

Seguro médico para hoy
y para lo que venga después.



2025 Manual del Miembro

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


AmeriHealth Caritas[™]
Next

A product of AmeriHealth Caritas Florida, Inc.

www.amerihealthcaritasnext.com/fi



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

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 **1-833-999-3567 (TTY 711)**.

Si el inglés no es su lengua materna, podemos ayudarlo. Llame al **1-833-999-3567 (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

1-833-999-3567

TTY 711

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

Cómo comunicarse con nosotros

AmeriHealth Caritas Next
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

Servicios al Miembro

1-833-999-3567

TTY 711

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

Fax: 1-833-329-3567

Sitio web

www.amerihealthcaritasnext.com/fl

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 la 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, sus 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 **1-833-999-3567, TTY 711**).
- Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (TTY 711)**.
- AmeriHealth Caritas Next a través de su sitio web en **www.amerihealthcaritasnext.com/fl**.



Índice

Bienvenido a AmeriHealth Caritas Next	1	Servicios hospitalarios	18
Cómo comunicarse con nosotros	2	Nueva tecnología para procedimientos médicos	18
Su guía de referencia rápida de AmeriHealth Caritas Next.....	3	Beneficios de medicamentos bajo receta.....	19
Bienvenido a AmeriHealth Caritas Next	6	Beneficios para la salud conductual	19
Servicios al Miembro	7	Programa Bright Start®	28
Ayudas y servicios especiales.....	8	Administración de la utilización	28
Regístrese. Inicie sesión. Manténgase conectado.....	9	Autorizaciones previas.....	29
Cómo pagar su prima mensual.....	10	Apelaciones	30
Carta y paquete de bienvenida.....	11	Revisiones externas.....	30
Cómo escoger a su proveedor de atención primaria... ..	12	Quejas formales	35
Cuándo debe visitar a su PCP	14	Reclamos y reembolsos	37
Cómo ver a un especialista.....	15	Continuidad o transición de la atención.....	40
Emergencias	16	Administración de la atención.....	41
Atención médica urgente	17	Derechos y responsabilidades del miembro.....	41

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 **1-833-999-3567 (TTY 711)** o visitar nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasnext.com/fl.

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 **1-833-999-3567 (TTY 711)**.
- Visitar nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasnext.com/fl.



Servicios al Miembro

Servicios al Miembro tiene personal para ayudarlo. Puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (TTY 711)**.

- Si tiene preguntas o problemas que no sean de emergencia, 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 los beneficios y servicios.
 - Preguntar sobre 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 consultas o llegar a las consultas.
 - 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 **1-833-999-3567 (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 **1-833-999-3567 (TTY 711)**.

Regístrese. 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.amerhealthcaritasnext.com/fl 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.softtheon.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 31 días después de la fecha de vencimiento de la próxima prima (tres meses para las personas que reciban un subsidio federal para primas médicas, también conocido como 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 de inscripción abierta.

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 enviárnoslo 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 Florida, Inc.
P.O. Box 411396
Boston, MA 02241-1396

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 **1-833-999-3567 (TTY 711)**.
- **Folleto de bienvenida.** Se trata de una explicación de su plan y los programas ofrecidos para ayudarlo a mantenerse saludable.

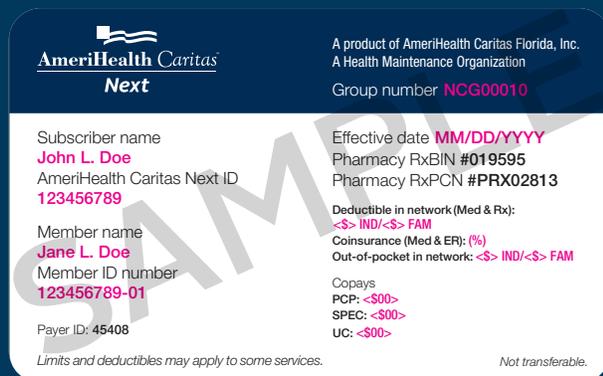
- **Cómo escoger su PCP.** Esta publicación le indica cómo escoger a su PCP.

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.amerihhealthcaritasnext.com/fl.

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 **1-833-999-3567 (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:



AmeriHealth Caritas
Next

A product of AmeriHealth Caritas Florida, Inc.
A Health Maintenance Organization

Group number **NCG00010**

Subscriber name
John L. Doe
AmeriHealth Caritas Next ID
123456789

Member name
Jane L. Doe
Member ID number
123456789-01
Payer ID: 45408

Effective date **MM/DD/YYYY**
Pharmacy RxBIN #**019595**
Pharmacy RxPCN #**PRX02813**

Deductible in network (Med & Rx):
<S> INDI <S> FAM
Coinsurance (Med & ER): (%)
Out-of-pocket in network: **<S> INDI <S> FAM**

Copays
PCP: **<\$00>**
SPEC: **<\$00>**
UC: **<\$00>**

Limits and deductibles may apply to some services. Not transferable.



AmeriHealth Caritas
Next

www.amerihhealthcaritasnext.com/fl
A product of AmeriHealth Caritas Florida, 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.

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.

Out-of-area care: Report out-of-area care to AmeriHealth Caritas Next and your PCP within 48 hours.

All claims are subject to review. If your provider is out-of-network, members are responsible for ensuring that prior authorization is obtained. Participating Florida providers are responsible for obtaining prior authorization. Insured by AmeriHealth Caritas Florida, Inc. Find network providers and pharmacies and covered drugs at www.amerihhealthcaritasnext.com/fl.

For provider claims processing, mail to:
AmeriHealth Caritas Next
Provider Claims Processing
P.O. Box 7344
London, KY 40742-7344

Member Services
1-833-999-3567 (toll-free)
TTY 711

Provider Services
1-833-983-3577

Report fraud
1-866-833-9718

Prior Authorization/Notification of Hospital Admission:
1-833-983-3577

Pharmacy Member Services
1-833-981-7967 or TTY 711
Pharmacy Provider Services
1-833-982-7977

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 **1-833-999-3567 (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/fl/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx>** para ver el Directorio de proveedores en línea. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (TTY 711)** para obtener una copia del Directorio de proveedores.



Las mujeres pueden elegir a un OB/GIN como su PCP. No necesitan una referencia médica 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 **1-833-999-3567 (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/fl o llame a Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (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 **1-833-999-3567 (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 del 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 con 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 referencia. 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 **1-833-999-3567 (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 **1-833-999-3567 (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 30 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 **1-833-999-3567 (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 **1-833-999-3567 (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 en una situación médica que no es de emergencia, llame a su PCP.

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

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: 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 su PCP o a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas Next al **1-833-999-3567 (TTY 711).**

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 **1-833-999-3567 (TTY 711)**. Informe a la persona que le responda lo que está sucediendo. Le dirán qué hacer.

Atención fuera de Florida 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 Florida 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 viaje.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo recibir atención fuera de Florida o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (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 PBM (administrador de beneficios de farmacia) 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 por 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 sobre nuestro beneficio de farmacia y el formulario, visite <https://www.amerhealthcaritasnext.com/fl/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx> o llámenos al 1-833-999-3567.

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 tanto de marca (preferidos y no preferidos) como genéricos y determinará cuál será el costo de bolsillo bajo nuestro plan con base en el 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/fl/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:

- 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 le-votiroxina 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:

- Limpiezas intestinales 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
- Dejar de fumar
 - Chicle de nicotina
 - Pastilla de nicotina
 - Parche de nicotina
 - Clorhidrato de bupropión (disuasión del tabaquismo), tableta oral, 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: como requisito de 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 receta 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.

** 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).

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

Exclusiones

Qué no está cubierto:

- Cualquier fármaco que se use exclusivamente con fines estéticos.
- Fármacos experimentales, que son aquellos que no se pueden comerciar 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 empaacan 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.
- Medicamentos para tratar la infertilidad

* 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).

Para ver la última información sobre nuestro beneficio de farmacia y el formulario, visite <https://www.amerihhealthcaritasnext.com/fl/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx> o llámenos al 1-833-999-3567.

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 nivel específico de “metal” de su cobertura para conocer los montos del copago y el coseguro.

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 fuera del 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 médica 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).

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 la autorización previa (PA), la terapia escalonada (ST), las 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.amerihealthcaritasnext.com/fl/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.
- Por fax: **1-844-470-2507** para solicitudes estándar (no urgentes) **1-844-470-2510** para solicitudes aceleradas (rápidas)*
- Por correo postal: **200 Stevens Drive Philadelphia, PA 19113 CC: 236**
- Por teléfono: **1-833-982-7977**

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 la solicitud, le darán la respuesta a usted, a su representante autorizado 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 **1-833-999-3567 (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 a más tardar 180 días después de la fecha que aparece en este aviso.
- 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 encuentra en el formulario.
- Por teléfono: llame al **1-833-999-3567 (TTY 711)** solicite hacer una apelación.

Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte la sección sobre apelaciones en la página 30.

Derechos ante la denegación de solicitudes de excepción fuera del formulario

Para las denegaciones de las 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 Organización de Revisión Independiente (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 expide la receta del miembro pueden solicitar una revisión de la IRO comunicándose con AmeriHealth Caritas Next por correo, teléfono o fax a la siguiente dirección:

- Correo: Member Appeals
AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7101
London, KY 40742-7101
- Teléfono: **1-833-999-3567 (TTY 711)**
- Fax: **1-833-435-2967**

Una revisión externa acelerada puede justificarse si, basándose en circunstancias apremiantes, su solicitud de una revisión externa estándar se acepta, se decide dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de 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.

Walgreens
P.O. Box 29061
Phoenix, AZ 85038-9061

Teléfono del Centro de Atención al Cliente de Walgreens:
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 sobre las vacunas contra la COVID-19, visite <https://www.amerhealthcaritasnext.com/fl/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx> o llámenos al **1-833-999-3567 (TTY 711)**.

Suministro escolar

AmeriHealth Caritas Next permite suministros escolares para los siguientes medicamentos:

- Insulina
- Agujas para insulina
- Lancetas
- Tiras reactivas
- Un glucómetro para la 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/fl/members/find-a-provider-or-pharmacy.aspx> o llámenos al **1-833-999-3567 (TTY 711)**.

Beneficios para la salud conductual

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

La atención de la 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 la salud mental como la depresión o la ansiedad, o los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.

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 National Suicide and Crisis Lifeline (Línea Nacional de Prevención del Suicidio y Crisis) al **988**.

Servicios de la salud conductual

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

Es posible que estos servicios requieran autorización previa.

Llame a Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (TTY 711)** para conocer qué servicios necesitan autorización previa o si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la salud conductual.

Servicios de la salud mental y conductual

Visitas ambulatorias al consultorio de salud mental/conductual

Evaluación de dependencia a sustancias o salud mental

Evaluación/pruebas de diagnóstico

Pruebas psicológicas

Servicios ambulatorios de salud mental/conductual fuera del consultorio

Servicios de rehabilitación ambulatorios en entornos individuales o grupales

Programas de tratamiento de día

Tratamiento ambulatorio para el abuso de opioides

Desintoxicación ambulatoria

Honorarios del centro de servicios de salud mental/conductual con internación

Honorarios de cirujano o médico de servicios de salud mental/conductual con internación

Atención médica de emergencia

Hospitalización psiquiátrica

Hospitalización parcial

Hospitalización parcial a corto plazo

Manejo de crisis móvil

Terapia electroconvulsiva

Servicios para trastornos por consumo de sustancias tóxicas/dependencia a químicos

Visitas ambulatorias al consultorio por trastorno por consumo de sustancias tóxicas/dependencia a químicos

Evaluación diagnóstica

Servicios ambulatorios fuera del consultorio por trastorno por consumo de sustancias tóxicas/dependencia a químicos

Tratamiento asistido con medicación (MAT)

Desintoxicación médica no hospitalaria

Manejo de la medicación cuando se administra junto con una consulta

Honorarios del centro de servicios para trastornos por consumo de sustancias tóxicas/dependencia a químicos con internación

Honorarios de cirujano o médico de servicios para el trastorno por consumo de sustancias tóxicas/dependencia a químicos con internación

Desintoxicación y servicios médicos relacionados necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de la adicción al alcohol o drogas

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de la salud conductual o si cree que necesita acceso a servicios de la 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 **1-833-999-3567 (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 la 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, incluida 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** recibiéndolos. 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 **1-833-999-3567 (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 **1-833-999-3567 (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 Florida 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.

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 usted solicita una apelación, AmeriHealth Caritas Next tiene 30 días para responder a las solicitudes previas al servicio y 60 días para las solicitudes posteriores al servicio. 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 **1-833-999-3567 (TTY 711)** si necesita ayuda con su solicitud de apelación. Es fácil solicitarnos una apelación mediante una de las siguientes opciones:

- **Correo:** 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 a más tardar 180 días después de la fecha que aparece en este aviso.
- **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 encuentra en el formulario.
- **Por teléfono:** llame al **1-833-999-3567 (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 le ayude, debe darle permiso por escrito.

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 **1-833-999-3567 (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. Le enviaremos a usted y a su proveedor un aviso por escrito de nuestra decisión a más tardar dos días hábiles después de la notificación verbal.

Solicitudes de miembros para apelaciones aceleradas

AmeriHealth Caritas Next revisará todas las solicitudes de apelaciones aceleradas (más rápidas) de los miembros y tomará una decisión a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de apelación acelerada. 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 desde la notificación verbal.

En algunos casos, podemos denegar la solicitud de revisión acelerada de un miembro si no cumple los requisitos para obtenerla. En estos casos, revisaremos la solicitud como una apelación estándar, y la apelación se decidirá en un plazo de 30 días para las solicitudes previas al servicio y de 60 días para las solicitudes posteriores al servicio. En todos los casos, revisaremos las apelaciones tan rápido como lo requieran las afecciones de los miembros.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la solicitud de apelación acelerada y de procesar la apelación dentro de nuestro plazo de resolución estándar, puede presentarnos una queja formal. (Consulte la página 35 para obtener más información sobre las quejas formales.)

Plazos para las apelaciones estándares

Si contamos con toda la información necesaria, le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días para las solicitudes previas al servicio y de 60 días para las posteriores al servicio, a partir del día en que recibamos su solicitud de 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 pídale. 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 **1-833-999-3567 (TTY 711)** o escribiendo a:

AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7101
London, KY, 40742-7101

Decisiones sobre apelaciones

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

Revisiones externas

- Además del proceso de apelación interna a través de AmeriHealth Caritas Next, usted tiene derecho a solicitar una revisión externa de la determinación de AmeriHealth Caritas Next a través de una Organización de Revisión Independiente (IRO) externa no asociada con AmeriHealth Caritas Next.
- Esta revisión está disponible si la decisión se basa total o parcialmente en si es médicamente necesaria o apropiada.
 - Esto incluye determinar si se aplican las protecciones de facturación sorpresa.
- Usted debe presentar su solicitud de revisión externa a AmeriHealth Caritas Next.
- Todas las solicitudes de revisión externa deben presentarse a AmeriHealth Caritas Next dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha en que usted recibió nuestra decisión final sobre su solicitud de beneficios.

Determinación de elegibilidad y notificación para revisión externa:

- Dentro de los cinco días calendario de haber recibido su solicitud de revisión externa, AmeriHealth Caritas Next determinará si cumple con los criterios para la revisión externa.
- Si su solicitud no cumple con los criterios para la revisión externa, le informaremos nuestra decisión de revisión a usted, a su proveedor o al representante autorizado que presentó la solicitud en el plazo de un día hábil.
- Si su solicitud cumple con los criterios para la revisión externa, AmeriHealth Caritas Next asignará una IRO dentro de los cinco días calendario. Las IRO se asignan de manera rotativa y AmeriHealth Caritas Next no elige a la IRO.
- Con respecto a las solicitudes no urgentes, la IRO asignada le notificará por escrito por correo certificado o registrado que se ha aceptado realizar una revisión externa de la apelación. Esto tendrá lugar dentro de los 10 días calendario de la asignación.
- Usted o su representante autorizado pueden enviar información adicional por escrito y documentos justificativos para que la IRO los tenga en cuenta cuando realice la revisión externa.
- Esta documentación adicional por escrito debe enviarse a la IRO dentro de los cinco días hábiles siguientes al día en que usted reciba este aviso.
- Una vez que la IRO reciba su documentación, enviará la información a AmeriHealth Caritas Next tan pronto como sea posible, pero no más de un día hábil.
- La IRO también debe aceptar documentos adicionales de AmeriHealth Caritas Next en respuesta a la información que usted envíe.

- La revisión externa no está disponible para una determinación adversa de beneficios relacionada con la elegibilidad para la cobertura.

Proceso de revisión externa

- Dentro de los cinco días hábiles posteriores a recibir su solicitud de revisión externa, AmeriHealth Caritas Next proporcionará los documentos y la información utilizados para tomar la decisión final de cobertura a la IRO asignada.
- La IRO se comunicará directamente con usted para notificarle su decisión. La decisión de la IRO es definitiva y vinculante.
- Si la decisión de la IRO entra en conflicto con la decisión de AmeriHealth Caritas Next, respetaremos su decisión. Autorizaremos el tratamiento o los servicios, y/o reprocessaremos los reclamos de pago.
- Tenga en cuenta que cualquier pago por tratamiento está sujeto a la cobertura de elegibilidad y de beneficios vigentes en el momento de los servicios. El pago está sujeto a todas las demás exclusiones, limitaciones y condiciones del plan. Esto incluye los deducibles, copagos y/o coseguros.
- Esta revisión se realizará en un plazo de cinco días hábiles desde que se reciba la notificación de la IRO para las solicitudes estándar y lo antes posible para las solicitudes urgentes.
- AmeriHealth Caritas Next pagará todos los costos de la revisión por parte de una IRO, ya sea que la revisión sea preliminar o se haya completado parcial o totalmente.
- Según las circunstancias, las revisiones externas están disponibles de forma urgente o estándar.

Revisión externa acelerada:

- Puede solicitarse por escrito
- Disponible cuando:
 - Usted es elegible para una apelación interna urgente, y solicita tanto una apelación interna urgente como una revisión externa urgente al mismo tiempo, o
 - Según la opinión de su proveedor, decidir su revisión externa dentro del plazo estándar para la revisión externa podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo, o
 - El objeto de la revisión está relacionado con una admisión, disponibilidad de atención, permanencia continuada o artículo o servicio de atención médica por el que usted recibió servicios de emergencia y no ha sido dado de alta del centro en el momento de su solicitud.
- Puede presentarse sin tener que agotar el proceso de apelación interna.
- La IRO tomará una decisión en las 72 horas siguientes a recibir una apelación acelerada. La IRO confirmará por escrito su decisión a usted, a su representante autorizado y a AmeriHealth Caritas Next dentro de un día calendario de haberla recibido.

Revisión externa estándar (no urgente):

- Debe solicitarse por escrito
- Disponible después de completar el proceso de apelación interna cuando usted no califica para una revisión externa urgente. Usted no tiene obligación de completar el proceso de apelación interna si:
 - AmeriHealth Caritas Next no cumple con las regulaciones federales para denegaciones y apelaciones. Esto es a menos que la falta de cumplimiento haya sido un error menor que:
 - No era probable que le causara perjuicio o daño a usted
 - Fue por una buena causa o una situación fuera de nuestro control.
- La IRO tomará una decisión dentro de los 45 días de haber recibido su apelación.

Si decide no solicitar una revisión externa, AmeriHealth Caritas Next no dirá en ningún procedimiento judicial que usted no agotó sus opciones administrativas debido a esa decisión. Si usted solicita una revisión externa, AmeriHealth Caritas Next no reclamará que usted se demoró en presentar una demanda debido al tiempo para completar la revisión externa.

Si tiene alguna pregunta sobre esta información, comuníquese con nosotros llamando al **1-833-999-3567 (TTY 711)**.

Apelación interna y/o solicitud de revisión externa:

Para presentar una apelación o solicitud de revisión externa, llámenos al **1-833-999-3567 (TTY 711)** o envíe la solicitud por escrito a:

**Member Appeals
AmeriHealth Caritas Next
P.O. Box 7101
London, KY 40742-7101**

Fax: **1-833-435-2967**

Indique claramente si solicita una apelación interna, una revisión externa, o ambas.

Además de comunicarse con nosotros, puede contactar a la Administración de Asistencia Médica (AHCA) o el Departamento de Servicios Financieros de Florida:

**Agency for Health Care Administration (AHCA)
Managed Care Ombudsman Committee Program
Agency for Health Care Administration
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308**

1-888-419-3456

Florida Department of Financial Services
Division of Consumer Services
200 East Gaines Street
Tallahassee, FL 32399-0322

1-877-693-5236 (TTY 711)
1-850-413-3089 (desde fuera del estado)

Apelaciones

Para las apelaciones de denegaciones de solicitudes de excepciones fuera del formulario, consulte **Derechos ante denegación de solicitudes de excepción fuera del formulario** en la página 25.

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 **1-833-999-3567 (TTY 711)** o escribir a:

AmeriHealth Caritas Next Grievances Department
P.O. Box 7450
London, KY 40742-7450

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 por escrito 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, a un 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, 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 **1-833-999-3567 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.
- **Por correo postal:** puede escribirnos para expresar su queja a:

AmeriHealth Caritas Next Grievances Department
P.O. Box 7450
London, KY 40742-7450

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

Cómo resolver su queja formal

Una vez que hayamos recibido su queja formal, le enviaremos un acuse de recibo por escrito en los cinco días laborables siguientes. Cuando un miembro presenta una queja sobre una decisión tomada solamente porque el plan de beneficios médicos tiene una exclusión de beneficios para el servicio de atención médica en cuestión, no se trata de una queja si la exclusión del servicio específico solicitado está claramente indicada en esta política.

Con respecto a una queja formal relativa a una determinación adversa, pondremos a disposición del suscriptor una revisión de la queja formal por parte de un panel de revisión interna. Dicha revisión debe solicitarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la organización comunica la notificación de determinación final de una determinación adversa. La mayoría de los miembros del panel serán personas que no hayan participado previamente en la decisión adversa inicial. Una persona que haya participado previamente en la determinación adversa podrá comparecer ante el panel para presentar información o responder a preguntas. El panel tendrá autoridad para obligar a la organización a cumplir la decisión del panel.

Después de investigar su inquietud, le enviaremos a usted y, si procede, a su representante autorizado, una notificación por escrito sobre cómo se ha resuelto su inquietud. En la mayoría de los casos, le proporcionaremos este aviso por escrito en un plazo de 60 días calendario de 90 días si la queja se refiere a la recogida de información fuera del área de servicio. Estos plazos se suspenderán si le notificamos que necesitamos información adicional para revisar adecuadamente su queja formal y que el plazo mencionado queda en suspenso hasta que se aporte dicha información. Una vez que recibamos la información solicitada, se reanudará el plazo previsto para la resolución de la queja formal.

Si nuestra decisión no es a su favor, la notificación escrita tendrá:

- Las certificaciones de la persona o personas que revisaron su queja
- Una declaración de los revisores que resuma la queja
- La decisión de los revisores en términos claros y la base de la decisión, escrita en términos claros
- Una referencia a la documentación utilizada como base para la decisión

La Oficina de Regulación de Seguros de Florida está disponible para ayudar a los consumidores de seguros a resolver los problemas y las preguntas relacionadas con los seguros. Usted puede preguntar por teléfono al **1-877-693-5236**.

En cualquier momento, puede solicitar copias gratuitas de todos los registros y otra información que tengamos que sean relevantes para su queja formal por escrito, incluidas las credenciales de los profesionales de atención médica que hayamos consultado. Si desea obtener copias, llame a Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (TTY 711)**.

Queja formal acelerada

Si su queja formal se refiere a una decisión o acción por nuestra parte que podría aumentar significativamente el riesgo para su vida, su salud o su capacidad para recuperar al máximo sus funciones, puede presentar una solicitud de queja formal acelerada a nuestro departamento de Servicios al Miembro por teléfono o por escrito:

- **Por teléfono:** llame a Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.
- **Por correo postal:** puede escribirnos para expresar su queja a:

AmeriHealth Caritas Next Grievances Department
P.O. Box 7450
London, KY 40742-7450

A las revisiones aceleradas las evaluarán uno o varios pares clínicos apropiados. Le notificaremos verbalmente la determinación en un plazo de 72 horas o lo antes posible, después de recibir la solicitud de revisión acelerada. Luego, le enviaremos una confirmación por escrito en el plazo de dos días hábiles. Las revisiones aceleradas cumplirán todos los requisitos de las revisiones no aceleradas, tal y como se describe en nuestros procedimientos de quejas formales y en la legislación de Florida.

Estos problemas se manejarán de acuerdo con nuestra Evidencia de cobertura. Puede encontrarla en línea en www.amerihealthcaritasnext.com/fl.

Reclamos y reembolsos

Reclamos

AmeriHealth Caritas Next no es responsable según los términos y las condiciones de su Evidencia de cobertura a menos que se le notifique debidamente a usted o a alguien que actúe en su nombre que se han prestado servicios médicos cubiertos a un miembro. AmeriHealth Caritas Next realizará auditorías de las facturas de los proveedores para verificar que los servicios y suministros facturados hayan sido proporcionados y que se hayan facturado los cargos correspondientes. Los reclamos se pagan según las tarifas usuales y acostumbradas o las tarifas que AmeriHealth Caritas Next haya negociado con los proveedores contratados dentro de la red.

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

Para que los servicios fuera de la red estén cubiertos, debe obtenerse una autorización previa antes de que se preste el servicio, a menos que se trate de servicios de emergencia, transporte de emergencia en ambulancia o servicios de atención urgente, como se describe en su Cuadro de beneficios y Evidencia de cobertura.

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.

Si tiene una discapacidad por la que puede recibir beneficios durante al menos dos años, debe notificar a AmeriHealth Caritas Next que la discapacidad ha continuado, al menos una vez cada seis meses después de haber notificado el reclamo. No es necesario que lo haga si está incapacitado legalmente. Los primeros seis meses después de que usted presente una prueba o un pago o la denegación de un reclamo por parte de AmeriHealth Caritas Next no se considerarán en la aplicación de esta disposición. Si usted se demora en dar este aviso, su derecho a cualquier beneficio por los seis meses anteriores a la fecha en que dé el aviso no perderá validez.

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 19113**.

Reembolso

Solo se reembolsarán los servicios cubiertos recibidos según las disposiciones en su Evidencia de cobertura. Si necesita 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.

Formularios de reclamos

Cuando recibamos el aviso del reclamo, le indicaremos dónde puede acceder a un formulario de reclamo para presentar una prueba de pérdida o le enviaremos un formulario de reclamo por correo si usted lo solicita. Si no recibe estos formularios en un plazo de 15 días, cumplirá con los requisitos de prueba de pérdida si entrega a AmeriHealth Caritas Next una declaración por escrito de la naturaleza y el alcance de la pérdida dentro de los plazos indicados en la sección Prueba de pérdida. Los formularios de solicitud de reembolso médico deben enviarse por correo a:

**AmeriHealth Caritas Next
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113**

Todos los reclamos presentados por su proveedor se presentarán en un formulario único o en un formato diseñado específicamente para ese fin, ya sea que se presenten por escrito o electrónicamente.

Prueba de pérdida

Se debe entregar una prueba escrita de la pérdida a AmeriHealth Caritas Next, para la cual su Evidencia de cobertura proporciona todo pago periódico contingente a la pérdida continua dentro de los 90 días posteriores al final de cada período por el cual AmeriHealth Caritas Next es responsable. Para cualquier otra pérdida, se debe presentar una prueba por escrito dentro de los 90 días posteriores a dicha pérdida. Si no fuera razonablemente posible presentar la prueba por escrito en el tiempo requerido, AmeriHealth Caritas Next no podrá reducir o rechazar el reclamo por este motivo si la prueba se presenta tan pronto como sea razonablemente posible. La prueba requerida debe presentarse a más tardar un año después del momento especificado, a menos que el solicitante estuviera legalmente incapacitado.

Plazo para el pago de los reclamos

Una vez recibido el formulario de reclamo o la prueba escrita de la pérdida, pagaremos mensualmente todos los beneficios adeudados en ese momento. Los beneficios por cualquier otra pérdida cubierta por su Evidencia de cobertura se pagarán tan pronto como la aseguradora reciba la prueba escrita apropiada.

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

Sujeto a autorización previa y a la revisión de los criterios médicamente necesarios, durante los 90 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la afiliación de un nuevo miembro (o hasta que finalice el tratamiento, si son menos de 90 días), cubriremos los servicios de salud cubiertos fuera de la red con el proveedor que lo atiende por cualquier afección física o de la salud conductual para la que esté recibiendo tratamiento en el momento de la afiliación del miembro a nuestro plan. 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 o un centro de la red deja de participar en nuestra red, pasa a ser un proveedor o un centro fuera de la red. Puede seguir recibiendo atención de ese proveedor o centro fuera de la red a través de la continuidad o transición de la cobertura de atención si cuando el proveedor o centro de la red deja de participar en nuestra red usted:

- está recibiendo tratamiento para una afección o enfermedad grave y compleja;
- está recibiendo atención institucional o como paciente hospitalizado del proveedor o centro;
- tiene programada una intervención quirúrgica no opcional por parte del proveedor, incluido el tratamiento posoperatorio de dicho proveedor o centro en relación con dicha intervención quirúrgica.

Esta cobertura se brinda hasta la finalización del tratamiento, hasta que usted seleccione otro centro o proveedor de la red como su médico a cargo, o hasta el próximo período de inscripción abierta que ofrezca AmeriHealth Caritas Next, lo que sea más prolongado. Esta cobertura se brinda por un máximo de seis meses. Le notificaremos si su proveedor o centro dentro de la red pasa a ser un proveedor o centro fuera de la red. El proveedor fuera de la red o el centro fuera de la red que le atiende tiene prohibido facturarle un importe superior al costo compartido dentro de la red hasta 90 días después de que se le notifique.

Para que estos servicios estén cubiertos, debe obtener una autorización previa del plan de beneficios médicos. Las miembros embarazadas en cualquier trimestre del embarazo que hayan comenzado la atención prenatal con un proveedor o centro que deje de participar en nuestra red pueden seguir recibiendo servicios relacionados con el embarazo desde la fecha del parto hasta la finalización de la atención posparto. Este plazo para la continuidad de la atención no aplica a aquellos proveedores que el plan haya sacado con causa de la red.

Si se determina que usted padece una enfermedad terminal cuando su proveedor o centro deja de participar en nuestra red, o en el momento en que se inscribe en nuestro plan, y su proveedor o centro estaban tratando su enfermedad terminal antes de la fecha de baja del proveedor o centro o de su nueva inscripción en nuestro plan, puede seguir recibiendo atención de ese proveedor o centro. Sin embargo, esto sólo se

aplica a los servicios directamente relacionados con el tratamiento de su enfermedad o de sus manifestaciones médicas. Esta cobertura se brinda hasta que usted seleccione otro centro o proveedor de la red como su médico a cargo, o hasta el próximo período de inscripción abierta que ofrezca AmeriHealth Caritas Next, lo que sea más prolongado. Esta cobertura se proporciona durante un máximo de seis meses si su proveedor o centro de la red pasa a ser un proveedor o centro fuera de la red o de 90 días si usted es un nuevo miembro.

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
- Llamando a Servicios al Miembro al **1-833-999-3567 (TTY 711)**

O visitando www.amerihhealthcaritasnext.com/fl

Derechos y responsabilidades del miembro

Sus derechos

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

- Recibir información sobre el plan médico, 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. 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. 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 discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, origen nacional, ascendencia, nacionalidad, ciudadanía, condición de extranjero, estado civil, pareja de hecho o unión civil, orientación afectiva o sexual, capacidad física, embarazo (incluidos el parto, la lactancia y las afecciones relacionadas), discapacidad cognitiva, sensorial o mental; situación en relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); situación militar o de veterano; situación de denunciante (cuando corresponda en virtud de la legislación federal o estatal en función de la localidad y las circunstancias); identidad y/o expresión de género; información genética (incluida la negativa a someterse a pruebas genéticas); o cualquier otra categoría protegida por la legislación federal, estatal o local.
- 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, incluso disponer de atención 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 dado de baja de su red (sin causa) dentro de los plazos estipulados. Esta concesión no aplica si el proveedor fue dado de baja de la red por motivos que podrían suponer un peligro para usted, la salud pública o su seguridad, o que estén relacionados con un incumplimiento 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 habilitado, 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 cancelación 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 la disponibilidad para aceptar nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a buscar una segunda opinión médica con un médico de su elección si no está de acuerdo con la opinión de AmeriHealth Caritas Next o de su médico de la red sobre la razonabilidad o la necesidad médica de procedimientos quirúrgicos o si usted tiene una lesión o enfermedad grave. Si consulta a un médico de la red, no se le cobrará más que el costo compartido del especialista. Consulte el Cuadro de beneficios para obtener más información sobre los requisitos de participación en los gastos para los servicios de especialistas. Si decide consultar a un médico fuera de la red, deberá abonar un coseguro del 40% por todos los servicios prestados. Todas las pruebas que solicite el médico fuera de la red deberán realizarse en uno de nuestros centros de la red; en caso contrario, no se cubrirán los costos de dichas pruebas. Si AmeriHealth Caritas Next y sus proveedores de la red determinan que usted ha utilizado excesivamente este privilegio de segunda opinión, las segundas opiniones fuera de la red se limitarán a tres derivaciones por año. Si le niegan el reembolso por los servicios de segunda opinión, puede presentar una queja formal ante AmeriHealth Caritas Next. Consulte la sección Quejas formales y apelaciones de esta política para obtener detalles adicionales sobre cómo presentar su queja formal. El tratamiento que AmeriHealth Caritas Next no autorice no estará cubierto y usted será responsable del costo total de los servicios prestados.

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: Grievances, P.O. Box 7450, London, KY 40742-7450, o fax: **1-833-435-2967**.

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: **1-800-368-1019 (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>.

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.

Nou bay sèvis ak enfòmasyon gratis pou ede w nan lang pa w si se pa anglè ki lang prensipal ou. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nimewo ekip sèvis pou manm yo ki nan do kat ou a.

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.

Prestamos informações e serviços linguísticos gratuitos a pessoas cujo idioma principal não é o inglês. Para falar com um intérprete, ligue para o número de atendimento ao beneficiário indicado no verso do seu cartão.

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。

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.

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.

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.

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

Offriamo servizi linguistici e informazioni gratuiti per individui la cui lingua principale non è l'inglese. Per parlare con un interprete, chiami il numero dei Servizi per i membri sul retro della sua tessera.



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.

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

Zapewniamy bezpłatne usługi językowe i informacje dla osób, których podstawowym językiem nie jest język angielski. Aby porozmawiać z tłumaczem, należy zadzwonić pod numer działu obsługi klienta podany na odwrocie Pana/i karty.

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

เราให้บริการภาษาและข้อมูลฟรีแก่ผู้ที่ไม่ได้พูดภาษาอังกฤษเป็นภาษาแรก หากคุณต้องการพูดคุยกับล่าม กรุณาโทรติดต่อหมายเลขบริการสมาชิกที่อยู่ด้านหลังบัตรของคุณ



AmeriHealth *Caritas*SM

Next

A product of AmeriHealth Caritas Florida, Inc.

www.amerhealthcaritasnext.com/fl