

Seguro médico para hoy y
para lo que venga después.



2025 Manual del Miembro

Este documento corresponde a los productos de seguro médico de AmeriHealth Caritas Next para individuos y familias dentro y fuera del Mercado de Seguros de Salud®.


AmeriHealth Caritas[™]
Next

A product of AmeriHealth Caritas North Carolina, Inc.

www.amerhealthcaritasnext.com/nc



Para obtener más información, visite www.amerihhealthcaritasnext.com/nc.

Puede obtener esta publicación y otra información sobre el plan en letra grande sin costo alguno. Si desea una publicación en letra grande, llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Si el inglés no es su lengua materna, podemos ayudarlo. Llame al **1-833-613-2262 (TTY 711)**. Puede pedirnos la información de esta publicación en su idioma de preferencia. Tenemos acceso a servicios de interpretación y podemos ayudar a responder sus preguntas en su idioma.

Bienvenido a AmeriHealth Caritas Next

Gracias por elegirnos como su plan de seguro médico. Nos complace ayudarlo a asumir el control de su salud y a llevar una vida más plena y saludable.

Como nuestro miembro, tiene acceso a muchos servicios y recursos útiles. Este Manual del Miembro le ayudará a entenderlos.

Dentro, encontrará información importante sobre:

- Cómo funciona su plan
- Información de pago
- Cómo recibir atención
- Información sobre su ID de miembro

Servicios al Miembro

1-833-613-2262

TTY 711

De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Cómo comunicarse con nosotros

AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7410
London, KY, 40742-7410

Servicios al Miembro

1-833-613-2262

TTY 711

De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Fax: 1-844-201-6792

Sitio web

www.amerihealthcaritasnext.com/nc

Su guía de referencia rápida de AmeriHealth Caritas Next

Puede hacer lo siguiente:

- Encontrar un proveedor de atención primaria (PCP), un especialista o un servicio de atención médica, incluidos servicios de salud conductual.
- Conocer más sobre cómo elegir un plan o inscribirse en un plan.
- Obtener este manual en otro formato o idioma.
- Recibir ayuda para manejar el estrés o la ansiedad.
- Recibir respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre su salud, síntomas o medicamentos.
- Comprender una carta o un aviso que le haya enviado su plan médico por correo postal.
- Presentar una queja sobre su plan médico.
- Recibir ayuda con un cambio o denegación recientes de sus servicios de atención médica.
- Encontrar el directorio de proveedores médicos de su plan u otra información general sobre su plan.

Contactos disponibles:

- Mi PCP. Si necesito ayuda para elegir mi PCP, puedo llamar a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.
- Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.
- HOPE4NC al **1-855-587-3463** o enviar la palabra “**hope**” al **1-855-587-3463** si tengo una crisis de salud conductual. Si estoy en peligro o necesito atención médica inmediata, puedo llamar al **911**.
- AmeriHealth Caritas Next a través de su sitio web en **www.amerhealthcaritasnext.com/nc**.



Índice

Bienvenido a AmeriHealth Caritas Next	1
Cómo comunicarse con nosotros	2
Su guía de referencia rápida de AmeriHealth Caritas Next.....	3
Bienvenido a AmeriHealth Caritas Next	6
Servicios al Miembro	7
Ayudas y servicios especiales	8
Inscríbase. Inicie sesión. Manténgase conectado.....	9
Cómo pagar su prima mensual.....	10
Carta y paquete de bienvenida.....	11
Cómo escoger a su proveedor de atención primaria ...	12
Cuándo debe visitar a su PCP	14
Cómo ver a un especialista	15
Emergencias	16
Atención de urgencia	17
Servicios hospitalarios	18
Nueva tecnología para procedimientos médicos	18
Beneficios de medicamentos bajo receta.....	19
Beneficios de salud conductual.....	28
Programa Bright Start®	30
Administración de la utilización	30
Autorizaciones previas.....	31
Apelaciones	32
Revisión externa independiente	35
Quejas formales	39
Fraude, consumo innecesario y abuso	41
Reclamos y reembolsos	42
Continuidad o transición de la atención.....	43
Administración de la atención.....	44
Derechos y responsabilidades del miembro	45

Bienvenido a AmeriHealth Caritas Next

Este manual lo ayudará a comprender los servicios médicos que están a su disposición. Si tiene alguna duda, también puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)** o visitar nuestro sitio web en www.amerhealthcaritasnext.com/nc.

Cómo usar este manual

Este manual le dice cómo funciona AmeriHealth Caritas Next. Es su guía para los servicios de salud y bienestar.

Lea de la página 7 a la 11 ahora. Estas páginas tienen la información que necesita para comenzar a usar sus beneficios médicos con AmeriHealth Caritas Next.

Cuando se hagan cambios importantes en este Manual del Miembro, AmeriHealth Caritas Next se los comunicará a los miembros 30 días antes de que entren en vigencia.

Cuando tenga preguntas sobre su plan médico, usted puede:

- Usar este manual.
- Preguntarle a su PCP.
- Llamar a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.
- Visitar nuestro sitio web en www.amerhealthcaritasnext.com/nc.



Servicios al Miembro

Servicios al Miembro tiene personal para ayudarlo. Puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

- Si tiene problemas o preguntas que no sean urgentes, llame a Servicios al Miembro de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.
- En caso de emergencia médica, llame al **911**.
- **Puede llamar a Servicios al Miembro para recibir ayuda cuando tenga alguna pregunta.** También puede llamarnos para:
 - Escoger o cambiar su PCP.
 - Preguntar sobre beneficios y servicios.
 - Recibir ayuda con las derivaciones.
 - Sustituir una tarjeta de ID de miembro perdida.
 - Informar sobre el nacimiento de un nuevo bebé.
 - Preguntar sobre cualquier cambio que podría afectar a sus beneficios o a los de su familia.
- **Si el inglés no es su lengua materna, podemos ayudarlo.** Solamente llámenos y encontraremos la manera de hablar con usted en su propio idioma.
- **Para personas con discapacidades:** si tiene problemas de audición o necesita ayuda para comunicarse, llámenos. Si está leyendo esto para alguien con algún impedimento visual o auditivo, podemos ayudarlo. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor médico cuenta con dispositivos especiales de comunicación. Además, tenemos servicios como:
 - Máquina de TTY. Nuestro número de teléfono TTY es el **711**.
 - Información en letra grande.
 - Ayuda para agendar o llegar a las consultas médicas.
 - Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su afección.

Si usa silla de ruedas, podemos informarle si el consultorio de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas y ayudarlo a agendar una consulta o llegar a ella.

Ayudas y servicios especiales

Si tiene una discapacidad auditiva, visual o del habla, tiene derecho a recibir información sobre su plan médico, atención y servicios en un formato que pueda entender y al que pueda acceder. AmeriHealth Caritas Next ofrece servicios sin costo alguno para ayudar a las personas a comunicarse con nosotros. Estos son algunos de los servicios:

- Una máquina de TTY. Nuestro número de teléfono TTY es el **711**.
- Intérpretes calificados del lenguaje de señas americano.
- Subtitulado.
- Información escrita en otros formatos (como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles).

Estos servicios están disponibles sin costo alguno. Para solicitar servicios, llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

AmeriHealth Caritas Next cumple con las leyes federales de derechos civiles y no excluye o trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, género, sexo, afiliación religiosa, ascendencia, identidad o expresión de género u orientación sexual. Si considera que AmeriHealth Caritas Next lo ha tratado de manera injusta, puede presentar una queja. Si desea presentar una queja o recibir más información, llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Inscríbese. Inicie sesión. Manténgase conectado.

¿Qué es el portal del miembro?

El portal del miembro es un sitio web seguro que lo ayuda a mantenerse conectado con AmeriHealth Caritas Next. Contiene la mayor parte de su historial médico reciente. Y es fácil de usar. Le brinda el poder de involucrarse en su salud.

¿Dónde encuentro el portal del miembro?

Para encontrar el portal, visite www.amerihhealthcaritasnext.com/nc y vaya a la página del miembro. Haga clic en **Portal del miembro** en el menú. Si es la primera vez que lo va a usar, deberá inscribirse. Para inscribirse, necesitará su número de ID de miembro que está en su tarjeta de ID. Luego, deberá escoger un ID de usuario y una contraseña. Si ya se inscribió, solo debe iniciar sesión.

El portal del miembro puede ayudarlo a manejar su salud.

Sabemos que no a todos les gusta que contesten sus preguntas por teléfono. Por ello, comenzamos a ofrecer algunas opciones en línea. El portal del miembro está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. A través de él, puede acceder a sus registros médicos.

Con el portal del miembro, puede hacer más cosas:

- Leer una variedad de artículos de salud. Esta información puede servirle para aprender más sobre cómo llevar una vida saludable.
- Obtener su historial de reclamos o facturación.
- Cambiar de PCP en cualquier momento.
- Obtener detalles de los beneficios.
- Obtener hasta seis meses de su historial de recetas médicas, encontrar farmacias de la red y más.

Cómo pagar su prima mensual

Una vez que reciba su factura, le indicarán una fecha de vencimiento para el pago.

Pague en línea

Haga un pago en línea usando una tarjeta de crédito, una tarjeta de débito o un retiro bancario iniciando sesión en <https://amerihealthcaritasnext.softheon.com/account/payments/locate-account>. Solo debe seguir las instrucciones de **pago en línea**.

Pague por teléfono

Pague con un sistema telefónico automatizado. Llámenos al **1-866-591-8092** y use nuestro sistema de pago automatizado. Está disponible 24/7.

Pague por correo postal

Envíe un cheque o giro postal a la dirección que se indica en el cupón de pago de su factura de cobro.

Su cobertura comienza después de haber efectuado el primer pago de su prima. Debe pagar su prima antes de la fecha de vencimiento para mantener su cobertura.

Los pagos de las primas deben hacerse por adelantado en cada mes calendario. Los pagos mensuales vencen el primer día de cada mes o antes para la cobertura de ese mes. Después de pagar su primera prima, tendrán un período de gracia de 15 días después de la fecha de vencimiento de la próxima prima (tres meses para las personas que reciban un subsidio federal para primas médicas [crédito fiscal anticipado para primas de salud]) para pagar la próxima prima. Seguirá teniendo cobertura durante el período de gracia. Si no recibimos el pago completo de su prima dentro del período de gracia, su cobertura terminará el último día del último mes para el que se pagó una prima. Notificaremos al abonado sobre la falta de pago de la

prima y la suspensión del seguro pendiente. También notificaremos al abonado sobre la suspensión del seguro si no se recibió el pago de la prima dentro del período de gracia.

Para las personas que reciban un subsidio federal para primas médicas, seguiremos pagando todos los reclamos apropiados durante el primer mes del período de gracia, pero podemos dejar pendientes los reclamos por los servicios recibidos en el segundo y el tercer mes del período de gracia. También notificaremos al abonado sobre la falta de pago de las primas y notificaremos a los proveedores sobre la posibilidad de negar los reclamos cuando el miembro esté en el segundo y tercer mes de su período de gracia, si procede. Un abonado no puede volver a inscribirse después de que la cobertura se suspenda de esta manera, a menos que califique para un período de inscripción especial o durante el próximo período abierto de inscripciones.

Asegúrese de enviar por correo su pago por lo menos 10 días calendario antes de la fecha de vencimiento de su prima. Asegúrese de:

- **Escribir su número de ID de miembro en el cheque o giro postal.**
- **Separar el cupón de pago de la factura de cobro y envíenoslo por correo con su pago.**

Enviar su pago por correo a la dirección correcta ayudará a garantizar que sus pagos se procesen a tiempo.

**AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 411117
Boston, MA 02241-1117**

Carta y paquete de bienvenida

Cuando se inscribió como miembro, recibió un paquete de bienvenida. El paquete incluía:

- **Una carta que le daba la bienvenida al plan.**
- **El Resumen de beneficios y cobertura.** Este es un resumen de la cobertura de su plan. Habla de sus beneficios cubiertos y los gastos de bolsillo, incluidos los copagos, coseguros y deducibles.
- **Tarjeta de ID de miembro.** Se le pedirá que muestre esta tarjeta cada vez que reciba atención o necesite surtir una receta médica. Cada miembro recibe su propia tarjeta.
 - Lleve siempre su tarjeta de ID de miembro de AmeriHealth Caritas Next con usted.
 - Si pierde su tarjeta de ID de AmeriHealth Caritas Next, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.
- **Folleto de bienvenida.** Se trata de una explicación de su plan y los programas ofrecidos para ayudarlo a mantenerse saludable.


- **Cómo escoger su PCP.** Esta publicación le indica cómo escoger a su PCP.

Puede encontrar los beneficios y las exclusiones en la Evidencia de Cobertura o en su Resumen de beneficios y cobertura. Estos documentos se pueden encontrar en www.amerihealthcaritasnext.com/nc.

Una vez que su membresía esté activa, también puede registrarse en nuestra aplicación móvil. En la aplicación, puede acceder a una copia de su tarjeta de ID en cualquier momento. Busque información acerca de la aplicación móvil en su paquete de bienvenida o en nuestro sitio web.

También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)** para solicitar una copia de la Evidencia de Cobertura o del Resumen de beneficios y cobertura.

Así debería lucir su tarjeta de ID:

		A product of AmeriHealth Caritas North Carolina, Inc. Group number NGC00010	
Subscriber name John L. Doe AmeriHealth Caritas Next ID 123456789		Effective date MM/DD/YYYY Pharmacy RxBIN # 019595 Pharmacy RxPCN # PRX02808	
Member name Jane L. Doe Member ID number 123456789-01		Deductible in network (Med & Rx): <\$> IND/<\$> FAM Coinsurance (Med & ER): (%) Out-of-pocket in network: <\$> IND/<\$> FAM	
Payer ID: 83148		Cost-sharing PCP: <\$XX> SPEC: <\$XX> UC: <\$XX>	
<i>Limits and deductibles may apply to some services.</i>		<i>Not transferable.</i>	

		www.amerihealthcaritasnext.com/nc A product of AmeriHealth Caritas North Carolina, Inc.	
Notice: Always carry your AmeriHealth Caritas Next card. You'll need it to get your benefits. Go to your AmeriHealth Caritas Next primary care provider (PCP) for medical care.		Member Services 1-833-613-2262 (toll-free) 1-984-245-3613 (local) TTY 711	
Emergency room: Go to an emergency room near you if you believe your medical condition may be an emergency. If you get emergency care, please notify your PCP.		Provider Services and prior authorization 1-855-266-0219	
Out-of-area care: Report out-of-area care to AmeriHealth Caritas Next and your PCP within 48 hours.		Report fraud 1-866-833-9718	
All claims are subject to review. If your provider is out-of-network, members are responsible for ensuring that prior authorization is obtained. Participating North Carolina providers are responsible for obtaining prior authorization. Insured by AmeriHealth Caritas North Carolina, Inc. Find network providers and pharmacies and covered drugs at www.amerihealthcaritasnext.com/nc .		Pharmacy Member Services 1-844-211-0968 or TTY 711 Pharmacy Provider Services 1-844-280-9131	
For provider claims processing, mail to: AmeriHealth Caritas Next Provider Claims Processing P.O. Box 7412 London, KY 40742-7412			

Consulte su **Evidencia de Cobertura** para saber más sobre la cobertura de miembros dependientes.

Cómo escoger a su proveedor de atención primaria

Una vez que se inscriba, usted y sus dependientes cubiertos deben escoger a un PCP. Si no selecciona uno, elegiremos uno por usted. También puede cambiar su PCP si este ya no forma parte de la red de proveedores. Su PCP supervisará su atención y coordinará los servicios de otros proveedores de la red cuando sea necesario. En algunos casos, si tiene una enfermedad o afección grave, puede que tenga la posibilidad de escoger un especialista como su PCP, sujeto a la aprobación de nuestro plan médico. Puede escoger un pediatra de la red como el PCP de un dependiente cubierto menor de 18 años.

Su PCP es un médico, una enfermera profesional, un auxiliar médico o cualquier otro tipo de proveedor que:

- Cuidará su salud.
- Coordinará sus necesidades.

Al decidir qué PCP escogerá, debería escoger uno que:

- Haya visto antes.
- Comprenda su historia clínica.
- Acepte pacientes nuevos.
- Pueda atenderlo en su idioma.
- Sea fácil de localizar.

Cada miembro de la familia inscrito en AmeriHealth Caritas Next puede tener un PCP diferente, o usted puede elegir un PCP que atienda a toda la familia. Un pediatra trata a niños. Los médicos de familia tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a adultos. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)** para recibir ayuda para elegir a un PCP que sea adecuado para usted y su familia.

Puede encontrar la lista de todos los médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios y demás que se asocian con AmeriHealth Caritas Next en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web en **<https://www.amerhealthcaritasnext.com/nc/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx>** para ver el Directorio de proveedores en línea. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)** para obtener una copia del Directorio de proveedores.



Las mujeres pueden elegir a un OB/GIN como su PCP. No necesitan una derivación del PCP para ver a un OB/GIN del plan o a otro proveedor que ofrezca servicios de salud reproductiva. Puede hacerse chequeos, recibir seguimiento médico (si fuera necesario) y recibir atención periódica durante el embarazo.

Si tiene una enfermedad compleja o una necesidad de atención médica especial, es posible que pueda elegir un especialista para que sea su PCP. Para informarse más o solicitar que un especialista sea su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**. Trabajaremos con usted para ayudarlo a coordinar la atención que necesite y que sea adecuada para su afección o diagnóstico.

Si su proveedor deja nuestra red

Si su proveedor deja AmeriHealth Caritas Next, le informaremos dentro de los 15 días posteriores a enterarnos. Si el proveedor que deja AmeriHealth Caritas Next es su PCP, se lo informaremos siete días después de su salida y lo ayudaremos a elegir un nuevo PCP.

- Si su proveedor deja nuestra red, lo ayudaremos a encontrar uno nuevo.
- Incluso si su proveedor deja nuestra red, es posible que pueda recibir atención de su proveedor por más tiempo en ciertas situaciones.

Si tiene alguna pregunta, visite nuestro sitio web www.amerihhealthcaritasnext.com/nc o llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Cómo cambiar de PCP

Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de ID de miembro. Para informarse más sobre cómo cambiar su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Cuándo debe visitar a su PCP

La “atención médica periódica” consiste en exámenes, chequeos médicos periódicos, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo bien. También consiste en darle consejos cuando los necesite y derivarlo a un hospital o a un especialista cuando sea necesario. Usted y su PCP trabajan juntos para mantenerlo bien o para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Llame a su PCP si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con su salud. Si llama después de horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje. Indique dónde y cómo pueden comunicarse con usted.

Su PCP le ayudará a atender la mayoría de sus necesidades médicas, pero debe tener una consulta agendada para ver a su PCP. Si no puede asistir a una consulta, llame a su PCP para avisarle.

Cómo programar su primera consulta de atención médica periódica. Tan pronto como elija un PCP, si se trata de un proveedor nuevo, llame para programar una primera consulta. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo y a conocer sus necesidades médicas.

Cómo prepararse para su primera consulta con un proveedor nuevo:

- Solicite la transferencia de los registros médicos que tiene su proveedor actual a su nuevo PCP.
- Haga una lista de las inquietudes médicas que tenga ahora. También debería estar preparado para hablar de su salud general, enfermedades graves anteriores y operaciones.
- Haga una lista con las preguntas que desea hacerle a su PCP.
- Lleve los medicamentos y suplementos que esté tomando a su primera consulta.

Es conveniente visitar a su PCP dentro de los tres primeros meses de haberse unido al plan.

Si necesita atención antes de su primera consulta, llame al consultorio de su PCP para explicar su inquietud. Su PCP le dará una consulta previa para abordar esa inquietud médica en particular. Si no puede obtener una consulta previa, tiene a su disposición nuestras clínicas de atención urgente para cualquier inquietud médica urgente. Sin embargo, debe asistir a la primera consulta para hablar de su historia clínica y hacer preguntas.

Cómo ver a un especialista

Si necesita atención médica especializada que su PCP no puede ofrecer, puede ver a cualquier especialista de la red sin una derivación. Un especialista es un médico que tiene formación y ejerce en un área específica de la medicina (por ejemplo, un cardiólogo o un cirujano). Si acude a un especialista de la red, se cubrirá el costo compartido del especialista.

Hay algunos tratamientos y servicios para los que su especialista debe solicitar la aprobación de AmeriHealth Caritas Next antes de poder recibirlos. Su especialista le dirá cuáles son esos servicios.

Si tiene problemas para recibir la atención médica especializada que cree que necesita, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Si AmeriHealth Caritas Next no tiene un especialista u otro proveedor en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que usted necesita, lo derivaremos a un especialista o a otro proveedor fuera de nuestro plan. Esto se llama **derivación fuera de la red**. Su PCP u otro proveedor de la red deben solicitar la aprobación de AmeriHealth Caritas Next antes de poder obtener una derivación fuera de la red. Puede hablar con su PCP al respecto o llamar a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas Next al **1-833-613-2262 (TTY 711)** para hablar de sus necesidades y obtener más información.

A veces, es posible que no aprobemos una derivación fuera de la red para un tratamiento específico. Esto sucede si un proveedor de AmeriHealth Caritas Next ofrece servicios similares a los que está solicitando. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte la página 32 para saber cómo hacerlo.

Si tiene una enfermedad compleja o una necesidad de atención médica especial, es posible que pueda elegir un especialista para que sea su PCP. Para informarse más o solicitar que un especialista sea su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**. Trabajaremos con usted para ayudarlo a coordinar la atención que necesita.

Proveedores fuera de la red

Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, le prestaremos la atención que necesita mediante un especialista fuera de nuestro plan. Este especialista será un **proveedor fuera de la red**. Para informarse más sobre cómo recibir servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su PCP o llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Emergencias

Siempre tiene cobertura para emergencias. Una afección de emergencia es una situación en la que su vida podría verse amenazada o podría sufrir daños permanentes si no recibe atención inmediata.

Algunos ejemplos de emergencias son:

- Infarto o dolor de pecho severo.
- Sangrado que no se detiene o quemadura grave.
- Fractura de huesos.
- Dificultad para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento.
- Cuando sienta que podría lastimarse a usted mismo o a otras personas.
- Si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos.
- Sobredosis de drogas.

Algunos ejemplos de afecciones que **no son emergencia** son los resfriados, el malestar estomacal o los cortes y las contusiones menores. Los casos que no son emergencias también pueden ser problemas familiares o una ruptura. Si usted tiene está en una situación médica que no sea de emergencia, llame a su PCP.

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana (SE).

No necesita la aprobación de su plan o PCP antes de recibir atención de emergencia. Tampoco está obligado a acudir a nuestros hospitales o médicos.

Recuerde: si necesita hablar con su PCP luego del horario de atención o los fines de semana, llame a su línea de atención fuera del horario laboral y deje un mensaje. Indique cómo se pueden comunicar con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible.

Dejar un mensaje en el buzón de atención fuera del horario de consulta no reemplaza a su médico. Siempre haga un seguimiento con su médico directamente si tiene preguntas acerca de su atención médica.

Si está fuera del área cuando tenga una emergencia, **vaya a la sala de emergencias (ER) más cercana.**

Recuerde: vaya a la sala de emergencias (ER) únicamente si tiene una emergencia. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas Next **1-833-613-2262 (TTY 711)** o a su PCP.

Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no suponga una emergencia, pero que igualmente requiera de cuidados y atención inmediatos.

Esto podría ser:

- Un niño con dolor de oído que se despierta en medio de la noche y no para de llorar.
- Gripe.
- Un corte que necesita sutura.
- Un esguince de tobillo.
- Una astilla que no se puede sacar.

Ya sea que esté en casa o fuera, puede ir a una clínica de urgencias para recibir atención el mismo día o programar una consulta para el día siguiente. Si necesita ayuda para programar una consulta:

- Llame a su PCP a cualquier hora del día o de la noche.
- Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**. Informe a la persona que le responda lo que está sucediendo. Le dirán qué hacer.

Atención fuera de North Carolina y de los Estados Unidos

En algunos casos, como los que requieren atención de urgencia o emergencia, AmeriHealth Caritas Next paga los servicios de atención médica que reciba de un proveedor ubicado en otro estado. Esta cobertura está sujeta a los términos y las condiciones en su evidencia de cobertura. Su PCP y AmeriHealth Caritas Next pueden brindarle más información sobre qué proveedores y servicios cubre su plan médico fuera de North Carolina y cómo puede recibirlos si fuera necesario.

Si necesita atención de emergencia médicamente necesaria mientras viaja **dentro de los Estados Unidos y sus territorios**, AmeriHealth Caritas Next pagará su atención.

No se cubre ningún tratamiento fuera de Estados Unidos, a menos que tenga una emergencia médica mientras viaja.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo recibir atención fuera de North Carolina o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.



Servicios hospitalarios

Este plan cubre servicios de hospitalización y servicios quirúrgicos y médicos para el tratamiento de una enfermedad o lesión. También se cubren los servicios y los suministros relacionados con estos cuidados, incluyendo anestesia, sujeto a autorización previa. El tratamiento puede exigir servicios de hospitalización cuando este no se pueda brindar adecuadamente de manera ambulatoria.

Este plan también cubre servicios hospitalarios ambulatorios para diagnósticos y tratamiento, incluyendo ciertos procedimientos quirúrgicos.

Nueva tecnología para procedimientos médicos

Siempre estamos buscando nuevos procedimientos médicos y métodos para garantizar que nuestros miembros reciban atención médica segura, actualizada y de alta calidad. Contamos con un equipo de médicos que revisan tecnologías médicas nuevas. Ellos deciden si las nuevas tecnologías deben convertirse en servicios cubiertos. No cubrimos tecnologías, métodos y tratamientos que aún están en fase de investigación.



Beneficios de medicamentos bajo receta

AmeriHealth Caritas Next se esfuerza por brindar una cobertura de medicamentos eficiente y de alta calidad.

Utilizamos el administrador de beneficios de farmacia (PBM) de AmeriHealth Caritas Next para ayudar a administrar sus beneficios de medicamentos bajo receta, incluidos los medicamentos especializados. Deberá obtener sus medicamentos bajo receta de una farmacia de la red para recibir cobertura. Las recetas pueden surtirse en una farmacia minorista de la red o mediante una farmacia de la red que haga envíos por correo. Los medicamentos de especialidad están disponibles a través de las farmacias especializadas de nuestra red. Deberá mostrar su tarjeta de ID de miembro al surtir u obtener sus medicamentos bajo receta.

Los beneficios de farmacia no cubren todos los fármacos y medicamentos bajo receta. Algunos medicamentos deben cumplir con ciertas pautas de necesidad médica para recibir cobertura. Su proveedor debe pedirnos una autorización previa antes de que cubramos estos medicamentos.

Formulario

La lista de medicamentos bajo receta cubiertos bajo este plan se llama formulario. El formulario aplica solo a los medicamentos que surte en farmacias al por menor, por correo y de especialidad. Además de conocer los medicamentos cubiertos, el formulario le permite revisar cualquier límite o restricción como autorización previa, terapia escalonada, límite de cantidad y límite de edad. El formulario no aplica a los medicamentos que recibe cuando está en el hospital. Para ver la última información de nuestro beneficio de farmacia y formulario, visite <https://www.amerhealthcaritasnext.com/nc/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx> o llámenos al **1-844-211-0968 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.**

El formulario es cerrado (es decir, los productos que no figuran allí se consideran fuera del formulario); sin embargo, nuestro administrador de beneficios de farmacia puede, a través de un proceso de autorización previa y determinación de cobertura, hacer excepciones para los medicamentos fuera del formulario que solicite.

El formulario cubre medicamentos de marca (preferidos y no preferidos), de especialidad y genéricos, y determinará cuál será el costo de bolsillo según nuestro plan en función del nivel del medicamento. Consulte su resumen de beneficios y cobertura para ver más información sobre los copagos y los deducibles.

Suministros y medicamentos bajo receta cubiertos

Los beneficios de farmacia cubren muchas clases terapéuticas de medicamentos, que se pueden encontrar en <https://www.amerhealthcaritasnext.com/nc/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx>. Puede buscar en la lista de medicamentos por la primera letra de su medicamento, escribiendo parte del genérico (químico) o por el nombre de marca (comercial), o seleccionando la clase terapéutica del medicamento que está buscando.

Sus beneficios de farmacia cubren los medicamentos de insulina bajo receta e incluirán por lo menos una formulación de cada uno de los siguientes tipos de medicamentos de insulina con receta desarrollado y mantenido por nuestro plan de beneficios de salud.

- Acción rápida
- Acción intermedia
- Acción breve
- Acción prolongada

Además de los suministros y los medicamentos bajo receta cubiertos enumerados en el formulario, es posible que cubramos:

- Tratamientos farmacológicos orales e inyectables para el tratamiento de servicios de esterilidad cubiertos solo si se aprobó la cobertura de su tratamiento de esterilidad.
- Medicamentos compuestos: si al menos uno de los ingredientes activos requiere una receta según la ley y está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Es posible que no se cubran los kits de preparación de medicamentos que no estén aprobados por la FDA e incluyan ingredientes bajo receta con disponibilidad inmediata. Para confirmar si el

medicamento o kit específico está cubierto por este plan, llame al equipo de Servicios al Miembro. Es posible que algunos medicamentos compuestos estén sujetos a autorización previa.

- También cubriremos ciertos usos no indicados en la etiqueta de medicamentos para el cáncer de acuerdo con las leyes estatales. Para calificar para el uso no indicado en la etiqueta, uno de los siguientes compendios debe haber reconocido al medicamento para el tratamiento específico para el cual se está recetando: (1) National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Drugs & Biologics Compendium; (2) The Thompson Micromedex DrugDex; (3) American Hospital Formulary Service; (4) Lexi-Drugs, o (5) cualquier otro compendio autorizado y reconocido periódicamente por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

En el formulario se incluyen:

- Terapia de remplazo hormonal (HRT) para personas con perimenopausia o posmenopausia.
- Jeringas hipodérmicas o agujas cuando sean médicamente necesarias.

Medicamentos con estrecho margen terapéutico (NTI).

AmeriHealth Caritas Next cubrirá ciertos medicamentos de marca con estrecho margen terapéutico (NTI). Los medicamentos pueden necesitar autorización previa para estar cubiertos.

Las formulaciones de marca de los siguientes medicamentos con NTI son elegibles para tener cobertura:

- Carbamazepina
- Fenitoína
- Ciclosporina
- Procainamida
- Digoxina
- Tacrólimus
- Etosuximida
- Teofilina
- Tabletas de levotiroxina sódica
- Tabletas de warfarina sódica
- Litio

Medicamentos preventivos

De acuerdo con la Ley de Atención Médica Asequible y Protección al Paciente, llamada comúnmente Ley de Atención Asequible (ACA), algunos medicamentos preventivos pueden tener cobertura sin costo alguno (copago, coseguro o deducible) para los miembros de AmeriHealth Caritas Next.

Estos incluyen ciertos medicamentos en las siguientes categorías:

- Preparaciones para limpieza intestinal para miembros de 45 a 75 años
- Suplementos de fluoruro oral para miembros de 6 meses a 5 años
- Estatinas de intensidad moderada para miembros de 40 a 75 años
- Ácido fólico de 400 a 800 microgramos (mcg) para miembros en edad de procrear
- Aspirina de 81 miligramos (mg) para prevenir o retrasar la aparición de preeclampsia
- Tabaquismo
 - Chicle de nicotina
 - Pastilla de nicotina
 - Parche de nicotina
 - Tableta de clorhidrato de bupropión (disuasión del tabaquismo), liberación prolongada de 12 horas, 150 mg
 - Tartrato de vareniclina
- Profilaxis preexposición contra el VIH (PrEP)
 - Descovy (emtricitabina/tenofovir alafenamida, 200 mg-25 mg), tableta oral
 - Emtricitabina/Tenofovir disoproxilo fumarato (DF), 200 mg-300 mg, tableta oral

- Prevención primaria del cáncer de seno
 - Anastrozol, tableta oral, 1 mg
 - Exemestano, tableta oral, 25 mg
 - Letrozol, tableta oral, 2.5 mg
 - Clorhidrato de raloxifeno, tableta oral, 60 mg
 - Citrato de tamoxifeno, tableta oral, 10 mg y 20 mg
- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP)
- Anticoncepción: de conformidad con la disposición de los Servicios de Prevención para Mujeres de la ACA, se cubre el 100% de los productos anticonceptivos genéricos cuando los receta un proveedor de la red.

Las categorías de los anticonceptivos incluyen*:

- Anticonceptivos orales
- Anticonceptivos inyectables
- Métodos de barrera (con receta)
- Dispositivos intrauterinos**, dispositivos subdérmicos** y anillos vaginales (con receta)
- Parches transdérmicos (con receta)
- Anticoncepción de emergencia (con o sin receta)
- Condones (sin receta)
- Condones femeninos (sin receta)
- Moduladores de pH vaginal (con receta)
- Esponjas vaginales (sin receta)
- Espermicidas (sin receta)

*Consulte el formulario para conocer la lista de productos más actual.

Nota: se necesita una receta para todos los medicamentos indicados, incluso para los medicamentos de venta libre.

** Es posible que se cubran ciertos medicamentos como un beneficio no farmacéutico (p. ej., medicamentos inyectados o intravenosos, que están cubiertos por los beneficios médicos).

Exclusiones

Qué no está cubierto:

- Cualquier fármaco que se use exclusivamente con fines estéticos.
- Fármacos experimentales, que son aquellos que no se pueden comercializar legalmente sin la aprobación de la FDA y que no hayan recibido esta aprobación en el momento de su uso o uso propuesto, o que se les haya retirado esta aprobación.
- Medicamentos bajo receta que no estén aprobados por la FDA.
- Fármacos que estén en la lista de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI) de la FDA.
- Agentes de inmunización o vacunas que no estén en el formulario. Es posible que se cubran algunas vacunas de acuerdo al beneficio médico.
- Insumos médicos.*
- Mifepristone 200mg (Mifeprex 200mg)*
- Medicamentos homeopáticos con y sin receta.
- Medicamentos que por ley no necesitan una receta, a menos que se incluyan en el formulario como cubiertos.
- Vitaminas y suplementos nutricionales (salvo vitaminas prenatales con receta, vitaminas indicadas en la Ley de Atención Asequible, fluoruro para niños y suplementos para el tratamiento de enfermedades mitocondriales).
- Fluoruros tópicos y orales para adultos.
- Medicamentos para el tratamiento de la baja estatura idiopática.
- Recetas surtidas en farmacias fuera de la red, salvo para atención de emergencia u otros motivos permisibles. Se necesitará una anulación para que la farmacia pueda procesar el reclamo.

- Recetas surtidas a través de la página web de una farmacia que no esté certificada por la Asociación Nacional de Colegios Farmacéuticos.
- Medicamentos bajo receta cuando el mismo ingrediente activo, o una versión modificada que sea un equivalente terapéutico de un medicamento con receta cubierto, comenzó a estar disponible sin receta. En estos casos, es posible que no se cubra el medicamento específico ni toda la clase de medicamentos bajo receta que lo incluye.
- Medicamentos bajo receta cuando se empacan con productos sin receta.
- Los medicamentos empacados para uso institucional se excluirán de la cobertura del beneficio de farmacia, a menos que se indique lo contrario en el formulario.
- Medicamentos para la disfunción eréctil y la disfunción sexual.
- Medicamentos para la pérdida de peso.
- Químicos a granel.
- Productos reempaquetados.

* Es posible que se cubran ciertos medicamentos o productos como un beneficio no farmacéutico (p. ej., medicamentos inyectados o intravenosos, que están cubiertos por los beneficios médicos).

Para ver la última información sobre nuestros beneficios de farmacia y formulario, visite <https://www.amerhealthcaritasnext.com/nc/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx> o llámenos al 1-844-211-0968 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Cambio en el formulario

En ocasiones, el formulario es sujeto a cambios. Si un cambio afecta negativamente a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso escrito antes de que el cambio entre en vigencia. Trabajaremos con usted y el proveedor que receta el medicamento para hacer la transición hacia otro medicamento cubierto si está usando un medicamento a largo plazo.

Explicación de los niveles del formulario

Nivel 1 (genéricos)

Nivel 2 (de marca preferidos)

Nivel 3 (de marca no preferidos)

Nivel 4 (de especialidad)

Consulte el Cuadro de Beneficios para conocer su responsabilidad en cuanto a copagos y coseguros.

Autorizaciones previas, terapia escalonada, límites de cantidad, límites de edad, programa de medicamentos genéricos y otras herramientas del formulario

El PBM de AmeriHealth Caritas Next puede utilizar ciertas herramientas para garantizar su seguridad y asegurarse de que reciba el medicamento más adecuado al costo más bajo para usted. Estas herramientas incluyen las autorizaciones previas, las terapias escalonadas, los límites de cantidad, los límites de edad y el programa de medicamentos genéricos. A continuación, se ofrece más información sobre estas herramientas.

Autorizaciones previas (PA)

Son restricciones en la cobertura de ciertos productos farmacéuticos que tienen una estrecha indicación para su uso, pueden tener problemas de seguridad o son extremadamente costosos, y para los que el proveedor que receta el medicamento debe obtener una autorización previa de nuestra parte. El formulario indica si un medicamento necesita autorización previa.

Terapia escalonada (ST)

La terapia escalonada es un tipo de programa de autorización previa (generalmente automatizado) que usa un enfoque escalonado y primero exige el uso de los agentes más adecuados terapéuticamente y eficaces antes de cubrir otros medicamentos. Los miembros primero deben probar uno o más medicamentos en un escalón inferior para tratar cierta afección antes de que se apruebe un medicamento en un escalón más alto para esa afección. Si su proveedor indica que un medicamento en un escalón inferior no es adecuado para su afección y que el medicamento en el escalón más alto es médicamente necesario, su proveedor puede enviar una solicitud de aprobación.

Límites de cantidad (QL)

Para garantizar que los medicamentos que tome sean seguros y que está tomando la cantidad adecuada, podemos limitar la cantidad que recibe a la vez. Su proveedor puede pedirnos una aprobación si necesita una mayor cantidad que la que cubrimos.

Los límites de cantidad se eximirán bajo ciertas circunstancias durante un estado de emergencia o desastre.

Límite de edad (AL)

Los límites de edad están diseñados para evitar los daños potenciales a los miembros y promover el uso apropiado. Los criterios de aprobación se basan en información de la FDA, la literatura médica, los médicos y farmacéutas consultores activos y organizaciones externas adecuadas.

Si la receta no cumple con las pautas de edad de la FDA, no cubriremos la receta hasta que se obtenga una autorización previa. Su proveedor puede solicitar una excepción al límite de edad.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos y funcionan igual que los medicamentos de marca. Cuando haya disponibilidad de medicamentos genéricos, es posible que no cubramos el medicamento de marca sin una autorización. Si usted y su proveedor consideran que un medicamento genérico no es adecuado para su afección y que el de marca es médicamente necesario, su proveedor puede solicitar una autorización previa.

Medicamentos nuevos en el mercado

Revisamos los medicamentos nuevos para probar su seguridad y eficacia antes de agregarlos a nuestro formulario. Si un proveedor considera que un medicamento nuevo en el mercado es médicamente necesario para usted antes de que lo hayamos revisado, puede solicitar una aprobación.

Medicamentos que no están en el formulario

Aunque la mayoría de los medicamentos tienen cobertura, hay un pequeño grupo de medicamentos que no están cubiertos porque se dispone de alternativas seguras, eficaces y más asequibles. Todos los productos farmacéuticos alternativos están aprobados por la FDA y son ampliamente utilizados y aceptados en la comunidad médica para tratar las mismas afecciones que los medicamentos sin cobertura. Si usted y su proveedor consideran que un medicamento del formulario no es adecuado para su afección y que el medicamento sin cobertura es médicamente necesario, su proveedor puede pedir una excepción.

Medicamentos sin cobertura con alternativas sin receta

AmeriHealth Caritas Next no cubre ciertos medicamentos bajo receta que puede comprar sin una receta o que son de “venta libre”. A estos medicamentos por lo general se les conoce como medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés).

Además, cuando hay disponibles versiones de venta libre de un medicamento que pueden ofrecer los mismos beneficios terapéuticos, es posible que AmeriHealth Caritas Next deje de cubrir cualquiera de los medicamentos bajo receta en toda la clase. Por ejemplo, los antihistamínicos que no producen sedación son una clase de medicamentos que alivian los síntomas de la alergia. Dado que hay disponibles muchos antihistamínicos que no producen sedación de venta libre, AmeriHealth Caritas Next no los cubre.

Consulte el formulario farmacéutico para ver una lista de los medicamentos cubiertos. Como siempre, le recomendamos hablar con su proveedor sobre los medicamentos adecuados para usted.

Solicitudes de excepción y autorización previa

Para los medicamentos del formulario que tienen restricciones como autorización previa (PA), terapia escalonada (ST), limitaciones de cantidad (QL) y limitaciones de edad (AL), se puede presentar una solicitud de autorización previa para tomar decisiones. El PBM de AmeriHealth Caritas Next revisará las solicitudes y determinará si una solicitud cumple con los requisitos de criterios clínicos de medicamentos.

En el caso de medicamentos que no estén en el formulario, se pueden presentar solicitudes de excepción del formulario. Las solicitudes de excepción al formulario se revisan caso por caso. A su proveedor se le pedirá que indique las razones médicas y que dé cualquier otra información importante sobre el motivo por el que necesita una excepción. El PBM de AmeriHealth Caritas Next revisará las solicitudes y determinará si una solicitud cumple con nuestras pautas de necesidad médica.

Cubriremos los medicamentos bajo receta fuera del formulario si un proveedor de la red receta el medicamento ambulatorio para tratar a una persona cubierta con una enfermedad crónica, discapacitante o mortal cubierta si el medicamento:

- Ha sido aprobado por la FDA para al menos una indicación, y
- Está reconocido para tratar la indicación para la cual se recetó el medicamento en:
 - Un compendio de referencia de medicamentos bajo receta aprobado por el Comisionado de Seguros Médicos para los fines de esta sección, o
 - Literatura médica arbitrada y aceptada considerablemente,

y

- No hay medicamentos cubiertos que se puedan tomar para la misma afección. Si hay alternativas con cobertura para tratar la misma afección, entonces se debe presentar documentación que respalde que el

miembro tuvo un tratamiento fallido con dos o más medicamentos alternativos del formulario o que no puede tolerar estos medicamentos.

- No se tomarán en cuenta las muestras de medicamentos bajo receta, los cupones u otros programas de incentivos para determinar que se probó sin éxito un medicamento con receta en lugar de probar el medicamento con receta preferido del formulario o sin acceso restringido.

El PBM de AmeriHealth Caritas Next revisará la solicitud. Si se aprueba el medicamento solicitado, se cubrirá de acuerdo con nuestras pautas de necesidad médica. Si no se aprueba la solicitud, entonces usted, su representante autorizado o su proveedor pueden apelar la decisión.

Si la solicitud de un medicamento fuera del formulario se aprueba, se cubrirá en el nivel más alto.

Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden visitar nuestro sitio web para revisar el formulario y encontrar los medicamentos cubiertos. Puede consultar e imprimir el formulario en nuestro sitio web en <https://www.amerihhealthcaritasnext.com/nc/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx>.

Su proveedor puede solicitar tanto autorizaciones previas de medicamentos del formulario (PA, ST, QL y AL) como excepciones fuera del formulario de las siguientes maneras:

- Electrónicamente: Directamente al PBM de AmeriHealth Caritas Next en https://ppa.performrx.com/PublicUser/OnlineForm/OnlineFDBSingleForm.aspx?cucu_id=Y65L6nti7Fh2jJt8A7Rsjw%3d%3d.
- Solicitudes estándar por fax: **1-855-756-9901**
- Solicitudes aceleradas (rápidas)* por fax: **1-866-533-5497**
- Por correo postal: **200 Stevens Drive, CC: 236 Philadelphia, PA 19113**
- Por teléfono: **1-844-211-0968 (TTY 711)**

Una vez que se reciba toda la información necesaria y pertinente para tomar una decisión, el PBM de AmeriHealth Caritas Next revisará la solicitud. Si se aprueba la solicitud, le darán la respuesta a su proveedor donde le indicarán el tiempo de la aprobación. Si se niega, le darán la respuesta a usted y a su proveedor.

Se completarán las solicitudes de autorización previa y de excepciones a los medicamentos fuera del formulario y se enviarán las notificaciones respectivas dentro de los siguientes plazos:

- Estándar (no urgente): antes de las primeras **72 horas** después de recibir la solicitud y cualquier información adicional exigida.
- Acelerada (rápida):* antes de las primeras **24 horas** después de recibir la solicitud y cualquier información adicional exigida.

*Se pueden realizar solicitudes aceleradas (rápidas) en caso de circunstancias apremiantes. Las circunstancias apremiantes suceden cuando padece un problema de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, o cuando está siguiendo un tratamiento con un medicamento no incluido en el formulario. Puede indicar su circunstancia apremiante en el formulario y solicitar una revisión acelerada.

Si la solicitud de autorización previa es denegada y usted considera que la hemos denegado incorrectamente, puede apelar la decisión a través del proceso de apelación interno de AmeriHealth Caritas Next.

Puede solicitar una apelación usted mismo. También puede pedirle ayuda a un amigo, a un familiar, a su proveedor o abogado. Puede llamar a AmeriHealth Caritas Next al **1-833-613-2262 (TTY 711)** si necesita ayuda con su solicitud de apelación. Es fácil solicitarnos una apelación mediante una de las siguientes opciones:

- Correo postal: complete y firme el formulario de solicitud de apelación en el aviso que recibe sobre nuestra decisión. Envíelo a la dirección que figura en el formulario. Debemos recibir su formulario

dentro de los primeros 180 días después de recibir la notificación por escrito sobre el rechazo de su reclamo o solicitud de servicio.

- Fax: complete, firme y envíe por fax el formulario de solicitud de apelación que está en el aviso que recibe sobre nuestra decisión. El número de fax se encuentran en el formulario.
- Por teléfono: llame al **1-855-375-8811 (TTY 1-866-209-6421)** y solicite hacer una apelación.

Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte la sección sobre apelaciones en la página 32.

Derechos ante denegación de solicitudes de excepción fuera del formulario

Para las denegaciones de solicitudes de excepción fuera del formulario, usted también tiene derecho a solicitar una revisión externa estándar o, si está justificada y es apropiada, una revisión externa acelerada por parte de un tercero imparcial conocido como Organización de Revisión Independiente (IRO).

Usted puede ejercer su derecho a una revisión externa con una IRO luego de la denegación inicial o después de una decisión de mantener la denegación inicial según el proceso de apelación interna de AmeriHealth Caritas Next. Si se toma la decisión de mantener la denegación inicial, su aviso de denegación le explicará su derecho a una revisión externa y le proporcionará instrucciones sobre cómo presentar esta solicitud. El miembro, el representante del miembro o el proveedor que receta el medicamento del miembro puede solicitar una revisión de una IRO por internet, correo o fax en las siguientes direcciones:

- Web: el **formulario de solicitud de revisión externa** puede encontrarse en: https://secure1.ncdoi.com/consumer/ext_review_entry.jsp.

Puede encontrar respuestas a preguntas frecuentes y más información sobre la revisión externa en <https://www.ncdoi.gov/consumers/health-insurance/health-claim-denied/request-external-review>.

- Correo postal: **North Carolina Department of Insurance Health Insurance Smart NC
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201**
- Teléfono: **1-855-408-1212**
- Fax: **1-919-807-6865**

Una revisión externa acelerada puede estar justificada por circunstancias apremiantes. Si se acepta su solicitud de revisión externa estándar, se decidirá dentro de las primeras 72 horas posteriores a su solicitud. Si se acepta su solicitud de revisión externa acelerada, se decidirá dentro de las primeras 24 horas posteriores a su solicitud.

Debemos acatar la decisión de la IRO. Si la IRO revoca nuestra decisión en una revisión externa estándar, proporcionaremos cobertura para el artículo no incluido en el formulario mientras dure la receta. Si la IRO revoca nuestra decisión sobre una revisión externa acelerada, proporcionaremos cobertura para el artículo no incluido en el formulario mientras dure la exigencia.

Programa de medicamentos de especialidad

Tenemos farmacias de especialidad designadas que se especializan en proveer medicamentos para tratar ciertas afecciones y cuentan con personal clínico para ofrecerles servicios de apoyo a los miembros. Algunos medicamentos deben obtenerse en una farmacia de especialidad. Se pueden añadir medicamentos a este programa de vez en cuando. Las farmacias de especialidad designadas pueden dispensar un suministro de hasta 30 días de un medicamento a la vez; este suministro se envía por correo postal a la casa del miembro o al consultorio del médico en ciertos casos. Esto no forma parte del beneficio de envío de artículos de farmacia por correo. Los suministros extendidos y los ahorros de copagos no aplican a estos medicamentos de especialidad designados.

Cómo surtir recetas en la farmacia

Farmacia al por menor: puede surtir un suministro de hasta 30 días.

Farmacia por correo: puede surtir un suministro de 31 a 90 días.

Farmacia de especialidad: puede surtir un suministro de hasta 30 días.

Farmacia por correo

Usamos Alliance Rx Walgreens Pharmacy como nuestra farmacia por correo. Debe registrarse y hacer que envíen sus recetas a Alliance Rx Walgreens Pharmacy.

**Alliance Rx Walgreens Pharmacy
P.O. Box 29061
Phoenix, AZ 85038-9061**

Teléfono del Centro de Atención al Cliente de Alliance Rx Walgreens Pharmacy: **1-800-345-1985**
Fax: **1-480-752-8250**
<https://www.alliancerxwp.com/>

COVID-19

Vacunas contra la COVID-19: las vacunas contra la COVID-19 aprobadas por la FDA están cubiertas con un copago de \$0 de acuerdo con las indicaciones y la edad aprobadas por la FDA.

Para conocer más detalles sobre la última información del formulario para las vacunas contra la COVID-19, visite <https://www.amerhealthcaritasnext.com/nc/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx> o llámenos al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Suministro escolar

AmeriHealth Caritas Next permite suministros escolares para los siguientes medicamentos:

- Insulina
- Agujas para insulina
- Lancetas
- Tiras reactivas
- Un glucómetro por escuela
- Hisopos de alcohol
- Glucagón
- Inhaladores
- Diastat®
- EpiPens®
- Espaciadores

Para ver la última información sobre nuestro beneficio de farmacia y formulario, visite <https://www.amerhealthcaritasnext.com/nc/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx> o llámenos al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Beneficios de salud conductual

Los planes asequibles de AmeriHealth Caritas Next ofrecen acceso a una atención integral, incluyendo la atención de salud conductual.

La atención de salud conductual incluye servicios de tratamiento y rehabilitación para la salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social) y trastornos por abuso de sustancias tóxicas (alcohol y drogas). Todos los miembros de AmeriHealth Caritas Next tienen acceso a servicios para tratar problemas de salud mental como la depresión o la ansiedad, o los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.

Los miembros que experimenten una crisis de salud mental pueden llamar o enviar un mensaje de texto a la línea para crisis de salud conductual del Departamento de Salud y Servicios Humanos de North Carolina:

HOPE4NC: **1-855-587-3463** o enviando la palabra “hope” al **1-855-587-3463**.

Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al **911**.

Además, si está pensando en hacerse daño a usted mismo, llame a la línea nacional de prevención del suicidio al **988**.

Servicios de salud conductual

(Servicios para trastornos de la salud conductual y por consumo de sustancias tóxicas)

Estos servicios pueden requerir una autorización previa.

Llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)** para conocer qué servicios necesitan autorización previa o si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de salud conductual.

Servicios de salud mental y conductual

Visitas ambulatorias al consultorio de salud mental/conductual

Servicios ambulatorios de salud mental/conductual fuera del consultorio

Evaluación de dependencia a sustancias o salud mental

Servicios de rehabilitación ambulatorios en entornos individuales o grupales

Evaluación/pruebas de diagnóstico

Programas de tratamiento de día

Pruebas psicológicas

Tratamiento ambulatorio para el abuso de opioides

Servicios de salud mental y conductual, *continuación*

Desintoxicación ambulatoria	Evaluación diagnóstica
Honorarios del centro de servicios de salud mental/conductual con internación	Servicios ambulatorios fuera del consultorio por trastorno por consumo de sustancias/dependencia a químicos
Honorarios de cirujano o médico de servicios de salud mental/conductual con internación	Tratamiento asistido con medicación (MAT)
Atención médica de emergencia	Desintoxicación médica no hospitalaria
Hospitalización psiquiátrica	Manejo de la medicación cuando se administra junto con una consulta
Hospitalización parcial	Honorarios del centro de servicios para trastornos por consumo de sustancias/dependencia a químicos con internación
Hospitalización parcial a corto plazo	
Manejo de crisis móvil	Honorarios de cirujano o médico de servicios para el trastorno por consumo de sustancias/dependencia a químicos con internación
Terapia electroconvulsiva	
Servicios para trastornos por consumo de sustancias/dependencia a químicos	Desintoxicación y servicios médicos relacionados necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de la adicción al alcohol o drogas
Visitas ambulatorias al consultorio por trastorno por consumo de sustancias/dependencia a químicos	

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud conductual o si cree que necesita acceso a servicios de salud conductual más intensivos que su plan no ofrece, como centros de tratamiento psiquiátrico residencial o tratamiento comunitario asertivo, hable con su proveedor de atención primaria o llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.



Programa Bright Start®

AmeriHealth Caritas Next quiere brindarle asistencia para que tenga el embarazo más saludable posible. La ayudaremos a:

- Elegir un proveedor adecuado para usted.
- Organizar sus visitas prenatales y posparto.
- Asignar un administrador de atención maternal para apoyarla durante su embarazo.
- Recibir información y recursos para que usted y su bebé tengan un comienzo saludable.

Administración de la utilización

Usamos nuestro programa de administración de la utilización para ayudar a garantizar que reciba atención adecuada, asequible y de alta calidad para su bienestar general. Nuestro programa de administración de la utilización se centra tanto en la necesidad médica como en el resultado de los servicios de salud física y conductual mediante el uso de revisiones prospectivas, concurrentes y retrospectivas. Para todas las decisiones, usamos criterios de revisión clínicos documentados con base en una sólida evidencia clínica. Evaluamos periódicamente nuestros criterios para garantizar que sean eficaces. Obtenemos toda la información necesaria para tomar las decisiones respecto a la revisión de la utilización, incluyendo la información clínica pertinente. La revisión retrospectiva incluye la revisión de los reclamos por servicios de emergencia para determinar si se han cumplido los estándares de una persona prudente no experta.

Autorizaciones previas

AmeriHealth Caritas Next deberá aprobar algunos tratamientos y servicios **antes** de que usted pueda recibirlos. También es posible que debamos aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted pueda **continuar** recibiendo. Esto se denomina autorización previa.

Su proveedor deberá obtener la autorización de los servicios a través de AmeriHealth Caritas Next, incluso si ya existía una autorización previa. Si tiene preguntas sobre las **autorizaciones previas**, llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Proceso de autorización previa

Para solicitar una **autorización previa**, usted o su proveedor pueden comunicarse con AmeriHealth Caritas Next llamando a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**. Los proveedores también pueden enviar solicitudes en línea a través del portal del proveedor.

Para recibir la aprobación de estos tratamientos o servicios, deben cumplirse los siguientes pasos:

1. AmeriHealth Caritas Next trabajará con su proveedor para recopilar información que nos ayude a comprobar que el servicio es médicamente necesario.
2. Las enfermeras, los médicos y profesionales clínicos de la salud conductual de AmeriHealth Caritas Next revisan la información. Usan las políticas y guías aprobadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de North Carolina para ver si el servicio es médicamente necesario.
3. Si se aprueba la solicitud, les enviaremos una notificación a usted y a su proveedor de atención médica.
4. Si la solicitud no es aprobada, les enviaremos una carta a usted y a su proveedor de atención médica para comunicarles la razón de la decisión.

Usted puede apelar cualquier decisión que AmeriHealth Caritas Next tome. Si recibe una denegación y quiere apelarla, hable con su proveedor. Su proveedor trabajará con AmeriHealth Caritas Next para determinar si hubo algún problema con la información que se presentó.

Puede contactar al comisionado en:

**North Carolina
Department of Insurance
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201**

Teléfono sin cargo:
1-855-408-1212

También puede contactar a Health Insurance Smart NC para recibir ayuda en:

**Health Insurance Smart NC
North Carolina Department
of Insurance
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201**

Teléfono sin cargo:
1-855-408-1212

Apelaciones

A veces, AmeriHealth Caritas Next puede decidir negar o limitar una solicitud que realiza su proveedor con respecto a los beneficios o servicios que ofrece nuestro plan. Esta decisión se llama **determinación adversa sobre un beneficio**. Usted recibirá una carta de AmeriHealth Caritas Next que le notificará la determinación adversa sobre un beneficio. Tiene 180 días desde la fecha que figura en la carta para solicitar una apelación. Cuando los miembros no están de acuerdo con nuestras decisiones sobre una apelación, pueden contactar al NCDOL en:

Health Insurance Smart NC
North Carolina Department of Insurance
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201

Teléfono sin cargo: **1-855-408-1212**

Health Insurance Smart NC está disponible para brindar ayuda cuando haya problemas con quejas formales y apelaciones internas de AmeriHealth Caritas Next. Usted puede reunir los requisitos para solicitar una revisión externa acelerada por parte del NCDOL. Podrá solicitar una revisión externa acelerada si tiene una afección que, de seguirse los plazos habituales para completar una apelación acelerada con nosotros, podría poner en grave peligro su vida o su salud, o impedirle recuperar sus capacidades plenas.

Cuando solicita una apelación, AmeriHealth Caritas Next tiene 30 días para responderle. Usted puede hacer preguntas y brindar las actualizaciones (que incluyen nuevos documentos médicos de sus proveedores) que considere que ayudarán al plan a aprobar su solicitud.

Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.

Puede solicitar una apelación usted mismo. También puede pedirle ayuda a un amigo, a un familiar, a su proveedor o abogado. Puede llamar a AmeriHealth Caritas Next al **1-833-613-2262 (TTY 711)** si necesita ayuda con su solicitud de apelación. Es fácil solicitarnos una apelación mediante una de las siguientes opciones:

- **Correo postal:** complete y firme el formulario de solicitud de apelación en el aviso que recibe sobre nuestra decisión. Envíelo a la dirección que figura en el formulario. Debemos recibir su formulario dentro de los 120 días posteriores a la fecha que aparece en la carta de negación.
- **Fax:** complete, firme y envíe por fax el formulario de solicitud de apelación que está en la carta de rechazo que recibe sobre nuestra decisión. El número de fax se encuentra en el formulario.
- **Por teléfono:** llame al **1-833-613-2262 (TTY 711)** y solicite hacer una apelación.

Cuando presenta su apelación, usted y la persona que haya elegido para que lo ayude pueden ver los registros médicos y los criterios que AmeriHealth Caritas Next utilizó para tomar la decisión. Si decide que alguien lo ayude, debe darle su consentimiento a esta persona por escrito firmando el formulario de solicitud de representante personal, que puede obtener llamando a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Apelaciones aceleradas (más rápidas)

Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión más rápida de su apelación cuando una demora pueda provocar un daño grave en su salud o en su capacidad de recuperar su estado de salud. Esta revisión más rápida se llama **apelación acelerada**.

Su proveedor puede solicitar una apelación acelerada llamando a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**.

Puede solicitar una apelación acelerada por teléfono, correo postal o fax. En el formulario de solicitud de apelación hay instrucciones que le indicarán cómo solicitar una apelación acelerada.

Solicitudes de proveedores para apelaciones aceleradas

Si su proveedor nos solicita una apelación acelerada, le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a recibir la solicitud de una apelación acelerada. Los llamaremos a usted y a su proveedor tan pronto como hayamos tomado una decisión. Les enviaremos a usted y a su proveedor un aviso escrito sobre nuestra decisión dentro de los cuatro días posteriores a recibir toda la información necesaria para procesar su apelación.

Solicitudes de miembros para apelaciones aceleradas

AmeriHealth Caritas Next revisará todas las solicitudes de los miembros para apelaciones aceleradas (más rápidas). Si rechazamos la solicitud para una apelación acelerada del miembro, lo llamaremos durante nuestro horario laboral inmediatamente después de tomar nuestra decisión. También informaremos al miembro y al proveedor por escrito si rechazamos la solicitud del miembro para presentar una apelación acelerada. Le comunicaremos el motivo de la decisión. AmeriHealth Caritas Next le enviará por correo un aviso en el plazo de dos días calendario.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de apelación acelerada, puede presentar una queja formal ante nosotros (consulte la página 39 para obtener más información sobre las quejas formales).

Cuando denegamos la solicitud de apelación acelerada del miembro, no hay necesidad de hacer otra solicitud de apelación. La apelación se decidirá dentro de los 30 días de su solicitud. En todos los casos, revisaremos las apelaciones tan rápido como lo requieran las afecciones de los miembros.

Plazos para las apelaciones estándares

Si tenemos toda la información que necesitamos, recibirá nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días posteriores a su apelación. Le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su apelación, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le indicaremos qué información se necesita.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos una decisión antes de los 14 días posteriores al día en que solicitamos más información.

Si necesita más tiempo para recopilar registros y actualizaciones de su proveedor, simplemente pídalo. Usted o el ayudante que designe pueden solicitar que demoremos su caso hasta que esté listo. Solicite una prórroga llamando a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)** o escribiendo a:

AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7417
London, KY, 40742-7417

Decisiones sobre apelaciones

Cuando decidamos su apelación, le enviaremos una carta. Esta carta se llama **aviso de decisión**.

El Comisionado de Seguros en North Carolina está disponible para ayudarlo. Puede contactar al comisionado en:

North Carolina Department of Insurance
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201

Teléfono sin cargo: **1-855-408-1212**

También puede contactar a Health Insurance Smart NC para recibir ayuda en:

Health Insurance Smart NC
North Carolina Department of Insurance
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201

Teléfono sin cargo: **1-855-408-1212**

Revisión externa independiente

Las leyes de North Carolina estipulan la revisión de las decisiones de negativa de certificación por parte de una organización de revisión externa independiente (IRO). El Departamento de Seguros de North Carolina (NCDOI) administra este servicio sin costo alguno para usted y se encarga de organizar con una IRO para que revise su caso una vez que establece que su solicitud está completa y es elegible para una revisión. Usted o alguien que haya autorizado para representarlo pueden solicitar una revisión externa. Le enviaremos por escrito una notificación sobre su derecho a solicitar una revisión externa cada vez que:

- Reciba una decisión de negativa de certificación.
- Reciba una decisión de apelación que sostenga una decisión de negativa de certificación.

Para que su solicitud sea elegible para una revisión externa, el NCDOI debe determinar lo siguiente:

- Que su solicitud es respecto a una determinación de necesidad médica que resultó en una decisión de negativa de certificación;
- Que usted tenía cobertura con nosotros en vigencia cuando se emitió la decisión de negativa de certificación;
- Que el servicio por el que se emitió la negativa de certificación parece ser un servicio médico cubierto bajo nuestra póliza, y
- Que ya ha agotado nuestro proceso de revisión interna como se describe abajo.

La revisión externa se lleva a cabo de acuerdo con un cronograma estándar y acelerado, según cuál se solicite y si las circunstancias médicas cumplen con los criterios para una revisión acelerada.

Para una revisión externa estándar, se considerará que ha agotado el proceso de revisión interna si usted:

- Ha completado nuestro proceso de apelación y ha recibido una determinación por escrito de nuestra parte, o
- Ha recibido una notificación de que hemos acordado eximir el requisito de agotar el proceso interno de queja formal de segundo nivel.

Si su solicitud de revisión externa estándar está relacionada con una negativa de certificación retrospectiva (una negativa de certificación que ocurre después de haber recibido los servicios en cuestión), no será elegible para solicitar una revisión estándar hasta que haya completado nuestro proceso de revisión interna y haya recibido una determinación final por escrito.

Si desea solicitar una revisión externa estándar, usted (o su representante) debe hacer esta solicitud ante el NCDOI dentro de los primeros 120 días de recibir nuestro aviso por escrito sobre la determinación final de no aprobar los servicios en cuestión. Al procesar su solicitud de revisión externa, el NCDOI le pedirá una autorización firmada por escrito para divulgar cualquier registro médico que deba revisarse con el fin de llegar a una decisión en la revisión externa.

Dentro de los primeros 10 días hábiles de recibir su solicitud de revisión externa estándar, el NCDOI les notificará a usted y a su proveedor si su solicitud está completa y si es aceptada. Si el NCDOI le notifica que su solicitud está incompleta, debe proporcionar toda la información adicional solicitada dentro de los primeros 150 días a partir de la fecha de nuestro aviso por escrito de la determinación final. Si el NCDOI acepta su solicitud, el aviso de aprobación incluirá:

- El nombre y la información de contacto de la IRO asignada a su caso;
- Una copia de la información sobre su caso que le hemos dado al NCDOI;
- Un aviso de que le proporcionaremos a usted o a su representante autorizado una copia de los documentos y la información que se consideró para tomar la decisión de rechazo (que también se enviará a la IRO), y
- Una notificación de que puede enviarle información escrita adicional y documentos de respaldo relevantes para la negativa de certificación inicial a la IRO asignada dentro de los primeros siete días de recibir el aviso de aprobación.

Si decide proporcionar alguna información adicional a la IRO, debe darnos la misma información a nosotros también al mismo tiempo a través de los mismos medios de comunicación (p. ej., debe enviarnos la información por fax si se la envió a la IRO por fax).

Tenga en cuenta que también pueden proporcionarle esta información adicional al NCDOI dentro del plazo de siete días en lugar de enviárnosla directamente a la IRO y a nosotros. El NCDOI nos reenviará esta información a la IRO y a nosotros dentro de los dos primeros días hábiles de recibir su información adicional.

La IRO le enviará un aviso escrito de su determinación dentro de 45 días a partir de la fecha en que el NCDOI recibió su solicitud de revisión externa estándar. Si la decisión de la IRO es revertir la negativa de certificación, revertiremos la decisión de negativa de certificación dentro de tres días hábiles de haber recibido el aviso de la decisión de la IRO y cubriremos el servicio o suministro solicitado que fue sujeto a la decisión de negativa de certificación. Si ya no goza de nuestra cobertura en el momento que nos dan aviso de la decisión de la IRO de revertir la negativa de certificación, solo cubriremos aquellos servicios o suministros que recibió realmente o que habría

recibido antes de desafilarse si el servicio si no se hubiese negado cuando lo solicitó por primera vez.

Puede pedir una revisión externa acelerada de una decisión de negativa de certificación si tiene una afección para la que el tiempo necesario para completar ya sea una apelación interna acelerada o una revisión externa estándar podría esperar razonablemente que ponga en grave peligro su vida o salud o su capacidad de recuperar sus capacidades plenas. Si cumple con este requisito, pueden presentar una solicitud escrita o verbal ante el NCDOI para una revisión acelerada después de:

- Recibir una decisión de negativa de certificación de nuestra parte Y solicitar una apelación acelerada, o
- Recibir una decisión de apelación que sostenga una decisión de negativa de certificación.

También puede solicitar una revisión externa acelerada si recibe una decisión de apelación adversa respecto a la negativa de certificación de un ingreso, disponibilidad de atención, estadía continua o atención de emergencia, pero no le han dado el alta del centro donde está hospitalizado.

Con el asesoramiento de un profesional médico, el NCDOI revisará su solicitud y determinará si califica para una revisión acelerada. Usted y su proveedor recibirán una notificación dentro de los dos primeros días si se acepta su solicitud de revisión externa acelerada. Si no se acepta su solicitud de revisión acelerada, el NCDOI puede:

- Aceptar el caso para una revisión externa estándar si nuestro proceso de revisión interna ya se completó.
- Exigir la compleción de nuestro proceso de revisión interna antes de que pueda hacer otra solicitud de revisión externa ante el NCDOI. No es posible hacer revisiones externas aceleradas para las negativas de certificaciones retrospectivas.

La IRO le comunicará su decisión dentro de los tres primeros días a partir de la fecha en que el NCDOI haya recibido su solicitud de revisión externa acelerada. Si la decisión de la IRO es revertir la negativa de certificación, dentro de un día de haber recibido el aviso de la decisión de la IRO, revertiremos la decisión de negativa de certificación para el servicio o el suministro solicitado que está sujeto a la decisión de negativa de certificación. Si ya no goza de nuestra cobertura en el momento que nos dan aviso de la decisión de la IRO de revertir la negativa de certificación, solo cubriremos aquellos servicios o suministros que recibió realmente o que habría recibido antes de desafilarse si el servicio si no se hubiese negado cuando lo solicitó por primera vez.

La decisión de revisión externa de la IRO es vinculante para nosotros y para usted, excepto en la medida en que usted pueda tener otros recursos disponibles en virtud de las leyes federales o estatales aplicables. No puede presentar una solicitud subsecuente para una revisión externa que involucre la misma decisión de negativa de certificación para la que ya recibió una decisión sobre la revisión externa.

Para obtener más información sobre las revisiones externas o solicitar una revisión externa, contacte al NCDOI:

Por internet: <https://www.ncdoi.gov/consumers/health-insurance/health-claim-denied>

Por correo postal:
NC Department of Insurance
Health Insurance Smart NC
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201

En persona:
NC Department of Insurance
3200 Beechleaf Court
Raleigh, NC 27604

Teléfono: **1-855-408-1212** (sin cargo)

Por fax: **1-919-807-6865**

Health Insurance Smart NC para información sobre las revisiones externas y el formulario de solicitud

El programa Health Insurance Smart NC también está disponible para brindar asistencia a los clientes que deseen presentar una apelación o queja formal con su plan de salud.

Si cree que es elegible para solicitar una apelación acelerada y así lo hace, puede ser elegible para solicitar una revisión externa acelerada por parte del NCDOI. Podrá solicitar una revisión externa acelerada si tiene una afección que, de seguirse los plazos habituales para completar una apelación acelerada con nosotros, podría poner en grave peligro su vida o su salud, o impedirle recuperar sus capacidades plenas.

Quejas formales

Si tiene problemas con su plan médico, puede presentar una queja formal.

Esperamos que nuestro plan médico le brinde buena atención. Si no está satisfecho con los servicios de su plan médico y tiene una queja al respecto, puede hablar con su PCP. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)** o escribir a:

**AmeriHealth Caritas Next
Attention: Appeals and Grievances
P.O. Box 7379
London, KY 40742
Fax: 1-844-201-6798**

Una queja formal y una queja son lo mismo. Si se comunica con nosotros porque tiene una queja formal, significa que usted no está satisfecho con su plan médico, su proveedor o sus servicios médicos. La mayoría de los problemas como este pueden resolverse de inmediato. Ya sea que resolvamos su problema de inmediato o necesitemos hacer algún trabajo, registraremos su llamada, su problema y nuestra solución. Le informaremos cuando hayamos recibido su queja formal. También le enviaremos un aviso por escrito cuando hayamos terminado de ocuparnos de su queja formal.

Puede pedirle a un integrante de su familia, amigo o representante legal que lo ayude con su queja. Si necesita nuestra ayuda a causa de un problema de la audición o de la vista, o si necesita servicios de traducción o ayuda para completar algún formulario, podemos ayudarlo. Puede contactarnos por teléfono o por escrito:

- **Por teléfono:** llame a Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**, de **lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.** Después del horario laboral, puede dejar un mensaje y lo contactaremos durante el siguiente día hábil.
- **Por correo postal:** puede escribirnos para expresar su queja a:

**AmeriHealth Caritas Next
Attention: Appeals and Grievances
P.O. Box 7379
London, KY 40742
Fax: 1-844-201-6798**

Cómo resolver su queja formal

Le informaremos por escrito dentro de los tres días posteriores a recibir su queja formal. Si su queja formal está relacionada con la calidad de la atención clínica que recibió de parte de un proveedor de la red, le informaremos por escrito dentro de los primeros 10 días hábiles después de recibir su queja formal. La carta de acuse de recibo le indicará que la queja formal se redirigirá al Comité de Control de Calidad para que la revise y analice o para que tome las medidas adecuadas contra el proveedor.

Revisaremos su queja y le informaremos por escrito cómo la resolvimos dentro de los primeros 30 días después de recibir su queja.

Estos problemas se manejarán de acuerdo con nuestra evidencia de cobertura. Puede encontrarlos en línea en www.amerhealthcaritasnext.com/nc.

El Departamento de Seguros de North Carolina está disponible para ayudar a los consumidores con las preguntas y los problemas relacionados con el seguro médico. Puede hacerle consultas por escrito al Departamento por correo a 1201 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699 o por teléfono al **1-800-546-5664**.

Revisión de quejas formales de segundo nivel

Si no está satisfecho con nuestra respuesta a la queja formal de primer nivel, usted o el proveedor que actúe en su nombre pueden enviar información adicional, incluyendo comentarios escritos, registros o documentos, junto con una carta donde se solicite la revisión de su queja formal de segundo nivel, a la dirección siguiente:

**Member Grievances
P.O. Box 7415
London, KY 40742-7415**

También puede enviar estos documentos por fax al **1-833-887-2262**.

Las quejas formales con respecto a la calidad de la atención clínica brindada por un proveedor de la red no son elegibles para la revisión de quejas formales de segundo nivel.

Dentro de los 10 días de recibir su solicitud de revisión de segundo nivel, le daremos información sobre el proceso de queja formal y sus derechos. Le enviaremos el nombre, la dirección y el número telefónico del coordinador de revisiones de quejas formales cuando se haya determinado esta información. Para la revisión de segundo nivel, usted o su representante tienen derecho a presentar su caso ante el panel de revisión y pueden enviar material adicional antes o durante la reunión de revisión. Tiene derecho a hacerle preguntas a cualquiera de los miembros del panel de revisión, así como a ser representado y recibir ayuda de una persona de su elección, como un familiar, un representante de su empleado o abogado.

El panel de revisión revisará su queja formal. El panel de revisión programará una reunión dentro de los primeros 45 días después de recibir su solicitud de revisión de segundo nivel. Le notificaremos la fecha de la reunión de revisión, por escrito, por lo menos 15 días antes de que ocurra. Su asistencia a esta reunión no condicionará su derecho a una revisión completa.

Tomaremos nuestra decisión y se la comunicaremos a usted y a su proveedor por escrito dentro de siete días hábiles después de la reunión. Esta notificación incluirá las calificaciones y acreditaciones profesionales de los miembros del panel de revisión, una declaración del punto de vista del panel respecto a su queja formal y la recomendación y las razones del panel junto con una descripción de la evidencia que se tomó en cuenta.

Revisión de queja formal acelerada

Si su queja formal es respecto a una decisión o medida de nuestra parte que podría suponer un riesgo significativo para su vida, salud o capacidad de recuperar sus capacidades plenas, llame a Servicios al Miembro de inmediato para presentar una queja formal acelerada. Le notificaremos verbalmente la determinación dentro de las primeras 72 horas después de recibir la solicitud de revisión acelerada. Luego, le enviaremos una confirmación por escrito en el plazo de tres días hábiles.

Puede solicitar una revisión acelerada de una queja formal de primer o segundo nivel. Puede solicitar que se acelere la revisión de la queja formal de segundo nivel sin importar si ya se aceleró alguna revisión inicial. Las revisiones aceleradas cumplirán con todos los requisitos de las revisiones no aceleradas según lo descrito en nuestros procedimientos de quejas formales y de acuerdo con NCGS 58-50-62(f), (g) y (h) con cambios en los cronogramas.

Cuando sea elegible para una revisión acelerada de segundo nivel, llevaremos a cabo el proceso de revisión y comunicaremos la decisión dentro de los primeros cuatro días después de recibir toda la información necesaria. La reunión de revisión puede ser por conferencia telefónica o a través del intercambio de información por escrito.

Fraude, consumo innecesario y abuso

¿Cómo denuncio el fraude, consumo innecesario o abuso?

El fraude es un engaño intencionado o una declaración falsa hecha por una persona o una entidad con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para sí mismo o para alguna otra persona. Algunos ejemplos de los fraudes que puede cometer un proveedor son cobrar por servicios, equipos o medicamentos que usted no recibió o facturar por un servicio distinto al prestado. Facturar el mismo servicio más de una vez o cambiar la fecha del servicio son otros ejemplos de un posible fraude por parte del proveedor. Para denunciar fraude por parte de un proveedor, llame a la línea directa de fraudes y abusos de AmeriHealth Caritas Next al **1-866-833-9718 (TTY 711)**.

También puede comunicar esta información a la línea directa de denuncias de fraudes y abusos del DHS al **1-844-DHSTIPS (1-844-347-8477)**.

También puede denunciar los fraudes de seguro médico usando cualquiera de los siguientes métodos:

- En línea en **<https://www.ncdoi.gov/fraud-control/report-insurance-fraud>**.
- Teléfono: **919-807-6840** o la línea sin cargo **888-680-7684** (solo NC)
- Por fax: **919-715-1156**
- Por correo postal:
Criminal Investigations Division
NC Department of Insurance
1201 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-1201

Reclamos y reembolsos

Reclamos

AmeriHealth Caritas Next no es responsable en virtud de esta póliza a menos que se le notifique debidamente a usted o a alguien que actúe en su nombre que le han prestado servicios médicos cubiertos.

Reclamos de proveedores de la red

El proveedor de la red es responsable de presentar todos los reclamos de manera oportuna. Usted no será responsable de ningún reclamo que un proveedor de la red no haya presentado de manera oportuna. Si usted le da su tarjeta del seguro a un proveedor de la red en el momento del servicio, este nos facturará directamente por los reclamos correspondientes, y si el servicio está cubierto, se lo reembolsaremos a su proveedor de manera directa.

Reclamos de proveedores fuera de la red

Usted o su proveedor deben avisar sobre cualquier reclamo por servicios prestados por un proveedor fuera de la red. No se pagará ningún reclamo que haya presentado un miembro por servicios prestados por un proveedor fuera de la red, a menos que avise por escrito a AmeriHealth Caritas Next sobre tal reclamo dentro de los primeros 180 días a partir de la fecha del servicio. No presentar un reclamo dentro del plazo requerido no invalida ni reduce ningún reclamo si no le fue razonablemente posible presentar el reclamo dentro de ese plazo, siempre y cuando el reclamo se presente tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de la capacidad legal del miembro, más tarde de un año a partir del momento en que se requiera la presentación del reclamo.

Aviso de reclamo

El aviso de reclamo por escrito debe entregarse dentro de los 20 días posteriores al inicio de la pérdida del servicio cubierto o tan pronto como sea razonablemente posible. El aviso puede entregarse a AmeriHealth Caritas Next o a nuestro agente. El aviso debe incluir el nombre del asegurado y el número de póliza. Para avisar sobre un reclamo, llámenos al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID de miembro para obtener un formulario de reclamo. Debe firmar el formulario de reclamo antes de que emitamos el pago a un proveedor o le reembolsemos los servicios médicos cubiertos recibidos en virtud de esta póliza. Debe completar un formulario de reclamo por servicios prestados por un proveedor fuera de la red y enviarlo, junto con una factura detallada y un comprobante de pago, a AmeriHealth Caritas Next, 200 Stevens Drive, Philadelphia, PA 1911.

Reembolso

Solo se reembolsarán los servicios cubiertos recibidos de acuerdo con las disposiciones en su evidencia de cobertura. En caso de que deba hacer un pago que no corresponda al monto del copago, el deducible o el coseguro en el momento que se prestan los servicios médicos, le pediremos a su proveedor que le reembolse el dinero a usted o nosotros lo haremos con un cheque.

Plazo para el pago de los reclamos

Los pagos de los reclamos por beneficios en virtud de esta póliza se procesarán inmediatamente tras recibir un comprobante de pérdida adecuado. Después de recibir un formulario de reclamo, solicitaremos información adicional formalmente o tomaremos una decisión respecto a la cobertura dentro de los primeros 30 días calendario.

Pago de reclamos

Los beneficios se le pagarán a usted. Le pagaremos todas las indemnizaciones o parte de ellas por los servicios médicos prestados al proveedor de los servicios médicos, a menos que usted indique lo contrario por escrito al momento de presentar los formularios de reclamo. No podemos exigir que los servicios los preste un proveedor médico en particular, solo que sea a través de un proveedor de la red cuando sea posible.

Prima impaga

En el momento del pago de un reclamo en virtud de este plan, cualquier prima vencida e impaga en ese momento o cubierta por cualquier pagaré u orden escrita puede deducirse del pago del reclamo.

Continuidad o transición de la atención

Para recibir estos servicios, debe obtener una autorización previa y una evaluación de la necesidad médica de parte del plan de beneficios médicos.

Durante 90 días después de la fecha de entrada en vigencia de la afiliación de un miembro nuevo (o hasta que se complete el tratamiento, si son menos de 90 días), cubriremos los servicios médicos cubiertos fuera de la red con el proveedor de su tratamiento por cualquier afección física o de la salud conductual que se esté tratando actualmente al momento de la afiliación del miembro a nuestro plan o cumpliremos con una autorización previa existente. Si la miembro está embarazada en su segundo o tercer trimestre, se cubrirán los servicios relacionados con el embarazo hasta los 60 días después del parto.

Si un proveedor deja nuestra red, se convertirá en un proveedor fuera de la red. Si está en tratamiento activo por una afección o enfermedad grave, puede continuar recibiendo atención de parte de ese proveedor fuera de la red a través de su cobertura de atención de continuidad o transición. Esta cobertura terminará cuando el tratamiento para la afección esté completo o usted se cambie a un proveedor de la red (lo que suceda primero). Esta cobertura se brinda por un máximo de 90 días. Las miembros embarazadas en su segundo o tercer trimestre que hayan comenzado la atención prenatal con un proveedor que deja de participar en nuestra red pueden continuar recibiendo estos servicios, incluida la atención posparto hasta 60 días calendario después del parto. Este plazo para la continuidad de la atención no aplica a aquellos proveedores que el plan haya sacado con causa de la red.

Si su proveedor determina que usted tiene una enfermedad terminal en el momento en que un proveedor deja de participar en nuestra red o cuando usted se afilió a nuestro plan, y el proveedor estaba tratando su enfermedad terminal antes de la fecha en que este salió de la red o en que usted se afilió a nuestro plan, el período de transición se extenderá por el resto de su vida para los cuidados relacionados directamente con el tratamiento de su enfermedad terminal o su manifestación médica.

Administración de la atención

AmeriHealth Caritas Next tiene programas para ayudarlo a mantenerse saludable. Nuestros programas ayudan a los miembros que tienen múltiples afecciones; estos miembros pueden ser elegibles para la administración compleja de la atención. Las personas con otras afecciones, como embarazo o salud mental, también pueden beneficiarse de nuestros programas.

Los cuidadores y los proveedores pueden derivar a los miembros a estos programas de administración de la atención. También puede derivarse usted mismo. No necesita una derivación de otra persona para acceder a estos programas.

Algunos miembros tienen necesidades complejas de atención o podrían necesitar un mayor nivel de atención que el que actualmente reciben. En estos casos, el miembro, su cuidador o su proveedor pueden obtener más información y solicitar estos servicios llamando:

- Al administrador de atención del miembro
- A Servicios al Miembro al **1-833-613-2262 (TTY 711)**

O visitando www.amerihealthcaritasnext.com/nc.

Derechos y responsabilidades del miembro

Sus derechos

Como miembro de AmeriHealth Caritas Next, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre el plan de salud, sus beneficios, los servicios que se incluyen y excluyen de las pólizas de cobertura, y las responsabilidades y los derechos del miembro y de los proveedores de la red. La información física o electrónica que reciba debe ser legible y de fácil comprensión.
- Recibir un trato respetuoso y a que se reconozca su dignidad y derecho a la privacidad.
- Participar en la toma de decisiones junto con los proveedores respecto a su atención médica; este derecho incluye conversaciones sinceras sobre las opciones del tratamiento médicamente necesario o adecuado para su afección, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Presentar quejas formales o apelaciones sobre el plan médico o la atención provista y recibir una respuesta oportuna. Tiene derecho a ser notificado sobre la disposición de las apelaciones o quejas formales, y derecho a apelar ante otra instancia, según sea apropiado.
- Hacer recomendaciones respecto a nuestras políticas sobre los derechos y las responsabilidades del miembro contactando a Servicios al Miembro por escrito.
- Escoger proveedores, dentro de los límites de la red de proveedores; también tiene derecho a rechazar la atención de proveedores específicos.
- Tener un trato confidencial de la información médica o de salud que pueda identificarlo. También tiene derecho a acceder a sus registros médicos de acuerdo con las leyes estatales y federales pertinentes.
- Recibir acceso razonable a los servicios médicos.
- Recibir servicios médicos sin ser discriminado por su raza, origen étnico, edad, discapacidad física o mental, información genética, color, religión, sexo, género, nacionalidad de origen o fuente de pago.
- Formular una última voluntad médica. El plan les brindará información respecto a la última voluntad médica a los miembros y proveedores, y apoyará a los miembros a través de nuestras políticas de mantenimiento de registros médicos.
- Obtener un directorio actual de los proveedores de la red si lo solicita. El directorio incluye direcciones, números telefónicos y una lista de proveedores que hablan otros idiomas diferentes al inglés.
- Presentar una queja o apelación respecto al plan médico o la atención provista ante la agencia regulatoria correspondiente y recibir una respuesta a estas quejas dentro de un plazo razonable.
- Apelar una decisión de negar o limitar la cobertura a través de una organización independiente. También tiene derecho a saber que su proveedor no puede ser penalizado por presentar una queja o apelación en su nombre.
- Obtener ayuda y derivaciones a proveedores que tengan experiencia tratando sus discapacidades si tiene una discapacidad crónica.
- Tener una conversación sincera respecto a las opciones de tratamiento médicamente necesario o adecuado para su afección, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, en términos que usted comprenda y en la que se incluyan una explicación de su afección, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables. Si no puede entender con facilidad esta información, tiene

derecho a que se le explique a su representante designado y a que se documente en su registro médico. El plan no les pide a los proveedores que restrinjan la información respecto a las opciones de tratamiento.

- Tener a su disposición servicios médicamente necesarios que sean accesibles, incluyendo atención disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para afecciones de emergencia y urgencia.
- Llamar al 911 en una situación potencialmente mortal sin la autorización previa del plan, y a que el plan pague por contrato por una evaluación médica en la sala de emergencias para determinar si existe una afección de emergencia.
- Continuar recibiendo servicios de un proveedor que el plan haya sacado de su red (sin causa) dentro de los plazos estipulados. Esta concesión no aplica si el proveedor fue sacado de la red por motivos que podrían suponer un peligro para usted, la salud pública o su seguridad, o que estén relacionados con una violación del contrato o un fraude.
- Gozar de los derechos de un miembro otorgados por la ley o las regulaciones correspondientes como paciente de un centro de atención médica certificado, incluido el derecho a rechazar medicamentos y tratamientos después de que se le hayan explicado las posibles consecuencias de esta decisión en términos que usted entienda.
- Recibir notificación inmediata en caso de la terminación o cambios en los beneficios, los servicios o la red de proveedores.
- Poder elegir entre los proveedores de la red tras una autorización o derivación según corresponda, sujeto a su disponibilidad para aceptar nuevos pacientes.

Sus responsabilidades

Como miembro de AmeriHealth Caritas Next, tiene la responsabilidad de:

- Comunicar, en la medida de lo posible, la información que el plan y los proveedores de la red necesitan para atenderlo.
- Seguir los planes y las instrucciones para la atención que haya acordado con sus proveedores; esto incluye tener en cuenta las posibles consecuencias de no cumplir con el tratamiento recomendado.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de las metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.
- Revisar las publicaciones de los beneficios y la membresía detenidamente y seguir las normas del plan de salud.
- Preguntar para garantizar que comprenda las explicaciones e instrucciones provistas.
- Tratar a los demás con el mismo respeto y cortesía que espera recibir.
- Respetar las consultas programadas o avisar de manera adecuada si va a cancelar o va a llegar tarde.

Aviso contra la discriminación

AmeriHealth Caritas Next cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual. AmeriHealth Caritas Next proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos. Si necesita estos servicios, comuníquese con el número de Servicios al Miembro que figura al dorso de su tarjeta. Si usted cree que AmeriHealth Caritas Next no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja formal ante AmeriHealth Caritas Next Attention: Appeals and Grievances, P.O. Box 7379, London, KY 40742 o por fax: **1-844-201-6798**.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de manera electrónica a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201, teléfono: **800-368-1019**, TTY: **1-800-537-7697**. Los Formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

OTH-NonDiscrimination(2025)-NC

Hablamos su idioma

We provide free language services and information to people whose primary language is not English. To talk to an interpreter, call the Member Services number on the back of your card.

Ofrecemos servicios lingüísticos e información sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés. Para hablar con un intérprete, llame al número de Servicios al Miembro que figura en el dorso de su tarjeta.

我们为母语非英语的人士提供免费的语言服务及信息。如需与翻译交谈，请拨打您的会员卡背面的会员服务部电话。

Chúng tôi cung cấp thông tin và các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh. Để nói chuyện với thông dịch viên, hãy gọi đến số điện thoại của Dịch Vụ Hội Viên ở mặt sau thẻ của quý vị.

영어가 주 언어가 아닌 사람들을 위해 무료로 언어 서비스와 정보를 제공합니다. 통역사와 대화하려면 가입자 카드 뒷면에 기재된 가입자 서비스 번호로 연락하십시오.

Nous fournissons gratuitement des services linguistiques et des informations à ceux dont la langue principale n'est pas l'anglais. Pour communiquer avec un interprète, appelez l'équipe service aux adhérents au numéro indiqué au dos de votre carte.

نقدم خدمات ترجمة مجانية ومعلومات للأشخاص الذين لغتهم الأساسية ليست اللغة الإنجليزية. للتحدث مع مترجم، اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على ظهر بطاقتك.

Peb muab kev pab cuam txhais lus pub dawb thiab cov ntaub ntawv rau cov neeg uas hom lus ib txwm hais tsis yog lus Askiv. Txhawm rau txuas lus nrog ib tus kws pab txhais lus, hu rau tus npawb xov tooj Pab Cuam Tswv Cuab nyob sab tom qab ntawm koj daim npav.

Мы предоставляем бесплатные языковые услуги и информацию людям, для которых английский не является родным. Чтобы обратиться к переводчику, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашего удостоверения.

Nagkakaloob kami ng mga libreng serbisyo sa wika at impormasyon sa mga indibidwal na ang pangunahing wika ay hindi Ingles. Upang makipag-usap sa isang interpreter, tumawag sa numero ng Member Services sa likod ng iyong card.

અમે એવા લોકોને નિ:શુલ્ક ભાષા સેવાઓ અને માહિતી પ્રદાન કરીએ છીએ જેમની પ્રાથમિક ભાષા અંગ્રેજી નથી. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા કાર્ડની પાછળ આપેલ સભ્ય સેવા નંબર પર કોલ કરો.

Hablamos su idioma

យើងផ្តល់ជូនសេវាកម្មភាសា និងព័ត៌មានដោយឥតគិតថ្លៃទៅដល់អ្នកដែលមានភាសាទីមួយមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ។
ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទៅលេខទូរស័ព្ទរបស់សេវាកម្មសមាជិកនៅខាងខ្នងនៃប័ណ្ណរបស់អ្នក ។

Wir bieten Menschen, deren Muttersprache nicht Englisch ist, kostenlose Sprachdienste und Informationen an. Wenn Sie mit einem Dolmetscher oder einer Dolmetscherin sprechen möchten, rufen Sie bitte die Nummer des Mitgliederservice auf der Rückseite Ihrer Karte an.

हम उन लोगों को मुफ्त भाषा सेवाएं और जानकारी प्रदान करते हैं जिनकी प्राथमिक भाषा अंग्रेजी नहीं है। दुभाषिए से बात करने के लिए, अपने कार्ड के पीछे सदस्य सेवाओं के नंबर पर कॉल करें।

ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການພາສາຟຣີແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານສໍາລັບຜູ້ທີ່ພາສາຂອງທ່ານບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ.
ເພື່ອໂອ້ນລັກບັນຍາຍພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດຂອງທ່ານ.

英語を母国語としない人々に、無料の言語サービスと情報を提供しています。通訳者と話すには、カード裏面に記載されているメンバーサービス番号に電話してください。



AmeriHealth *Caritas*SM

Next

A product of AmeriHealth Caritas North Carolina, Inc.

www.amerhealthcaritasnext.com/nc