

NH Medicaid Care Management *Preguntas frecuentes*

¿Cuáles son mis opciones durante la inscripción abierta?

La inscripción abierta va desde el 1 de agosto al 30 de agosto de 2019. Durante este período, tendrá la opción de quedarse con su Plan de Salud actual o inscribirse en otro. Si cambia de plan en este período, la fecha de vigencia de la cobertura para su plan nuevo comenzará el 1 de septiembre de 2019. Sus opciones de Plan de Salud son:

AmeriHealth Caritas New Hampshire	https://www.amerhealthcaritasnh.com Servicios para miembros: 1-833-704-1177 (TTY: 1-855-534-6730)
New Hampshire Healthy Families	http://www.nhhealthyfamilies.com Servicios para miembros: 1-866-769-3085 (TTY/TDD: 1-855-742-0123)
Well Sense Health Plan	https://www.wellsense.org Servicios para miembros: 1-877-957-1300 (TTY/TDD: 711)

Si necesita ayuda con la inscripción, comuníquese con el número gratuito del Centro de Servicio de Medicaid al **1-888-901-4999** (TTY: 1- 800-735-2964, ext. 711), de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:00 p. m. ET. También puede llamar o visitar el Centro de Recursos ServiceLink al **1-866-634-9412** o www.servicelink.nh.gov.

¿Qué debo considerar antes de decidir mantener o cambiar mi plan de salud?

Como los tres planes de salud ofrecen la misma cobertura médica, de salud conductual y farmacia de Medicaid NH, es posible que desee comparar las redes de proveedores, los servicios y programas extras y los medicamentos de receta de cada plan de salud. Puede comparar los planes de salud:

- Con la planilla de trabajo adjunta para **revisar los directorios y ver si están sus proveedores**. Haga una lista de sus médicos, especialistas y otros proveedores. Si hay proveedores que desea seguir viendo, consulte los directorios del proveedor del plan de salud disponibles en los sitios web para ver si su proveedor está en las redes de los planes. Si su proveedor es importante para usted y está en la red con más de un plan de salud, elija el plan de salud que le guste más.
- **Conozca los servicios extras del plan**. Revise la comparación de planes adjunta y los sitios web de los planes de salud para comparar los servicios y programas extras disponibles sin costo (pueden aplicar algunas limitaciones y excepciones).
- **Revisar la lista de medicamentos del plan**. Haga una lista de sus medicamentos y revise la Lista de Medicamentos Preferidos (*preferred drug list*, PDL) de cada plan de salud o formulario de medicamentos en los sitios web para saber si están cubiertos sus medicamentos. La lista de medicamentos o el formulario incluye las reglas especiales para la cobertura. Si sus medicamentos actuales no están cubiertos por los planes de salud, es posible que haya otras opciones de

medicamentos para usted. (A partir del 1 de septiembre de 2019, todos los planes de salud deben usar la PDL del estado). Las PDL o formulario de medicamentos de cada plan de salud están disponibles en los sitios web de los planes y a pedido.

- **Revisar los manuales para los miembros.** Consulte los manuales para miembros de los planes de salud para obtener información sobre los beneficios de planes, programas especiales, autorizaciones previas y otras reglas de los planes. Los manuales para miembros pueden ayudarlo a determinar si alguno de los planes de salud satisface mejor sus necesidades. Los manuales están disponibles en los sitios web de los planes y a pedido de los planes de salud.

¿Qué otros cambios hay que saber?

- **Continuidad de la atención.** Cuando se transfiere de Medicaid a un plan de salud o de un plan de salud de Medicaid a otro, su cobertura puede incluir la continuidad de servicios cubiertos por Medicaid y los medicamentos de receta que esté recibiendo actualmente.

Desde el 1 de septiembre de 2019, los servicios y medicamentos cubiertos por Medicaid que esté recibiendo están generalmente cubiertos hasta 90 días después de la inscripción inicial al plan de salud, o hasta que el plan revise y apruebe su plan de tratamiento.

- **Servicios de transporte no urgentes.** Desde el 1 de septiembre de 2019, debe usar el Programa de Reembolso de Millas para Amigos y Familia o el transporte público (hay algunas excepciones). Si usted no tiene estas opciones, hay traslados disponibles en algunos casos.

¿Puedo cambiar mi plan de salud después del 1 de septiembre de 2019?

Durante la inscripción abierta de este año, tendrá 90 días adicionales (del 1 de septiembre al 29 de noviembre) para cambiar de plan de salud una vez a causa de los contratos nuevos de planes de salud del estado.

Si cambia de plan en este período, la cobertura de su nuevo plan de salud empezará el primer día del mes siguiente. Después de ese momento, puede cambiar de plan durante la inscripción abierta de todos los años. También puede ser elegible para cambiar de plan con o sin motivo como está explicado en el manual para miembros.

Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicio de Medicaid al **1-888-901-4999** (TTY: 1-800-735-2964, ext. 711), de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:00 p. m. ET.