consulte la sección 2.11 (*Cómo comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS*) para ver información de contacto.

Obtención de atención de la vista

Consulte su Cuadro de beneficios en la Sección 4.2 para ver información sobre su beneficio de atención de la vista y la sección 2.9 (*Cómo solicitar servicios de la vista*) para obtener información sobre cómo comunicarse con el Vision Services Plan (nuestro proveedor tiene contrato para administrar sus servicios de la vista) y cómo encontrar proveedores de la red o cuándo debe obtener una autorización.

Cómo acceder al Directorio de proveedores (lista de proveedores de la red)

Su *Directorio de proveedores* de WellSense Health Plan se encuentra en nuestro sitio web: wellsense.org. Solo debe hacer clic en la pestaña “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la parte superior de la página de inicio. Puede ver o descargar el *Directorio de proveedores* de este sitio web. El *Directorio de proveedores* incluye información importante sobre los proveedores de la red, como número de teléfono y direcciones, idiomas hablados, acceso para discapacitados, horarios de operación, membresía de hospitales, especialización correspondiente y estado de certificación de la junta médica.

El *Directorio de proveedores* en línea siempre es la versión más actualizada. Puede solicitar una copia del *Directorio de proveedores* a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, o para obtener más información sobre los proveedores de nuestra red (incluso sus calificaciones), llame a Servicios para Miembros. Servicios

para Miembros y el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada acerca de los cambios en nuestra red de proveedores.

Si desea encontrar un proveedor de salud mental o trastornos por consumo de sustancias, visite <https://wellsense.org/members/NH Medicaid/find a provider>.

También puede llamar a Carelon las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 855-834-5655 (TTY: 866-727-9441), para que le brinden asistencia para encontrar un proveedor.

Para obtener más información sobre las cualificaciones profesionales (incluyendo, entre otros, la facultad de medicina a la que asistió y la finalización de residencias), comuníquese con la Junta de Medicina del Estado de New Hampshire, al 603-271-1203, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m. (la oficina está cerrada los días festivos estatales), o ingrese en www.nh.gov/medicine y haga clic en "Physician Finder" (Buscador de médicos).

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

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Además, es posible que su proveedor abandone la red. Si su médico, especialista o cualquier otro proveedor con el que normalmente se atiende abandonaran nuestro plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se describen debajo:

- Cuando sea posible, le avisaremos cuando su PCP u otro proveedor que le proporciona tratamiento de rutina abandone la red del plan. Le avisaremos quince (15) días calendario después de que el plan reciba aviso de que su proveedor abandona la red o treinta (30) días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia de la finalización del contrato del proveedor, lo que suceda antes, para que usted tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está en tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y nosotros colaboraremos con usted para asegurarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que recibe. Para obtener más información, consulte la sección 5.3 (*Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención*).
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo debidamente administrada, tiene el derecho de presentar una queja o una apelación a nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista dejarán el plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que maneje su atención.
- Puede elegir los proveedores médicos preferidos de la red en la medida en que sea posible y adecuado.
- Si está recibiendo un tratamiento autorizado previamente con un proveedor participante que no puede seguir brindándole los servicios, el plan debe notificarle por escrito en el

transcurso de 7 días calendario desde la fecha en la que el plan toma conocimiento de la falta de disponibilidad del proveedor y se desarrollará un plan de transición para ayudarlo a recibir la atención continua que necesita.

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

Usted no está cubierto por los servicios brindados por un proveedor fuera de la red, excepto en cualquiera de los siguientes casos:

- Servicios de emergencia.
- Atención de urgencia.
- Si WellSense Health Plan le da una autorización por adelantado para que usted reciba atención de un proveedor fuera de la red.
- Si Carelon le da una autorización por adelantado para que usted reciba atención de un proveedor de salud mental o para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias fuera de la red.
- Segundas opiniones, siempre que le demos autorización previa.
- Para recibir servicios y suministros de planificación familiar, puede elegir a cualquier médico, clínica, centro de salud comunitaria, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar participante de Medicaid de NH.
- Si necesita atención que es un servicio cubierto y es médicamente necesaria, y nuestros proveedores de la red no pueden brindarle la atención, es posible que pueda recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Debemos aprobar esto con anticipación a través de nuestro proceso de autorización previa.
- Se le ha autorizado a acudir a un proveedor fuera de la red en virtud de nuestra política de Continuidad de la atención que se describe en la sección 5.3 (Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de atención).

Puede obtener servicios cubiertos de cualquier proveedor en nuestra red de proveedores. No hay restricciones sobre los proveedores de la red a los que puede recurrir.

Nota: Tenga en cuenta que no está cubierto para recibir atención médica de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos o sus territorios. Usted debe solicitar atención de emergencia o urgencia cuando esté fuera del país, pero sepa que no cubriremos los servicios que reciba.

Si usted es indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN) y pertenece a una tribu reconocida a nivel federal u otra persona que se determina que es elegible para recibir los servicios de atención médica para indígenas, se aplican reglas de cobertura especiales. Puede recibir servicios fuera de la red en un centro de salud para indígenas sin autorización previa. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Cuando recibe autorización previa del plan para recibir tratamiento de un proveedor fuera de la red, nunca se le debe cobrar más del copago por los medicamentos recetados, si lo hubiera, por los

servicios cubiertos. Si le cobran por servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame una ambulancia si es necesario. No necesita obtener primero la aprobación o la derivación de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan ha sido informado de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general en un plazo de 48 horas después del inicio de la emergencia. El dorso de su tarjeta de membresía al plan tiene números de teléfono importantes para comunicarse con nosotros, obtener atención de salud conductual y saber qué hacer cuando necesita atención de emergencia.

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

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame, envíe un mensaje de texto o de chat al **988**, la línea de ayuda en caso de crisis o suicidio, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero en crisis capacitado. La línea es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas con crisis suicida o con angustia emocional.
- O bien, llame o envíe un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o personalmente a través de los equipos móviles de crisis que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.
- Llame al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

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

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

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

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

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

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

Algunos ejemplos de emergencias médicas incluyen:

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

- Ideas, planes o acciones suicidas
- Primera experiencia de alucinaciones auditivas o visuales
- Sobredosis

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

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

¿Qué es una “emergencia de salud conductual” o una “crisis de salud conductual”?

¿Qué es una “emergencia de salud conductual” o una “crisis de salud conductual”?

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

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

Las personas obtienen mejores resultados de salud cuando se ponen en contacto con la atención sanitaria PRONTO. Cualquier persona puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear con estos recursos en cualquier momento y por cualquier motivo. Una crisis la define el individuo y cada uno de nosotros puede experimentar distintos niveles de estrés. Anime a la gente a llamar y a no esperar.

Si tiene una crisis o una emergencia de salud conductual:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame, envíe un mensaje de texto o de chat al **988**, la línea de ayuda en caso de crisis o suicidio, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero en crisis capacitado. La línea es un servicio

nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas con crisis suicida o con angustia emocional.

- O bien, llame o envíe un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o personalmente a través de los equipos móviles de crisis que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.
- Llame al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan ha sido informado de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general dentro de las siguientes 48 horas. El dorso de su tarjeta de membresía al plan tiene números de teléfono importantes para comunicarse con nosotros, obtener atención de salud conductual y saber qué hacer cuando necesita atención de emergencia.
- No necesita obtener primero la aprobación o la derivación de su PCP.

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

WellSense Health Plan comprende que el trastorno por consumo de sustancias, al igual que otras afecciones crónicas, requiere acceso a ayuda inmediata y que esta atención es fundamental para la recuperación.

- Si es un miembro de WellSense Health Plan que lucha contra el abuso de sustancias y necesita atención de urgencia, comuníquese con Carelon las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 855-834-5655 (TTY: 866-727-9441). Las llamadas a estos números son gratuitas y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si está experimentando una crisis de consumo de sustancias o una emergencia, **obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.
- O bien, llame, envíe un mensaje de texto o de chat al **988**, la línea de ayuda en caso de crisis o suicidio, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero en crisis capacitado. La línea es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas con crisis suicida o con angustia emocional.
- O bien, llame o mande un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto

o personalmente a través de los equipos móviles de crisis que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

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

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando necesita servicios de urgencia después del horario normal de atención?

Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad médica, lesión o afección imprevista que no es de emergencia pero que requiere atención médica inmediata para evitar que empeore la salud debido a síntomas que una persona razonable consideraría que no son una emergencia pero que requieren atención médica. Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles y no es razonable esperar para obtener atención de un proveedor de la red, pagaremos el o los servicios cubiertos que se le presten.

Primero, debe llamar al consultorio de su PCP y seguir las instrucciones que le den. También puede llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería, que puede responder preguntas a toda hora y podría ahorrarle una visita a la sala de emergencias o la sala de atención de urgencia. Consulte la sección 2.5 (*Cómo comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería*) para ver la información de contacto.

Si no puede ver a su PCP, puede dirigirse a un Centro de atención de urgencias. También se denominan proveedores de "atención sin turno" o "atención por guardia". Pueden atenderlo en caso de lesiones o enfermedades para las que se requiere la atención inmediata, pero que no son tan graves como para que se necesite acudir a la sala de emergencias.

Si tiene preguntas de salud conductual después del horario de atención, llame a Carelon las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 855-834-5655. TTY: 866-727-9441.

¿Qué ocurre si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

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

Capítulo 4: Servicios cubiertos

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

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

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

Acerca de los servicios cubiertos:

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

- Usted no paga nada, excepto los copagos aplicables, por los servicios cubiertos que se describen en el Cuadro de Beneficios siempre y cuando siga las reglas del plan que se describen en este manual. Actualmente, usted es el único responsable del copago de sus medicamentos con receta cubiertos.
- Los beneficios de Medicaid de New Hampshire pueden cambiar con el tiempo. Se le notificará si hay cambios.

Si tiene alguna pregunta acerca de los servicios cubiertos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 4.2 Cuadro de beneficios

Servicios cubiertos por el plan

Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal

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

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de aborto

El plan cubre servicios de aborto solo en los siguientes casos:

Antes de las 24 semanas de gestación:

- Si el embarazo es el resultado de una violación o incesto.
- En caso de que una mujer tenga un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física (incluidas afecciones que amenacen la vida causadas por el mismo embarazo o que surjan como resultado de este) que un cirujano certifique que podrían poner a la mujer en peligro de muerte a menos que se realice un aborto.

A las 24 semanas de gestación o después:

- En el caso de una emergencia médica ("emergencia médica" se refiere a abarcar riesgos significativos para la salud, es decir, aquellas circunstancias en las que la vida de una mujer embarazada o una función corporal importante se ve amenazada).

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios comunitarios de reinserción para adultos

El plan cubre servicios para ayudar a adultos de 18 años o más que se preparan para salir de ciertos centros penitenciarios de New Hampshire. Este programa ofrece servicios de atención médica por **45 días antes de la liberación** y sigue brindando ayuda después de la liberación si usted califica.

Los servicios cubiertos incluyen:

Antes de la liberación

Este programa trabaja con su plan de salud para proporcionar:

- Visitas virtuales de atención médica y pruebas de detección de salud
- Servicios de apoyo de pares en persona y virtuales
- Tratamiento para abstinencia por consumo de sustancias
- Programación de citas médicas para después de la liberación

Después de la liberación

El programa continúa ayudando al brindar:

- Un suministro para 30 días de medicamentos al momento de la liberación

Servicios extendidos para aquellos que califican

- **Cobertura de atención médica continuada:** Si aún califica para Medicaid, puede seguir recibiendo atención.
- **Apoyo adicional:** Usted puede obtener apoyo del plan de salud por 12 meses más después del mes en que sea liberado.
- **Servicios de reinserción adicionales:** Si estuvo en cuidado de acogida, también podría calificar para servicios de reinserción tanto para adultos como para jóvenes y adultos jóvenes hasta los 26 años. *(Los servicios de reinserción para jóvenes y adultos jóvenes se explican por separado.)*

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios médicos de día para adultos

El plan cubre servicios prestados por proveedores licenciados de atención médica de día para adultos. Los servicios se proporcionan para adultos de 18 años y más que viven en una situación de vida independiente.

Servicios cubiertos por el plan

Los participantes deben necesitar servicios de atención médica diurna durante un mínimo de cuatro (4) horas por día de forma regular, pero los servicios no están cubiertos por más de 12 horas por día regularmente.

Los servicios cubiertos incluyen:

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

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol

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

Exámenes y tratamientos para alergias

El plan cubre pruebas de alergias cuando existen síntomas significativos y la terapia convencional no ha funcionado. Las pruebas de alergias se centran en determinar qué alérgenos causan una reacción particular y cuál es el grado de la reacción, y proporcionan información sobre las opciones de tratamiento.

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

Si se identifica un alérgeno, el tratamiento cubierto para la alergia incluye medicamentos e inmunoterapia

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de ambulancia: emergencia

El plan cubre servicios de ambulancia cuando usted tiene una afección médica de emergencia

Servicios cubiertos por el plan

y cuando otras formas de transporte podrían poner en riesgo su salud o su vida.

Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen:

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

Los servicios de ambulancia de emergencia lo llevarán al centro más cercano que pueda proporcionarle la atención adecuada.

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

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de ambulancia: no emergencia

El plan cubre servicios de ambulancia que no sean de emergencia para citas de servicios cubiertos por Medicaid que estén cubiertos por el plan cuando otras formas de transporte podrían poner en riesgo su salud y su seguridad.

Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen:

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

Los servicios se administran a través de nuestra línea de transporte de WellSense Health Plan. Puede comunicarse con nosotros al **1-844-909-7433** o al **1-844-909-RIDE**, para miembros con deficiencias auditivas, llame al 711. Vea la introducción para obtener más información sobre cómo funciona este beneficio de transporte que no es de emergencia.

Usted o el proveedor que los solicita debe obtener autorización previa de la línea de transporte de WellSense Health Plan para servicios de ambulancia que no son de emergencia.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Anestesia

Servicios cubiertos por el plan

Consulte los *servicios de médicos, asistentes médicos y enfermeras registradas de práctica avanzada* en este Cuadro de beneficios.

Servicios de audiólogos

El plan cubre pruebas de audición y evaluaciones de audífonos para determinar si se necesita un audífono. Las evaluaciones o consultas de audífonos realizadas por un audiólogo están limitadas a una cada 24 meses para miembros mayores de 21 años y según sea necesario para miembros menores de 21 años.

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

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Cirugía bariátrica (cirugía de pérdida de peso)

El plan cubre diversos procedimientos quirúrgicos bariátricos para tratar la obesidad.

Para calificar, una persona debe tener un índice de masa corporal (IMC) de más de 35 y una obesidad grave relacionada con una afección médica, como diabetes, apnea del sueño, presión arterial alta o enfermedad cardíaca.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de salud conductual

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

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

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

Medición de la masa ósea

El plan cubre algunos procedimientos de medida de la masa ósea.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)

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

Las pruebas de detección prestadas por un proveedor de la red no requieren autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)

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

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Visita para reducción del riesgo de enfermedad cardíaca (del corazón) (terapia para la enfermedad cardíaca)

El plan cubre consultas con su PCP como parte de un esfuerzo para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedad cardíaca.

Durante esta visita, su médico puede hacer lo siguiente:

- Hablar con usted sobre el consumo de aspirina
- Controlar su presión arterial
- Darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo adecuadamente

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Pruebas de enfermedad cardiovascular (corazón y vasos sanguíneos)

El plan cubre análisis de sangre para detectar cardiopatías (corazón y vasos sanguíneos) y enfermedades relacionadas.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Examen de detección de cáncer cervical y vaginal

Servicios cubiertos por el plan

El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos para mujeres, según lo indicado por un médico u otro profesional de atención médica con licencia.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Quimioterapia

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

Los servicios de quimioterapia cubiertos incluyen:

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

Se podría requerir autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Prueba de detección de cáncer colorrectal

El plan cubre los siguientes servicios de detección preventiva para miembros de 45 a 75 años.

- Prueba de sangre oculta en heces (prueba de guayacol)
- Prueba inmunoquímica fecal
- Examen con enema de bario
- Sigmoidoscopia flexible
- Colonoscopia de detección

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de un centro de salud comunitario

El plan cubre servicios prestados por un centro de salud comunitario.

Los servicios pueden incluir lo siguiente:

- Visitas al consultorio para servicios de atención primaria y salud conductual
 - Visitas obstétricas o ginecológicas (OB/GIN)
-

Servicios cubiertos por el plan

- Educación de salud
- Servicios médicos sociales
- Servicios de nutrición, incluida la capacitación para el automanejo de la diabetes y la terapia de nutrición médica
- Servicios para dejar el tabaco
- Vacunas, excepto vacunas para viajes fuera del país

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Asesoramiento para dejar de fumar, consumir tabaco u otro tipo de nicotina

El plan cubre el asesoramiento o entrenamiento para ayudar a dejar de fumar, consumir tabaco u otro tipo de nicotina. (Consulte también "Servicios de tratamiento del consumo de tabaco y nicotina" en el Cuadro de beneficios).

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios dentales y de salud oral

Este plan no cubre servicios dentales (odontología) ni servicios de salud oral. Sin embargo, ciertos servicios dentales se coordinan a través de Medicaid de New Hampshire o de su plan de atención dental administrada, de la siguiente manera:

- Para los miembros menores de 21 años, los servicios dentales integrales se coordinan a través de Medicaid de New Hampshire, siempre y cuando el proveedor esté inscrito en Medicaid de New Hampshire.
Si desea más información sobre los beneficios dentales para miembros menores de 21 años, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Medicaid de New Hampshire. Consulte la sección 2.11 (Cómo comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS).
 - El plan cubre servicios de esmalte de fluoruro para algunos miembros. Consulte Esmalte de fluoruro en este Cuadro de beneficios.
 - Para los miembros mayores de 21 años, los servicios de salud dental y oral cubiertos, y el transporte relacionado se coordinan a través del plan de atención dental administrada del estado, Delta Dental of New Hampshire en asociación con DentaQuest.
-

Servicios cubiertos por el plan

Si desea más información sobre la prestación dental para adultos, llame gratis a Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-844-583-6151** (acceso al servicio de retransmisión de TDD: 1-800-466-7566), de lunes a miércoles, desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. (hora del Este) y los jueves y viernes desde las 8 a. m. hasta las 5 p. m. (hora del Este).

Detección de la depresión

El plan cubre la prueba de detección de la depresión para niños y adultos.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Insumos y capacitación para diabéticos

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

- Los suministros para controlar sus niveles de glucosa en sangre incluyen:
 - Dispositivo de control de glucosa en sangre
 - Tiras reactivas para pruebas de glucosa en sangre
 - Dispositivos para lancetas y lancetas
 - Soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los monitores
- Accesorios y prestación de calzado terapéutico a medida o de profundidad si tiene enfermedad de pie diabético grave.
- La educación preventiva para la diabetes es una intervención de cambio de comportamiento de la salud, que proporciona capacitación práctica para realizar cambios en la alimentación a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Northwood, Inc. administra los servicios de suministros para diabéticos proporcionados o dispensados por un proveedor de equipos médicos duraderos en nombre del plan. Comuníquese con Northwood, Inc. al 1-877-957-1300, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con deficiencias auditivas deben llamar al 711. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este.

El proveedor de equipo médico duradero, prótesis, órtesis e insumos (DMEPOS) que solicita debe obtener autorización previa de Northwood, Inc. para todos los suministros para diabéticos, medidores de glucosa en sangre e insumos que sean productos de marca de más de \$500.

Servicios cubiertos por el plan

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

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

El plan cubre los siguientes servicios:

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

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

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

El plan cubre equipo médico duradero (DME) que incluye artículos que son:

- no desechables y capaces de soportar el uso reiterado;
- usados principalmente para servir un propósito médico para el tratamiento de una afección médica, enfermedad o lesión aguda o crónica médicamente diagnosticada;
- no útiles para una persona en ausencia de una afección médica, enfermedad o lesión aguda o crónica médicamente diagnosticada.
- Algunos ejemplos de DME con cobertura incluyen:
 - Sillas de ruedas
 - Muletas
 - Camas de hospital
 - Equipamiento de monitoreo
 - Camas especiales
 - Bastones
 - Tapas de inodoro

Servicios cubiertos por el plan

- Nebulizadores
- Equipo de oxígeno
- Bombas de infusión intravenosas
- Andadores
- Dispositivos de generación del habla (dispositivos AAC [aumentativos y alternativos de comunicación])
- Cualquier otro DME médicamente necesario

La reparación, el ajuste o la sustitución de piezas y accesorios están cubiertos para el funcionamiento normal y eficaz del equipo.

Los beneficios están disponibles para reparaciones necesarias y mantenimiento de equipos adquiridos, a menos que la garantía del fabricante o un contrato de compra cubra dichas reparaciones y mantenimiento.

Hay beneficios disponibles para reemplazo de equipos cuando el reemplazo es más rentable que la reparación.

Para equipos que estaban en uso antes de que el usuario se afiliara en el plan, estas políticas de reparación se aplicarán si el plan de salud considera que el equipo es médicamente necesario.

Los beneficios de reparación, mantenimiento o reemplazo de equipos de alquiler no califican para cobertura. El precio de alquiler incluye los gastos en los que incurra el proveedor para mantener el equipo en funcionamiento.

La reparación o el reemplazo de equipos daños por negligencia del paciente, robo, abuso o cuando otra fuente de cobertura disponible es una opción (p. ej., seguro para propietarios de vivienda, alquiler, automóvil, a terceros, etc.) no califica para cobertura. Las solicitudes de reemplazo o modificación de dispositivos se revisarán según cada caso.

La capacitación sobre los equipos no se cubre por separado, ya que se incluye en el costo del dispositivo.

Northwood, Inc. administra todos los servicios relacionados con equipo médico duradero proporcionados por proveedores de equipo médico duradero, prótesis, órtesis e insumos (DMEPOS) para el plan.

Comuníquese con Northwood, Inc. al 1-877-957-1300, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con deficiencias auditivas deben llamar al 711. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este.

Servicios cubiertos por el plan

El proveedor de equipo médico duradero, prótesis, órtesis e insumos (DMEPOS) que solicita debe obtener autorización previa de Northwood, Inc. para todos los equipos médicos duraderos de más de \$500.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

El plan cubre los servicios EPSDT para los miembros que tengan menos de 21 años, incluido el análisis conductual aplicado (ABA) para los miembros que hayan recibido el diagnóstico de autismo.

El beneficio de EPSDT es un beneficio de salud integral que ayuda a que los niños satisfagan sus necesidades de salud y desarrollo. Los beneficios incluyen servicios de detección médica, dental, de la vista y de la audición adecuados para la edad en momentos específicos, comúnmente denominados controles de niño sano, y cuando surgen o se sospecha la existencia de problemas de salud. Además de las pruebas de detección, los servicios de EPSDT incluyen todos los servicios de diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios para corregir o mejorar una enfermedad o afección física o mental de un niño. Esto es particularmente importante para niños con necesidades especiales de atención médica y discapacidades.

Las pruebas de detección de EPSDT no requieren autorización previa del plan. Sin embargo, algunos servicios de tratamiento requieren una autorización previa del plan que el proveedor que solicita debe obtener.

Para obtener más información o información sobre servicios de tratamiento especializado, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros del plan para obtener más información. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Atención médica de emergencia

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

- un riesgo grave para su salud o la salud de su bebé en gestación;
 - un daño grave a las funciones del organismo;
 - falla grave de un órgano o de una parte del cuerpo; o
-

Servicios cubiertos por el plan

- En el caso de embarazadas que tienen contracciones:
 - no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto; o
 - el traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para su bebé en gestación.

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

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

No se requiere autorización previa del plan para recibir atención médica de emergencia dentro y fuera de la red. Sin embargo, se requiere autorización previa del plan para recibir atención como paciente internado en un hospital fuera de la red luego de estabilizar su atención.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de planificación familiar

Puede elegir cualquier médico, clínica, centro de salud comunitario, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar dentro o fuera de la red que participe en Medicaid de New Hampshire. Los servicios de planificación familiar no requieren una derivación.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Examen de planificación familiar y tratamiento médico.
 - Pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar.
 - Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU [dispositivo intrauterino], inyecciones o implantes).
 - Materiales de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma o capuchón).
 - Asesoría y pruebas para ITS (infecciones de transmisión sexual), sida y otras afecciones relacionadas con el VIH cuando se hacen como parte de una visita de planificación familiar inicial, regular o de seguimiento.
-

Servicios cubiertos por el plan

- El tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH, está sujeto a los requisitos descritos en *Servicios médicos* en este Cuadro de Beneficios.
- Esterilización voluntaria. Usted debe tener 21 años o más, ser mentalmente competente y debe firmar un formulario de consentimiento para esterilización. Deben transcurrir entre la fecha en que firme el formulario y la fecha de la cirugía por lo menos 30 días, pero no más de 180 días.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Esmalte de fluoruro

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

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Cirugía de reasignación de género

El plan cubre servicios de reasignación de género

Los servicios cubiertos incluyen:

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

Este plan no cubre procedimientos cosméticos.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de habilitación

El plan cubre servicios de atención médica que ayudan a niños y adultos a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios incluyen terapias ocupacional, física y del habla y otros Servicios para Miembros con discapacidades en diversos centros para pacientes ambulatorios. Algunos ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o habla a la edad esperada y terapia para un adulto con el fin de mantener el tono muscular.

El plan cubre servicios de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST), que están limitados a 20 visitas por año de beneficios para cada tipo de terapia. Los límites a los beneficios se comparten entre los beneficios de los servicios de habilitación y los servicios de rehabilitación de pacientes ambulatorios.

Los servicios pueden prestarse en su hogar, en el consultorio del terapeuta, en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro de rehabilitación.

Se necesita que el plan le brinde autorización previa para los servicios que superen el límite del beneficio de 20 visitas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de la audición, incluidos audífonos

El plan cubre pruebas de la audición cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado de la red.

El plan cubre lo siguiente:

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

Servicios cubiertos por el plan

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

No se requiere autorización previa del plan para exámenes de la audición prestados por un proveedor de la red; puede ser necesaria para audífonos, reparaciones y sustituciones, pero sí se requiere autorización previa para audífonos implantados quirúrgicamente.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Prueba de detección de hepatitis B

El plan cubre pruebas de detección de hepatitis B para adolescentes y adultos cuando los indica y proporciona el PCP en un consultorio.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

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

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

- Riesgo alto de infección con el virus de la hepatitis C, incluso haber recibido una transfusión de sangre antes de 1992.
- Una única prueba de detección para adultos nacidos entre 1945 y 1965.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Pruebas de detección del VIH

El plan cubre pruebas de detección de VIH y pruebas relacionadas para adolescentes y adultos cuando los indica y proporciona el PCP en un consultorio.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de atención médica en el hogar

El plan cubre servicios prestados por una agencia de salud en el hogar, incluso:

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

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios terapéuticos de infusión en el hogar

El plan cubre servicios terapéuticos de infusión en el hogar que incluyen la administración de nutrientes, antibióticos y otros medicamentos o fluidos por vía intravenosa (IV). Los servicios cubiertos incluyen servicios de profesionales, insumos médicos y equipos médicamente necesarios.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Atención en un centro de cuidados paliativos

El plan cubre servicios de cuidados paliativos que sean razonables y necesarios para aliviar o disminuir los síntomas de una enfermedad terminal, incluso afecciones y complicaciones relacionadas. Usted tiene derecho a optar por recibir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que está en la fase terminal de su enfermedad. Esto quiere decir que tiene una afección médica que hace que su expectativa de vida sea de 6 meses o menos, si la enfermedad sigue su evolución natural.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Atención de enfermería
 - Servicios médicos sociales
 - Servicios médicos prestados por el médico del centro de cuidados paliativos o el PCP del miembro
 - Servicios de consejería, que incluyen consejería de alimentación
-

Servicios cubiertos por el plan

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

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Histerectomía

El plan cubre una histerectomía, que es la extirpación quirúrgica del útero. El plan no cubre procedimientos de histerectomía cuando se realizan con la esterilización como único fin.

De acuerdo con la normativa federal, se debe firmar un formulario de consentimiento para histerectomía, que debe incluir el reconocimiento por escrito de que recibió información tanto oralmente como de forma escrita respecto a que la histerectomía podría impedir que se reproduzca de modo permanente.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Vacunas

El plan cubre determinadas vacunas (se aplican restricciones según la edad), que incluyen:

- Vacuna contra la neumonía (neumocócica)
-

Servicios cubiertos por el plan

- Vacunas contra la gripe (influenza)
- Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B
- Vacunas para la infancia y la adolescencia
- Vacuna contra el herpes (herpes zóster)
- Virus del papiloma humano (VPH)

La cobertura de vacunas no incluye vacunas que se exigen o recomiendan para viajar fuera del país.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios para la infertilidad

Los servicios de infertilidad que cubre el plan se limitan a determinar la causa y el tratamiento de las afecciones médicas que provocan la infertilidad.

Se requiere autorización previa del plan para determinados servicios como cirugía o algunos procedimientos diagnósticos prestados por un proveedor de la red.

Servicios para pacientes hospitalizados, que incluyen servicios de rehabilitación aguda

El plan cubre servicios para pacientes hospitalizados, que incluyen:

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

Servicios cubiertos por el plan

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

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

- Servicios de salud mental para pacientes internados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda*
- Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes hospitalizados*

*Se aplican determinadas reglas especiales de cobertura para algunas estadías como paciente internado. Si usted tiene entre 21 y 64 años, comuníquese con Servicios para Miembros para saber si cumple con los requisitos de cobertura.

No hay un límite de por vida para la cantidad de días que un miembro puede estar internado en un centro de atención de la salud mental.

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

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

Carelon administra los servicios para el plan. Para obtener más información o solicitar una autorización previa, llame a la línea de Servicios para Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número 855-834-5655 (TTY: 866-727-9441).

Se requiere autorización previa del plan excepto para trastornos por consumo de sustancias y admisiones de emergencia.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de laboratorio

El plan cubre servicios de laboratorio cuando los indica un médico u otro profesional de atención médica con licencia para hacerlo.

Se requiere autorización previa únicamente para pruebas genéticas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de consulta sobre maternidad y lactancia

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

Las consultas sobre lactancia y los servicios de apoyo están cubiertos por el plan cuando se prestan en el consultorio de un proveedor, en el hogar, en un hospital, en un centro de enfermería o en cualquier otro lugar para las mujeres miembros en periodo de lactancia (o lactantes) que reúnan los requisitos. Los servicios incluyen:

- Educación sobre lactancia materna
- Consultas individuales y en grupo sobre lactancia

Además, hay servicios de maternidad adicionales relacionados que están disponibles a través de programas de visitas en el hogar de NH y de Servicios de apoyo familiar integral. Para obtener información sobre estos programas, llame gratuitamente al Departamento de Salud Pública de NH al **1-800-852-3345**, ext. 14501 (acceso al servicio de retransmisión de TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. (hora del Este).

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Suministros médicos

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

Los suministros médicos incluyen lo siguiente:

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

Se necesita autorización previa del plan para los servicios de suministros médicos.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Terapia de nutrición médica

Este beneficio es para pacientes con diabetes, con enfermedad renal (riñón) (pero que no se realizan diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico o cuando el miembro no pueda cumplir con los requisitos nutricionales diarios usando únicamente alimentos tradicionales debido a una lesión o enfermedad. Este beneficio también incluye cobertura para niños con necesidades o afecciones médicas especiales, como bajo peso al nacer, parto prematuro, malabsorción u otra afección médica que tenga impacto nutricional. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden cada año, si usted necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.

No se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de salud mental

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

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

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

Pruebas de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso

El plan cubre pruebas de detección de obesidad y terapia para ayudarlo a perder peso. Hable con su médico para averiguar más al respecto.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de terapia ocupacional

Consulte *Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje)* en este Cuadro de beneficios.

Trasplante de órganos y tejidos

El plan cubre los siguientes trasplantes de órganos y tejidos:

- Trasplante renal
-

Servicios cubiertos por el plan

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

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

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Dispositivos ortopédicos

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

- proteger contra una lesión
- apoyar una parte débil o deformada del cuerpo; o
- prevenir o corregir una deformidad o malfuncionamiento físico.

Los dispositivos ortopédicos incluyen:

- Aparatos ortopédicos para la columna vertebral en casos de escoliosis
- Aparatos ortopédicos para las piernas
- Aparatos ortopédicos para las manos
- Aparatos ortopédicos para los pies y el calzado están cubiertos para miembros con diabetes, enfermedad vascular periférica o afecciones de trastornos metabólicos, neurológicos o problemas patológicos de los pies debido a enfermedades localizadas, lesiones o síntomas relacionado con el pie

Northwood, Inc. administra los servicios para el plan.

Comuníquese con Northwood, Inc. al 1-877-957-1300, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con deficiencias auditivas deben llamar al 711. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a

Servicios cubiertos por el plan

8 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este.

El proveedor de equipo médico duradero, prótesis, órtesis e insumos (DMEPOS) que solicita debe obtener autorización previa de Northwood, Inc. para todos los equipos médicos duraderos de más de \$500.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios para la salud mental para pacientes ambulatorios

El plan cubre servicios de salud mental para pacientes ambulatorios prestados por un centro de salud mental comunitario, psiquiatra, enfermera psiquiátrica registrada de práctica avanzada (APRN), proveedor de terapia para la salud mental, psicólogo, proveedor de psicoterapia con licencia, centro de salud comunitario, centro de salud calificado a nivel federal (FQHC), centro de salud rural (RHC) y centros de salud mental para pacientes ambulatorios.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Visitas de medicamentos
- Terapia grupal, individual y familiar
- Evaluaciones de diagnóstico
- Programa de hospitalización parcial (PHP)
- Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP)
- Servicios de psicoterapia y psiquiátricos de emergencia*
- Terapia electroconvulsiva (ECT)
- Estimulación magnética transcraneal
- Intervención ante crisis y servicios posteriores a la estabilización relacionados*
- Servicios individualizados orientados a la resiliencia y la recuperación (IROS)
- Servicios de administración de casos, que incluyen Tratamiento asertivo en la comunidad (ACT)
- Pruebas psicológicas

*Algunos servicios de salud mental de intervención ante crisis, servicios de estabilización relacionados posteriores a la intervención, y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando son prestados por los equipos de respuesta rápida del centro de salud mental de la comunidad. Para obtener más información, consulte la sección 4.4 (*Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan*).

Si está experimentando una crisis de salud mental o por consumo de sustancias:

Servicios cubiertos por el plan

Llame al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.

O bien, llame, envíe un mensaje de texto o de chat al **988**, la línea de ayuda en caso de crisis o suicidio, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero en crisis capacitado. La línea es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas con crisis suicida o con angustia emocional.

O bien, llame o envíe un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o personalmente. No necesita obtener primero la aprobación o la derivación de su PCP.

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

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

Carelon administra los servicios para el plan. Para obtener más información o solicitar una autorización previa, llame a la línea de Servicios para Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número 855-834-5655 (TTY: 866-727-9441).

Se necesita autorización previa de Carelon cuando se superan las 18 visitas ambulatorias para miembros mayores de 18 años; o cuando se superan las 24 visitas ambulatorias para miembros menores de 18 años con un proveedor de salud conductual dentro de la red.

No se requiere autorización previa del plan, excepto para pruebas neuropsicológicas, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal y servicios de salud mental proporcionados en un programa diurno.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

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

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, que incluyen servicios de observación o cirugía ambulatoria
 - Exámenes de laboratorio y diagnóstico proporcionados por el hospital
 - Radiografías y otros servicios radiológicos prestados por el hospital
 - Radioterapia, incluso servicios de técnicos, materiales y suministros
 - Algunos servicios de exámenes de detección y preventivos
-

Servicios cubiertos por el plan

- Algunos medicamentos que no pueda administrarse usted mismo
- Suministros quirúrgicos, como apósitos
- Materiales para yesos
- Administración de productos sanguíneos
- Infusiones intravenosas (IV)

Se requiere autorización previa para determinados servicios, incluidas las cirugías para pacientes ambulatorios y algunos exámenes de diagnóstico.

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

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

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

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

Se necesita que el plan le brinde autorización previa para los servicios que superen el límite del beneficio de 20 visitas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Cirugía ambulatoria

El plan cubre cirugías de paciente ambulatorio realizadas en centros ambulatorios de un hospital y centros quirúrgicos ambulatorios.

Puede ser necesaria la autorización previa para algunos procedimientos. Puede consultar la Matriz de autorización previa para ver una lista de servicios que requieren autorización previa si ingresa a wellsense.org/providers.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Equipo para terapia respiratoria y administración de oxígeno

Servicios cubiertos por el plan

El plan cubre equipos de oxígeno, que incluyen sistemas de oxígeno, reposición de oxígeno y alquiler de equipos para terapia de administración de oxígeno.

El plan también cubre equipos respiratorios, que incluyen máquinas CPAP, máquinas BiPAP y respiradores artificiales.

El oxígeno proporcionado por un proveedor de la red no requiere autorización previa del plan.

Se requiere autorización previa del plan para los equipos de terapia respiratoria.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de asistente de atención personal

El plan cubre servicios de asistencia de atención personal para ayudar con actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria. Para calificar para este servicio, debe tener 18 años o más, requerir el uso de una silla de ruedas y ser capaz de dirigir personalmente su cuidado.

Los servicios incluyen asistencia con:

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

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de fisioterapia

Consulte *Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje)* en este Cuadro de beneficios.

Servicios cubiertos por el plan

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

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

- Servicios de diagnóstico y tratamiento, servicios preventivos y servicios quirúrgicos (incluso anestesia); que se prestan en un consultorio u otro centro ambulatorio, centro de enfermería o en su hogar:
- Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista, que incluye un obstetra o ginecólogo (OB/GIN), ya sea en persona o a través de servicios de telemedicina
- Segunda opinión por parte de un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red (con autorización previa), por ejemplo, antes de que se realice un procedimiento médico o quirúrgico
- Visitas de pacientes hospitalizados para días de estadía para atención aguda
- Servicios de laboratorio y radiología
- Evaluación y tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ)
- Manejo del dolor
- Anestesia como parte del plan de tratamiento dental de un niño

Vea también la cobertura adicional para servicios específicos del plan.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de podología

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

Los servicios incluyen:

- Atención de los pies de rutina (recorte de uñas cuando su PCP determina que usted necesita el servicio y puede indicarle un podiatra)
 - Prevención y reducción de callosidades, callos y verrugas mediante corte o medios quirúrgicos
-

Servicios cubiertos por el plan

- Colocación de yeso, vendajes o cintas cuando lo realiza un podiatra para el tratamiento de fracturas, dislocaciones, esguinces, desgarros y heridas abiertas del tobillo, pie y los dedos de los pies

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Medicamentos recetados

El plan cubre medicamentos con receta (y medicamentos de venta libre con receta) incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan y aprobados por el Centro de Servicio al Cliente del NH DHHS. Es posible que se apliquen restricciones y reglas para la cobertura de medicamentos.

Copago de farmacia minorista

- \$1 de copago para suministro de hasta 30 días
- \$1 de copago para un medicamento con receta que no está identificado como medicamento preferido o no preferido.
- \$2 de copago para cada medicamento con receta no preferido (si el médico que receta determina que un medicamento preferido será menos eficaz o tendrá efectos adversos para el miembro, el copago del medicamento no preferido será de \$1.00)

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

- \$1 de copago para suministro de 90 días
- \$1 de copago para un medicamento con receta que no está identificado como medicamento preferido o no preferido.
- \$0 de copago para productos de planificación familiar o para recetas de Clozaril® (clozapina) o productos para dejar el tabaco o la nicotina

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

Express Scripts administra los servicios para medicamentos con receta y Cornerstone Health Solutions administra los servicios de pedidos por correo para el plan.

Consulte la sección 2.8 (*Cómo solicitar servicios de farmacia*) para obtener información de contacto, o puede comunicarse con Express Scripts al 877-957-1300, o al 711 para personas con deficiencias auditivas, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios enfermería privada

El plan cubre servicios de enfermería privada prestados por una enfermera registrada (RN) o enfermera de práctica médica con licencia (LPN). Los miembros que califican para estos Servicios para Miembros requieren observación, juicio, evaluación o intervenciones de enfermería profesional continua durante más de 2 horas para mantener o mejorar el estado de salud del miembro.

El primer paso en el proceso de aprobación es una orden escrita de un médico o enfermera registrada de práctica avanzada, que incluya un plan de atención por escrito donde se describa por qué son médicamente necesarios los servicios de enfermería privada para el miembro. La agencia que presta los servicios de enfermería privada debe presentar documentación de respaldo que demuestre el nivel de habilidad y las necesidades continuas del miembro.

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Exámenes de detección de cáncer de próstata

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

- Examen rectal digital
- Prueba de antígeno prostático específico (PSA)

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Dispositivos protésicos y suministros relacionados

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

Las prótesis y los suministros relacionados cubiertos incluyen:

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

Servicios cubiertos por el plan

- Laringes artificiales

El proveedor de equipo médico duradero, prótesis, órtesis e insumos (DMEPOS) que solicita debe obtener autorización previa del plan para todos los dispositivos protésicos y suministros relacionados que cuesten más de \$500.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de rehabilitación pulmonar

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

Se requiere autorización previa del plan.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)

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

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

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

Además de las pruebas de detección de VIH y hepatitis B (que se analizan en otra sección de este Cuadro de beneficios), el plan cubre pruebas de detección de clamidia, gonorrea y sífilis. El plan también cubre sesiones de consejería conductual intensiva relacionada.

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de patologías del habla y del lenguaje

Consulte *Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje)* en este Cuadro de beneficios.

Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD)

El plan cubre servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias prestados por un centro de salud mental comunitario, un centro de salud comunitario, un centro de salud calificados a nivel federal (FQHC), un centro de salud rural (RHC), un proveedor de salud mental, un hospital de atención aguda, un hospital psiquiátrico, un terapeuta con licencia de maestría en alcohol y drogas (MLADC), un terapeuta con licencia en alcohol y drogas (LADC), un psiquiatra, una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) de psiquiatría, un médico, un trabajador de apoyo de recuperación certificado, centros de tratamiento y rehabilitación residenciales, clínicas de metadona/programas de tratamiento con opiáceos y programas de recuperación entre pares.

Los servicios cubiertos pueden incluir:

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

*Algunos servicios de intervención ante crisis por consumo de sustancias, servicios de estabilización relacionados posteriores a la intervención, y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando son prestados por

Servicios cubiertos por el plan

los equipos de respuesta rápida del centro de salud mental de la comunidad. Para obtener más información, consulte la sección 4.4 (*Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan*).

Si está experimentando una crisis de salud mental o por consumo de sustancias:

Llame al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.

O bien, llame, envíe un mensaje de texto o de chat al **988**, la línea de ayuda en caso de crisis o suicidio, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero en crisis capacitado. La línea es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas con crisis suicida o con angustia emocional.

O bien, llame o envíe un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o personalmente. No necesita obtener primero la aprobación o la derivación de su PCP.

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

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

Carelon administra los servicios para el plan. Para obtener más información o solicitar una autorización previa, llame a la línea de Servicios para Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número 855-834-5655 (TTY: 866-727-9441).

Es posible que se requiera autorización previa de Carelon.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Sunny Start

WellSense tiene un programa llamado "Sunny Start" disponible para todas las mujeres embarazadas. Para inscribirse en "Sunny Start", llame al **855-833-8119**.

Los servicios prestados incluyen:

- Ayuda para programar sus visitas al médico y el transporte a sus citas.
- Acceso a una enfermera registrada con experiencia en la atención a mujeres embarazadas y recién nacidos.
- Apoyo con la lactancia materna y otras ayudas posparto.
- Sillas de coche gratuitas, clases de preparación para el parto reembolsadas, una caja de pañales gratis y más.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de telemedicina

El plan cubre todas las modalidades de telemedicina, incluidos los servicios interactivos de audio y video, sólo audio u otros medios electrónicos para los servicios cubiertos por Medicaid cuando los servicios son prestados por los siguientes proveedores como método de prestación de servicios de atención médica:

- Médico o asistente médico
- Enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) o especialista en enfermería clínica
- Enfermera obstetra
- Enfermeras registradas empleadas por la agencia de atención médica en el hogar
- Psicólogo
- Profesional de la salud aliado (por ejemplo, técnico, asistente, terapeuta, tecnólogo)
- Dentista
- Profesional de la salud mental, lo que incluye al trabajador social clínico
- Proveedor comunitario de salud mental
- Profesional que trata el consumo de alcohol y otras drogas
- Dietista
- Analista del comportamiento con certificación de junta nacional

Los sitios elegibles donde los servicios de telemedicina interactiva en video pueden originarse o entregarse incluyen, entre otros, los siguientes sitios:

- Consultorio del médico
- Consultorio de profesionales de la salud aliados
- Consultorio de salud en el hogar
- Hospital
- Centro de enfermería especializada
- Centros de salud mental de la comunidad
- Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC)
- Centros de salud rurales (RHC)
- La casa del miembro
- Sitio de prestación de servicios del equipo de respuesta rápida*

*Algunos servicios de intervención ante crisis por consumo de sustancias, servicios de estabilización relacionados posteriores a la intervención, y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando son prestados por los equipos de respuesta rápida del centro de salud mental de la comunidad. Para obtener más información, consulte la sección 4.4 (*Beneficios de Medicaid de New Hampshire cubiertos fuera del plan*).

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de tratamiento del consumo de tabaco y nicotina

El plan cubre los servicios de asesoramiento, los productos para dejar el tabaco y la nicotina y los medicamentos.

El plan respalda los servicios de tratamiento por consumo de tabaco y nicotina de *QuitNowNH*, ya sea que fume, mastique, use rapé o vapee. Llame al número gratuito **1-800-QUIT-NOW** (1-800-784-8669) (acceso al servicio de mensajes TDD **1-800-833-1477**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana; o inicie sesión en www.QuitNowNH.org para adultos, y MYLIFEMYQUIT (nh.mylifemyquit.org y Text 36072) para niños de 13 a 17 años.

Los servicios de tratamiento del consumo de tabaco y nicotina cubiertos por el plan son ocho (8) sesiones de asesoramiento por intento de dejar de fumar con dos (2) intentos por miembro cada año cuando los proporciona su PCP u otro proveedor cualificado.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de transporte: transporte en ambulancia

Consulte *Servicios de ambulancia: emergencia* en este Cuadro de beneficios.

Consulte *Servicios de ambulancia: no emergencia* en este Cuadro de beneficios.

Servicios de transporte: transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

El plan cubre la asistencia para el transporte médico que no sea de emergencia si usted no puede pagar el costo del transporte a los consultorios y centros de los proveedores de la red (y proveedores fuera de la red con autorización previa) para recibir los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid de NH que figuran en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Los siguientes servicios se cubren a través de este beneficio:

- Ambulancia que no sea de emergencia cuando sea médicamente necesario.
 - Camioneta para silla de ruedas si lo certifica su proveedor (limitado a 24 viajes por año de beneficios).
 - Transporte público: incluye autobús y tren.
 - Transporte privado: reembolso por millaje cuando el conductor está previamente calificado. Vea la información en el cuadro de abajo para obtener más detalles.
 - Servicios de transporte a una cita médica con origen y destino en su residencia, incluidos los centros de enfermería u otros centros residenciales de tratamiento.
-

Servicios cubiertos por el plan

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

Entre las reglas del plan, se incluyen lo siguiente:

- Debe utilizar el programa de reembolso por millaje para familiares y amigos o el transporte público. Si no tiene estas opciones disponibles, se deben brindar los servicios de transporte de la red cuando se cumplan las reglas del plan.

Excepciones al programa de reembolso por millaje para familiares y amigos

- Debe utilizar el programa de reembolso por millaje para familiares y amigos si tiene un automóvil o, si un amigo o familiar tiene un automóvil y puede llevarlo para que reciba servicios médicamente necesarios.
- Si tiene un automóvil pero no desea inscribirse en el programa de familiares y amigos, debe cumplir uno (1) de los siguientes criterios para calificar para recibir servicios de transporte:
 - No tiene una licencia de conducir válida.
 - No cuenta con un vehículo en funcionamiento disponible en el hogar.
 - No puede trasladarse ni esperar que le brinden los servicios solo.
 - Tiene una limitación física, cognitiva, mental o del desarrollo.
- Si no tiene vehículo propio o disponible, debe usar el transporte público si cumple uno (1) de los siguientes criterios:
 - Vive a menos de media milla (800 m) de la ruta de un autobús.
 - Su proveedor se encuentra a menos de media milla (800 metros) de la ruta de un autobús.
 - Es adulto menor de sesenta y cinco (65) años.

Estas son las excepciones al requisito de uso del transporte público:

- Si tiene dos (2) o más hijos menores de seis (6) años que deben viajar con usted.
 - Si tiene uno (1) o más hijos mayores de seis (6) años con movilidad limitada que deben acompañarlo a la cita.
 - Si cumple con, al menos, una (1) de las siguientes condiciones:
 - Está embarazada o está dentro de las seis (6) semanas posparto.
 - Presenta una afección respiratoria moderada a severa con o sin dependencia de oxígeno.
 - Tiene movilidad limitada (usa caminador, bastón o silla de ruedas; o bien, es una persona amputada, entre otras circunstancias).
 - Padece deficiencia visual.
 - Tiene un retraso en el desarrollo.
 - Tiene un grado de enfermedad mental significativo e incapacitante.
-

Servicios cubiertos por el plan

- Otras excepciones, únicamente con aprobación del proveedor.

Coordinated Transportation Solutions, Inc. (CTS) administra los servicios de NEMT. Llame a esta línea gratuita directamente, al **1-844-909-7433** o al 711 para personas con deficiencias auditivas, para obtener información sobre los servicios de transporte médico que no es de emergencia.

Debe obtener autorización previa de Coordinated Transportation Solutions. Consulte la información del siguiente cuadro para conocer cómo reservar su transporte.

A continuación, se presenta una lista de los servicios que requieren autorización previa de Coordinated Transportation Solutions (CTS):

- Transportes en silla de ruedas si no hay registrado un formulario de nivel de necesidad
- Actualizaciones en los modos de transporte
- Transporte fuera del estado
- Transporte de larga distancia, a más de 100 millas (160 km) solo ida
- Transporte de alto costo
- Servicio de vida básico (Basic Life, BLS) y Servicio de vida avanzado (Advanced Life Service, ALS)
- Formulario de solicitud de ambulancia

Para programar el transporte a consultorios o centros de proveedores para los servicios que brinda directamente NH DHHS, llame gratuitamente a CTS al **1-844-909-7433**, de lunes a miércoles, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este), y jueves y viernes de 8 a. m. a 6 p. m. (hora del Este). Para obtener una lista de estos servicios, consulte la sección 4.4 (*Servicios de Medicaid de New Hampshire cubiertos por fuera del plan*).

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Atención necesaria de urgencia

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

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

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

Servicios cubiertos por el plan

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

Si necesita atención urgente, primero debe intentar obtenerla de un centro de atención de urgencia de la red o llamar a la Línea de atención de enfermería del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-866-763-4829 o consulte la sección 2.5 (*Cómo comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería del plan*). Siempre que sea posible, debe informarle a su PCP si recibe dicha atención.

Si necesita ayuda urgente debido a una crisis de salud mental o por consumo de

sustancias: llame, envíe un mensaje de texto o de chat al **988**, la línea de ayuda en caso de crisis o suicidio las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para comunicarse con un consejero en crisis capacitado. La línea es un servicio nacional que proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a las personas con crisis suicida o con angustia emocional.

O bien, llame o envíe un mensaje de texto de forma gratuita al Punto de acceso de respuesta rápida de NH (**1-833-710-6477**) en cualquier momento del día o de la noche. Los servicios de respuesta ante crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o personalmente a través de los equipos móviles de crisis que pueden reunirse con usted cuando y donde los necesite.

También puede llamar al 211 para ponerse en contacto con su Doorway local para recibir apoyo y servicios por abuso de sustancias en NH.

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

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

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de la vista, anteojos y cristales

El plan cubre los siguientes servicios:

- Servicios para el cuidado de los ojos prestados por un oftalmólogo, optometrista u óptico
- Un (1) examen de refracción del ojo para determinar la necesidad de anteojos cada 12 meses, como máximo
- Exámenes de los ojos para diagnosticar y monitorear afecciones médicas del ojo
- Un par de lentes de visión sencillos con armazón, como se indica a continuación:
 - Para miembros de 21 años y más, si el error de refracción es al menos más o menos 0.50 dioptrías, según el error de refracción que puede calcularse como un total combinado de errores esféricos y cilíndricos, en ambos ojos.
 - Para miembros menores 21 años, si el error de refracción es al menos más o menos 0.50 dioptrías, según el error de refracción que puede calcularse como un total combinado de errores esféricos y cilíndricos, en al menos un ojo.
- Un par de anteojos con lentes correctivos bifocales (o un par de anteojos con lentes correctivos para visión de cerca y un par de anteojos con lentes correctivos para visión de lejos) si existe un error de refracción de al menos 0.50 dioptrías para visión de cerca y de lejos.
- Lentes de transición para miembros con albinismo ocular.
- Lentes de contacto para patología ocular en casos donde la agudeza visual no es corregible a 20/70 o mejor sin lentes de contacto, o cuando se requieren para corregir afaquia o para tratar enfermedades de la córnea.
- Reemplazo de partes de componentes de anteojos debido a rotura o daño, sujeto a todo lo siguiente:
 - Los reemplazos pueden ser de un lente, ambos lentes, solo el armazón o un par completo de lentes correctivos.
 - Cada parte componente o par completo de lentes correctivos solo se puede reemplazar una vez en un período de 12 meses.
 - Cuando el miembro tiene dos (2) pares de anteojos en lugar de tener lentes bifocales, cada par de anteojos califica para el reemplazo.
- Solo un reemplazo de anteojos perdidos de por vida para miembros menores de 21 años.
- Lentes trifocales si el miembro:
 - Está empleado y los lentes trifocales son necesarios para las tareas que debe realizar el miembro en su empleo.
 - Es estudiante a tiempo completo y los lentes trifocales son necesarios para las tareas relacionadas con la educación del miembro.
 - Actualmente tiene trifocales.
- Reemplazo de armazones de níquel después de 12 meses si el miembro tiene alergia documentada al níquel demostrada por irritación cutánea y desgaste del armazón en el área afectada.
- Prótesis ocular, que incluye ojos y lentes artificiales.

Los servicios cubiertos prestados por proveedores de la red no requieren autorización previa del plan. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por el plan

Radiografías y otros servicios radiológicos.

El plan cubre radioterapia y radiografías de diagnóstico.

Se requiere autorización previa del plan para diagnóstico por imágenes de alta tecnología, que incluye tomografía computarizada (TAC), resonancia magnética por imágenes (RMI), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía por emisión de positrones (TEP) e imágenes cardíacas nucleares, a menos que sea parte de una visita a la sala de emergencias, una hospitalización o bien se presten al mismo tiempo o el mismo día que una visita a un centro de atención de urgencia.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de reinserción comunitaria para jóvenes

El plan cubre servicios para ayudar a jóvenes y adultos jóvenes menores de 21 años que se preparan para salir de ciertos centros de detención y correccionales de New Hampshire. Este programa ofrece servicios de atención médica por **30 días antes de la liberación** y sigue brindando ayuda después de la liberación si usted califica.

Los servicios cubiertos incluyen:

Antes de la liberación

Este programa trabaja con su plan de salud para proporcionar:

- Un examen físico con pruebas de detección para averiguar qué atención podría necesitar después de la liberación
- Visitas de atención médica en persona o virtuales y pruebas de detección
- Programación de citas médicas para después de la liberación

Antes y después de la liberación

El programa continúa ayudando al brindar:

- Un suministro para 30 días de medicamentos al momento de la liberación
- Pruebas y tratamientos adicionales basados en las pruebas de detección realizadas antes de la liberación
- Ayuda con necesidades de salud por 30 días más después de la liberación

Servicios extendidos para aquellos que califican

- **Cobertura de atención médica continuada:** Si aún califica para Medicaid, puede seguir recibiendo atención.

Servicios cubiertos por el plan

- **Apoyo adicional:** Usted puede obtener apoyo del plan de salud por 12 meses más después del mes en que sea liberado.
 - **Servicios adicionales de reinserción:** Los jóvenes en régimen de acogida y los adultos jóvenes de hasta 26 años pueden recibir servicios de reinserción tanto para jóvenes como para adultos. *(Los servicios de reinserción para adultos se explican por separado.)*

Más información y recursos

- **¿Quiere obtener más información?** Consulte la sección **Servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)** del Manual del miembro para obtener más detalles.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Sección 4.3 Beneficios adicionales proporcionados por el plan

El plan ofrece algunos beneficios adicionales que están disponibles para usted además de los servicios cubiertos que exige Medicaid de New Hampshire.

La lista completa de estos beneficios adicionales está disponible en nuestro sitio web wellsense.org y puede estar sujeta a cambios. Para obtener los beneficios adicionales para miembros, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual, o visite wellsense.org para imprimir y completar el formulario para miembros correcto a fin de solicitar el beneficio adicional. Es posible que deba brindar información adicional como la estatura y el peso de un niño o las recetas de membresía en un gimnasio para procesar más rápido los beneficios adicionales.

Ahora puede recibir recompensas por realizar actividades saludables. Para obtener más información sobre el programa Over-the-counter Rewards (Recompensas de venta libre) vaya a wellsense.org.

Los beneficios adicionales incluyen, entre otros:

- Kits dentales*
- Asientos y elevadores para automóvil*
- Cascos de bicicleta sin costo*
- Devolución de hasta \$200 en la inscripción a un club de salud*
- Devolución de hasta \$200 en herramientas de acondicionamiento físico y bienestar*
- Devolución de hasta \$100 en tarifas de suscripción a Weight Watchers*

Las personas que cumplan determinados requisitos podrán beneficiarse de beneficios adicionales. Visite wellsense.org para obtener más información sobre los beneficios adicionales.

* Se aplican restricciones y limitaciones. Cada miembro puede obtener hasta \$250 en dinero en efectivo y en artículos y servicios que no son dinero en efectivo por año, en un período que va desde el 1 de julio al 30 de junio..

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

Medicaid de New Hampshire cubre directamente algunos beneficios de Medicaid que el plan no cubre, aunque el plan puede ayudar a coordinarlos. Es por eso que usted siempre debe portar tanto su tarjeta de identificación de WellSense Health Plan como la de Medicaid de New Hampshire. Siempre muestre su tarjeta de membresía de WellSense Health Plan para recibir los servicios que cubrimos. Si necesita ayuda para obtener alguno de los servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SIEMPRE LLEVE SUS TARJETAS DE MEMBRESÍA DE WELLSENSE HEALTH PLAN Y DE MEDICAID DE NEW HAMPSHIRE.

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

- Los servicios de salud dental y oral no están cubiertos por nuestro plan. Sin embargo, algunos servicios de salud dental y oral están disponibles, de la siguiente manera:
 - Para los miembros menores de 21 años, los servicios dentales integrales se coordinan a través de Medicaid de New Hampshire, siempre y cuando el proveedor esté inscrito en Medicaid de New Hampshire.
Si desea más información sobre el beneficio dental para miembros menores de 21 años, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Medicaid de New Hampshire. Consulte la sección 2.11 (*Cómo comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS*).
 - Para los miembros mayores de 21 años, los servicios de salud dental y oral cubiertos, y el transporte relacionado se coordinan a través del plan de atención dental administrada del estado, Delta Dental of New Hampshire en asociación con DentaQuest.
Si desea más información sobre la prestación dental para adultos, llame gratis a Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-844-583-6151** (acceso al servicio de retransmisión de TDD: 1-800-466-7566), de lunes a miércoles, desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. (hora del Este) y los jueves y viernes desde las 8 a. m. hasta las 5 p. m. (hora del Este).
- Apoyos y servicios tempranos para bebés y niños desde el nacimiento hasta los 3 años

- Servicios del programa Medicaid-to-Schools
- Servicios de residencia para ancianos o centros de enfermería (también se denominan servicios en centros de enfermería con atención a largo plazo), incluidos los servicios de centros de enfermería especializada, los servicios en centros de enfermería con atención a largo plazo y las residencias para ancianos con centro de cuidados intermedios y camas adaptables para atención aguda.
- Centro de cuidados intermedios (residencia para ancianos y camas adaptables para atención aguda)
- Servicios en Glenclyff Home
- Servicios del Programa de Tratamiento Residencial Pediátrico
- Servicios del Programa de Tratamiento Residencial Calificado
- Servicios de la División del Programa de Niñez, Juventud y Familia (Division of Child, Youth and Family Program) para niños y jóvenes que reúnen los requisitos de Medicaid remitidos por los tribunales o la junta de libertad condicional de menores, incluidos:
 - Terapia en el hogar
 - Servicios de apoyo infantil (también conocidos como servicios de apoyo de la salud infantil)
 - Servicios de atención intensiva en el hogar y la comunidad
 - Servicios de acogida de personas
 - Cuidado de niños en instituciones privadas no médicas
 - Intervención en crisis
- Servicios de exención de atención basados en el hogar y la comunidad para:
 - miembros con trastornos cerebrales adquiridos;
 - miembros con discapacidades del desarrollo;
 - miembros de hasta 21 años con discapacidades del desarrollo bajo el programa de exención de apoyo en el hogar; y
 - miembros con discapacidades relacionadas con la edad, enfermedades crónicas o discapacidades físicas según la exención del Programa de Opciones para la Independencia (Choices for Independence).

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

- Los servicios de intervención ante crisis por salud mental, servicios de estabilización relacionados posteriores a la intervención, y servicios psiquiátricos y de psicoterapia de emergencia están cubiertos fuera de nuestro plan cuando son prestados por los equipos de respuesta rápida del centro de salud mental de la comunidad.

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

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

Esta sección le dice qué beneficios están excluidos, tanto por el plan como por Medicaid de New Hampshire. “Excluido” significa que el plan no pagará estos beneficios. La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que el plan no cubre.

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

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

Tratamientos alternativos

- Acupuntura
- Ayurveda
- Biorretroalimentación (a excepción del tratamiento de la incontinencia urinaria)
- Terapia de quelación (a excepción del tratamiento de intoxicación por plomo)
- Terapia craneosacral, a menos que se realice como parte del beneficio de fisioterapia
- Tratamientos holísticos y suministros relacionados
- Tratamientos homeopáticos y naturopáticos
- Hipnoterapia o hipnosis, a excepción de las que realiza un psiquiatra como parte de un plan de tratamiento establecido
- Meditación, oración, sanación mental
- Mioterapia
- Terapia con mascotas
- Campos magnéticos o pulsados; campos electromagnéticos, de corriente alterna o continua (a excepción de los servicios que se presentan en la sección 4.2 anterior)
- Reflexología, terapias de relajación, toque terapéutico
- Reiki
- Terapias que emplean soluciones creativas como el arte, la música, la danza o el yoga

Servicios de salud conductual

- Psicoanálisis
 - Asesoramiento pastoral cuando lo proporciona un asesor no licenciado
 - Psicoterapia individual interactiva
 - Terapia de grupo multifamiliar
 - Evaluación psiquiátrica de registros e informes
 - Exámenes de estado neuroconductuales administrados/interpretados por médicos y computadoras
-

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Rehabilitación neuropsicológica
- Servicio de línea directa de la salud del comportamiento
- Servicios de salud mental en comunidad
- Servicios de centro de reinserción social
- Servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias proporcionados a un miembro que está en la cárcel, prisión, correccional o centro de custodia, excepto que lo exija la ley
- Pruebas de alcohol o drogas con fines legales u otros que no están relacionados con la necesidad médica
- Servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias proporcionados por la Oficina de Salud Conductual de New Hampshire
- Atención asistencial
- Programas en los que el miembro tiene una duración previamente definida de atención médica sin que el plan tenga capacidad para realizar determinaciones simultáneas de necesidad médica continua
- Programas que únicamente ofrecen reuniones o actividades que no se basan en planes de tratamiento individualizado
- Programas que se enfocan únicamente en la mejora de habilidades interpersonales u otras habilidades, en lugar de tratamiento dirigido a la reducción de síntomas y recuperación funcional relacionada con la disminución de síndromes o síntomas psiquiátricos específicos
- Programas basados en matrículas que ofrecen actividades educativas, vocacionales, recreativas o de desarrollo personal, tales como un programa terapéutico en la escuela, campamento o en zonas selváticas
- Para admisiones a partir del 1 de julio de 2022, los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados con atención médica diagnostican cobertura para admisiones superiores a 60 días para miembros de 21 a 64 años

Límites de beneficios

Cualquier servicio por encima del límite de beneficios indicado (si lo hubiera), a menos que WellSense Health Plan proporcione una autorización por anticipado para obtener beneficios adicionales. Puede encontrar los límites de beneficios en el Cuadro de beneficios en el capítulo 4 (*Servicios cubiertos*).

Servicios de apoyo de atención médica para el niño y la familia

Los siguientes servicios no estarán cubiertos como servicios de apoyo de atención médica para el niño y la familia.

- Cualquier servicio cubierto enumerado que duplique un servicio que ya se proporciona. Por ejemplo:
 - Servicios que son gratuitos para el público
 - Viajes

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Llamadas de teléfono o videoconferencias, distintas de las que se realizan en lugar de una visita, como se describe en las regulaciones

Medicamentos

- Los siguientes medicamentos están excluidos de la cobertura incluso si su proveedor le proporciona una receta por escrito:
 - Medicamentos incluidos en nuestro formulario (lista de medicamentos aprobada por el DHHS de New Hampshire) como excluidos.
 - Recetas médicas no prescritas por un profesional autorizado.
 - Recetas médicas escritas por un proveedor fuera de la red, excepto en caso de emergencia, para atención de urgencia cuando está de viaje fuera del área de servicio, para servicios de planificación familiar o cuando nosotros autorizamos su visita al proveedor.
 - Todos los medicamentos de venta libre que no aparecen en nuestro listado de medicamentos como cubiertos.
 - Todos los medicamentos de venta libre incluidos como cubiertos en nuestro formulario, pero para los cuales usted no tiene una receta escrita. La receta médica por escrito debe cumplir con todos los requisitos legales de una receta médica.
 - Recetas médicas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red, excepto en casos de atención de emergencia o atención de urgencia cuando viaja temporalmente fuera del área de servicio.
- Medicamentos que WellSense Health Plan excluye específicamente:
 - Medicamentos experimentales o de investigación.
 - Medicamentos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), incluidos medicamentos herbales o alternativos y alimentos médicos que requieren una receta médica.
 - Medicamentos que la FDA indica que se consideran menos eficaces (DESI) y medicamentos idénticos, relacionados o similares (IRS).
 - Medicamentos que no forman parte de un tratamiento médico para una enfermedad o lesión específicas.
 - Medicamentos que se utilizan para aliviar los síntomas de tos y resfriado.
 - Medicamentos que se utilizan para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
 - Medicamentos que se utilizan para aumentar o para promover la fertilidad o procreación, o para los cuales el uso etiquetado es la estimulación de la ovulación.
 - Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
 - Medicamentos empacados convenientemente que contienen productos tópicos o suministros médicos no recetados.
 - Suplementos dietéticos y nutricionales cuando no son necesarios para mantener la vida.
 - Sustancias químicas a granel.
 - Medicamentos compuestos, si ninguna de sus sustancias activas requiere receta médica por ley.

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Saborizantes de medicamentos.
- Costos de entrega, envío y manejo relacionados con la entrega de los medicamentos a su persona.

Equipo médico duradero, que incluye prótesis, materiales, equipo ortopédico, fórmulas y alimentos bajos en proteínas, oxígeno y equipo respiratorio

- Equipo que no cumple la definición de “equipo médico duradero” en las políticas médicas del plan. Por ejemplo, el equipo que se utiliza principalmente y por lo general para un propósito no médico no se considera un equipo médico duradero, incluso si dicho equipo tiene un uso relacionado con un propósito médico.
- Servicios que son más costosos que otros servicios que podría esperarse que se presten al beneficiario con el mismo resultado.
- Artículos para bienestar personal: artículos que son principalmente para su comodidad o conveniencia personal o ambiental. Todos los artículos de conveniencia o comodidad considerados como tales por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están excluidos. Entre los ejemplos de artículos excluidos, se incluyen los siguientes: teléfonos, radios, televisores, duchas portátiles y artículos de cuidado personal.
- Equipos duplicados o de respaldo.
- Artículos personalizados como camas personalizadas (excepto para miembros menores de 21 años) y asientos para automóvil personalizados (excepto para aquellos usados por miembros que tienen un diagnóstico neuromotor).
- Dispositivos como purificadores de aire, humidificadores, vaporizadores, acondicionadores de aire, plantillas, muebles para fines que no sean de movilidad, calentadores, ventiladores, almohadillas térmicas, botellas de agua caliente.
- Cascos (a excepción de los miembros con ataques atónicos o trastornos que provocan golpes en la cabeza), cascos de moldeamiento craneano (a excepción de los miembros entre 3 y 18 meses de edad y que cumplen determinados criterios en las políticas médicas del plan).
- Artículos utilizados habitualmente por el público general para prevenir lesiones o garantizar la seguridad que son gratuitos para el público, como mesas y equipos de masajes y terapias, pulseras médicas, equipos recreativos, terapéuticos y de ejercicios, que incluyen bicicletas y triciclos, mesas y columpios.
- Suministros para recién nacidos.
- Termómetros.
- Suministros descartables como curitas, parches para callosidades, láminas, sábanas, productos contra el mal olor (excepto si son necesarios para ostomías).
- Suplementos nutricionales cuando no son necesarios para mantener la vida, excepto para miembros menores de 21 años con diagnóstico de desarrollo deficiente o cuando se recetan fórmulas especializadas para enfermedades metabólicas, o cuando se recetan fórmulas enterales cuando la alimentación oral está contraindicada.

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Aparatos y suministros no rígidos, como medias elásticas, cinturones elásticos, corsés y aparatos relacionados con los deportes.
 - Entre otros artículos excluidos, se incluyen camas ajustables, elevadores de bañera, tablas para cama, tinas calientes, mesas de la cama, brazos de teléfono, camas de agua y sistemas personales de respuesta ante emergencias.
 - Chalecos neumáticos y soportes lumbares.
 - Equipos de seguridad, como barras de sujeción para baño/ducha, cinturones torácicos/de seguridad, camas seguras y barandas para cunas.
 - Artículos de seguridad que se utilicen en ausencia de una enfermedad o afección médica, tales como: alarmas para puertas, dispositivos de ubicación/para personas que deambulan, ropa de cama o camas protectoras (excepto para cobertura de ácaros o polvo para miembros con asma).
 - Dispositivos de autoayuda que no son artículos médicos principalmente, como elevadores, rampas, baños sauna, dispositivos especiales de teléfono o de comunicación (no incluye dispositivos de generación del habla), elevadores de escaleras y elevadores de sillas.
 - Vestimenta, excepto aquella necesaria para usar un dispositivo cubierto (por ejemplo, sostenes para mastectomía y medias para muñones) y soportes de gradiente de presión para linfedema o enfermedad venosa.
 - Sillas de ruedas o ayudas para movilidad como:
 - Sistemas de suspensión de aire (accesorios para sillas de ruedas)
 - Interruptores de control auxiliar (accesorios para sillas de ruedas)
 - Cojines para la espalda
 - Sillas de ruedas de respaldo para miembros que ya tienen una silla de ruedas manual
 - Cestas y bocinas (accesorios para sillas de ruedas)
 - Asistentes y dispositivos antideslizamiento para sillas de ruedas manuales (accesorios para sillas de ruedas)
 - Paquetes de luz (accesorios para sillas de ruedas)
 - Dispositivos o equipos eléctricos para convertir una silla de ruedas manual en eléctrica (accesorios para sillas de ruedas)
 - Mecanismos de elevación de asiento accionado eléctricamente (accesorios para sillas de ruedas) para mayores de 21.
 - Coches personalizados (a menos que el miembro no sea ambulatorio, cumpla los criterios de políticas médicas para sillas de ruedas, no tenga aún una silla de ruedas y tenga necesidades de movilidad que no pueden satisfacerse con un coche comercial)
 - Sillas de ruedas con marco de titanio para deportes
 - Accesorio para sillas de ruedas u opción para permitir que el miembro realice actividades de ocio, sociales o recreativas (accesorios para sillas de ruedas)
 - Controles remotos para silla de ruedas
 - Sillas de ruedas con opción de ruedas Stander, elevación de asiento o para subir escaleras eléctricas
-

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Reemplazo o reparación de equipo médico duradero o dispositivos protésicos debido a pérdida, daño intencional, negligencia o robo, hacer reparaciones inadecuadas al artículo, que podrían anular la garantía del fabricante; debido a no realizarle el mantenimiento de rutina adecuado al artículo en un distribuidor autorizado o de realizar cualquier acción que, de otro modo, podría anular la garantía del fabricante
- Reparaciones y ajustes a equipo médico duradero alquilado y reparaciones y ajustes a equipo médico duradero comprado dentro de la garantía del proveedor o del fabricante
- Actualizaciones o reemplazo de equipo médico duradero en funcionamiento que todavía satisfaga las necesidades del miembro, incluso bombas externas de infusión de insulina, ventiladores y medidores de glucosa
- Bombas sacaleche de grado hospitalario
- Equipos de ejercicio o higiene como asientos para inodoro, alarmas de enuresis, esterillas para ejercicios, bicicletas estacionarias, cintas caminadoras
- Equipos médicos, como tensiómetros manuales y estetoscopios.
- Tecnología de asistencia y equipos adaptativos como juguetes adaptativos o con interruptor con computadora y otros equipos no diseñados para uso en el hogar
- Computadoras y software de computadoras (a menos que se requiera como una ayuda para la comunicación aumentativa y alternativa)
- Andadores (excepto si se tiene autorización para miembros que tienen un grado razonable de certeza médica de lograr la capacidad funcional de caminar según lo documentado en el plan de atención orientado a objetivos del miembro)
- Tablas de decúbito supino
- Crioterapia (es decir, Game Ready)
- Terapia de compresión caliente/frío
- Compresas polares

Servicios relacionados con la educación

- Servicios relacionados con educación: exámenes, evaluaciones o servicios para propósitos educativos o del desarrollo, que incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional

También se excluyen:

- Exámenes de desempeño académico que no están relacionados con una afección médica
- Servicios por problemas conductuales y retrasos en el desarrollo
- Servicios para tratar discapacidades de aprendizaje
- Servicios relacionados con deportes basados en la escuela
- Servicios basados en la escuela, incluidos, entre otros, trastornos del habla, de la audición y del lenguaje (los servicios basados en la escuela pueden estar cubiertos por Medicaid de NH)

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

Modificaciones y controles ambientales (a menos que sean artículos cubiertos bajo el programa de exención de servicios basados en el hogar y en la comunidad [HCBC] del miembro), incluso:

- Rampas para sillas de ruedas
- Barandas para tinas
- Sistemas de aire acondicionado
- Purificadores de aire
- Humidificadores
- Vaporizadores
- Generadores eléctricos
- Aromaterapia
- Elevadores para escaleras
- Calentadores
- Ventiladores
- Dispositivo de elevación de techo

Servicios excluidos específicos de EPSDT

Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura cuando se proporcionan con relación a EPSDT:

- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario o para el cual no se ha establecido la necesidad médica
 - Servicios que no se haya demostrado que sean seguros y efectivos, según lo documentado por publicaciones médicas revisadas por pares
 - Tratamiento experimental o de investigación
 - Servicios que son más costosos que otros servicios que podría esperarse que se presten al beneficiario con el mismo resultado
 - Servicios que no son de naturaleza médica, excepto el transporte, que se cubre como se indica en este manual, incluido en el Cuadro de Beneficios en el capítulo 4 (*Servicios cubiertos*)
-

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

Tratamientos experimentales y de investigación

- Tratamientos experimentales o de investigación, según lo determinen las políticas médicas del plan.
- Tratamientos experimentales o de investigación (o servicios o medicamentos relacionados que se proveen para proporcionar estos tratamientos) según se describe en la edición actual del "Manual de determinación de cobertura nacional de Medicare" (Medicare National Coverage Determination Manual), que se puede consultar en [cms.hhs.gov](https://www.cms.hhs.gov).

Los siguientes servicios:

- Actigrafía
- Reemplazo de disco lumbar artificial
- Navegación asistida por computadora para procedimientos ortopédicos
- Terapia electromagnética para úlceras en la piel
- Terapia de electrosueño
- Terapia de distensión mecanizada de la columna vertebral
- Proloterapia
- Arthroereisis subastragalina
- Terapia termogénica
- Funduplicatura transoral sin incisión para GERD
- Fotografía tegumentaria de todo el cuerpo

Si un servicio es un tratamiento experimental o de investigación, el plan no pagará dicho tratamiento, así como ninguno de los servicios relacionados que se brinden al miembro con el propósito de proporcionarle tratamiento experimental o de investigación.

Excepción con respecto a los ensayos clínicos: de acuerdo con nuestra política médica, cubrimos el costo de otra manera cubierto de los servicios de atención médica para los miembros diagnosticados con cáncer e inscritos en un ensayo clínico calificado. Los servicios de atención para el paciente, en ninguna circunstancia, incluyen los costos del tratamiento experimental o de investigación (como un medicamento o un aparato) que se estén probando en el estudio.

Cuidado de los pies

- Aparatos ortopédicos para los pies y el calzado; soportes para el arco del pie, plantillas o accesorios para el calzado, yeso y otros servicios relacionados para los pies (excepto para miembros con diabetes, enfermedad vascular periférica o afecciones de trastornos metabólicos, neurológicos o problemas patológicos de los pies debido a enfermedades localizadas, lesiones o síntomas relacionado con el pie)
 - Zapatos ortopédicos o correctores que no son parte de un aparato para la pierna con cobertura
-

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Atención de los pies de rutina (recorte de callos, uñas u otra atención de higiene) a excepción de lo que se describe en el Cuadro de beneficios del capítulo 4 (*Servicios cubiertos*)

Servicios de atención domiciliaria

- Servicios de trabajador social, médico y de nutricionista, y comidas a domicilio
- Servicios de limpieza del hogar, excepto cuando se proporcionan como parte de un programa de exención autorizado, como apoyos de atención basada en el hogar y la comunidad (HCBC) para personas de edad avanzada y enfermos crónicos (ECI) para beneficiarios de HCBC-ECI
- Atención de relevo, excepto cuando se brinde como parte de un programa certificado de cuidados paliativos; o como servicio en una exención de atención en el hogar o la comunidad, conforme a las reglamentaciones federales
- Visitas proporcionadas con el único fin de supervisar al ayudante de salud en el hogar
- Servicios de atención domiciliaria sin una orden firmada del médico
- Cualquier servicio cuyo objetivo principal sea proporcionar apoyo emocional
- Servicios que no estén médicamente relacionados y constituyen actividades del hogar, cuidado diurno o servicios recreativos
- Servicios de atención en el hogar que se presten a través de otros programas del departamento financiados por el estado

Servicios de infertilidad

El plan no cubre servicios para la infertilidad. Se trata de servicios para mejorar la fertilidad o procreación. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Costos asociados con el reclutamiento de donantes, pruebas y remuneración
- Criopreservación de óvulos, esperma o embriones
- Esperma de donante y análisis de laboratorio asociados
- Medicamentos para donantes de óvulos anónimos o designados relacionados directamente con el ciclo de tecnología de reproducción asistida (ART)
- Procedimientos experimentales o de investigación para la infertilidad
- Servicios para infertilidad necesarios para la concepción como resultado de la esterilización voluntaria o después de reversión fallida de una esterilización voluntaria
- Operaciones para la impotencia
- Operaciones, dispositivos y procedimientos con el propósito de contribuir o mejorar la fertilidad o procreación
- Reversión de esterilización voluntaria
- Costos relacionados con la madre sustituta o sustituta gestacional: esto se refiere a todos los procedimientos y costos incurridos por una mujer fértil para lograr un embarazo, como una sustituta gestacional o madre sustituta para una afiliada estéril
- Diagnóstico genético previo al implante (PGD)

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

Servicio para pacientes internados

Las visitas de pacientes hospitalizados en días de estadía para atención aguda no se cubren, incluso:

- Estadías del miembro en un marco hospitalario como paciente internado mientras espera cupo en un centro de atención a largo plazo
- Visitas para días que no han sido aprobadas por la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de acuerdo con los requisitos de NH

Atención de maternidad y de ginecología/obstetricia

- Cuando usted está temporalmente de viaje fuera del área de servicio, el plan no cubrirá:
 - Servicios de maternidad de rutina para atención prenatal o posparto.
 - Servicios de maternidad (incluida la atención posparto y la atención al recién nacido) o problemas durante el embarazo más allá de la semana 37 de gestación o en cualquier momento después de que su proveedor le haya dicho que está en riesgo de un parto prematuro.
 - Servicios prestados por una partea certificada por Medicaid de NH (NHCM) para los que una NHCM no está legalmente reconocida para realizarlos, ya que no están dentro del ámbito de su licencia, incluido cualquiera de los siguientes:
 - Obstetricia operativa
 - Cesáreas
 - Anestesia general y conductiva
 - Cardiotocografía con contracciones
 - Tratamiento para mejorar la fertilidad o la reproducción
 - Cualquier medio artificial, forzoso o mecánico para asistir en el parto
 - Abortos inducidos
-

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

Servicios de asistente de atención personal

Servicios de asistencia de atención personal que no estén orientados médicamente, incluso:

- Servicios de cuidados del hogar, que son tareas que exceden la limpieza ligera
- Servicios proporcionados fuera del hogar del miembro para conveniencia del ayudante de atención personal, como atención proporcionada en el hogar del ayudante de atención personal o cualquier otro lugar al que el beneficiario no iría normalmente dentro de la comunidad
- Servicios prestados para la comodidad del miembro, o sus familiares, o que están previstos para reemplazar la asistencia disponible a través del sistema natural de apoyo del miembro, tiempo pasado con el miembro cuando no se proporciona atención real u otros servicios cubiertos, que incluyen, entre otros, supervisión, atención de acompañante, cuidar a los dependientes del beneficiario o visitas sociales.
- Servicios prestados a un miembro mientras el miembro:
 - Es un paciente hospitalizado o residente de un hospital, centro de enfermería, centro de cuidados intermedios para personas con retardo mental, o institución para enfermedades mentales, de acuerdo con las regulaciones federales
 - Es un recluso de una institución pública de acuerdo con el artículo 1905(a)(27)(A) de la Ley de Seguridad Social
 - Asiste a un programa para el que ya se proporcionan servicios de atención personal, como atención diurna médica para adultos

Apariencia física

- Servicios para promover un estilo de vida deseado
 - Servicios cosméticos o cirugía cosmética: estos son servicios prestados únicamente con el propósito de cambiar o mejorar la apariencia de un miembro, ya sea que estos servicios estén o no hechos para hacer que un miembro se sienta mejor acerca de sí mismo o tratar la afección mental de un miembro. Ejemplos de servicios excluidos son:
 - Inyección de colágeno o de otros agentes de aumento de volumen para mejorar la apariencia; o procedimientos de levantamiento de muslos, piernas, caderas o glúteos
 - Blefaroplastia, a menos que sea médicamente necesario para prevenir la oclusión de la vista
 - Cirugía estética facial o ritidectomía
 - Abdominoplastia, liposucción abdominal o lipectomía por succión asistida del abdomen, mini abdominoplastia, reparación de diástasis del recto, paniclectomía para el dolor de espalda y cuello como adición a otros procedimientos
 - Dermoabrasión u otros procedimientos para alisar la piel
 - Servicios relacionados con el acné, como la eliminación de quistes de acné o inyecciones para eliminar las cicatrices del acné
 - Eliminación del vello, trasplantes de cabello o restauración del cabello
-

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Electrólisis
- Rinoplastia (excepto como parte de una cirugía reconstructiva médicamente necesaria)
- Liposucción
- Braquioplastia
- Tratamiento de las arañas vasculares
- Tratamiento de melasma
- Tatuajes o reversión de tatuajes excepto cuando sea necesario como resultado de cáncer de mama
- Reversión de pezones invertidos
- Perforación corporal (piercing)
- Eliminación o destrucción de papilomas cutáneos

Enfermería privada (PDN)

- La enfermería privada (PDN) no será un servicio cubierto cuando el beneficiario resida en uno de los siguientes:
 - Un centro de enfermería con licencia
 - Un hospital con licencia
 - Una residencia de vida asistida (ALR) o un centro de atención médica residencial (SRHC) con licencia
 - Una institución privada no médica según lo definen los requisitos federales (42 CFR 434.2)
 - Un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR)
 - Una institución privada para enfermedades mentales (IMD), según lo definen los requisitos federales (42 CFR 435.1010)
- La enfermería privada no estará cubierta cuando los servicios consistan solo en asistencia con actividades de la vida diaria u otros servicios no especializados necesarios para vivir en casa que no requieren una enfermera, incluso, entre otros, asistencia para el cuidado personal, ir al baño, comer, vestirse, acostarse o salir de la cama o silla y caminar.

Tratamientos y procedimientos

- Servicios dentales para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ); todos los aparatos relacionados con la TMJ, a excepción de los aparatos de reposicionamiento ortopédico mandibular (MORA); servicios, procedimientos o suministros utilizados para ajustar la altura de los dientes o restablecer la oclusión, como coronas, puentes o aparatos; y tratamiento médico y dental de los trastornos de la TMJ que no se haya probado que se provocaron por una afección médica específica o son el resultado de esta
- Extracción de un órgano o células madre de un donante para trasplante de un órgano humano cuando el receptor no es miembro
- Terapia de masajes

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Servicio para mejorar la actividad sexual
- Terapia termogénica, que trata ciertos tipos de enfermedades infecciosas a través de la producción de fiebre artificial
- Pruebas de diagnóstico genético previo a la implantación
- Ronquidos: servicios para tratar o reducir los ronquidos Entre los ejemplos se incluyen uvulopalatoplastia asistida por láser, somnoplastia, protectores para ronquidos y otros aparatos relacionados con los ronquidos
- Equipos para servicios relacionados con el peso:
 - Planes dietéticos comerciales
 - Servicios relacionados con esos planes o programas
 - Programas y clínicas de control de peso o pérdida de peso (excepto los relacionados con programas o cirugía bariátrica con cobertura)
 - Régimen de ejercicios
- Tratamiento en clínicas de medicina del deporte, servicios de un entrenador personal o cualquier servicio diagnóstico relacionado con cualquiera de estos programas, servicios o procedimientos

Tarifas del proveedor

- Tarifas por reclamos: los cargos de un proveedor por presentar un reclamo.
- Servicios de conserjería: cualquier tarifa cobrada por un proveedor por los llamados "servicios de conserjería". Se trata de tarifas que se cobran como condición al elegir o usar los servicios del proveedor, o tarifas para servicios ofrecidos por el proveedor.
- Honorarios por expediente médico: honorarios que cobran los proveedores por las copias de su expediente médico.
- Cargos por faltar a las citas
- Atención de un médico en una institución gubernamental o pública no médica
- Los servicios de un médico para la cirugía, servicios hospitalarios de paciente internado para las admisiones quirúrgicas y servicios de obtención de órganos relacionados con los siguientes tipos de trasplantes serán servicios no cubiertos:
 - Cualquier tipo de trasplante de órganos o tejidos no especificado en las regulaciones de NH
 - Trasplantes de órganos que requieren autorización previa que no están autorizados previamente
 - Más de 2 trasplantes del mismo tipo de órgano por miembro de por vida
 - Gastos por habitación privada: los gastos que sobrepasan la tarifa para una habitación semiprivada (excepto cuando la habitación privada es médicamente necesaria)
- Servicios prestados por proveedores fuera de la red, excepto los siguientes:
 - Atención de emergencia
 - Atención de urgencia cuando esté viajando fuera de nuestra área de servicio
- Servicios de planificación familiar

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- Si nosotros (o una organización que nosotros contratamos) le proporcionamos una autorización previa (por anticipado) para que obtenga atención de un proveedor fuera de la red
- Impuestos: cargos de un proveedor por impuestos o impuestos sobre ventas relacionados con cualquier producto enviado o entregado a un miembro.
- Tarifas de auditoría

Servicios proporcionados por otro plan de salud

- Beneficios de un programa gubernamental: servicios a cuyos beneficios un miembro tiene derecho bajo programas del gobierno. Estos motivos incluyen:
 - Medicare
 - La Administración de Veteranos para una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar
 - Escuelas
 - Otros programas establecidos por las leyes o regulaciones locales, estatales, federales o extranjeras, que prestan o pagan servicios de atención médica o que requieren que la atención o tratamiento se presten en un centro público
 - No se proporciona cobertura si usted pudo haber recibido beneficios del gobierno, si los hubiera solicitado a tiempo
- Indemnización por accidentes de trabajo: atención para afecciones para las cuales hay beneficios disponibles según un plan de indemnización por accidentes de trabajo o de un empleador según la ley federal o estatal

Transporte, que no sea de emergencia

Los servicios de transporte general no están cubiertos en las siguientes situaciones:

- Si usted u otro familiar o amigo sabe manejar y tiene acceso a un automóvil que puede utilizarse para llevarlo a que reciba su servicio cubierto y luego regresarlo
- Si usted (o su proveedor) no obtuvo un número de reserva por anticipado de la línea de transporte de WellSense
- Se presenta un reembolso para miembro para más de un familiar cuando se trasladan varios miembros del mismo núcleo familiar al mismo lugar
- Un reembolso para miembro cuando el miembro no cumplió con las pautas de reembolso para miembros (por ejemplo, si el miembro solicitó el reembolso fuera del plazo requerido de 30 días calendario)
- Cuando va a una farmacia para recoger un medicamento y la farmacia proporciona servicios de entrega sin costo a su casa
- Si necesita transporte para cualquier otra cosa que no sean servicios de atención médica y que son servicios cubiertos por el plan o servicios de atención médica cubiertos directamente por Medicaid de New Hampshire Por ejemplo, usted no califica para la

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

cobertura de transporte cuando el propósito del traslado es llevarlo a la tienda de abarrotes u otros lugares de compras, ir al banco, a recoger a los niños, ir al trabajo o lavar la ropa

- Cuando usted pueda obtener transporte gratuito
- Cuando otra agencia paga el transporte
- Transporte en ambulancia únicamente para comodidad del miembro o su familia
- Los siguientes servicios no se cubrirán como servicios de camioneta para silla de ruedas:
 - Transporte para comodidad del miembro o del proveedor
- Transporte que de otra forma estaría disponible sin costo o que pagaría otra agencia, o cuando el artículo se puede obtener usando un servicio de entrega gratuito.
- Transporte para cualquier otro fin que no sea recibir servicios cubiertos de Medicaid de NH de un proveedor de la red de Medicaid.

Tipos de atención

- Rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios sin supervisión continua de ECG.
- Servicios quiroprácticos de cualquier tipo, independientemente de quién presta el servicio.
- Cuidado infantil.
- Programas de rehabilitación cognitiva, programas de reeducación cognitiva y servicios de diagnóstico relacionados con estos programas.
- Cuidado de custodia, atención a largo plazo o atención en una casa de reposo.
- Servicios dentales: el plan no paga servicios dentales, incluso servicios dentales de emergencia. Los servicios dentales representan cualquier servicio prestado por un dentista con licencia que implica el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, dolor, lesión, deformidad u otra afección de los dientes humanos, proceso alveolar, encías, mandíbula o estructuras relacionadas de la boca. El plan tampoco paga por férulas, dentaduras postizas y aparatos bucales. Los aparatos y servicios dentales pueden estar cubiertos por Medicaid de NH.
- Servicios solicitados con el único fin de adaptarse a las preferencias religiosas de un miembro y no por razones médicamente necesarias.
- Servicios para mejorar el desempeño atlético.
- Servicios para los cuales existe una alternativa de servicio con un nivel menos intensivo o más económico que pueden ser proporcionados en forma segura y eficaz, o si el servicio se le puede proporcionar de forma segura y eficaz en un entorno menos intensivo y le proporcionaría al miembro el mismo resultado.

Visión y audición

- Entrenamiento auditivo (excepto para aparatos de entrenamiento auditivo que están cubiertos).
 - Reemplazo de audífonos debido a pérdida, uso indebido o abuso, a excepción de las personas que los reciban y tengan menos de 21 años si están cubiertas en virtud de los criterios de necesidad médica de EPSDT y si el reemplazo se debe a una pérdida de los
-

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

sistemas de frecuencia modulada (FM), si los sistemas se destinan únicamente al uso por parte del miembro en un contexto educativo y tienen cobertura en virtud del programa Medicaid in the Schools.

- Reparación de audífonos que están cubiertos por una garantía.
- Reparaciones, baterías, accesorios de amplificadores personales, excepto el reemplazo de auriculares o cable para auricular para un amplificador personal una vez por año si un audiólogo determina que dichos accesorios funcionan mal; y Telelink opcionales.
- Un amplificador personal es un audífono que ya está cubierto por Medicaid.
- Un audífono si Medicaid ya cubre un amplificador personal, a menos que se cubran determinados criterios de autorización.
- Audífonos binaurales para miembros de 21 años o más cuando no se cumplen los criterios de autorización.
- Los siguientes servicios y artículos relacionados con la vista:
- Cirugía refractiva de ojo que incluye cirugía con láser
- Queratometría radial y ortoqueratología
- Terapia ortóptica y de la vista
- Lentes, armazones y lentes de contacto, a menos que estén incluidos específicamente como servicios cubiertos en este manual
- Reemplazo de anteojos perdidos para los miembros de 21 años o más, y más de un par de anteojos de por vida para miembros menores de 21 años
- Lentes progresivos
- Lentes fotocromáticos, incluidos lentes de transición, a excepción de los miembros con albinismo ocular
- Ayudas para la baja visión, como lentes de aumento, polarizado de anteojos de sol, anteojos y lentes polarizados y recubrimientos antirreflectantes
- Lentes de alto índice con armazón de titanio

Servicios generales excluidos

- Servicios prestados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
 - Servicios para personas no aseguradas.
 - Servicios o equipo que no tienen la efectividad o para los cuales no se ha demostrado seguridad, según se describe en publicaciones médicas revisadas por pares reconocidas.
 - Servicios por los que un miembro no está legalmente obligado a pagar, o servicios que son gratuitos para el público y para los cuales no se cobraría nada en ausencia de seguro de salud.
 - Servicios prestados por personas sin licencia, certificación o que no están contempladas de alguna manera en las disposiciones de las regulaciones NH para prestar esos servicios.
 - Servicios prestados a un miembro por su familia inmediata (parientes consanguíneos o políticos) o cualquiera que normalmente viva con el miembro, excepto cuando lo permitan los servicios de transporte. La "familia inmediata" se refiere al cónyuge o equivalente al
-

Beneficios excluidos por el plan y por NH DHHS

- cónyuge, madre o padre, hijo(a), hermano(a), padrastro o madrastra, hijastro(a), hermanastro(a), suegro(a), nuera, yerno, cuñado(a), abuelo(a) o nieto(a).
- Servicios que este manual no describe como servicios cubiertos.
 - Servicios relacionados con un servicio no cubierto o proporcionados junto con este, excepto según se indique explícitamente de otra manera en el Cuadro de Beneficios del capítulo 4 (*Servicios cubiertos*). Esto incluye los costos por: honorarios profesionales, equipo médico, fármacos y gastos del centro.
 - Servicios que no son médicamente necesarios. Las únicas excepciones son esterilización voluntaria, medicamentos anticonceptivos con receta médica utilizados para propósitos anticonceptivos y servicios de salud preventiva que se describen en este manual.
 - Servicios que no cumplen las políticas médicas del plan.
 - Servicios duplicados. Se trata de servicios que prestan la misma funcionalidad al mismo miembro durante el mismo período, independientemente de si esos servicios se prestan únicamente conforme a Medicaid o por Medicaid en combinación con otro programa o entidad.
 - Servicios que el miembro recibió cuando no estaba inscrito como miembro en virtud de este plan. Esto significa antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro y después de que finalice su membresía en el plan.
 - Cargos por los servicios que el miembro recibió después de que eligió permanecer en un hospital o centro más allá de la fecha de alta determinada y comunicada por nosotros, a menos que el miembro haga uso de la opción de apelaciones que se describe en este manual.
 - Tratamiento requerido por un tercero: los servicios requeridos por un tercero que, de otra manera, no son médicamente necesarios. Entre los ejemplos de terceros, se incluyen empleadores, compañías de seguro, organismos u organizaciones certificadoras, escuelas o tribunales (a menos que los servicios solicitados se utilicen de otro modo para determinar la necesidad médica para los servicios de atención médica cubiertos de Medicaid). Entre los ejemplos de servicios, se incluyen exámenes y pruebas requeridas para actividades recreativas, empleo, exámenes ordenados por un tribunal, evaluaciones vocacionales para adaptabilidad en el trabajo, rehabilitación vocacional, ubicación en un empleo o terapia para restablecer la función para una ocupación específica. También se excluyen las pruebas para establecer paternidad, pruebas para propósitos forenses, servicios relacionados con enfermedades o lesiones laborales, autopsias, exámenes y pruebas post-mortem.
 - Transporte y alojamiento: transporte (distinto al descrito en este manual), incluso los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios del capítulo 4 (*Servicios cubiertos*) o alojamiento relacionado con la recepción de un servicio médico.
 - Animales de servicio y gastos relacionados
-

Capítulo 5: Cómo usar WellSense Health Plan para ayudarlo a manejar su salud

Sección 5.1 Mantenerse sano

WellSense Health Plan ofrece varios programas y servicios para ayudarlo a mantenerse saludable. Por ejemplo, el plan ofrece vacunas contra la gripe anuales, exámenes de ojos regulares, pruebas de detección de cáncer de mama y colorrectal y control de la presión arterial para mantenerse saludable y para ayudarlos a usted y a su proveedor a identificar posibles problemas de salud. Nuestros servicios de planificación familiar pueden ayudarlo a planificar cuándo tener hijos y la atención regular prenatal le ayudará a mantenerse saludable durante el embarazo. Además, nuestro programa de Administración de la atención está disponible para ayudarlo a manejar afecciones complejas, crónicas o a largo plazo, como asma, cáncer, depresión o diabetes.

Las visitas periódicas de atención médica de rutina (a veces denominadas “visitas de bienestar”) con su PCP son importantes para su salud y bienestar. Su PCP puede ayudarle a mantenerse al día con las pruebas preventivas específicas para su sexo y edad, como mamografías, citologías vaginales y otras revisiones médicas. Su PCP también puede ayudarle a identificar y remitirle a otros servicios que pueda necesitar para mantenerse sano.

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

Su OB/GIN

Tiene que ver a un médico apenas sepa que está embarazada. Notifique a WellSense en cuanto se entere de que está embarazada.

Un obstetra (OB) es un médico que está capacitado para atender mujeres embarazadas y atender partos. También puede ser ginecólogo (GIN). Los proveedores de medicina familiar y enfermeras obstetras pueden atenderla cuando esté embarazada. Están capacitados para saber sobre todas las afecciones del sistema reproductivo femenino.

Si cree que está embarazada, usted debe hacer una de las siguientes cosas:

- pedirle a su PCP que le recomiende un médico en su red de proveedores (no se requiere autorización previa), o bien
- llamar a un proveedor de la red de WellSense Health Plan que sea obstetra/ginecólogo o doctor de medicina familiar y pedir una cita. (No se necesita autorización previa para ver a un proveedor de la red que sea un obstetra/ginecólogo).

Atención médica durante el embarazo (prenatal)

La atención médica que recibe cuando está embarazada se llama “atención prenatal”. Este tipo de atención es muy importante. Es la mejor forma de que usted:

- vea cómo avanza su embarazo;

- sepa si usted y su bebé en gestación están recibiendo buena nutrición;
- se asegure que de su bebé se está desarrollando correctamente.

Su proveedor de atención médica la monitoreará durante su embarazo. Su proveedor quiere asegurarse de que su bebé se está desarrollando de forma apropiada. La atención prenatal temprana y regular es muy importante para ayudarle a tener un embarazo y un bebé saludables, y un parto seguro. También debe ver a su obstetra/ginecólogo tan pronto como su obstetra/ginecólogo quiera verla. También debe ver a su obstetra/ginecólogo para la atención de seguimiento. Esto ocurre entre 21 y 56 días después de que nazca su bebé. Cubrimos todas estas visitas.

Además, díglele a su PCP que está embarazada. Su PCP puede ayudarle a coordinar su atención cuando esté embarazada. También puede darle al obstetra/ginecólogo información de salud importante sobre usted. Esto ayudará a que usted y su bebé en gestación gocen de buena salud.

Servicios de planificación familiar

La planificación familiar es una parte importante de la salud. Su PCP o proveedor de servicios de planificación familiar puede ayudarlo a planificar cuándo tener hijos. Como miembro, puede asistir a cualquier proveedor de servicios de planificación familiar participante de Medicaid de New Hampshire, que incluye:

- Su PCP
- Otro proveedor de la red
- Un proveedor fuera de la red

Su cobertura incluye los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios del capítulo 4 (*Servicios de planificación familiar*). Estos servicios no requieren autorización previa. Para ver una lista de proveedores de la red, consulte nuestro *Directorio de proveedores en línea*, en wellsense.org.

Su proveedor de servicios de planificación familiar puede darle información acerca de enfermedades de transmisión sexual (ETS). También pueden darle consejos para mantenerse saludable.

Mantenerse sano

La mejor atención médica ocurre antes de que usted se enferme. Esto se llama atención preventiva. Para ayudarlo a mantenerse saludable, hemos elaborado un gráfico para mostrarle todos los exámenes y vacunas que usted y sus hijos deben recibir, según la edad. Si necesita una copia del cuadro, comuníquese con Servicios para Miembros y le facilitaremos una. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede encontrar el cuadro en nuestro sitio web en wellsense.org.

El modelo de atención primaria y atención centrada en la prevención incluirá:

- Acceso garantizado a servicios afines para todos los miembros.
- Prestación de servicios de un modo adecuado desde el punto de vista clínico y del desarrollo, centrado en el paciente y que tenga en cuenta el apoyo con el que puede contar el miembro.

- Coordinación de la atención prestada por el proveedor e integración con los servicios sociales y la atención comunitaria.
- Selección o asignación de un PCP en los 15 días naturales siguientes a la inscripción.
- Cumplimentación de la llamada de bienvenida a los miembros y de la Evaluación de Riesgos para la Salud.
- Visita de bienestar con el PCP al menos una vez al año que incluya pruebas de detección de obesidad, ansiedad, depresión y riesgo de suicidio, consumo no saludable de alcohol, consumo no saludable de drogas y prevención de caídas.
- Diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios de los servicios cubiertos basados en los hallazgos o factores de riesgo identificados en la visita anual de bienestar, la realización de una prueba de detección de la HRA o durante las visitas de atención médica rutinarias, de urgencia o de emergencia.
- Revisiones exhaustivas de los medicamentos.
- Transición de la administración de la atención, incluida la coordinación de los servicios adecuados entre los distintos centros asistenciales.
- Coordinación de la atención prestada por el proveedor, que incluye:
 - supervisión por parte del PCP de los servicios clínicos y no clínicos, incluidos, entre otros, los servicios de salud conductual y las necesidades sociales relacionadas con la salud;
 - adopción y utilización de la supervisión por parte de los PCP para promover la eficiencia y una comunicación óptima entre los proveedores;
 - educación y formación de los PCP.

Atención médica preventiva para adultos

La atención de rutina para prevenir enfermedades es una parte importante de la salud. Instamos a todos los miembros a visitar a sus proveedores de atención primaria para realizarse una evaluación de salud y recibir atención preventiva. A continuación, se muestran algunos ejemplos:

- Exámenes físicos anuales.
- Monitoreo de presión arterial a partir de los 18 años y al menos cada dos años y cada vez que realice una visita a su PCP.
- Exámenes de colesterol a partir de los 18 años, o según lo recomiende su proveedor de atención médica.
- Exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou cada tres años a partir de los 21 años en mujeres que presentan un riesgo promedio. Estos exámenes detectan cáncer cervical.
- Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) cada dos años en mujeres de 40 a 74 años; se puede comenzar a evaluar antes o con mayor frecuencia en función de los factores de riesgo.
- Los miembros de 16 a 25 años que son sexualmente activos deben hacerse un examen de clamidia cada año.
- Examen de detección de cáncer colorrectal a partir de los 45 a 50 años, en función de los factores de riesgo. La frecuencia depende del tipo de prueba utilizado. Siga la

recomendación de su médico. (Si hay antecedentes familiares inmediatos de cáncer colorrectal, los exámenes pueden ser más frecuentes).

- Vacuna para la gripe cada año.
- Exámenes de los ojos una vez cada 24 meses. (Más frecuentemente si existen determinadas afecciones médicas).

Atención médica preventiva y atención médica de niños sanos para todos los niños

Todos los niños menores de 21 años deben ir a su PCP para una revisión anual a partir de los 3 años y con mayor frecuencia en los 2 primeros años de vida (incluso si están bien). El PCP de su hijo le ofrecerá exámenes para saber si existen problemas de salud. Estos exámenes de detección forman parte de la revisión de niño sano e incluyen visión, audición, vacunas, desarrollo y salud conductual.

Las pruebas de detección de salud conductual pueden ayudarle a usted y a su médico o enfermero a identificar problemas de salud conductual de forma temprana.

Medicaid de New Hampshire requiere que los proveedores de atención primaria y las enfermeras usen herramientas estandarizadas para hacer exámenes al revisar la salud conductual de un niño durante sus visitas de niño sano. Las herramientas de los exámenes de detección están aprobadas por Medicaid de New Hampshire. Las herramientas de los exámenes de detección son listas cortas de preguntas que el padre/la madre o el hijo (según la edad del niño) llena y discute con el doctor o enfermero. Puede preguntarle a su PCP qué herramienta usará cuando haga exámenes a su hijo para detectar problemas de salud conductual. Su proveedor discutirá el examen completo con usted. Los exámenes le ayudarán a decidir a usted y a su médico o enfermero si su hijo necesita más evaluaciones de parte de un proveedor de salud conductual u otro profesional médico. La información y asistencia estará disponible si usted o su médico o enfermero piensan que su hijo debe ver a un proveedor de salud conductual. Para obtener más información sobre cómo obtener servicios cubiertos de salud conductual, o cómo elegir un proveedor de salud conductual, hable con su PCP. También puede llamar a la línea para miembros de Carelon al número que aparece en la sección 2.6: *Cómo solicitar servicios de salud conductual (servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias)*.

WellSense Health Plan le paga al PCP de su hijo en estas revisiones. En las revisiones de niño sano, el PCP puede encontrar y tratar pequeños problemas antes de que se vuelvan grandes. Estas son las edades a las que debe llevar a su hijo a exámenes físicos y exámenes completos:

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| • Cuando tenga de 1 a 2 semanas | • Cuando tenga 1 mes | • Cuando tenga 15 meses |
| • Cuando tenga 4 meses | • Cuando tenga 6 meses | • Cuando tenga 9 meses |
| • Cuando tenga 12 meses | • Cuando tenga 15 meses | • Cuando tenga 18 meses |

Los niños y adolescentes deben visitar a su PCP de acuerdo con el cronograma que aconseja la Academia Americana de Pediatría de

conformidad con Bright Futures Preventive Health Care que se encuentra en

https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

Los niños también deberían ir a su PCP cada vez que exista preocupación acerca de sus necesidades médicas, del desarrollo o de la salud conductual, incluso si no es momento de una revisión regular.

Servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

Si su hijo tiene menos de 21 años, pagaremos por los servicios médicamente necesarios de EPSDT. Pagaremos incluso si los servicios no se incluyen específicamente en su Cuadro de beneficios (sección 4.2) en el capítulo 4 (Servicios cubiertos). La cobertura incluye:

- Atención médica
- Servicios de diagnóstico
- Tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar déficits y enfermedades y afecciones físicas o mentales
- Análisis conductual aplicado

Cuando un PCP o cualquier otro proveedor descubre una afección de salud, pagaremos por los servicios médicamente necesarios cubiertos conforme a la ley de Medicaid. El tratamiento debe ser proporcionado por un proveedor de la red que esté calificado y dispuesto a prestar el servicio. Además, un médico o enfermero profesional o una enfermera obstetra debe apoyar por escrito la necesidad médica del servicio. Usted y su PCP pueden pedirnos ayuda para averiguar qué proveedores de la red pueden estar disponibles para estos servicios y, si fuera necesario, cómo obtener autorización para ver a proveedores fuera de la red. En la mayoría de los casos, estos servicios ya se contemplan en la cobertura de WellSense Health Plan de su hijo y se incluyen en su Cuadro de beneficios del capítulo 4 (*Servicios cubiertos*).

Si el servicio no está cubierto o no está en la lista, el proveedor que prestará el servicio puede pedirnos una autorización previa. WellSense Health Plan usa este proceso para determinar si el servicio es médicamente necesario. El plan pagará el servicio si se da la autorización previa. Si la autorización previa es rechazada, usted o su representante autorizado tienen derecho a apelar. Consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o "acción" del plan, o presentar una queja*) para obtener más información. Hable con el PCP, el proveedor de salud conductual u otro especialista que atiende a su hijo para recibir ayuda para obtener estos servicios.

Administración de la atención: ayuda especial si tiene ciertas afecciones de salud

Ofrecemos programas de salud especiales a los miembros para atender plenamente sus necesidades, mediante la integración de sus servicios de salud física, social y conductual, manejo de farmacias y servicios de bienestar. Estos programas se llaman "Programas de Administración de la Atención". Nuestro programa de administración de la atención está compuesto por los siguientes componentes:

- Coordinación de la atención y navegación de la atención para las necesidades médicas, de salud conductual y sociales
- Programas de gestión de miembros de alto costo o alto riesgo
- Gestión de miembros con características de población prioritaria:
 - VIH/sida (adultos e infancia)
 - Una enfermedad mental grave
 - Un trastorno emocional grave
 - Discapacidad intelectual o del desarrollo
 - Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (SUD)
 - Dolor crónico
 - Miembros que reciben servicios en virtud de las exenciones de los servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS)
 - Miembros identificados como miembros con riesgo en aumento
 - Personas con necesidades importantes de recursos no satisfechas
 - Madres de bebés que nacieron con síndrome de abstinencia neonatal
 - Recién nacidos de alto riesgo: menos de 2500 g y síndrome de abstinencia neonatal a opiáceos
 - Mujeres embarazadas con SUD
 - Usuarios de fármacos intravenosos (IV), incluidos los miembros que requieren antibióticos IV a largo plazo o tratamiento quirúrgico como consecuencia del consumo de fármacos IV
 - Personas que han acudido al Servicio de emergencias por un evento de sobredosis en los últimos doce (12) meses
 - Personas que fueron encarceladas recientemente
 - Personas que tuvieron un intento de suicidio en los últimos doce (12) meses
 - Coordinación e integración con servicios sociales y atención en la comunidad
 - Coordinación de servicios y apoyo a largo plazo
 - División de Infancia, Juventud y Familias jóvenes implicados
 - Miembros dados de alta de un ingreso hospitalario de salud mental
 - Salud maternoinfantil
 - Salud conductual

Consulte la sección 5.2 (Apoyo con la coordinación de la atención) para obtener más información sobre nuestros programas de Administración de la atención. Si tiene una afección crónica o a largo plazo que no esté mencionada, trabajaremos con usted y su proveedor de atención médica para ayudar a administrar su atención.

Sección 5.2 Apoyo con la administración de la atención y la coordinación de la atención

Su PCP o cualquier proveedor puede derivarlo a Administración de la atención de WellSense. Trabajarán en colaboración con la Administración de la atención para coordinar el cuidado más

eficaz y completo para que se mantenga sano. También puede llamar a WellSense e inscribirse en Administración de la atención, de lunes a viernes, al 855-833-8119. Nuestro programa de Administración de la atención le dará la información y las herramientas que necesita para desarrollar y mantener un estilo de vida saludable.

Nuestro personal con experiencia en Administración de la atención incluye:

- Enfermeras registradas
- Trabajadores sociales y profesionales de la salud conductual con licencia
- Defensores del bienestar en la comunidad
- Personal de apoyo de administración de casos

Nuestro personal trabaja con usted para ayudarle a entender su afección médica. Le enseñaremos a cuidarse y a hacerle preguntas a su proveedor. Nuestro personal también ayuda a coordinar la atención con todos sus médicos y servicios de apoyo comunitarios. Le brindaremos los servicios y la información adecuada para que administre su afección y esté saludable. Nuestro programa de Administración de la atención es gratis para todos los miembros.

Nuestro programa de Administración de la atención está compuesto por:

- Usted
- Sus proveedores de atención médica
- Nuestros administradores de la atención

Trabajamos juntos para usted. Nuestros administradores de la atención programarán un horario para comunicarse con usted y también le daremos el número de teléfono directo de su administrador de atención. El administrador de atención verificará su progreso y responderá a las preguntas que tengan que ver con su salud. También le ayudaremos a aprender cuáles son los beneficios y recursos comunitarios disponibles. Queremos ayudarle con más que solo atención médica. Nuestro personal con experiencia puede contactarlo con servicios como:

- Grupos de ayuda
- Cupones para alimentos
- Vivienda y refugio de emergencia
- Asistencia con los servicios públicos
- Recursos y socios en la comunidad
- Transporte a citas de atención médica

Estos recursos están disponibles para todos los miembros, no solo los afiliados en Administración de la atención.

Administración de la atención médica (CM)

La Administración de la atención médica (incluida la administración de la enfermedad) cuenta con varios programas destinados a respaldarlo en sus necesidades individuales. Los miembros que forman parte del programa de Administración de la atención de WellSense recibirán intervenciones en función de sus niveles de riesgo y necesidades. Estas intervenciones incluyen tres categorías:

- Educación y bienestar en administración de la atención
- Administración de la atención con riesgo bajo a moderado y administración de afecciones crónicas

- Administración de la atención compleja

Educación y bienestar en administración de la atención

Este programa de educación y bienestar ofrece información y capacitación. Lo instruimos y compartimos materiales, herramientas y recursos adecuados a nivel cultural y lingüístico que promueven el bienestar y la prevención de enfermedades. El objetivo es ayudarlo a aprender y a seguir formas novedosas y sencillas de administrar su salud, además de brindarle asistencia en los siguientes temas:

- Abandono de la nicotina
- Parto y atención prenatal
- Nutrición
- Manejo del estrés
- Actividad física y capacitación en el autocuidado, incluidos los autoexámenes
- Medicamentos recetados y de venta libre

Sus cuidadores y usted también reciben información personalizada con respecto a los signos y síntomas de enfermedades y afecciones frecuentes, como derrames cerebrales, diabetes y depresión, y sus posibles complicaciones. El programa se centra en enseñarle la importancia de autoadministrar su salud, además de trabajar con su proveedor de atención médica, a fin de alcanzar sus objetivos relacionados con la salud. Destacamos que la intervención temprana y las estrategias de reducción del riesgo pueden ayudar a evitar las complicaciones que se producen en presencia de discapacidad y enfermedades crónicas. Como socio en la promoción de su salud, trabajamos con proveedores que integran la educación en la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades en su atención.

Puede encontrar estos recursos si ingresa en wellsense.org y hace clic en Care Management (Administración de la atención) en las páginas para miembros. El Centro de bienestar en línea también tiene información útil para los miembros sobre cómo mantenerse saludables.

Administración de la atención con riesgo bajo a moderado y administración de afecciones crónicas

Administración de la atención con riesgo bajo a moderado y administración de afecciones crónicas es un programa de administración de la atención de nivel intermedio que se centra en ayudarlo a desarrollar habilidades de autoadministración, coordinar servicios y brindarle educación para la salud. En este nivel, se ofrece un enfoque más participativo, ya que un administrador de la atención trabaja directamente con usted y su *equipo de atención*, ya sea por teléfono o en persona. Los administradores de la atención evalúan su afección, coordinan la atención que recibe y revisan los beneficios que tiene disponibles. El administrador de la atención, con la ayuda de un defensor de bienestar en la comunidad, puede ayudarlo a establecer servicios como el apoyo familiar y los recursos disponibles en la comunidad. Además, desarrollan e implementan *planes de atención individualizados* con usted, y destacan el apoyo psicosocial y socioeconómico, los objetivos de autoadministración, la coordinación de la atención, el monitoreo continuo y el seguimiento adecuado.

Administración de la atención compleja

El programa de Administración de la atención compleja tiene como objetivo abordar afecciones más complejas como afecciones crónicas múltiples, necesidades psicosociales y socioeconómicas y un alto índice de utilización del servicio de emergencias y los servicios para pacientes internados. Esto también puede incluir a las personas que no puedan seguir los planes terapéuticos diseñados por los proveedores.

Entre las afecciones que, tal vez, requieran que el manejador de caso lo derive para que reciba Administración de la atención, se incluyen las siguientes:

- Determinadas alteraciones funcionales que afectan a las habilidades personales o las necesidades clínicas
- Alto índice de uso del servicio de emergencias, los servicios para pacientes internados o la farmacia
- Indigencia
- Una enfermedad o un evento que ha provocado un cambio o deterioro en la capacidad de autoadministrarse
- Internaciones o reinternaciones múltiples en el hospital

Participación en la administración de la atención

Nuestro programa de Administración de la atención es gratuito y voluntario. Su participación en el programa no reemplaza la atención y los servicios que recibe de su PCP y otros proveedores. El ingreso al programa puede suceder de muchas formas. Por ejemplo:

- Al completar su evaluación de riesgo de salud
- Nuestra revisión de la información de los reclamos
- Una derivación de un manejador de caso de un hospital, planificador de altas, uno de nuestros administradores de la atención o personal de Utilización de la atención, o uno de sus proveedores o cuidadores
- Autoderivación
- Llamando a la línea de información

Si piensa que se beneficiaría de uno de sus programas, llame a Administración de la atención médica al 855-833-8119 para obtener más información. También puede optar salir de cualquiera de nuestros programas llamando al mismo número.

Administración de la atención de salud conductual

WellSense ofrece servicios de administración de la atención y coordinación de la atención a miembros con determinados trastornos de salud conductual (trastornos de salud mental y consumo de sustancias). Los administradores de la atención de WellSense son médicos clínicos de la salud conductual capacitados para ayudarle con sus necesidades de atención de la salud mental. WellSense puede ayudarle a encontrar un asesor de salud conductual cerca de usted.

También pueden ayudar explicándole las opciones de tratamiento disponible. Algunas de las condiciones que sigue el equipo de administración de atención de WellSense son:

- Depresión
- Angustia emocional que afecte mucho sus relaciones personales, escuela, trabajo, desempeño laboral, patrones de sueño o alimentación
- Necesidades de salud mental como trastorno bipolar, trastornos del humor o trastornos psicóticos
- Condiciones del trastorno por consumo de sustancias como la adicción a los opiáceos y al alcohol

Para obtener más información, llame al 855-833-8119 para la Administración de la salud conductual.

Sección 5.3 Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención

“Continuidad de la atención” se refiere a brindar atención continua para afecciones médicas crónicas o agudas durante las transiciones de los miembros entre los siguientes:

- Instituciones de atención médica
- Residencia de miembros o residencias comunitarias
- Proveedores
- Áreas de servicio
- Plantes de salud con Administración de la atención
- Medicaid de Pago por servicio FFS (Medicaid fee-for-service, FFS)
- Atención en hogar de acogida y vida independiente (incluido el regreso de la atención en un hogar de acogida a la comunidad, o el cambio de la situación legal de acogida a adopción)
- Cobertura de seguro privado y administración de la atención

WellSense recaba información antes de la transición desde el plan de tarifa por servicio de Medicaid de New Hampshire, otro plan de Administración de la Atención de Medicaid o de sus proveedores cuando cambia de un entorno terapéutico a otro. Si su proveedor abandona la red de WellSense, trabajaremos en conjunto con su proveedor y con usted para ayudarlo en la transición hacia un nuevo proveedor de la red o, en ciertas circunstancias como las que se presentan a continuación, le permitiremos continuar con su proveedor actual.

Cuando usted se cambia a nuestro plan de Medicaid de New Hampshire, a otro plan de Administración de la atención de Medicaid o a otro tipo de cobertura de seguro de salud, es posible que pueda continuar con su tratamiento. Si cumple con al menos una (1) de las condiciones que se presentan a continuación, es posible que pueda continuar recibiendo atención de sus proveedores actuales durante un período de tiempo limitado, incluso si su proveedor no forma parte de la red de WellSense Health Plan. Además de cumplir con al menos una (1) de las

condiciones que se detallan a continuación, su proveedor actual de la red debe estar vigente en el plan y en Medicaid de New Hampshire para continuar brindándole tratamiento.

Cuando una de estas circunstancias clínicas se aplique a usted, es posible que continúe recibiendo atención de sus proveedores a cargo durante un tiempo limitado.	Es posible que continúe recibiendo atención de sus proveedores a cargo durante este período de tiempo.	Es posible que continúe recibiendo los medicamentos que le han recetado actualmente durante este período de tiempo.
Si está recibiendo un tratamiento autorizado previamente con su proveedor actual al momento de la transición		
Actualmente recibe servicios de su proveedor actual y padece una enfermedad aguda, una afección que es lo suficientemente grave como para que, si se interrumpe el tratamiento en la atención médica que requiere, se podría derivar en una posibilidad razonable de muerte o daño permanente		
Recibe servicios que deben continuar porque padece una enfermedad o afección crónica, una enfermedad o afección que es potencialmente mortal, degenerativa o incapacitante, y que requiere atención o tratamiento médicos durante un período de tiempo prolongado	Hasta 90 días calendario desde su fecha de inscripción o hasta que el plan realice una revisión de la necesidad médica, lo que ocurra primero	
Es un niño con necesidades médicas especiales, es decir, aquellos que tienen o presentan un aumento en el riesgo de padecer una afección física, del desarrollo, conductual o emocional crónica grave y que también requieren servicios de salud y servicios relacionados de un tipo o cantidad que supera a lo esperado para la edad del niño, y está recibiendo un ciclo de tratamiento al momento de la transición*		Durante un máximo de 90 días calendario desde su fecha de inscripción o hasta que el plan realice una revisión de la necesidad médica, lo que ocurra primero
Usted se encuentra en su segundo o tercer trimestre de embarazo y prefiere continuar recibiendo atención a través de su proveedor actual	Durante todo el embarazo y hasta un máximo de 60 días calendario después del parto	

Cuando una de estas circunstancias clínicas se aplique a usted, es posible que continúe recibiendo atención de sus proveedores a cargo durante un tiempo limitado.	Es posible que continúe recibiendo atención de sus proveedores a cargo durante este período de tiempo.	Es posible que continúe recibiendo los medicamentos que le han recetado actualmente durante este período de tiempo.
Usted desea o requiere continuar con los servicios porque padece una enfermedad terminal, y tiene un pronóstico médico que estipula una expectativa de vida de seis (6) meses o menos	Para lo que le resta de vida con respecto a la atención relacionada directamente con el tratamiento de la enfermedad terminal o sus efectos médicos	

*Incluidos los bebés o niños que viven en hogares de acogida, que deben recibir atención en una unidad de terapia intensiva neonatal, que han recibido el diagnóstico de síndrome de abstinencia neonatal (NAS), que viven en entornos sociales con un alto nivel de estrés o estrés de los cuidadores, que reciben apoyo y servicios de atención temprana centrados en la familia, o que participan en determinados programas estatales especializados que apoyan a los miembros con un diagnóstico de trastorno emocional grave, discapacidad intelectual del desarrollo o trastorno por consumo de sustancias.

Cuando se transfiere a otro proveedor o plan, usted o su proveedor autorizado pueden solicitar que se transfiera su expediente médico a los nuevos proveedores.

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

Sección 5.4 Aseguramiento de la paridad de la salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que el plan proporcione cobertura para tratamientos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, de igual forma que proporciona cobertura para otros servicios de atención médica. Esto se denomina “paridad”. Las leyes de paridad exigen que la cobertura para trastornos de salud mental y/o por consumo de sustancias no sea más restrictiva que la cobertura para otras afecciones médicas, como diabetes o enfermedad cardíaca.

Por ejemplo, si el plan ofrece cobertura ilimitada para visitas al médico para diabetes, debe hacer lo mismo para la depresión o la esquizofrenia.

Paridad significa que:

- WellSense Health Plan debe prestar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental o trastorno por consumo de sustancias de la misma forma que lo haría para otras afecciones médicas que usted pudiera tener.
- WellSense Health Plan debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento similares para servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias tal como lo hacemos con otros servicios médicos.
- WellSense Health Plan debe proporcionarles a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica usados por WellSense Health Plan para autorización previa luego de la solicitud de su proveedor.
- WellSense Health Plan debe imponer límites de dinero anuales o vitalicios agregados sobre beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.
- En un plazo razonable, WellSense Health Plan debe informarle el motivo de una negación de autorización para servicios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias.
- Si WellSense Health Plan proporciona cobertura fuera de la red para otros beneficios médicos, deberá proporcionar cobertura fuera de la red comparable para beneficios de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias.

Los requisitos de paridad se aplican a:

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

Si cree que WellSense Health Plan no está entregando paridad tal como se explica anteriormente, tiene el derecho de presentar una queja o apelación. Para obtener más información, consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o "acción" del plan, o presentar una queja*).

Si cree que no ofrecemos servicios de salud conductual (servicios para salud mental y para trastornos por consumo de sustancias) de la misma forma en que proporcionamos servicios médicos, también puede presentar una queja a la línea directa de Servicios al consumidor del Departamento de seguros de New Hampshire al **1-800-852-3416** (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., ET, en línea en <https://www.nh.gov/insurance/consumers/complaints.htm>.

Capítulo 6: Reglas sobre la autorización previa de servicios

Los requisitos de autorización previa para servicios cubiertos aparecen en cursiva en la sección 4.2 (*Cuadro de beneficios*). Para todos los servicios que requieren autorización previa, su proveedor debe solicitar y recibir una autorización previa de WellSense Health Plan para que usted tenga cobertura para ese servicio. Si no obtiene esta autorización, es posible que WellSense Health Plan no cubra el servicio.

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

Para obtener información sobre cómo obtener autorización previa para medicamentos con receta, consulte la Sección 7.1 (*Reglas y restricciones a la cobertura de medicamentos*).

Sección 6.1 Servicios médicamente necesarios

Al tomar una decisión de cobertura, WellSense Health Plan considerará si el servicio es médicamente necesario.

WellSense Health Plan determina si un servicio es “médicamente necesario” de una forma que no es más restrictiva que los criterios de Medicaid de New Hampshire. Para obtener información sobre los criterios que usamos para fundamentar una decisión de necesidad médica, llame a Servicios para Miembros y solicite una copia de las reglas por escrito específicas para su situación. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Para miembros hasta los 21 años, “médicamente necesario” significa que el plan de tratamiento:

- se calcula razonablemente para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir que empeoren afecciones que:
 - ponen la vida en peligro;
 - causan dolor;
 - tienen como consecuencia una enfermedad o invalidez;
 - amenazan con causar o agravar un impedimento;
 - causan deformidad o mal funcionamiento físico; y
- no hay otro plan de tratamiento igualmente eficaz o adecuado para el miembro.

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

Para los miembros de 21 años o más, “servicios médicamente necesarios” significa servicios de atención médica que un proveedor de atención médica con licencia, ejerciendo un juicio clínico prudente, entregaría, de acuerdo con estándares de práctica médica generalmente aceptados, a un miembro para el propósito de evaluar, diagnosticar, prevenir o tratar una enfermedad o lesión grave o crónica o sus síntomas.

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

- clínicamente adecuados en términos del extensión, sitio y duración;
- coherentes con el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad o lesión, o sus síntomas, del beneficiario;
- no estar destinados principalmente a la comodidad del miembro o la familia, cuidador o proveedor de atención médica;
- no más costosos que otros elementos o servicios que producirían resultados diagnósticos, terapéuticos o de tratamiento equivalentes según la enfermedad, lesión o los síntomas del miembro; y
- no de naturaleza experimental, de investigación, cosmética o duplicativa.

Sección 6.2 Obtener autorización del plan para determinados servicios

Las decisiones de autorización previa de WellSense Health Plan cumplen con la legislación estatal y federal, y se toman en virtud de las normas y pautas de práctica clínica basadas en evidencias. Las pautas de decisión del plan tienen en cuenta sus necesidades y se basan en evidencia clínica válida y razonable, o según lo hayan acordado los proveedores de atención especializada en ejercicio. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia de las pautas de práctica (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Cuando el plan rechaza una solicitud de autorización de servicio, o autoriza un servicio con un monto, una duración o un alcance inferior a los de la solicitud, el plan le emite un aviso por escrito de la decisión de cobertura a usted y su proveedor. Si necesita ayuda para presentar una apelación, consulte la sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

Las condiciones que se detallan a continuación se aplican a las solicitudes de decisiones de autorización previa urgente:

- Las decisiones del plan que impliquen atención de emergencia deben tomarse tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en la que el plan recibe su solicitud de servicio, a menos que su representante autorizado no brinde información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos y en qué medida.
- Si falta dicha información, WellSense Health Plan debe notificarlo a usted o a su representante autorizado dentro de las 24 horas posteriores a recibir la solicitud y debe indicarle qué información específica se necesita para que el plan tome una decisión.
- Usted o su representante deben tener un plazo suficiente para brindar la información específica, en el que se tome en cuenta cualquier circunstancia especial, pero este plazo no debe ser inferior a 48 horas.
- Por lo tanto, la decisión del plan debe tomarse en cuanto sea posible pero no más de 48 horas después de que el plan reciba la información adicional específica o después de que finalice el

período otorgado a usted o a su representante autorizado para brindar la información adicional, lo que ocurra primero.

- Si se solicita autorización para continuar o extender sus servicios, en los que se implica la atención médica urgente en un ciclo de tratamiento en curso y es una cuestión de necesidad médica, la decisión del plan debe tomarse dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud, siempre y cuando la solicitud se realice al menos 24 horas antes de que venza el período de tiempo o ciclo de tratamiento indicado.
- Si usted no está de acuerdo con la decisión adversa del plan en cuanto a la autorización previa, consulte la sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

Para todas las demás decisiones de autorización previa tomadas por WellSense Health Plan, se aplican las siguientes condiciones:

- La decisión de autorización previa del plan se debe realizar dentro de un plazo razonable según sus circunstancias médicas, pero no debe superar los 14 días calendario desde la recepción de una solicitud de autorización.
- Se dispone de una extensión de hasta 14 días calendario para las decisiones de radiología no diagnóstica si usted o su representante autorizado solicitan una extensión, o si el plan justifica la necesidad de información adicional. Si se necesita la extensión porque usted o su representante autorizado no brindaron información suficiente para que el plan tomara la decisión, usted o su representante autorizado tienen, al menos, 45 días calendario desde la recepción del aviso para brindar información específica al plan.
 - Si WellSense Health Plan prorroga el plazo, el plan brindará un aviso por escrito de los motivos por los cuales se llevó a cabo la prórroga, y le informará su derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión. Si necesita ayuda para presentar una queja, consulte la sección 10.7 (*Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo*).
- Por lo tanto, el plan debe tomar la decisión en cuanto sea posible, pero después de 14 días calendario luego de lo que ocurra primero entre las siguientes dos circunstancias:
 - el plan recibe la información adicional específica; o
 - finaliza el período que se le otorgó a usted o a su representante autorizado para que brindaran la información adicional específica.
- Si usted no está de acuerdo con la decisión adversa del plan en cuanto a la autorización previa, consulte la sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

En el caso de las decisiones de cobertura una vez que se le ha brindado el servicio u otorgado el artículo, se aplican las condiciones que se detallan a continuación:

- El plan debe tomar la decisión dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de cobertura enviada por usted o su representante autorizado.
- Si usted o su representante autorizado no brindan información suficiente a WellSense Health Plan para tomar una decisión, el plan le notificará a usted o a su representante autorizado dentro de los 15 días calendario de la fecha de la solicitud acerca de qué información adicional se requiere para que el plan tome su decisión. Usted o su representante autorizado tienen 45 días calendario para brindar la información requerida. Si

el plan solicita información adicional específica, el plazo para tomar la decisión se reanuda una vez que se reciba la información adicional específica.

- Si toma una decisión adversa, el plan le notificará a usted o a su representante autorizado por escrito en el transcurso de 3 días calendario desde que se tomó la decisión.
- Si usted no está de acuerdo con la decisión adversa del plan en cuanto a la autorización previa, consulte la sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

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

Sección 6.3 Cómo obtener autorización para servicios fuera de la red

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

Si usted es indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN) y pertenece a una tribu reconocida a nivel federal u otra persona que se determina que es elegible para recibir los servicios de atención médica para indígenas, se aplican reglas de cobertura especiales. Puede recibir servicios fuera de la red en un centro de salud para indígenas sin autorización previa. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 6.4 Admisiones de urgencia en hospitales fuera de la red

Las reglas generales de cobertura de atención fuera de la red son distintas para atención de emergencia. Para obtener información sobre cómo obtener atención de hospitales fuera de la red en una emergencia y servicios posestabilización, consulte la sección 3.6 (*Atención de emergencia, de urgencia y fuera del horario de atención*).

Sección 6.5 Cómo obtener servicios y suministros de planificación familiar dentro y fuera de la red

Cubrimos servicios de planificación familiar. Estos incluyen servicios médicos, consejería, orientación sobre control de la natalidad, pruebas de embarazo, servicios de esterilización y atención de seguimiento. (Los servicios de esterilización son procedimientos médicos permanentes que evitan que quede embarazada o que alguien quede embarazada en el futuro). Puede recibir servicios de planificación familiar de su PCP. También puede recibir estos servicios de cualquier proveedor de la red del plan o de un proveedor de servicios de planificación familiar que participe en la red de Medicaid de NH. No requiere autorización previa de nuestra parte. Pídale a su PCP una recomendación para ver a un proveedor de servicios de planificación familiar. También puede llamar directamente al proveedor de servicios de planificación familiar (autoderivación).

Sección 6.6 Cómo obtener una segunda opinión médica

Puede pedir una segunda opinión sobre cualquier servicio o tratamiento de atención médica que su proveedor considere que debería recibir. Los miembros pueden recibir una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado que pertenezca a la red o WellSense Health Plan puede coordinar que la proporcione un proveedor fuera de la red sin costo para usted.

Capítulo 7: Obtención de medicamentos con receta cubiertos

Sección 7.1 Reglas y restricciones de la cobertura de medicamentos

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas a continuación. Consulte la Lista de medicamentos para saber si se aplica alguna de estas restricciones a un medicamento que usted toma o desea tomar. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web (wellsense.org).

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

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

- Un proveedor de la red de WellSense Health Plan (un médico u otro profesional que receta calificado) escribe su receta (excepto para atención de emergencia o urgente).
- El médico que receta (u otro profesional que receta calificado) está inscrito en Medicaid de New Hampshire y WellSense Health Plan.
- Usted adquiere sus medicamentos con receta en una farmacia de la red, a menos que se le permita otra cosa, como se describe en la sección 7.4, "Surtir sus recetas en farmacias de la red" o a través del servicio de pedidos por correo del plan.
- Su medicamento aparece en la Lista de medicamentos del plan.
- Su medicamento se debe utilizar por un motivo médicamente aceptado: uno que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que cuente con el respaldo de publicaciones reconocidas.
- Si se requiere un copago, usted paga el copago para esa receta. Sin embargo, recuerde que, si no puede pagar su copago, eso no le impide surtir su receta. Para obtener más información sobre los copagos, consulte la sección 7.7 (Copagos de medicamentos con receta).

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

Restricciones a la cobertura de medicamentos

Para determinados medicamentos con receta médica, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para

ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las formas más seguras y eficaces. Estas reglas también ayudan a controlar los costos generales de medicamentos, y exigen que se pruebe un medicamento más barato si funciona igual de bien que un medicamento más caro.

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

- Restringir el acceso a medicamentos de marca cuando hay una versión genérica del fármaco disponible.
- Solicitar autorización previa del plan.
- Exigir que pruebe un medicamento diferente pero similar primero ("terapia escalonada").
- Imponer límites en la cantidad para medicamentos con receta.
- Administrar medicamentos nuevos en el mercado.

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

Por lo general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y su costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible y se ha demostrado que es eficaz para la mayoría de las personas con su afección, las farmacias de la red proporcionarán la versión genérica.**

Generalmente, no cubrimos un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted *O BIEN* ha escrito "medicamento de marca médicamente necesario" en su receta para un medicamento de marca *O BIEN* nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, el plan revisará la solicitud de cobertura del medicamento de marca en función de los criterios clínicos para determinar si el medicamento debe aprobarse o denegarse.

Solicitar autorización previa del plan.

Para estos medicamentos, usted o su proveedor deberán conseguir una autorización del plan para obtener cobertura para los medicamentos. A esto se llama "**autorización previa**". Para saber si su medicamento requiere autorización previa, consulte la Lista de medicamentos en wellsense.org. La Lista de medicamentos mostrará cuándo se requiere autorización indicando "Se requiere autorización previa" o PA en la Guía de Medicamentos de WellSense. Exigir que pruebe un medicamento diferente pero similar primero ("terapia escalonada").

Este requisito exige que usted pruebe un medicamento menos costoso e igualmente eficaz antes de que el plan cubra el medicamento más costoso. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A, de costo más bajo. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B de mayor costo. Este requisito de probar primero un medicamento en particular se denomina "terapia escalonada".

Si usted toma un medicamento que requiere terapia escalonada, su proveedor puede presentar una solicitud para que nosotros cubramos el medicamento. Si el medicamento es médicamente

necesario, cubriremos el medicamento. Si la aprobación no se otorga, no cubriremos su medicamento. Si no aprobamos la solicitud de autorización previa, no cubriremos el medicamento.

Si se transfiere de otro plan de atención administrada, tiene una receta que se autorizó antes de su inscripción en nuestro plan y tiene una o más reposiciones restantes, es posible que su farmacéutico pueda trasladar las reposiciones de sus recetas a nuestro plan si el medicamento no requiere autorización previa. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Imponer límites en la cantidad para medicamentos con receta

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

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

Si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o tiene restricciones, a continuación encontrará algunas cosas que puede hacer:

- Primero hable con su proveedor acerca de sus opciones.
- A veces, es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento. Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud para que su medicamento sea cubierto. Cuando usted no puede esperar a recibir una autorización previa de nuestra parte para la cobertura de un medicamento porque esto podría poner en riesgo su salud, podemos proporcionar un suministro temporal de un medicamento. Pídale a su farmacia que se comunique con nuestros Servicios para Miembros para obtener autorización para ese suministro temporal.
- Puede cambiar a otro medicamento. Usted o su proveedor pueden solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos cubiertos que tratan su afección. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento. Si su médico considera que es médicamente necesario para usted tomar un medicamento que no cubrimos, o que está cubierto bajo uno de nuestros programas de farmacia, puede enviarnos una solicitud de autorización previa. Esa solicitud es evaluada por un médico clínico. Si el medicamento fuese médicamente necesario, cubriremos el medicamento.
- Puede presentar una apelación o una queja. Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o "acción" del plan, o presentar una queja*).

Límites con respecto a cuándo se le puede solicitar que cambie sus recetas cubiertas

No se le solicitará que cambie los medicamentos con receta cubiertos más de una vez por año calendario, excepto:

- cuando es nuevo en Medicaid, o cambia de un plan de atención administrada de Medicaid a otro plan de atención administrada de Medicaid;
- cuando su proveedor inicia un cambio de medicamento con receta cubierto;
- cuando un producto biológicamente similar cubierto esté disponible en el mercado;
- cuando las advertencias de la caja de la Administración Federal de Medicamentos (Federal Drug Administration, FDA) o nuevas pautas clínicas son reconocidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el regulador federal que supervisa los planes de salud de Atención Administrada de Medicaid;
- cuando un medicamento con receta cubierto se retira del mercado porque se ha determinado que no es seguro o se elimina por otro motivo; y
- cuando una receta cubierta no está disponible debido a una escasez de suministro.

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

Sección 7.2 Lista de medicamentos o formulario del plan

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

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

Algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto es porque diferentes restricciones o copagos pueden corresponder en base a factores como la potencia, la cantidad o la forma de administración de los medicamentos recetados por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg; uno por día comparado con dos por día; comprimido comparado con líquido).

¿Qué *no* incluye la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. WellSense Health Plan elige qué medicamentos cubrir y la ley de Medicaid prohíbe la cobertura de algunos medicamentos.

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

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

- Visite el sitio web de WellSense Health Plan (wellsense.org). La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros para verificar si el medicamento está incluido en la Lista de medicamentos del plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).
- Llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia de la Lista de medicamentos. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Medicamentos de venta libre

El plan también cubre algunos medicamentos de venta libre **cuando tiene receta** de su proveedor. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Los medicamentos de venta libre que cubrimos aparecen en una lista aparte en nuestro sitio web wellsense.org. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de venta libre, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Durante el año de inscripción, el plan puede realizar modificaciones en la Lista de medicamentos. Hacemos cambios en la Lista de medicamentos todos los meses o con más frecuencia, si fuera necesario. La Lista de medicamentos en línea se actualiza a medida que se realizan cambios. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Por ejemplo, WellSense Health Plan puede agregar medicamentos genéricos o de marca a medida que están disponibles. Podemos eliminar un medicamento de la Lista de medicamentos porque se ha retirado del mercado o determinado que no es eficaz.
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.** Para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura de medicamentos, consulte la sección 7.1 (*Reglas y restricciones a la cobertura de medicamentos*) en este capítulo.
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

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

¿Cómo sabrá si ha cambiado la cobertura de su medicamento?

Si el plan cambia la cobertura de un medicamento que está tomando, el plan le enviará un aviso por escrito.

Entre algunos ejemplos de cuándo podrían cambiar sus medicamentos, se incluyen los siguientes:

- Cuando el fabricante o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o ambos, **retiran un medicamento del mercado repentinamente** porque se determina que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Les informaremos a usted y a su proveedor

sobre este cambio inmediatamente. Su proveedor trabajará con usted para encontrar otro medicamento que trate su afección.

- Si un **medicamento de marca que usted está tomando se reemplaza con un medicamento genérico nuevo**, la farmacia automáticamente sustituirá el medicamento genérico por el medicamento de marca. Si el medicamento de marca es medicamento necesario, el profesional que receta debe emitir una nueva receta que indique “medicamento necesario” para el medicamento de marca y enviar una solicitud de autorización previa al plan para su revisión.

Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web wellsense.org o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 7.3 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta no se cubren. Vea también los beneficios excluidos que se relacionan con la cobertura de medicamentos en la sección 4.5 (*Beneficios que no cubre nuestro plan ni Medicaid de New Hampshire*).

Para obtener medicamentos que el plan no cubre, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos enumerados en esta sección.

WellSense Health Plan no cubrirá los medicamentos en las siguientes situaciones:

- WellSense Health Plan no cubrirá medicamentos de la Parte D si está inscrito en las Partes A, B, C (Medicare Advantage) o D.
- Si compra el medicamento fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El medicamento se va a utilizar para un uso no indicado y ese uso no cuenta con el respaldo de una publicación reconocida. (“Uso no indicado” se refiere a cualquier uso del medicamento diferente al que se indica en la etiqueta de un medicamento, según lo haya aprobado la FDA. Publicaciones reconocidas son American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX; y para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. **(Para miembros de 21 años de edad o más, es posible que se aplique una excepción para recetas para uso no indicado médicamente necesario).**

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

- Medicamentos experimentales o en fase de investigación que no hayan sido aprobados por la FDA
- Medicamentos enumerados por la FDA como medicamentos DESI o IRS
- Medicamentos que se usan para mejorar o fomentar la fertilidad
- Los medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o el resfrío
- Los medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento capilar

- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual, como Viagra®, Cialis®, Levitra y Caverject
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiera que las pruebas asociadas y los servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta
- Servicios que son gratuitos para el público general

Sección 7.4 Surtir sus recetas en farmacias de la red

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

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

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?

Para buscar farmacias de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (wellsense.org) o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si cambia de una farmacia de la red a otra y debe volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitarle a su proveedor que le haga una nueva receta médica por escrito o al farmacéutico que la transfiera a su nueva farmacia de la red.

Le avisaremos si la farmacia que utiliza abandona la red del plan. Si la farmacia a la cual asiste abandona la red del plan, deberá encontrar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia de la red de servicios, usted puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o recurrir al *Directorio de farmacias*.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada de la red. Las farmacias especializadas incluyen farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. Algunos medicamentos con receta deben surtirse a través de nuestra farmacia especializada de la red. Estos medicamentos incluyen medicamentos inyectables e intravenosos que a menudo se utilizan para tratar afecciones crónicas (en curso) que requieren servicios de

apoyo de medicamentos especiales. Las farmacias especializadas pueden brindar ayuda adicional a miembros y proveedores.

Consulte nuestra Lista de medicamentos en el sitio web wellsense.org para ver si su medicamento es un medicamento de especialidad y, aparecerán las instrucciones y la información de contacto de la farmacia de especialidad de la red del plan.

También puede ingresar al Pharmacy Directory (Directorio de farmacias) (sección “Buscar una farmacia” en nuestro sitio web) o llamar a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Cuándo puede usar una farmacia fuera de la red

Si viaja fuera del área y debe surtir una receta a causa de una emergencia o atención necesaria de urgencia, puede acudir a una farmacia fuera de la red. En ese caso, es posible que deba pagar el medicamento y luego comunicarse con nosotros para que le devolvamos lo que pagó.

Cómo puede obtener un suministro de emergencia para su medicamento

Si necesita surtir una receta debido a una necesidad de atención de emergencia o urgente, como cuando viaja fuera del área, puede hablar con su farmacéutico que puede ayudarle a obtener un suministro de medicamentos de emergencia o puede ponerse en contacto con Express Scripts: 877-957-1300 , o 711 para personas con deficiencia auditiva. Está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. En esos casos, es posible que deba pagar el medicamento y luego comunicarse con nosotros para que le devolvamos lo que pagó.

Cómo puede obtener un suministro temporal de su medicamento

Cuando usted no puede esperar a recibir una autorización previa de nuestra parte para la cobertura de un medicamento porque esto podría poner en riesgo su salud, podemos proporcionar un suministro temporal de un medicamento. Pídale a su farmacia que se comuniquen con nuestro departamento de Servicios para Miembros para obtener autorización para este suministro temporal. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Uso de los servicios de pedido por correo del plan.

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están señalados como “**mail-order**” (pedidos por correo) en nuestra Lista de medicamentos.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir las recetas por correo, visite nuestro sitio web: wellsense.org. Debe inscribirse en el programa de farmacia de pedidos por correo. Para inscribirse en la farmacia de pedidos por correo:

- Comuníquese con Cornerstone Health Solutions por teléfono al 844-319-7588, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Este.

- Complete el formulario de inscripción de pedidos por correo que se encuentra en el sitio web del plan en la sección titulada Two Ways to Get Your Maintenance Medications (Dos formas de adquirir sus medicamentos de mantenimiento). El formulario de inscripción también está disponible en www.cornerstonehealthsolutions.org.
- Una vez que se haya inscrito, puede reponer las recetas por correo, teléfono o en línea en www.cornerstonehealthsolutions.org. Su proveedor de recetas puede llamar a Cornerstone Health Solutions o enviarles su receta por fax al 781-805-8221.
- Asegúrese de hacerle saber a la farmacia de pedidos por correo cuáles son las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes de hacer el envío.
- Por lo general, recibirá el pedido de la farmacia de pedidos por correo en un máximo de 5 a 7 días hábiles. Si la receta que pide por correo se retrasa, debe comunicarse con nosotros para obtener un suministro temporal del medicamento de una farmacia de la red hasta que el pedido por correo pueda entregarse. Si nunca utilizó nuestra entrega de pedido por correo y/o decide detener la entrega automática de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para consultar si desea que le envíen el medicamento de manera inmediata. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permitirle anular o demorar el pedido antes de que lo facturen y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, a fin de informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.
- Si desea optar por no recibir entregas automáticas de nuevas recetas que se envían directamente desde la oficina de su proveedor de atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros para comunicarse con el plan. El número de teléfono se encuentra en la contraportada de este documento. Es importante que le informe a la farmacia cuáles son las mejores formas de contacto cuando se inscriba en los servicios de pedidos por correo, lo que incluye especificar sus preferencias de comunicación y confirmar su dirección de envío. Si tiene preguntas o experimenta problemas con sus medicamentos con receta de pedidos por correo, comuníquese con Cornerstone Health Solutions por teléfono al 1-844 319-7588.

Sección 7.5 Cobertura de medicamentos en centros

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

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en

un centro de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Su PCP, farmacéutico u otro proveedor cualificado puede llevar a cabo una revisión exhaustiva de la medicación para asegurarse de que los miembros reciben una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que toman varios medicamentos o tienen más de un proveedor que se los receta. Durante estas revisiones, el proveedor o el farmacéutico buscarán posibles problemas como:

- posibles errores con los medicamentos;
- medicamentos que es posible que no sean necesarios debido a que toma otro medicamento para tratar la misma afección médica;
- es posible que los medicamentos no sean seguros o apropiados debido a su edad o sexo;
- algunas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo;
- recetas que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico;
- posibles errores en la cantidad (dosis) de medicamento que toma.

El proveedor abordará y corregirá cualquier posible problema.

WellSense Health Plan ofrece un Programa de Administración de Medicamentos (Polifarmacia) a los miembros que califican o a cualquier miembro que lo solicite. Los miembros pueden optar por completar anualmente una revisión integral de medicamentos (CMR). Una CMR es un proceso en el que usted comenta sus medicamentos y su plan de tratamiento con su médico de atención primaria (PCP) o con un farmacéutico comunitario. Durante estas revisiones, colaborará con su profesional sanitario para:

- Hablar sobre cómo tomar sus medicamentos tal y como se los recetó su médico.
- Reducir o prevenir los efectos secundarios de los medicamentos.
- Abordar y resolver cualquier problema relacionado con la medicación.
- asegurarse de que obtiene el máximo beneficio de su plan de tratamiento, ayudándole a sentirse mejor y a mantenerse más sano.

Revisión integral de medicamentos (CMR)

La revisión integral de medicamentos (CMR), también conocida como manejo de terapia de medicamentos (MTM), está disponible anualmente para los miembros que utilizan varios medicamentos o medicamentos previa solicitud. Su médico de atención primaria (PCP) o

farmacéutico comunitario puede llevar a cabo esta revisión para ayudarle a entender mejor los medicamentos que toma. Entender por qué y cómo tomar cada medicamento es importante para su salud en general. WellSense Health Plan se compromete a apoyarle en su camino hacia una mejor salud.

Programa de monitoreo de medicamentos con receta (PDMP)

Este programa utiliza datos de reclamos para identificar miembros que están en riesgo por usar medicamentos que tienen potencial de abuso. Entre estos medicamentos, se incluyen sustancias controladas que pertenecen a la lista II (como oxicodona y morfina) y otras sustancias no controladas que presentan riesgo de uso excesivo (como gabapentina). El objetivo del programa PDMP es ayudar a los proveedores a estar mejor informados sobre los patrones de uso de medicamentos de sus pacientes y reducir la posibilidad de uso indebido de la medicación. Los miembros identificados son inscritos automáticamente en el programa PDMP. Las revisiones de los antecedentes médicos y el uso de medicamentos de un miembro pueden tener como consecuencia que nosotros hagamos algunas cosas, por ejemplo:

- Bloqueo de farmacia: se trata de un proceso que impide que un miembro consiga medicamentos controlados (como hidrocodona o tramadol) en más de una farmacia durante un año. También ayuda a los miembros, proveedores y farmacéuticos a entender mejor los medicamentos de los miembros y reducir riesgos. Cualquier miembro que es colocado en un bloqueo de farmacia será notificado por escrito con anticipación, incluso de sus derechos de apelación.
- Comunicación directa con el médico que recetó la medicación.
- Derivaciones al área de investigación de fraude y abuso para su evaluación posterior.

Sección 7.7 Copagos de medicamentos con receta

Es posible que se requiera un copago por cada receta médica

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

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

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

Miembros que están exentos de copagos

El NH DHHS determina si usted no debe pagar copagos por medicamentos con receta médica.

Usted no tendrá que pagar un copago si:

- está por debajo del límite de ingresos designado (el 100% o por debajo del nivel de pobreza federal);
- tiene menos de 18 años;
- está en un centro de enfermería o centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales;
- participa en uno de los programas de exención de la atención basada en el hogar y la comunidad (HCBC);
- está embarazada y recibe servicios relacionados con su embarazo o cualquier otra afección médica que pueda complicar su embarazo;
- recibe servicios para afecciones relacionadas con su embarazo y surte o repone su receta en un plazo de 60 días después del mes en que termina su embarazo;
- está en un programa de cáncer de mama y cáncer cervical;
- recibe atención en un centro de cuidados paliativos; o
- es un indígena estadounidense o nativo de Alaska.

Si considera que puede acogerse a alguna de estas exenciones y le cobran un copago, comuníquese gratuitamente con el Centro de Servicio al Cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m. (hora del Este).

Capítulo 8: Cómo solicitarnos que paguemos

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

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

No permitimos que los proveedores facturen o agreguen cargos adicionales o por separado a los miembros, denominados "facturación del saldo". (Para ver una definición de "facturación del saldo", consulte la Sección 13.2 (*Definiciones de palabras importantes*)). Esta protección (el hecho de que usted nunca paga más de lo que le corresponde de copago) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que dicho proveedor normalmente cobra por un servicio. También se aplica cuando hay una controversia sobre el pago del plan al proveedor por un servicio cubierto y cuando no pagamos determinados cargos del proveedor.

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

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

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

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

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

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

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

Si recibe una factura de un proveedor que le solicita que pague algo que usted considera que no debe, envíe la factura al plan, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho, como un recibo. Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos a él directamente. Si ya ha pagado más de su parte del costo de la factura, le devolveremos la parte del costo que le

corresponde al plan. Si recibió o le facturaron servicios que el plan no cubre, es posible que deba pagar esos costos.

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

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

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

Cuando suceda eso:

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

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

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

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

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

- **Cuando usted paga el costo completo por una receta médica en otras situaciones.**

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

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

Envíe un formulario de reembolso. Puede encontrar los formularios de reembolso para miembros en el sitio web: wellsense.org.

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

Todos los ejemplos mencionados son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión o presentar una queja. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación o una queja, consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o "acción" del plan, o presentar una queja*).

Sección 8.2 Cómo y dónde enviar su solicitud de pago

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

Envíe las solicitudes de pago a:

Envíe las solicitudes de pago a:

Envíe solicitudes de pago para servicios médicos a:

Departamento de Servicios al Miembro
WellSense Health Plan
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129

Las solicitudes de pago no se aplican a los servicios de salud conductual.

Para reembolsos por medicamentos cubiertos:

- Visite la página de Farmacia en wellsense.org e imprima el Formulario de reclamo de medicamentos con reembolso para el miembro; o llame a Express Scripts al 877-957-1300 para obtener una copia.
- Complete este formulario Y adjunte los recibos originales pagos de la farmacia.
- Envíe el formulario por correo o fax a:

Express Scripts
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

Fax: 877-251-5896

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual). Si no sabe cuánto debió haber pagado o si recibe

una factura que no entiende o tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual). Podemos ayudarle. También puede llamar al plan si desea proporcionarnos más información sobre una solicitud de pago que ya le envió al plan.

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

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

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

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

Sección 8.4 Reglas de pago que debe recordar

WellSense Health Plan cubre todos los servicios de atención médica que son médicamente necesarios, según se indica en el Cuadro de Beneficios en el capítulo 4 de este manual y que son acordes con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubre el plan. Es posible que esos pagos sean necesarios porque el servicio no es un servicio cubierto o se obtuvo fuera de la red y el plan no lo autorizó con anticipación.

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

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

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

Capítulo 9: Sus derechos y responsabilidades

Sección 9.1 Sus derechos

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

- Tiene derecho a recibir información de forma que pueda entender con facilidad y en un formato accesible que satisfaga sus necesidades. Para obtener más información, consulte la sección 2.16 (Otra información y recursos importantes: formatos alternativos y servicios de interpretación).
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y a que se reconozcan su dignidad y privacidad.
- Tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, que esté presentada de forma adecuada para su afección y capacidad de comprender.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones con relación a su atención médica, incluido su derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a ver, además de solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y el derecho a solicitar que sus expedientes médicos se modifiquen o corrijan.
- Tiene derecho a que servicios y medicamentos cubiertos estén disponibles y accesibles de forma oportuna.
- Tiene derecho a la coordinación de la atención.
- Tiene derecho a la privacidad y protección de su información médica personal.
- Tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.
- Tiene derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención médica.
- Ni el plan ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (NH DHHS) pueden tomar ningún tipo de represalia contra usted por ejercer sus derechos.
- Tiene derecho a una segunda opinión. Para obtener más información, consulte la sección 6.6 (Obtención de una segunda opinión médica).
- Tiene derecho a saber qué hacer si lo tratan injustamente o no se respetan sus derechos. Para obtener más información, consulte la sección 10.7 (Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo).
- Tiene derecho a que se le informe si hay cambios en la ley estatal que pudieran afectar su cobertura. El plan le brindará información actualizada al menos 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, siempre que sea práctico.
- Tiene derecho a planificar la atención con anticipación para sus decisiones de atención médica si así lo desea. Para obtener más información, consulte la sección 9.3 (Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica).

- Tiene derecho a presentar una queja si un proveedor no respeta sus deseos expresados en su directiva anticipada. Para obtener más información, consulte la sección 9.3 (Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica).
- Tiene derecho a abandonar nuestro plan en algunas situaciones. Para obtener más información, consulte el capítulo 11 (Finalizar su membresía al plan).
- Tiene derecho a obtener beneficios, incluidos los servicios y suministros de planificación familiar, de proveedores no participantes.
- Tiene derecho a saber cuando su plan decide no brindar un servicio que usted necesita por motivos morales o religiosos. No excluimos servicios por motivos morales o religiosos.
- Tiene derecho a presentar una queja o apelación. Para obtener más información, consulte la sección 10.7 (Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo).
- Tiene derecho a solicitar información sobre nuestros programas de incentivos para médicos.
- Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.

Sección 9.2 Sus responsabilidades

A continuación se enumeran las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 le proporcionan detalles sobre sus servicios de atención médica, incluso lo que cubre el plan, lo que no cubre y las reglas que debe seguir.
 - El capítulo 7 brinda información sobre la cobertura de medicamentos con receta, incluso lo que es posible que deba pagar.
 - Para contar con la cobertura de WellSense Health Plan, debe recibir toda su atención médica de proveedores de la red del plan excepto para:
 - atención de emergencia;
 - servicios de diálisis que recibe cuando se encuentra viajando fuera del área de servicio del plan;
 - servicios de planificación familiar; y
 - Cuando le damos autorización para que reciba atención de un proveedor fuera de la red
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárselo a WellSense Health Plan lo antes posible.** Llame a Servicios para Miembros para informarnos (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Debemos seguir las reglas establecidas por Medicaid para asegurarnos de que utiliza toda su cobertura. Eso se denomina “coordinación de beneficios” porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos con receta que recibe de nuestro plan con los demás beneficios médicos y de medicamentos que tenga disponibles. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la sección 1.5 (*Cómo funciona otro seguro con nuestro plan*).

- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía y su tarjeta de Medicaid de New Hampshire siempre que reciba servicios cubiertos, incluso servicios médicos o de atención médica de otro tipo y medicamentos con receta.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo asistan dándoles información, haciéndoles preguntas y continuando con su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a darle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus afecciones médicas. Proporcione a sus proveedores la información que necesitan acerca de usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores de atención médica sepan sobre todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Hable con su PCP acerca de buscar servicios de especialistas antes de ir a uno, excepto en caso de emergencia.
 - Cumpla con las citas, llegue a tiempo y llame antes si va a llegar tarde o debe anular la cita.
 - Autorice a su PCP a obtener las copias necesarias de todos sus expedientes médicos de otros proveedores de atención médica.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas en una forma que usted entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que se le proporciona, vuelva a preguntar.
- **Solicite servicios de interpretación cuando los necesite.** Nuestro plan tiene personal y servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si califica para Medicaid de New Hampshire debido a una discapacidad, tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted sin costo. Para obtener más información, consulte la sección 2.16 (*Otra información y recursos importantes: formatos alternativos y servicios de interpretación*).
- **Respete a los otros miembros, el personal del plan y los proveedores.** Para obtener información sobre cuándo es posible que se anule involuntariamente la membresía de los miembros por comportamiento amenazador o abusivo, consulte la sección 11.2 (*Cuándo se puede anular su membresía al plan involuntariamente*).
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos, según corresponda:
 - Para medicamentos con receta cubiertos por el plan, debe pagar un copago, si corresponde: Sin embargo, si no puede pagar su copago, eso no le impide surtir su receta.

Consulte el capítulo 7 (*Cómo obtener medicamentos con receta cubiertos*) para conocer lo que debe pagar por sus medicamentos con receta.

- Si recibe servicios de atención médica o medicamentos con receta que el plan, u otro seguro que usted tenga, no cubre, es responsable del costo total.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle cobertura para un servicio de atención médica o medicamento con receta, puede presentar una apelación. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o "acción" del plan, o presentar una queja*).
- **Informe al plan si se muda.** Si va a mudarse, o se mudó, es importante que llame a Servicios para Miembros para informarnos lo antes posible. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **No permita que nadie más use sus tarjetas de membresía de WellSense Health Plan o Medicaid de New Hampshire para recibir servicios de atención médica.** Consulte la Sección 2.15 (*Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso*). Avísenos si considera que alguien ha hecho mal uso intencional de sus beneficios de atención médica.
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

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

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

A veces, las personas no pueden tomar sus propias decisiones de atención médica. Antes de que suceda esta situación, usted puede:

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

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

Hay dos tipos de directivas anticipadas en New Hampshire.

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

- Poder notarial duradero para atención médica: es un documento que le permite nombrar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica (incluidas decisiones acerca de soporte vital), si usted ya no puede hablar por sí mismo. Esta persona es su "agente" de atención médica y también puede hacer cumplir los deseos que usted describió en su "testamento en vida".

Si desea crear una directiva anticipada:

- Pídale el formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social.
- Complete y firme el formulario. Recuerde, el formulario es un documento legal. Puede pedirle ayuda a un abogado para completarlo.
- Entregue copias a las personas que deban conocerlo, incluso su médico y la persona que designe como su agente. También le conviene entregar copias a amigos cercanos o a familiares.
- Asegúrese de conservar una copia en el hogar.
- Si va a ser hospitalizado, lleve una copia al hospital. En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene a la mano. Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tendrá formularios disponibles y puede pedir uno si desea firmarlo.

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no ha seguido sus instrucciones, podrá presentar una queja ante el defensor del paciente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, que puede derivarlo a la agencia o parte correspondiente. Para obtener información de contacto, consulte la Sección 2.13 (*Cómo comunicarse con el defensor del paciente del NH DHHS*).

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

Capítulo 10 (Qué hacer si desea apelar una decisión o “acción” del plan, o presentar una queja).

Como miembro de WellSense Health Plan, tiene derecho a presentar una apelación o queja si no está satisfecho con el plan de alguna forma. Cada proceso de apelación y queja tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y el plan deben respetar. Este capítulo explica los dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes.

Son los siguientes:

- **Proceso de apelaciones:** para otros tipos de problemas, debe usar el proceso de apelaciones de WellSense Health Plan. En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación al plan y agotar el proceso de apelaciones (apelación de primer nivel) antes de solicitar una audiencia imparcial estatal ante la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU) del NH DHHS (apelación de segundo nivel).
- **Proceso de quejas:** para otros tipos de problemas, debe usar el proceso de quejas de WellSense Health Plan .

Para obtener ayuda con su queja, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., hora del Este.

Sección 10.1 Acerca del proceso de apelaciones

Siempre que WellSense Health Plan tome una decisión de cobertura o una acción con la que usted no esté de acuerdo, puede presentar una apelación. Si WellSense Health Plan deniega, reduce, suspende o finaliza sus servicios de atención médica, el plan debe enviarle un aviso por escrito **al menos 10 días calendario antes de llevar a cabo la acción**. El aviso por escrito debe explicar el motivo para dicha “acción”, especificar el fundamento legal que lo respalde e incluir información sobre el proceso de apelaciones. Si decide apelar la decisión del plan, es muy importante que revise cuidadosamente el aviso por escrito del plan y siga los plazos del proceso de apelaciones.

Las “acciones” del plan que puede apelar incluyen:

- una decisión de negar o limitar un servicio de atención médica solicitado o una solicitud de autorización previa, en su totalidad o en parte;
- una decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio de atención médica que usted recibe;
- una decisión de rechazar una solicitud de un miembro de impugnar una responsabilidad financiera, que incluye costos compartidos, copagos y otras responsabilidades financieras del miembro. Esto incluye la denegación del pago de un servicio, en su totalidad o en parte (excepto cuando el pago de un servicio se debe únicamente a que la reclamación incluye defectos o carece de la documentación requerida necesaria para el pago oportuno de la reclamación); y

- cuando un miembro no puede acceder a servicios de atención médica de forma oportuna.

Usted tiene derecho a presentar una apelación aunque el plan no le haya enviado un aviso. Si recibe una denegación verbal, debe solicitar un aviso de denegación por escrito del plan y apelar después de recibir el aviso verbal o escrito de denegación si no está satisfecho con la decisión del plan.

Existen **dos** niveles de apelación.

Estos son los siguientes:

- **Apelaciones estándar o aceleradas de primer nivel a través del plan.** En este nivel de apelación, usted le pide a WellSense Health Plan o que reconsidere su decisión respecto a una "acción" particular. Las apelaciones de primer nivel incluyen apelaciones estándar y aceleradas. La excepción a los requisitos de apelaciones de primer nivel se produce cuando el plan no cumple con el plazo para brindarle un aviso por escrito y en tiempo y forma de su decisión. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una apelación mediante audiencia imparcial estatal inmediatamente.

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

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

- **Apelaciones estándar o aceleradas mediante Audiencia imparcial estatal de segundo nivel.** Antes de presentar una apelación mediante una Audiencia imparcial estatal en la AAU (Administrative Appeals Unit: Unidad de Apelaciones Administrativas) del NH DHHS, debe agotar el primer nivel de apelaciones a través de WellSense Health Plan.

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

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

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

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

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

- **Debe presentar su apelación estándar con WellSense Health Plan o Carelon (para servicios de salud conductual, incluso tratamiento de salud mental y trastornos por consumo de sustancias) por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que le envió el plan.**
- En su solicitud de apelación por escrito firmada:
 - incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una);
 - describa la fecha de la acción o aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso;
 - explique por qué desea apelar la decisión; y
 - si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que esos servicios continúen. Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 *Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*).
- Envíe su solicitud de apelación por escrito a WellSense Health Plan o a Carelon (para servicios de salud conductual, incluso tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias) usando la información de contacto que se encuentra en la sección 2.2 (*Cómo comunicarse con el plan o con Carelon Behavioral Health (Carelon) sobre una decisión de cobertura o para presentar una apelación*).
- **Puede designar a alguien para que presente una apelación a través del plan o Carelon** (para servicios de salud conductual, incluso salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias) **en su nombre, incluso a su proveedor.** Sin embargo, debe dar permiso por escrito para designar a un proveedor o a otra persona para que presenten una apelación en su nombre. Para obtener más información sobre cómo nombrar a otra persona para que lo represente, consulte la sección 2.16 (*Otra información y recursos importantes: usted puede nombrar a un representante autorizado o a un representante personal*).
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus servicios, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de WellSense Health Plan o Carelon durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.** Para obtener más información, consulte la sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*).

Esto es lo que puede esperar después de que presenta su apelación estándar con el plan o Carelon (para servicios de salud conductual, incluso salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias):

- **Después de que presenta una apelación estándar, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** Una copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión del plan.
- WellSense Health Plan debe proporcionarle la oportunidad razonable de presentar evidencia en persona y por escrito como parte de su apelación.
- **Para una apelación estándar, WellSense Health Plan o Carelon emitirán su decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.** El plan puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita la extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide tomarse días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por escrito en un plazo de 2 días calendario. Si no está de acuerdo con la extensión del plan, puede presentar una queja al plan. Para obtener más información, consulte la sección 10.7 (*Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo*).
- **Si WellSense Health Plan o Carelon revierten su decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios que no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, WellSense Health Plan o Carelon autorizarán los servicios rápidamente. Los servicios se autorizarán tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan revirtió su decisión.**
- Si recibió continuación de los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
 - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde su apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.
 - Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*).
- **Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel a través de WellSense Health Plan o de Carelon, puede presentar un segundo nivel de apelación si solicita una Audiencia imparcial estatal estándar o acelerada.** Para obtener más información, consulte la sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel)*) y la sección 10.5 (*Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación de segundo nivel)*).

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

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

Si esperar el tiempo que demora una resolución estándar de su apelación pondría en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede solicitar una **resolución acelerada** de su apelación de WellSense Health Plan o de Carelon. Esto a veces se llama “pedir una decisión rápida”.

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

- **Debe presentar su apelación acelerada a través de WellSense Health Plan o Carelon por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que le envió el plan. Cuando se comunique con el plan, recuerde pedir una apelación acelerada.**
- En su solicitud de apelación acelerada verbal o por escrito:
 - incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una);
 - describa la fecha de la acción o aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso;
 - explique el motivo de su solicitud acelerada y por qué desea apelar la decisión; y
 - si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que esos servicios continúen. Para obtener más información, consulte la sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*).
- Envíe su solicitud de apelación por escrito a WellSense Health Plan o a Carelon usando la información de contacto que se encuentra en la sección 2.2 (*Cómo comunicarse con el plan o con Carelon Behavioral Health (Carelon) sobre una decisión de cobertura o para presentar una apelación*).
- **Puede designar a alguien para que presente una apelación en su nombre, incluso a su proveedor.** Sin embargo, debe dar permiso por escrito para designar a un proveedor o a otra persona para que presenten una apelación en su nombre. El plan no necesita permiso por escrito si su proveedor solicita la apelación acelerada de primer nivel en su nombre. Para obtener más información sobre cómo nombrar a otra persona para que lo represente, consulte la Sección 2.16 (*Otra información y recursos importantes: Usted puede nombrar a un representante autorizado o a un representante personal*).
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus servicios, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de WellSense Health Plan o Carelon durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.** Para obtener más información, consulte la sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*).

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

- **Después de que presenta una apelación acelerada, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** Una copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión del plan.
- Si WellSense Health Plan o Carelon aceptan su solicitud de apelación acelerada, deben proporcionarle la oportunidad razonable de presentar evidencia en persona y por escrito como parte de su apelación. Tenga en cuenta que es posible que le sea difícil hacerlo en el caso de una decisión de apelación “rápida” acelerada.
- **Para apelaciones aceleradas, WellSense Health Plan o Carelon deben resolver su solicitud tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en la que el plan recibe su solicitud.** El plan puede tomarse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide tomarse días adicionales para tomar una decisión, intentará informarle sobre el retraso con un aviso verbal rápido y por escrito en un plazo de 2 días calendario. Si no está de acuerdo con la extensión del plan, puede presentar una queja al plan. Para obtener más información, consulte la sección 10.7 (*Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo*).
- Si WellSense Health Plan o Carelon **aceptan** su solicitud de apelación acelerada, el plan emitirá su decisión por escrito tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en la que el plan recibe su solicitud.
- Si WellSense Health Plan o Carelon **rechazan** su solicitud de apelación acelerada, el plan debe hacer todos los esfuerzos razonables para informarle sobre el rechazo con un aviso verbal rápido y por escrito en un plazo de 2 días calendario.
- **Usted tiene derecho a presentar una queja formal ante WellSense Health Plan o Carelon si el plan rechaza su solicitud de una apelación acelerada.** Si el plan rechaza su solicitud de apelación acelerada, WellSense Health Plan o Carelon tratará su apelación como parte del proceso de apelaciones estándar.
- **Si WellSense Health Plan o Carelon revierten su decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios que no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, WellSense Health Plan o Carelon autorizarán los servicios rápidamente. Los servicios se autorizarán tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan revirtió su decisión.**
- Si recibió continuación de los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
 - Si la decisión es a su favor, el plan o Carelon pagarán esos servicios.
 - Si pierde su apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de beneficios prestados por el plan o por Carelon durante el período de apelación.

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

- **Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel a través de WellSense Health Plan o de Carelton, puede presentar un segundo nivel de apelación si solicita una Audiencia imparcial estatal estándar o acelerada.** Para obtener más información, consulte la sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel)*) y la sección 10.5 (*Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación de segundo nivel)*).

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

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

Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de WellSense Health Plan o de Carelton, puede presentar un segundo nivel de apelación si solicita una Audiencia imparcial estatal ante la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU) del NH DHHS.

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

- **Debe solicitar una Audiencia imparcial estatal estándar por escrito en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión por escrito del plan.** En la mayoría de las situaciones, usted no puede solicitar una Audiencia imparcial estatal sin pasar primero por los procesos de estándar o acelerados (apelación de primer nivel) del plan descritos arriba. Para saber cuándo no es necesario que agote el proceso de apelaciones del plan antes de solicitar una Audiencia imparcial estatal, consulte la sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).
- En su solicitud de Audiencia imparcial estatal estándar por escrito:
 - incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una);
 - describa la fecha de la acción o aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso;
 - explique por qué desea apelar la decisión;
 - si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que esos servicios continúen. Debe comunicarse con el plan para solicitar la continuación de los beneficios. Para obtener más información, consulte la sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*); y

- Describa cualquier requisito especial que necesitará para la audiencia (p. ej., accesibilidad para personas discapacitadas, servicios de interpretación).
- Envíe su solicitud de Audiencia imparcial estatal por escrito a:
Administrative Appeals Unit
NH Department of Health and Human Services
105 Pleasant Street, Room 121C
Concord, NH 03301
Fax: 603-271-8422
- **Si apela la decisión del plan o de Carelon de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus servicios, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de WellSense Health Plan o de Carelon durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.** Para obtener más información, consulte la sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*).

Esto es lo que puede esperar después de que presenta su apelación estándar mediante Audiencia imparcial estatal:

- **Después de que presenta una apelación estándar mediante Audiencia imparcial estatal, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que utilizó el plan para tomar su decisión.** Una copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión de la Audiencia imparcial estatal.
- **Para una apelación estándar mediante Audiencia imparcial estatal, la AAU debe resolver la solicitud tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 90 días después de la fecha en que presentó su apelación de primer nivel ante el plan (sin incluir la cantidad de días que demoró en presentar su solicitud de Audiencia imparcial estatal).**
- La AAU le informará cuándo se realizará la audiencia. Por lo general, las audiencias se realizan en la AAU en Concord o en la oficina del distrito del NH DHHS de su localidad.
- Un funcionario de audiencias de la AAU llevará adelante la audiencia.
- Usted puede llevar testigos, presentar testimonio y evidencia en persona y por escrito y hacerles preguntas a otros testigos en su Audiencia imparcial estatal.
- **Si la AAU revierte la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios que no se prestaron mientras la apelación de primer nivel y/o mediante Audiencia imparcial estatal estaba pendiente, el plan autorizará los servicios tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan recibe el aviso de que la AAU revirtió la decisión del plan.**
- Si recibió continuación de los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
 - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.

- Si pierde su apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.

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

Para obtener más información, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, extensión 14292, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET. También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al **1-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET.

Sección 10.5 Cómo presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de segundo nivel)

Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de WellSense Health Plan o de Carelon (para servicios de salud conductual, incluso salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias) Y ADEMÁS cualquier retraso en los servicios podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede presentar una Audiencia imparcial estatal acelerada ante la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU) del NH DHHS.

Para presentar una apelación acelerada mediante una Audiencia imparcial estatal (apelación de segundo nivel):

- **Es importante que solicite una apelación acelerada mediante Audiencia imparcial estatal por escrito inmediatamente después de recibir la decisión por escrito del plan. Si su apelación es para continuar los beneficios para servicios previamente autorizados, también debe solicitar la continuación de los beneficios al mismo tiempo que presenta su apelación acelerada mediante Audiencia imparcial estatal.**

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

En la mayoría de las situaciones, usted no puede solicitar una Audiencia imparcial estatal sin pasar primero por los procesos de estándar o acelerados (apelación de primer nivel) del plan descritos arriba. Para saber cuándo no es necesario que agote el proceso de apelaciones del plan antes de solicitar una Audiencia imparcial estatal, consulte la sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

- En su solicitud de Audiencia imparcial estatal acelerada por escrito:
 - incluya su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si tiene una);

- describa la fecha de la acción o aviso del plan que desea apelar y adjunte una copia del aviso;
 - **especifique por qué desea una Audiencia imparcial estatal;**
 - **explique de qué forma cualquier retraso en los servicios podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima;**
 - si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que esos servicios continúen. Debe comunicarse con el plan para solicitar la continuación de los beneficios. Para obtener más información, consulte la sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*); y
 - Describa cualquier requisito especial que necesitará para la audiencia (p. ej., accesibilidad para personas discapacitadas, servicios de interpretación).
- Envíe su solicitud de Audiencia imparcial estatal por escrito a:

Administrative Appeals Unit
NH Department of Health and Human Services
105 Pleasant Street, Room 121C
Concord, NH 03301
Fax: 603-271-8422
- **Puede designar a alguien para que presente una apelación en su nombre, incluso a su proveedor.** Sin embargo, debe dar permiso por escrito para designar a un proveedor o a otra persona para que presenten una apelación en su nombre. Para obtener más información sobre cómo nombrar a otra persona para que lo represente, consulte la sección 2.16 (*Otra información y recursos importantes: usted puede nombrar a un representante autorizado o a un representante personal*).
 - **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar sus servicios, es posible que tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de WellSense Health Plan o de Carelon durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 *Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después*).

Esto es lo que puede esperar después de que presenta su apelación acelerada mediante Audiencia imparcial estatal:

- **Después de que presenta una apelación acelerada mediante Audiencia imparcial estatal, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente de su caso que el plan utilizó para tomar su decisión.** Una copia del expediente de su caso no tiene costo y puede solicitarla antes de la decisión de la Audiencia imparcial estatal.
- Si la AAU **acepta** su solicitud de apelación acelerada mediante Audiencia imparcial estatal, emitirá su decisión por escrito tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 3 días hábiles después de que la AAU reciba el expediente del caso del plan y cualquier información adicional para su apelación.

- Si la AAU **rechaza** su solicitud de apelación acelerada mediante Audiencia imparcial estatal, la AAU hará todo lo posible por informarle sobre el rechazo con un aviso verbal rápido y proporcionarle un aviso por escrito. Si su solicitud acelerada es denegada, su apelación se manejará como una apelación estándar mediante Audiencia imparcial estatal, como se describe en la sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante una Audiencia imparcial estatal y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel]*).
- La AAU le informará cuándo se realizará la audiencia. Por lo general, las audiencias se realizan en la AAU en Concord o en la oficina del distrito del NH DHHS de su localidad.
- Un funcionario de audiencias de la AAU llevará adelante la audiencia.
- Usted puede llevar testigos, presentar testimonio y evidencia en persona y por escrito y hacerles preguntas a otros testigos en su Audiencia imparcial estatal.
- **Si la AAU revierte la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios que no se prestaron mientras la apelación de primer nivel y/o mediante Audiencia imparcial estatal estaba pendiente, el plan autorizará los servicios tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas después de la fecha en que el plan recibe el aviso de que la AAU revirtió la decisión del plan.**
- Si recibió continuación de los beneficios mientras la apelación estaba pendiente:
 - Si la decisión es a su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde su apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.

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

Para obtener más información, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, extensión 14292, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET. También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET.

Sección 10.6 Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después

Como se describe en secciones anteriores de este capítulo, si usted apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar servicios previamente autorizados, es posible que usted tenga derecho a solicitar la continuación de los beneficios de WellSense Health Plan o de Carelon mientras está pendiente el resultado de una o ambas apelaciones de primero y/o segundo nivel. **Aunque usted puede nombrar a una persona para que presente una apelación en su nombre, su proveedor no puede solicitar la continuación de los beneficios por usted.**

- **El plan debe continuar sus beneficios cuando usted lo solicite en los siguientes casos:**

Para apelaciones estándar y aceleradas a través del plan (apelación de primer nivel)	Para apelaciones estándar y aceleradas mediante una Audiencia imparcial estatal (apelación de segundo nivel)
• En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que recibe el aviso de acción del plan o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción del plan, usted presenta su apelación de primer nivel de forma oral o escrita (las apelaciones orales deben estar acompañadas de una por escrito) Y ADEMÁS solicita la continuación de los beneficios pendiente del resultado de su apelación de primer nivel, en forma oral o escrita; y • La apelación implica la anulación, suspensión o reducción de un plan de tratamiento previamente autorizado. • Un proveedor autorizado indicó el servicio. • El período de la autorización original del servicio aún no ha vencido.	• En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que recibe el aviso de la apelación de primer nivel de acción del plan o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción del plan, usted presenta su apelación de segundo nivel de por escrito Y solicita la continuación de los beneficios pendiente del resultado de una o ambas apelaciones de primer y/o segundo nivel, en forma oral o escrita Si no solicitó la continuación de los beneficios durante su apelación de primer nivel a través del plan, también se aplican las siguientes condiciones: • La apelación implica la anulación, suspensión o reducción de un plan de tratamiento previamente autorizado. • Un proveedor autorizado indicó el servicio. • El período de la autorización original del servicio aún no ha vencido.

Para solicitar la continuación de los beneficios cuando se cumplan las condiciones anteriores, comuníquese con WellSense o con Carelon usando la información de contacto que se encuentra en la sección 2.2 (*Cómo comunicarse con el plan o con Carelon Behavioral Health (Carelon) sobre una decisión de cobertura o para presentar una apelación*).

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

Para apelaciones estándar y aceleradas a través del plan (apelación de primer nivel)	Para apelaciones estándar y aceleradas mediante una Audiencia imparcial estatal (apelación de segundo nivel)
---	---

• Usted retira su apelación al plan por escrito. • La decisión de la apelación de primer nivel del plan tiene como resultado una decisión desfavorable para usted. • Usted no solicita una Audiencia imparcial estatal Y la continuación de los beneficios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que el plan le notifica la decisión de su apelación de primer nivel.	• Usted retira su solicitud de apelación mediante Audiencia imparcial estatal por escrito. • Usted no solicita una apelación mediante Audiencia imparcial estatal Y la continuación de los beneficios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que el plan le notifica la decisión de su apelación de primer nivel. • La decisión de la apelación mediante Audiencia imparcial estatal tiene como resultado una decisión desfavorable para usted.
---	--

- Si pierde su apelación y recibió la continuación de los beneficios, es posible que sea responsable del costo de la continuación de beneficios prestados por el plan durante el período de apelación.

Para obtener ayuda con su apelación de primer y segundo nivel y la continuación de los beneficios, comuníquese con Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET.

Para obtener ayuda con su apelación de segundo nivel y la continuación de los beneficios, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, extensión 14292, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET. También puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET.

Sección 10.7 **Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo**

Una queja es el proceso que los miembros utilizan para expresar insatisfacción al plan sobre cualquier asunto que no sea la acción del plan, como se describe en la sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*). Puede presentar una queja en cualquier momento.

Las clases de quejas pueden incluir:

- insatisfacción con la calidad de la atención o los servicios que recibe;
- insatisfacción con cómo lo trataron el plan o los proveedores de la red;

- si considera que WellSense Health Plan o los proveedores de nuestra red no respetan sus derechos; y
- controversia sobre una extensión de tiempo propuesta por el plan para tomar una decisión de autorización.

Para presentar una queja:

- Llame o escriba a WellSense Health Plan. Es preferible por escrito (recuerde conservar una copia para sus registros).
- Puede nombrar a alguien para que presente una queja en su nombre, incluso a su proveedor. Sin embargo, debe dar permiso por escrito para nombrar a un proveedor o a otra persona para que presenten una queja en su nombre. Para obtener más información sobre cómo nombrar a otra persona para que lo represente, consulte la sección 2.16 (Otra información y recursos importantes: usted puede nombrar a un representante autorizado o a un representante personal).

Esto es lo que puede esperar después de que presenta una queja:

- **WellSense Health Plan responderá a su queja tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más de 45 días calendario después de la fecha en que el plan la reciba.** El plan puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita la extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide tomarse días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por escrito en un plazo de 2 días calendario. Para quejas sobre asuntos clínicos, el plan responderá por escrito. Para quejas no relacionadas con asuntos clínicos, el plan responderá de forma oral o escrita.
- Usted no tiene derecho a apelar su queja. Sin embargo, tiene derecho a hacer oír sus inquietudes ante NH DHHS si no está satisfecho con la resolución de su queja. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET.

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

Este capítulo fue preparado por NH DHHS con adaptaciones de la publicación Conozca sus derechos: Plan de salud administrada de Medicaid de New Hampshire – Su derecho a apelar o presentar una queja, Un centro de derechos de discapacidad – NH (Know Your Rights: New Hampshire Medicaid Managed Care Health Plans – Your Right to Appeal or File a Grievance, a Disability Rights Center – NH) (www.drcnh.org), versión del 10 de mayo de 2016.

Capítulo 11: Finalizar su membresía al plan

Sección 11.1 Solo hay determinados momentos en los que puede finalizar su membresía al plan

Los momentos en los que puede finalizar su membresía al plan son:

- Cuando ya no califica para Medicaid de New Hampshire.
- Si decide cambiar a otro plan durante el **Período de inscripción abierta anual**:
 - **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual?** El Período de inscripción abierta anual se describe en el aviso de inscripción abierta que le envía cada año el NH DHHS. En el aviso, se le brindarán instrucciones acerca de cuándo y cómo cambiarse de plan de salud si elige hacerlo, incluida la fecha en la que finaliza su membresía al plan actual.
 - Para obtener información sobre transiciones de la atención entre planes, consulte la Sección 5.3 (*Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de atención*).
- En ciertas situaciones, usted también podría calificar para retirarse del plan en otros períodos del año por causa justificada. Estas situaciones incluyen:
 - Si se muda fuera del estado.
 - Si necesita servicios relacionados que sean realizados al mismo tiempo y no todos esos servicios están disponibles en nuestra red, y recibir los servicios de manera separada le pondría en un riesgo innecesario.
 - Por otros motivos, como mala calidad de la atención, falta de acceso a servicios cubiertos por Medicaid de NH, violación de sus derechos o falta de acceso a proveedores de la red que haya experimentado al manejar sus necesidades.

Si solicita la anulación de la inscripción al plan por un motivo anterior (excepto cuando se muda fuera del estado), primero debe presentar una queja ante el plan para procurar una decisión sobre su queja. Si no está satisfecho con la respuesta del plan y aún desea solicitar la anulación de la inscripción, puede llamar al NH DHHS para saber si es elegible para anular su inscripción al plan.

Consulte la sección 10.7 (*Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo*).

- Es posible que también pueda ser elegible en otros momentos del año para abandonar el plan sin causa justificada, que incluyen:
 - Una vez durante los 90 días calendario siguientes a la fecha de su elegibilidad inicial para Medicaid.
 - Durante los primeros (12) meses de inscripción para miembros autoasignados al plan y que tienen una relación establecida con un PCP que solo están en la red de un plan de salud no asignado.
 - Durante la inscripción abierta relacionada con nuevos contratos del NH DHHS para planes de atención administrada de Medicaid de New Hampshire.

- Durante 60 días calendario siguientes a una reinscripción automática si la pérdida temporal de Medicaid le ha hecho perderse el Período de inscripción abierta anual. (Esto no se aplica a nuevas solicitudes para Medicaid de New Hampshire).
- Cuando el NH DHHS otorga a los miembros el derecho de anular su inscripción sin causa justificada y notifica a los miembros afectados sobre su derecho de anular su membresía al plan.
- Cuando su plan decide no brindar un servicio que usted necesita por motivos morales o religiosos.
- Cuando la membresía al plan de un miembro finaliza involuntariamente, como se describe en la siguiente sección.

Para solicitar la anulación de la membresía a su plan, llame o escriba a NH DHHS. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. 4 p. m., ET.

Hasta que su nueva cobertura comience, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

Sección 11.2 Cuándo se puede cancelar su membresía al plan involuntariamente del plan

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

- cuando un miembro ya no califica para recibir Medicaid de New Hampshire, según lo determine el DHHS de New Hampshire;
- cuando un miembro no califica para la inscripción en el plan según lo establece el NH DHHS;
- cuando un miembro tiene residencia establecida fuera del estado;
- cuando un miembro utiliza su tarjeta de membresía del plan de forma fraudulenta;
- cuando un miembro fallece; y
- según los términos del contrato del plan con el NH DHHS, el plan puede solicitar la anulación de la inscripción de un miembro en el caso de comportamiento amenazador o abusivo del miembro, que ponga en peligro la salud o la seguridad de otros miembros, personal o proveedores del plan. Si el plan hace una solicitud de ese tipo, NH DHHS participará en la revisión y aprobación de dicha solicitud.

WellSense Health Plan no puede pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

Si considera que le solicitan que abandone el plan debido a un motivo de salud, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes de TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., ET.

Capítulo 12: Avisos legales

Varias leyes se aplican a este manual y algunas disposiciones adicionales podrían aplicarse porque la ley así lo establece. Esto puede afectar sus beneficios, derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

Se aplican las siguientes leyes federales:

- Título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964 implementada por las regulaciones en 45 CFR parte 80.
- La Age Discrimination Act (Ley de Discriminación por Edad) de 1975 implementada por las regulaciones en 45 CFR parte 91.
- La Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación) de 1973.
- Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (con respecto a los programas y actividades educativas).
- Títulos II y III de la Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades); y
- Sección 1557 de la Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección de Pacientes y Cuidado de Salud Asequible).

Esto puede afectar sus beneficios, derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento. Los servicios cubiertos deberán ser consistentes con las leyes y regulaciones estatales vigentes.

Sección 12.1 Aviso sobre no discriminación y requisitos de accesibilidad y declaración de no discriminación

WellSense Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, género, fundamentos morales o religiosos o conocimiento limitado del idioma inglés. WellSense Health Plan no excluye a personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, conocimiento limitado del idioma inglés o fundamentos morales o religiosos (incluida la limitación o la falta de cobertura para servicios de asesoría y derivación).

WellSense Health Plan:

- Proporciona ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - Servicios TTY
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios de idioma sin costo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados

- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con WellSense Health Plan.

Si cree que WellSense Health Plan no ha podido entregar estos servicios o le discriminó de alguna forma con base en su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, fundamentos morales o religiosos, o conocimiento limitado del idioma inglés, puede presentar una queja a:

Civil Rights Coordinator

100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129

Teléfono: 877-957-1300 (TTY/TDD 711)

Fax: 617-897-0805

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, WellSense Health Plan está disponible para ayudarlo. También puede presentar una denuncia por violación derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 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 o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Sección 12.2 Aviso de prácticas de privacidad

Esta sección describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada, y cómo puede obtener esta información. Revise este Aviso de prácticas de privacidad cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta, o quiere una copia de este Aviso, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-957-1300.

Oficina corporativa

WellSense Health Plan
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129

Oficina de New Hampshire:

WellSense Health Plan
1155 Elm Street, 5th Floor
Manchester, NH 03101

Sitio web: wellsense.org

Este Aviso de prácticas de privacidad, en vigencia desde el 23 de septiembre de 2013, describe cómo podemos usar y divulgar su información médica:

- Para llevar a cabo nuestras operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Para otros propósitos que la ley permite o exige.

También describe sus derechos para obtener acceso y controlar su información médica.

La “información médica protegida” o “PHI” es información de salud, incluida la información que lo identifique individualmente, relacionada con su afección médica conductual o física, que se usa para proporcionarle atención médica o para el pago de servicios de atención médica.

Por ley, estamos obligados a:

- Mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida.
- Entregarle este Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cumplir con las prácticas de este Aviso.

Usamos resguardos físicos, electrónicos y de procedimientos para proteger su privacidad. Incluso cuando está permitida la divulgación de PHI, solo divulgamos PHI en la mínima cantidad necesaria para el propósito permitido.

Aparte de las situaciones mencionadas en este Aviso, no podemos usar o compartir su información médica protegida sin su permiso por escrito y usted puede anular su permiso en cualquier momento si nos envía un aviso por escrito.

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y poner en vigor el aviso revisado para su PHI actual o futura. Tiene derecho a una copia del Aviso actualmente vigente.

Sección 12.3 ¿Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI)?

Para tratamiento: podemos comunicar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal que participe en su atención y que necesite la información para proporcionarle la atención médica. Por ejemplo, si está siendo tratado por una lesión de la espalda, podemos compartir información con su proveedor de atención primaria, el especialista en espalda y el fisioterapeuta para que puedan determinar el tratamiento adecuado para usted. También registramos las acciones que tomaron y los reclamos médicos que hicieron. Otros ejemplos de cuándo podemos revelar su PHI incluyen:

- Programas de mejora de la calidad y de contención de costos, programas de bienestar, iniciativas de salud preventiva, programas de detección temprana, iniciativas de seguridad y programas de manejo de enfermedades.

- Para administrar modelos de atención eficaces y económicos basados en la calidad, como compartir información con los proveedores médicos acerca de los servicios que recibe para asegurar la coordinación de una atención efectiva y de alta calidad.

Para pago: podemos usar y divulgar su PHI para administrar sus beneficios de salud, lo que puede incluir pago de reclamos, actividades de revisión de la utilización, determinación de elegibilidad, revisión de necesidad médica, coordinación de beneficios y apelaciones. Por ejemplo, podemos pagar reclamos que nos haya enviado un Proveedor u hospital.

Para operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su PHI para apoyar nuestras actividades de negocio normales. Por ejemplo, podemos usar su información para Administración de atención, servicio al cliente, coordinación de la atención o administración de calidad.

Recordatorios de citas/Alternativas a tratamientos/Beneficios y servicios relacionados con la salud: podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de sus citas o de resurtido de sus medicamentos, o información sobre otras opciones o alternativas posibles de tratamiento u otros beneficios relacionados con su salud o servicios que puedan ser de su interés.

Según lo exige la ley: Divulgaremos su PHI cuando una ley internacional, federal, estatal o local nos lo exija.

Socios comerciales: podemos divulgar PHI a nuestros socios comerciales que realicen funciones en nuestro nombre o presten servicios si la PHI es necesaria para esas funciones o servicios. Todos nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su PHI.

Médicos forenses, legistas y agentes funerarios: podemos divulgar su PHI a médicos forenses, médicos legistas y agentes funerarios para propósitos de identificación y, según sea necesario, para ayudarles a cumplir con sus obligaciones consistentes con las leyes aplicables.

Instalaciones correccionales: si usted es o se vuelve un recluso en un centro correccional, podemos comunicar su PHI al centro correccional o a sus agentes, según sea necesario, para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

Ayuda para catástrofes: podemos comunicar su PHI a una entidad pública o privada autorizada para propósitos de mitigación de desastres. Por ejemplo, podríamos tener que comunicar su PHI para ayudar a notificar a familiares sobre su ubicación o estado general.

Familia y amigos: Podemos comunicar PHI a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique que esté involucrado directamente en su atención médica o relacionado con el pago de su atención.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): podemos comunicar a la FDA, o a personas bajo la jurisdicción de la FDA, su PHI en lo que se refiere a acontecimientos adversos con medicamentos, alimentos, suplementos y otros productos e información de marketing para apoyar la retirada, reparación o sustitución de productos.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos comunicar su PHI a agencias federales o estatales de supervisión de la salud autorizadas para supervisar el sistema o programas

gubernamentales de atención médica, o quienes tienen contratos con ellos, para actividades autorizadas por ley, auditorías, investigaciones, inspecciones y propósitos de emisión de licencias.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar su PHI a pedido de un oficial del cumplimiento de la ley, en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar válidos.

Demandas y disputas: si usted es parte de una demanda o disputa, podemos comunicar su PHI en respuesta a una orden del tribunal o administrativa. También podemos comunicar su PHI debido a una citación u otro proceso legítimo, sujeto a todos los requisitos legales vigentes.

Militares, veteranos, seguridad e inteligencia nacional: si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI a solicitud de las autoridades de los comandos militares. Es posible que otras autoridades del Gobierno nos pidan que divulguemos su PHI por razones de seguridad.

Menores de edad: podemos divulgar la PHI de niños menores a sus padres o tutores a menos que tal divulgación esté prohibida por ley.

Donación de tejidos y órganos: si usted es un donante de tejidos u órganos, podemos usar o divulgar su PHI a organizaciones que manejen la obtención o trasplantes de órganos (como bancos de órganos), según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos.

Representante personal: si usted tiene un representante personal, como un tutor legal (o un albacea o administrador de su herencia después de su fallecimiento), nosotros trataremos a esa persona como si esa persona fuera usted con respecto a las divulgaciones de su PHI.

Salud y seguridad pública: podemos compartir su PHI para actividades legalmente permitidas. Esto incluye la divulgación por los siguientes motivos: (1) para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; (2) para informar nacimientos y muertes; (3) para informar abuso de niños o negligencia; (4) para informar a una persona que ha quedado expuesta a una enfermedad o puede presentar riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección; (5) para informar a la autoridad gubernamental competente si creemos que una persona ha sido víctima de malos tratos, negligencia o violencia doméstica y la persona está de acuerdo o la ley nos obliga a hacerlo; o (6) cuando sea necesario para prevenir una grave amenaza a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

Investigación: podemos usar y divulgar su PHI para efectos de investigación, pero solo lo haremos si la investigación ha sido específicamente aprobada por una junta de revisión institucional o una junta de privacidad que haya evaluado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su PHI. Incluso sin aprobación especial, podemos permitir que los investigadores miren PHI para permitirles preparar la investigación, por ejemplo, para permitirles identificar personas que podrían ser incluidas en su proyecto de investigación, siempre y cuando no borren ni copien PHI. Podemos usar y divulgar un conjunto de datos limitados que no contengan información que lo identifique inmediatamente para investigación. Pero solo divulgaremos el conjunto de datos limitado si celebramos un acuerdo de uso de los datos con el receptor que debe aceptar (1) usar el conjunto de datos solo para los

propósitos para los que fueron entregados; (2) garantizar la seguridad de los datos; y (3) no identificar la información ni usarla para contactar a ningún individuo.

Compensación a los trabajadores: Podemos usar o divulgar PHI para compensación de trabajadores o programas similares que entregan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Sección 12.4 Usos y divulgaciones que requieren que le demos una oportunidad de emitir una objeción y excluirse

Recolección de fondos: podemos usar PHI sobre usted para intentar recolectar dinero. Si no quiere que lo contactemos para recolectar fondos, puede hacerlo si nos lo notifica por escrito con una carta dirigida al oficial de privacidad de WellSense Health Plan.

Sección 12.5 Protecciones especiales para información sobre VIH, trastorno por consumo de sustancias, salud mental e información genética

Existen protecciones de privacidad especiales para información relacionada con VIH, trastornos por consumo de sustancias, salud mental e información genética que requieren su permiso escrito y, por lo tanto, algunas partes de este Aviso general de prácticas de privacidad pueden no aplicarse a estos tipos de PHI más restringidos.

Sección 12.6 Sus derechos con respecto a su información médica protegida

Derecho a acceso y copia: usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI. Para hacerlo, debe presentar una solicitud por escrito al oficial de privacidad de WellSense Health Plan. Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros, usualmente dentro de 30 días, y podemos pedirle que pague una tarifa para cubrir los costos de entregarle esa PHI, y cierta información que puede no estar fácilmente disponible antes del 1 de julio de 2002. Podemos rechazar su petición de inspección y copia en ciertas circunstancias limitadas.

Derecho a una copia electrónica de PHI: tiene el derecho de exigir que una copia electrónica de su información de salud se le entregue o le sea transmitida a otro individuo o entidad si es fácil de generar. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la labor asociada con la transmisión del registro electrónico.

Derecho a obtener una notificación de violación de seguridad: debemos notificarle por medio de correo de primera clase acerca de cualquier violación de seguridad a su PHI sin seguridad tan pronto como sea posible, pero a más tardar en 60 días después de que descubramos la violación de seguridad.

“PHI sin seguridad” es la PHI que no se ha vuelto inutilizable o ilegible. La notificación le brindará la siguiente información:

- una breve descripción de lo que sucedió, la fecha de la violación de seguridad y la fecha en la que fue descubierta;
- los pasos que puede dar para protegerse de daño potencial por la violación de seguridad;
- los pasos que estamos dando para investigar el incumplimiento, mitigar pérdidas y brindar protección contra futuras violaciones; y
- la información de contacto donde puede hacer preguntas y obtener información adicional.

Derecho a modificar: si usted considera que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Debe solicitar la corrección por escrito al oficial de privacidad de WellSense Health Plan e incluir una razón que apoye su solicitud. En ciertos casos podemos rechazar su pedido de correcciones, pero le comunicaremos la razón dentro de 60 días. Por ejemplo, podemos rechazar una petición si no fuimos nosotros quienes creamos la información o si tenemos información actual que nos hace creer que la información es correcta.

Derecho a un informe de divulgaciones: Tiene derecho a pedir un “informe de divulgaciones”. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI para la mayoría de los propósitos que no son tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El derecho a recibir informes está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones. Para obtener un informe, debe enviar su petición por escrito a la oficina de privacidad de WellSense Health Plan. Entregaremos un informe por año de forma gratuita, pero podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo, si envía otra petición de informe dentro de los 12 meses. Debe mencionar un período de tiempo que no puede ser mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Derecho a pedir restricciones: tiene el derecho de pedir por escrito a nuestro oficial de Privacidad de WellSense Health Plan una restricción o limitación de nuestro uso o divulgación de su PHI. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar su petición. Si aceptamos, acataremos su petición a menos que se necesite la PHI para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicación confidencial: tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted acerca de temas médicos solamente por escrito o en una residencia o apartado de correos diferente. Para solicitar una comunicación confidencial, debe llenar y presentar una Solicitud de comunicación confidencial al oficial de privacidad de WellSense Health Plan. Su petición deberá especificar cómo o dónde desea ser contactado. Admitiremos todas las solicitudes razonables.

Derecho a recibir el Aviso de prácticas de privacidad: tiene el derecho de recibir una copia en papel del Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento que lo solicite.

Sección 12.7 Cómo ejercer sus derechos

Para ejercer sus derechos como se describe en este Aviso, envíe su petición por escrito a nuestro oficial de Privacidad a la dirección mencionada en este Aviso.

Ayuda para preparar documentos escritos: WellSense Health Plan le brindará ayuda en la preparación de cualquiera de las solicitudes explicadas en este Aviso que deban presentarse por escrito. Esto no tendrá costo para usted.

Sección 12.8 Su autorización escrita se requiere para otros usos y divulgaciones

Otros usos y divulgaciones de la PHI: obtendremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su PHI para propósitos que no sean aquellos mencionados anteriormente (o que sean permitidos por ley). Puede revocar esa autorización en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI, salvo en la medida en la que ya hemos tomado acción en función de la autorización.

Nunca venderemos su información de salud ni usaremos su información de salud para propósitos de publicidad y marketing o para ofrecerle servicios o productos que no estén relacionados con su cobertura de atención médica o su estado de salud sin su autorización escrita.

Cumplimiento de las leyes estatales y federales: si se aplica más de una ley a este Aviso, cumpliremos con la ley más estricta. Puede tener derechos adicionales bajo la ley del estado, y protegeremos su información médica como lo exijan estas leyes estatales.

Quejas: si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con:

Privacy Officer

WellSense Health Plan
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129

O bien puede llamar a esta oficina al 1-617-748-6325.

También podrá notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS). Envíe su queja a:

Medical Privacy, Complaint Division
Office for Civil Rights (OCR)
United States Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington D.C., 20201

También puede llamar al número de la línea directa por voz de la Oficina de Derechos Civiles (OCR) al (800) 368-1019 o enviar la información a su dirección de Internet, www.hhs.gov/ocr.

WellSense Health Plan no tomará represalias contra usted si presenta una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad, ya sea ante la OCR o WellSense Health Plan.

Capítulo 13: Acrónimos y definiciones de palabras importantes

Sección 13.1 Acrónimos

Acrónimo	Descripción
AAC	Comunicación aumentativa alternativa
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
APRN	Enfermera registrada de práctica avanzada
BiPAP	Presión positiva de dos niveles de las vías respiratorias
IMC	Índice de masa corporal
CMR	Revisión integral de medicamentos
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
COBRA	Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
CPAP	Presión positiva continua de las vías respiratorias
DESI	Implementación de estudio sobre la eficacia de medicamentos
DME	Equipo médico duradero
EOB	Explicación de beneficios
EPSDT	Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento
ET	Hora del Este
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
FFS	Pago por servicio
FQHC	Centro de salud calificado a nivel federal
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

HRA	Evaluación de riesgos de salud
DIU	Dispositivo intrauterino
IV	Intravenoso(a)
LADC	Terapeuta con licencia en alcohol y drogas
LDCT	Tomografía computarizada de baja dosis
LPN	Enfermera de práctica médica con licencia
LTC	Atención a largo plazo
MLADC	Terapeuta con licencia de maestría en alcohol y drogas
NEMT	Transporte de médico que no es de emergencia
NH	New Hampshire
NH DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire
OB/GIN	Obstetricia y ginecología
OT	Terapia ocupacional
OTC	Medicamentos de venta libre
PCP	Proveedor (o médico) de atención primaria
PAP	Programa de asistencia del suscriptor
PSA	Antígeno prostático específico
PT	Fisioterapia
RHC	Centro de salud rural
RN	Enfermera registrada
SBIRT	Detección, intervención breve y referencia para tratamiento
ST	Terapia del habla
ITS	Infección de transmisión sexual

SUD	Trastorno por consumo de sustancias
TMJ	Articulación temporomandibular

Sección 13.2 Definiciones de palabras importantes

Abuso: el abuso describe prácticas que, directa o indirectamente, provocan costos innecesarios al programa Medicaid. El abuso incluye cualquier práctica que no sea compatible con la prestación de servicios a miembros que son médicamente necesarios, cumplan las normas profesionales reconocidas y tengan un precio justo, según corresponda. Entre los ejemplos de abuso, se incluyen la facturación de servicios médicos innecesarios, cobrar excesivamente servicios o suministros y usar indebidamente códigos en un reclamo, como inflar o desagregar facturas mediante códigos de facturación.

Punto de acceso: es el centro estatal de llamadas/mensajes de texto/chat de New Hampshire (**1-833-710-6477**) que brinda servicios de apoyo, derivación e implementación para quienes luchan contra crisis de salud mental y consumo de sustancias. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Acción: cuando el plan deniega, reduce, suspende o termina su servicio de atención médica en parte o por completo. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura y otras acciones, consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o "acción" del plan, o presentar una queja*).

Directiva anticipada: documento legal que le permite dar instrucciones sobre su atención médica futura. Puede autorizar a alguien para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Consulte también la sección 9.3 (*Planificación anticipada de la atención para sus decisiones de atención médica*).

Período de inscripción anual: el momento de cada año en el que puede cambiar de plan de salud. (las fechas pueden variar) Cada año recibirá un aviso anticipado de New Hampshire Medicaid sobre sus opciones para cambiar de plan de salud.

Apelación: acción que se toma si no está de acuerdo con la decisión del plan de negarle una solicitud de cobertura o de pago. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de dejar de brindar los servicios que usted está recibiendo. Para obtener más información, consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o "acción" del plan, o presentar una queja*).

Autorización: consulte la definición de "autorización previa".

Representante autorizado o representante personal: una persona a quien le da la autoridad de actuar en su nombre. El representante podrá proporcionarle información al plan o recibir información sobre usted de la misma forma en que el plan hablaría o divulgaría información directamente con usted. Para obtener más información, consulte la sección 2.16 (*Otra información*).

y recursos importantes: usted puede nombrar a un representante autorizado o a un representante personal).

Facturación del saldo: cuando un proveedor le factura a un miembro por encima del copago del plan, según corresponda, o le cobra la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y el pago al proveedor por parte del plan. Como miembro del plan, es posible que solo deba pagar los montos de copago del plan cuando recibe medicamentos con receta cubiertos. No permitimos que los proveedores realicen “facturaciones del saldo” ni le cobren más del monto del copago que su plan establece que usted debe pagar.

Emergencia de salud conductual: una situación de emergencia en la que un miembro necesita evaluación y tratamiento en un entorno terapéutico seguro, es un peligro para sí mismo o para otras personas o presenta deterioro conductual significativo que deja al miembro en un estado no manejable e incapaz de cooperar con el tratamiento.

Servicios de salud conductual: otro término que se utiliza para describir servicios de salud mental o para trastorno por consumo de sustancias.

Año de beneficios: el período de 12 meses durante el cual aplican límites de beneficios.

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

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

Administrador de la atención: una persona calificada y formada que se encarga principalmente de prestar servicios de apoyo a los miembros. Para obtener más información, consulte la sección 5.2 (*Apoyo con la coordinación de la atención*).

Plan de atención: documento preparado y actualizado por el proveedor y el equipo interdisciplinario de cuidados de un miembro, con opiniones del miembro, en el que se resumen las condiciones de salud, las necesidades específicas de cuidados y los tratamientos actuales del miembro. El plan de atención describe lo que se necesita para gestionar las necesidades de atención del miembro y ayuda a organizar y priorizar la atención y el tratamiento, incluidas las derivaciones relativas a las necesidades sociales relacionadas con la salud. Para obtener más información, consulte la sección 5.2 (*Apoyo con la coordinación de la atención*).

Equipo de atención: elegido y/o aprobado por el miembro, o su(s) padre(s) o tutor(es) si es menor de edad, o su(s) tutor(es) si es mayor de edad y procede, cuya composición responda mejor a las necesidades asistenciales singulares que deben abordarse y con el que el miembro ya haya establecido relaciones. El equipo de atención incluirá al PCP. Para obtener más información, consulte la sección 5.2 (*Apoyo con la coordinación de la atención*).

Carelon Behavioral Health: socio de WellSense Health Plan. Carelon administra y coordina los servicios cubiertos de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) para miembros. Ellos también administran la red de proveedores de salud conductual.

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra los programas Medicare y Medicaid.

Reclamo: una factura de un proveedor que describe los servicios que se le han proporcionado a un miembro.

Continuación de los beneficios: el proceso de continuar recibiendo ciertos servicios de nuestro plan durante una apelación.

Continuidad de la atención: se refiere a prácticas que garantizan la atención ininterrumpida de afecciones crónicas o agudas durante transiciones. Para obtener más información, consulte la sección 5.3 (*Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención*).

Revisión integral de medicamentos (CMR): proceso sistemático de recopilación de información específica del paciente, evaluación de las terapias con medicamentos para identificar problemas relacionados con los medicamentos, elaboración de una lista priorizada de problemas relacionados con la medicación y creación de un plan para resolverlos con el paciente, el cuidador y/o el prescriptor.

Copago: un monto que usted debe pagar como su parte del costo por servicios o suministros médicos, como una consulta médica, consulta como paciente ambulatorio a un hospital o un medicamento con receta. Bajo nuestro plan, es posible que tenga que pagar un copago para medicamento con receta.

Costo compartido: se refiere a cualquier copago, deducible o máximo de desembolso directo que pudiera tener que pagar por un servicio de atención médica o medicamentos con receta. Los costos compartidos de un miembro también se conocen como costos de desembolso directo del miembro.

Decisión de cobertura: una determinación o decisión que toma el plan acerca de si un servicio o medicamento está cubierto. La decisión de cobertura también puede incluir información sobre copago de recetas que pudiera tener que pagar.

Servicios cubiertos: incluyen todos los servicios de atención médica, medicamentos con receta, insumos y equipos que cubre nuestro plan. Las reglas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (capítulos He-W, He-E, He-C, He-M y He-P) describen los servicios cubiertos en virtud del plan. Las reglas están disponibles en línea en http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.aspx. Consulte el Cuadro de beneficios en el capítulo 4 para ver una lista de servicios cubiertos.

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

Equipo médico duradero (DME): determinado equipo médico que su médico indica por razones médicas. Típicamente, el DME puede soportar el uso reiterado y se usa principal y generalmente para atender un propósito médico y no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión, y es adecuado para uso en el hogar.

Atención médica de emergencia o servicios de emergencia: tratamiento para abordar una afección médica de emergencia. Para obtener más información, consulte la sección 3.6 (*Atención de emergencia, de urgencia y fuera de horario*).

Afección médica de emergencia médica: una “emergencia médica” se produce cuando usted u otra persona razonable con conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de un órgano o una parte del cuerpo. O bien, en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, es decir, en un momento en el que no hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto, o el traslado puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o para la del feto.

Transporte médico de emergencia: transporte especializado de un miembro para recibir servicios de emergencia tan pronto como sea posible, como en una ambulancia.

Sala de emergencias o servicio de emergencias: el departamento de un centro de emergencia, a menudo ubicado en un hospital, para tratar emergencias médicas.

Inscripción: el proceso por medio del cual registramos a las personas para que sean nuestros miembros.

Servicios excluidos: se refiere a servicios de atención médica y medicamentos con receta que el plan no cubre.

Express Scripts (Express Scripts, Inc.): la organización con la que tenemos contrato para que administre servicios cubiertos de medicamentos con receta para los miembros.

Fraude: engaño o declaración falsa intencional realizada por una persona o empresa a sabiendas de que dicho engaño puede tener como resultado un beneficio no autorizado para sí mismo, otra persona o la entidad comercial.

Medicamento genérico: un medicamento de venta con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) los clasifica como igualmente seguros y eficaces que los medicamentos de marca.

Queja: el proceso que un miembro utiliza para expresar insatisfacción respecto a un asunto que no sea una acción del plan. Las quejas incluyen, entre otras cosas, la calidad de la atención o los servicios prestados y aspectos de relaciones interpersonales como falta de cortesía de un proveedor o empleado o no respetar los derechos del afiliado independientemente de si se solicita una acción correctiva. Queja incluye el derecho de un afiliado a impugnar una extensión de tiempo propuesta por el plan para tomar una decisión de autorización. Para obtener más información, consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “acción” del plan, o presentar una queja*).

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios y dispositivos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria. Estos servicios pueden incluir terapias y servicios para personas con discapacidades que se prestan en diversos marcos para pacientes ambulatorios.

Seguro de salud: un tipo de cobertura de seguro que paga gastos médicos, quirúrgicos y de atención médica en los que incurra el asegurado (a veces llamado, el miembro). El seguro médico puede reembolsar al asegurado los gastos en los que incurra a causa de una lesión o enfermedad, o pagarle directamente al proveedor.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): un cuestionario acerca de la situación actual de salud de un miembro. La HRA nos ayuda a organizar el cuidado correcto para los miembros.

Asistente de salud en el hogar: un asistente de salud en el hogar brinda servicios que no requieren las capacidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño o vestirse).

Atención médica en el hogar o servicios de salud en el hogar: los servicios incluyen enfermería especializada y servicios de ayuda en el hogar a tiempo parcial, equipo médico duradero y suministros, y terapias. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Servicios de cuidados paliativos: atención para miembros al final de la vida, con una expectativa de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal.

Estadía en el hospital como paciente internado u hospitalización: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4 (*Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*).

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención médica que no requiere pasar la noche en el hospital o centro médico. La atención para pacientes ambulatorios puede administrarse en el consultorio de un proveedor o en el hospital. Por ejemplo, la mayoría de los servicios relacionados se proporcionan en un consultorio de proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria.

Período de inscripción inicial: el marco de tiempo cuando usted califica por primera vez para inscribirse en un plan de atención administrada de Medicaid.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o Medical Assistance): Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que incluye cobertura de atención médica para niños, adultos con niños dependientes, embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades que cumplen los requisitos.

Medicamento necesarios: servicios, suministros o medicamentos con receta que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una afección médica y que cumplen con los

estándares aceptados de la práctica médica. Para obtener más información sobre servicios médicamente necesarios, consulte la sección 6.1 (*Servicios médicamente necesarios*).

Políticas médicas: políticas del plan utilizadas para determinar si ciertos servicios cubiertos son médicamente necesarios para usted.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más. Otras personas que pueden recibir Medicare incluyen personas con discapacidades menores de 65 años edad y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Parte D de Medicare: un beneficio de Medicare que le brinda cobertura para medicamentos recetados. Algunos miembros de WellSense Health Plan con cobertura de Medicare pueden tener cobertura de medicamentos con receta bajo un plan de la Parte D de Medicare.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona que está afiliada a nuestro plan.

Servicios para miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

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

Red: el grupo colectivo de proveedores y centros que tienen contrato con el plan para prestar **servicios cubiertos a los miembros del plan.**

Proveedor de la red: médicos, farmacias y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contrato con el plan para aceptar nuestro pago y su monto de costos compartidos, si lo hubiere, como la totalidad del pago. Hemos celebrado acuerdos para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Medicaid de New Hampshire: El plan tiene un contrato con el DHHS para prestar servicios de atención administrada a personas que estén inscritas en Medicaid de New Hampshire y que seleccionen o estén asignadas a nuestro plan.

Servicios de transporte: Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT): el plan cubre estos servicios si usted no puede pagar el costo del transporte a consultorios y centros de proveedores. El plan cubre transporte médico que no sea de emergencia para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid de New Hampshire que se enumeran en el Cuadro de beneficios del capítulo 4 (*Servicios de transporte: transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)*).

Proveedor no participante: consulte la definición de “proveedor fuera de la red, farmacia fuera de la red o centro fuera de la red”.

Medicamentos no preferidos: medicamentos de marca.

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

Desembolsos directos: consulte la definición de “Costo compartido”.

Proveedor participante: consulte la definición de “Proveedor de la red”.

Representante personal: consulte la definición de “representante autorizado” o “representante personal”.

Servicios médicos: servicios prestados por un médico con licencia.

Plan: para los fines de este manual, por lo general, el término se refiere a una organización de atención administrada de Medicaid con contrato con el NH DHHS para prestar servicios de atención administrada a beneficiarios de Medicaid de New Hampshire que califican.

Servicios de atención postestabilización: servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia, que se prestan a un miembro después de que es estabilizado para mantener la afección estable y mejorar o resolver la afección del afiliado.

Autorización: consulte la definición de “autorización previa”.

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

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

Medicamentos con receta: cubiertos cuando se surten en una farmacia de la red.

Cobertura de medicamentos con receta: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor de la red al que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también puede hablar sobre su atención con otros médicos y proveedores. Consulte la sección 3.1 (*Su proveedor de atención primaria (PCP) proporciona y supervisa su atención médica*).

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos o medicamentos solo se cubren si su médico obtiene una autorización previa del

plan. Los requisitos de autorización previa para servicios cubiertos aparecen en cursiva en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Proveedor: médico y otro profesional de atención médica con licencia otorgada por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedor” también incluye hospitales y otros centros de atención de la salud, además de farmacias.

Directorio de proveedores: una herramienta de búsqueda en línea en nuestro sitio web (“Buscar un proveedor”), o folleto impreso, que contiene una lista de los proveedores que tienen contrato con WellSense Health Plan. Estos proveedores se llaman “proveedores de la red”. El *directorio de proveedores* incluye hospitales, farmacias, médicos y otros profesionales.

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

Respuesta rápida: equipos del centro de salud mental de la comunidad compuestos por pares, médicos de salud mental o consejeros que brindan servicios ante crisis de salud mental y por consumo de sustancias a través de visitas sin cita previa, telemedicina o visitas presenciales en el lugar de la crisis o que elige la persona.

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

Atención médica de rutina: atención que no es atención médica de emergencia o de urgencia. Algunos ejemplos de atención médica de rutina son exámenes físicos, atención preventiva y visitas de atención de niños sanos.

Área de servicio: comúnmente, los planes de salud aceptan o inscriben miembros dependiendo del lugar de residencia del miembro y el área geográfica que el plan atiende. El área de servicio de WellSense Health Plan es estatal.

Atención de enfermería especializada: un tipo de atención intermedia en la que el miembro o residente de un centro de enfermería necesita más asistencia que la usual, en general, de personal de enfermería con licencia o asistentes de enfermería con licencia.

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

Apelación estándar: una apelación que se procesa de acuerdo con los plazos estándar. Para obtener más información, consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “acción” del plan, o presentar una queja*).

Apelación mediante audiencia imparcial estatal: una revisión independiente de servicios denegados o aprobados parcialmente por la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire. Para obtener más información, consulte el capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una decisión o “acción” del plan, o presentar una queja*).

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

Atención de urgencia o servicios necesarios de urgencia: los servicios necesarios de urgencia o atención fuera del horario de atención se proporcionan para tratar una enfermedad médica, lesión o afección imprevista que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata para evitar que empeore la salud debido a síntomas que una persona razonable consideraría que no son una emergencia pero que requieren atención médica. Los servicios necesarios de urgencia pueden prestarlos proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente. Los servicios necesarios de urgencia no son atención de rutina. Para obtener más información, consulte la sección 3.6 (*Atención de emergencia, de urgencia y fuera de horario*).

Vision Services Plan (VSP): una organización con la que tenemos contrato para administrar servicios cubiertos para atención de la vista. Consulte el Cuadro de beneficios en el capítulo 4 (*Servicios cubiertos*) para obtener más información.

Proveedor de atención de la vista participante de VSP: un optometrista o un oftalmólogo (un médico que es un especialista en el tratamiento de afecciones de los ojos) que tiene contrato con VSP.

Despilfarro: para los fines de este manual, despilfarro se refiere a los costos adicionales que surgen cuando los servicios se usan excesivamente o cuando las facturas se preparan de forma incorrecta. El despilfarro a menudo ocurre por error. Para obtener más información, consulte la sección 2.15 (*Cómo denunciar presuntos casos de fraude, despilfarro y abuso*).

Visita de bienestar; visita al PCP que incluye la evaluación de los riesgos para la salud y de los factores sociales determinantes de las necesidades sanitarias, la evaluación de la salud física y conductual del miembro, incluida la detección inicial de la depresión, el estado de ánimo, el suicidio y los trastornos por consumo de sustancias.

WellSense Health Plan® (también denominado “plan”, “nosotros” o “nuestro”): una organización de mantenimiento de salud con licencia de New Hampshire. Organizamos la atención a través de contratos con proveedores de la red, administramos esa atención y pagamos por servicios cubiertos para nuestros miembros. Los miembros son personas que están afiliadas en Medicaid de New Hampshire y nos eligieron como su plan de atención administrada. (WellSense Health Plan es una marca comercial registrada de Boston Medical Center Health Plan, Inc.)

Capítulo 14: Servicios para Miembros de WellSense Health Plan

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
Por teléfono	877-957-1300 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles: • de lunes a miércoles, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este) • jueves y viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. (hora del Este) El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés. Se ofrecen materiales en formato alternativo a pedido.
TTY/TDD	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles: • de lunes a miércoles, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este) • jueves y viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. (hora del Este)
Por escrito	Oficinas corporativas 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129 Oficinal local 1155 Elm Street, 5th Floor Manchester, NH 03101
Sitio web	wellsense.org