

Queremos que conozca sus derechos y beneficios como miembro de WellSense.

Queremos que conozca información importante sobre sus derechos y beneficios como afiliado al plan de salud WellSense Health Plan.

Si desea obtener copias impresas de su [Manual para miembros](#), puede visitar la página de Beneficios de su plan en la sección Miembros en wellsense.org o llamar al número que figura más arriba para solicitar que le enviemos una copia impresa sin costo para usted.

Cómo obtener atención médica

- Sus derechos y responsabilidades como miembro
- Beneficios y servicios incluidos y excluidos de su cobertura
- Farmacia (medicamentos); dónde encontrar la lista de medicamentos cubiertos; procesos y detalles de la autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad y sustitución por genéricos; cómo obtener excepciones para el uso de ciertos medicamentos; y cómo le informamos sobre cualquier cambio en los puntos mencionados anteriormente
- Cómo obtener atención especializada, servicios de salud conductual, servicios hospitalarios, servicios de salud para la mujer, segundas opiniones y atención primaria (incluso dónde se puede obtener esa atención)
- Para determinados tratamientos y servicios se requiere autorización previa
- Cómo acceder a los servicios, incluido el transporte a citas médicas programadas; servicios de maternidad y planificación familiar; y atención preventiva para niños, como servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)
- Cómo obtener atención si cambia de plan de salud o si su proveedor ya no atiende a los miembros de nuestro plan
- Cómo renovar sus beneficios cada año
- Cómo y cuándo puede elegir un nuevo plan
- Reglas para usar servicios fuera de la red y fuera del área, incluida la forma de acceder a la atención cuando viaja fuera de las áreas que atendemos
- Un aviso que indique que el plan de salud WellSense Health Plan solo pagará los servicios que nosotros autoricemos



- Copagos y otros cargos de los que usted puede ser responsable

Qué hacer si tiene un problema

- Qué hacer si recibe una factura de un proveedor
- Cómo obtener atención después del horario de atención normal
- Cómo obtener atención de emergencia y cuándo llamar al 911
- Cómo expresar una queja y presentar una apelación, incluido el derecho a una revisión externa independiente de su apelación
- Cómo puede abandonar nuestro plan (darse de baja o anular la inscripción) en caso necesario, y sus derechos de cancelación de inscripción, tal como se describen a continuación en esta carta

Cómo encontrar información

- Cómo se mantiene la confidencialidad de sus datos médicos protegidos. (Consulte el "Aviso de prácticas de privacidad" en la Sección 12.2 del Manual para miembros)
- Cómo decidimos si cubriremos nuevas tecnologías
- Cómo trabajamos para mejorar la calidad de la atención que ofrecemos y revisar determinados servicios de salud para comprender si son o no médicamente necesarios (administración de la utilización)
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si tiene preguntas sobre la administración de la utilización
- Cómo acceder a los servicios TDD/TTY
- Cómo obtener información sobre los proveedores y farmacias de la red (incluido el nombre, la dirección, el número de teléfono, las calificaciones profesionales, la especialidad, la facultad de medicina a la que asistió, la finalización de la residencia y el estado de la certificación de la junta)
- Cómo acceder a nuestro Directorio de proveedores en línea e impreso
- Servicios de traducción y cómo obtener información de los miembros en diferentes idiomas, si es necesario
- Servicios de administración de la atención y cómo se identifica a los miembros para la inscripción en estos servicios, cómo realizar una autoderivación, cómo trabaja nuestro plan de salud con usted una vez inscrito en estos programas, la notificación de que también se le proporcionará la línea telefónica directa de su administrador de la atención y cómo darse de baja del programa
- Cómo obtener información sobre la estructura de nuestro plan de salud e información sobre cómo pagamos a nuestros proveedores



- Información sobre directivas anticipadas, que son documentos legales que permiten que alguien tome decisiones médicas si usted estuviera demasiado enfermo
- Cómo denunciar el fraude, el despilfarro y el abuso, incluido el número gratuito de nuestra línea directa de cumplimiento al 888-411-4959

Recursos en línea para mejorar su bienestar

Visite el sitio web wellsense.org/members/nh/new-hampshire-medicaid si necesita otra copia de su Manual para miembros. Mientras esté en nuestro sitio web, puede hacer clic en “Iniciar sesión” para acceder a nuestro portal para miembros, donde encontrará información y herramientas que le ayudarán a alcanzar sus objetivos personales de salud.

También utilizamos herramientas digitales como el correo electrónico y los mensajes de texto para comunicarnos con nuestros miembros. Si su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil se proporcionó a WellSense, podemos usarlo para enviar correos electrónicos y mensajes de texto con información importante del plan. Esto puede incluir actualizaciones de beneficios, consejos de salud, actualizaciones de manuales y más. Si prefiere no recibir información de esta manera, puede optar por no recibir estos mensajes en cualquier momento directamente a través del correo electrónico o mensaje de texto que se le envió. Si prefiere la información digital y actualmente no la recibe, llame a Servicios para Miembros y proporcione una dirección de correo electrónico o un número de teléfono móvil para su archivo.

¿Necesita una copia impresa?

Llámenos al 877-957-1300 si necesita una copia impresa del Manual para miembros, el directorio de proveedores o nuestros procesos para proteger su información protegida de salud. Se le proporcionan estos materiales sin costo.

Le proporcionamos la atención adecuada en el momento oportuno

La administración de la utilización es el proceso que usamos para asegurarnos de que usted reciba la asistencia sanitaria adecuada cuando la necesite. Seguimos ciertas pautas para fomentar el uso correcto de los servicios y ayudar a garantizar resultados de salud positivos. Basamos todas las decisiones de administración de la utilización en qué tan apropiada es la atención o el servicio y si está cubierto o no. No recompensamos a quienes toman decisiones por denegar servicios, y no hay incentivos económicos para desalentar el uso de los servicios.



Ayuda para desplazarse hasta el médico

Podemos ayudarle a organizar el transporte a sus citas médicas que no sean de emergencia. También podemos reembolsarle las millas que usted, su amigo o familiar hayan recorrido para llevarlo a una cita, si usted reúne los requisitos. Debe completar y enviar un formulario de reembolso desde nuestra página web en los 30 días siguientes a su cita. Haga clic en el botón "Beneficios y extras" en wellsense.org/members/nh/new-hampshire-medicaid para obtener más información.

Nuestro enfoque en la calidad

Estamos comprometidos a garantizar que reciba una atención de alta calidad. Tenemos objetivos y programas enfocados en mejorar la atención y los servicios para nuestros miembros.

Nuestro Programa de calidad nos ayuda a mejorar:

- Los servicios que prestamos
- La atención de calidad que reciben los miembros
- Cómo nos comunicamos con nuestros miembros

Nuestros objetivos son:

- Prestar servicios que favorezcan la salud general de los miembros
- Colaborar con los proveedores para garantizar que los miembros reciban la atención que necesitan
- Respetar y atender las necesidades culturales y lingüísticas de los miembros
- Reducir las barreras para acceder a la atención médica, como los problemas de transporte o idioma
- Compartir información médica y recordatorios sobre exámenes preventivos importantes

Programa para la mejora de la calidad

Nuestro Programa para la mejora de la calidad está diseñado para fortalecer la calidad de la atención, la seguridad de los miembros y la prestación de servicios. Tenemos en cuenta las diversas necesidades culturales y lingüísticas de nuestros miembros y brindamos atención coordinada a quienes tienen necesidades de salud complejas.

Para recopilar información y orientar las mejoras, utilizamos las siguientes herramientas:



Evaluación de los consumidores sobre los proveedores y sistemas de atención médica (CAHPS)

La encuesta CAHPS les pregunta a las personas y familias sobre la atención médica que reciben a través de su cobertura de WellSense. La encuesta nos informa si los miembros están satisfechos con su atención y con sus médicos de WellSense, y en qué aspectos podemos mejorar.

Conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención médica (HEDIS)

El HEDIS mide cada año la calidad, tanto clínica como no clínica, de la atención y de los servicios. El HEDIS, mantenido por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA), también ayuda a identificar aspectos en los que los planes de salud pueden mejorar. Nuestro objetivo es obtener mejores resultados que al menos el 50 % de otros planes de salud de Medicaid a nivel nacional.

Nuestro plan de Medicaid está acreditado provisionalmente por NCQA, una organización sin fines de lucro dedicada a promover la calidad de la atención médica.

Como parte de nuestro enfoque en la calidad, nos aseguramos de que reciba la atención adecuada e información sobre los servicios preventivos.

Para obtener más información sobre cómo apoyamos a los proveedores para que brinden una atención adecuada, visite wellsense.org/providers/nh/patient-care.

Para obtener más información sobre los servicios preventivos, visite wellsense.org/your-health/wellness-programs.

Cómo finalizar su afiliación al plan

Los momentos en los que puede finalizar su afiliación al plan son:

- Cuando ya no cumple los requisitos para Medicaid de New Hampshire.
- Si decide cambiar a otro plan durante el período de inscripción abierta anual:
- ¿Cuándo es el período de inscripción abierta anual? El período de inscripción abierta anual se describe en el aviso de inscripción abierta que le envía cada año el DHHS de NH. En el aviso, se le brindarán instrucciones acerca de cuándo y cómo cambiarse de plan de salud si elige hacerlo, incluida la fecha en la que finaliza su afiliación al plan actual.



- Para obtener información sobre transiciones de la atención entre planes, consulte la Sección 5.3 Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de atención.
- En ciertas situaciones, usted también podría calificar para retirarse del plan en otros períodos del año por causa justificada. Estas situaciones incluyen:
 - Si se muda fuera del estado.
 - Cuando necesite que se presten servicios relacionados al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados estén disponibles dentro de la red, y cuando recibir los servicios por separado lo exponga a riesgos innecesarios.
 - Por otros motivos, como la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios cubiertos por Medicaid de NH, la violación de sus derechos o la falta de acceso a proveedores de la red con experiencia en atender sus necesidades.

Cuando solicite darse de baja del plan por alguno de los motivos arriba mencionados (excepto cuando se mude fuera del estado), primero debe presentar una queja ante el plan para solicitar una decisión sobre su queja. Si no está satisfecho con la respuesta del plan y aún desea solicitar la baja de la afiliación, puede llamar al DHHS de NH para saber si es elegible para anular su inscripción al plan.

Consulte la sección 10.7 (Cómo presentar una queja y qué esperar después de hacerlo).

- Es posible que también pueda ser elegible en otros momentos del año para abandonar el plan sin causa justificada, que incluyen:
 - Una vez durante los 90 días calendario siguientes a la fecha de su elegibilidad inicial para Medicaid.
- Durante los primeros 12 meses de inscripción para miembros autoasignados al plan y que tienen una relación establecida con un PCP que solo están en la red de un plan de salud no asignado.
- Durante la inscripción abierta relacionada con nuevos contratos del DHHS de NH para planes de atención administrada de Medicaid de New Hampshire.
- Durante 60 días calendario siguientes a una reinscripción automática si la pérdida temporal de Medicaid le ha hecho perderse el período de inscripción abierta anual (esto no se aplica a nuevas solicitudes de Medicaid de New Hampshire).



- Cuando el DHHS de NH concede a los miembros el derecho a dar de baja su inscripción sin causa y notifica a los miembros afectados su derecho a darse de baja del plan.
- Cuando su plan decide no brindar un servicio que usted necesita por motivos morales o religiosos.
- Cuando la afiliación al plan de un miembro finaliza involuntariamente, como se describe en la siguiente sección.

Para saber si reúne los requisitos para darse de baja de su plan, llame o escriba al DHHS de NH. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente del DHHS de NH al número 844-ASK-DHHS (844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora del este).

Hasta que su nueva cobertura comience, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

En algunas circunstancias, un miembro puede ser dado de baja involuntariamente del plan, por ejemplo:

- Cuando un miembro ya no califica para recibir Medicaid de New Hampshire, según lo determine el DHHS de NH
- Cuando un miembro no califica para la inscripción en el plan según lo establece el DHHS de NH
- Cuando un miembro tiene residencia establecida fuera del estado
- Cuando un miembro utiliza su tarjeta de afiliación del plan de forma fraudulenta;
- Cuando un miembro fallece
- Cuando un miembro es amenazante o abusivo
 - Según los términos del contrato del plan con el DHHS de NH, el plan puede solicitar la baja de un miembro en caso de que este muestre un comportamiento amenazante o abusivo que ponga en peligro la salud o la seguridad de otros miembros, del personal del plan o de los proveedores. Si el plan hace una solicitud de ese tipo, el DHHS de NH participará en la revisión y aprobación de dicha solicitud.

WellSense Health Plan no puede pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.



Si considera que le solicitan que abandone el plan debido a un motivo de salud, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente del DHHS de NH al 844-ASK-DHHS (844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes de TDD: 800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora del este).

Para obtener información adicional sobre cualquier punto anterior, llámenos de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.:

- Servicios para Miembros: 877-957-1300
- TTY/TDD: 711

Gracias,

WellSense Health Plan





Multilanguage Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notice About Nondiscrimination and Accessibility

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

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

Please contact WellSense if you need any of the services listed above.

If you believe we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of any of the identifiers listed above, you can file a grievance or request help to do so at:

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

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

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

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