



DentaQuest[®]

 DELTA DENTAL[®]

PROGRAMA DENTAL NEW HAMPSHIRE SMILES PARA ADULTOS

MANUAL DEL AFILIADO

1 de abril de 2023

Índice

Capítulo 1.	Afiliado nuevo	
Sección 1.1	Le damos la bienvenida.....	5
Sección 1.2.	Qué lo hace elegible para estar afiliado al plan.....	6
Sección 1.3	Qué esperar del plan	6
Sección 1.4	Mantenerse al día con los datos personales y otra información de seguro	9
Sección 1.5	Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan	10
Capítulo 2.	Números telefónicos y recursos importantes	
Sección 2.1	Cómo ponerse en contacto con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest.....	12
Sección 2.2	Cómo ponerse en contacto con el plan en relación con una decisión de cobertura o para presentar una apelación.....	13
Sección 2.3	Cómo ponerse en contacto con el plan en relación con una queja formal.....	14
Sección 2.4	Cómo ponerse en contacto con el plan en relación con la coordinación de la atención.....	15
Sección 2.5	Cómo ponerse en contacto con la línea telefónica del Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest del plan.....	16
Sección 2.6	Servicios para la salud del comportamiento	16
Sección 2.7	Cómo solicitar asistencia para el transporte médico no urgente.....	18
Sección 2.8	Cómo ponerse en contacto con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS.....	19
Sección 2.9	Cómo ponerse en contacto con el Defensor del paciente del NH DHHS.....	20
Sección 2.10	Cómo ponerse en contacto con el Centro de recursos ServiceLink para personas mayores y discapacitadas.....	21
Sección 2.11	Cómo reportar presuntos casos de fraude, desperdicio o abuso	22
Sección 2.12	Otros recursos e información importante.....	24
Capítulo 3.	Uso de DentaQuest para los servicios cubiertos	
Sección 3.1	Su proveedor dental primario (<i>PDP, Primary Dental Provider</i>) proporciona y supervisa la atención de su salud dental y bucal	28
Sección 3.2	Servicios que puede obtener sin autorización previa.....	29
Sección 3.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	29

Sección 3.4	¿Qué sucede cuando un PDP, especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?.....	32
Sección 3.5	Recibir atención de proveedores fuera de la red	32
Sección 3.6	Atención de urgencias, emergencias y fuera del horario laboral.....	33
Capítulo 4.	Servicios cubiertos	
Sección 4.1	Acerca de la Tabla de beneficios (lo que está cubierto).....	37
Sección 4.2	Tabla de beneficios	39
Sección 4.3	Beneficios adicionales que proporciona el plan.....	42
Sección 4.4	Beneficios que el programa dental NH Smiles para adultos cubre fuera del plan.....	46
Sección 4.5	Beneficios de salud dental y bucal que no cubre nuestro plan o el programa dental New Hampshire Smiles para adultos.....	47
Capítulo 5.	Uso de DentaQuest para gestionar su salud	
Sección 5.1	Programas y servicios especiales.....	49
Sección 5.2	Apoyo que ofrecen los coordinadores de la atención	53
Sección 5.3	Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención.....	53
Capítulo 6.	Reglas sobre la autorización previa de los servicios	
Sección 6.1	Servicios necesarios por razones médicas	56
Sección 6.2	Obtener autorización del plan para ciertos servicios	57
Sección 6.3	Obtener autorización para servicios fuera de la red.....	59
Sección 6.4	Admisión en un hospital fuera de la red en caso de emergencia	59
Sección 6.5	Obtener una segunda opinión	59
Sección 6.6	Políticas y procedimientos utilizados en la revisión del uso.....	60
Capítulo 7.	Obtener los medicamentos recetados cubiertos	
Sección 7.1	Reglas y restricciones relacionadas con la cobertura de medicamentos.....	61
Capítulo 8.	Sus derechos y responsabilidades	
Sección 8.1	Sus derechos.....	61
Sección 8.2	Sus responsabilidades	62
Sección 8.3	Planificación anticipada de la atención para tomar decisiones sobre su atención de salud.....	64

Capítulo 9. Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal	
Sección 9.1	Acerca del proceso de apelaciones..... 66
Sección 9.2	Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de primer nivel)..... 68
Sección 9.3	Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de primer nivel)..... 70
Sección 9.4	Cómo presentar una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel)..... 73
Sección 9.5	Cómo presentar una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de segundo nivel)..... 75
Sección 9.6	Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo..... 78
Sección 9.7	Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de hacerlo..... 80
Capítulo 10. Finalizar la afiliación al plan	
Sección 10.1	Solo hay determinados momentos en los que puede finalizar su afiliación al plan..... 82
Sección 10.2	Cuándo se le puede desafiliar del plan de forma involuntaria..... 82
Sección 10.3	Políticas y procedimientos para la desafiliación.....83
Capítulo 11. Anexo	
Sección 11.1	Anexo 84
Capítulo 12. Avisos legales	
Sección 12.1	Avisos Legales 85
Capítulo 13. Siglas y definiciones de términos importantes	
Sección 13.1	Siglas 89
Sección 13.2	Definiciones de términos importantes 89

Capítulo 1. Afiliado nuevo

Sección 1.1 Le damos la bienvenida

Usted está afiliado a DentaQuest

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (*DHHS, Department of Health and Human Services*) de New Hampshire ha celebrado un contrato con Northeast Delta Dental y DentaQuest (subcontratista) para gestionar el programa dental New Hampshire Smiles para adultos. Northeast Delta Dental y DentaQuest (subcontratista) trabajarán con nosotros para implementar y mejorar el programa dental.

Algunas de las cosas que Northeast Delta Dental y DentaQuest harán incluyen:

- trabajar para aumentar el número de proveedores dentales;
- ayudarlo a buscar un proveedor dental cerca de donde vive;
- ayudarlo a programar una cita con un proveedor dental si es necesario;
- proporcionarle información sobre las mejores formas de cuidar sus dientes y mantener una buena salud bucal; y
- responder a preguntas sobre su beneficio dental.

Deberá llamar al Departamento de servicios dentales para clientes de DentaQuest al número de teléfono que aparece en este folleto si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales.

Debe seguir llamando al Departamento de servicio al cliente del DHHS si tiene preguntas sobre la afiliación a Medicaid o cualquiera de sus otros beneficios.

Lea cuidadosamente este folleto y téngalo a la mano. Contiene información importante sobre sus beneficios dentales.

Aprovechará al máximo su cobertura de salud dental y bucal a través de nuestro plan, DentaQuest, un plan de atención médica administrada del programa dental New Hampshire Smiles para adultos. Consulte la Sección 4.1 (*Acerca de la Tabla de beneficios [lo que está cubierto]*) y la Sección 4.2 (*Tabla de beneficios*) para conocer la lista de servicios que cubre el plan.

DentaQuest tiene un contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (*NH DHHS, New Hampshire Department of Health and Human Services*) para proporcionar los servicios cubiertos que se describen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 (*Servicios cubiertos*). El plan contrata a una red de hospitales, farmacias y otros proveedores para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados del plan. Para más información sobre cómo usar proveedores dentro y fuera de la red, consulte el Capítulo 3 (*Uso de DentaQuest para los servicios cubiertos*).

Como afiliado de DentaQuest, obtendrá su cobertura de salud bucodental del programa dental New Hampshire Smiles para adultos a través de nuestro plan. Todos los afiliados tienen derecho a recibir gratis un ejemplar escrito del Manual del afiliado.

Sus comentarios son importantes para nosotros. Varias veces al año, DentaQuest convoca reuniones del Consejo consultivo de afiliados para conocer la opinión de afiliados como usted. Si está interesado en formar parte del Consejo consultivo de afiliados del plan, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al (844) 583-6151 para informarnos (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Sección 1.2. Qué lo hace elegible para estar afiliado al plan

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a recibir cobertura dental.

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Sea elegible y mantenga su elegibilidad para el programa dental New Hampshire Smiles para adultos*
- Y tenga 21 o más años de edad;
- Y viva en New Hampshire (el área de servicio de DentaQuest);
- Y sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en Estados Unidos;
- Y no se encuentre en una categoría de elegibilidad excluida como la elegibilidad temporal o sea una persona con responsabilidad económica (*spend down*).

Comuníquese con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS a la línea gratuita **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET, para obtener más información sobre el programa dental New Hampshire Smiles para adultos y sus programas.

*La continuación de su elegibilidad para el programa dental New Hampshire Smiles para adultos se determina cada seis a doce meses. Seis semanas antes de la renovación de su elegibilidad, recibirá una carta y una Solicitud de redeterminación en el correo proveniente del NH DHHS. Para asegurarse de que no se interrumpa su cobertura de atención de salud, debe diligenciar y devolver la Solicitud de redeterminación antes de la fecha límite indicada en la carta. Si necesita ayuda para diligenciar el formulario, comuníquese con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS (Sección de elegibilidad) a la línea gratuita **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Sección 1.3 Qué esperar del plan

Manual del afiliado




Este Manual del afiliado describe cómo funciona el plan y está en vigor a partir del 1 de abril de 2023 y cada mes en que usted esté afiliado a DentaQuest. El Manual del afiliado también está disponible en nuestra página web DentaQuest.com/newhampshire.

Su tarjeta de afiliación de DentaQuest: úsela para obtener todos los servicios cubiertos

Mientras esté afiliado al plan, deberá usar su tarjeta de identificación de DentaQuest cada vez que reciba servicios cubiertos. Sin embargo, incluso si no tiene su tarjeta de identificación de DentaQuest, un proveedor nunca debe negarle la atención. Si un proveedor se niega a atenderle, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151. Verificaremos su elegibilidad para el proveedor.

El siguiente es un modelo de tarjeta de afiliación, a modo de ejemplo:

Muestra de tarjeta de ID (anverso/reverso)

 			
Member Name:	Plan Name:	DentaQuest.com/newhampshire DentaQuest Member Services: 844-583-6151 TTY 800-466-7566	Important Information 1. Please call DentaQuest if you need a dentist. Call DentaQuest Toll Free 844-583-6151 or visit the website DentaQuest.com/newhampshire . Member services representatives are available to assist you Monday - Wednesday 8 a.m. to 8 p.m., Thursday - Friday 8 a.m. to 5 p.m. ET. 2. For help with appeal or grievance issues, contact DentaQuest Member Services at 844-583-6151; Monday - Wednesday 8 a.m. to 8 p.m., Thursday - Friday 8 a.m. to 5 p.m. ET. 3. Make sure your dentist works with DentaQuest before making each dentist appointment.
Member ID:		Send claims to: DentaQuest PO Box 2906 Milwaukee, WI 53201-2906 Non-participating providers call 823-955-3363 for billing information Payer ID: CX014	
Member DOB:	Effective Date:		
DentaQuest Member Services: 844-583-6151, TTY 800-466-7566			

Mientras esté afiliado al plan, **debe usar su tarjeta de ID de DentaQuest** para recibir los servicios cubiertos. Conserve también su tarjeta del programa dental New Hampshire Smiles para adultos. Presente **ambas** tarjetas: su tarjeta de ID de DentaQuest y su tarjeta del programa dental New Hampshire Smiles para adultos cada vez que reciba servicios.

Lleve siempre consigo la tarjeta de identificación dental y muéstrela cada vez que vaya a una cita dental o al hospital. Nunca le dé su tarjeta de identificación dental a otra persona para que la use. Si pierde o le roban su tarjeta de identificación dental, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al (844) 583-6151 y DentaQuest le enviará una tarjeta nueva.

Llamada de bienvenida

Hacemos llamadas de bienvenida a todos los afiliados nuevos y reincorporados para darles una calurosa bienvenida a nuestro programa en los 90 días siguientes a la afiliación. Haremos tres intentos para comunicarnos por teléfono con el afiliado. El propósito de la llamada de bienvenida es asegurarnos de que el afiliado conoce y comprende sus beneficios dentales, informarle sobre la importancia de las revisiones y limpiezas semestrales y ofrecerle asistencia para confirmar o cambiar su proveedor dental primario (*PDP, Primary Dental Provider*), programar una cita dental y resolver cualquier duda relacionada con la afiliación a DentaQuest.

Como parte fundamental de la llamada de bienvenida, también haremos una valoración limitada de la salud bucal para identificar las necesidades especiales de atención de salud u otras circunstancias únicas que puedan afectar a la salud dental del afiliado, incluidos aquellos obstáculos a la atención como las necesidades de transporte o el dominio limitado del inglés. Los afiliados que tengan necesidades especiales de atención de salud (*SHCN, Special Health Care Needs*) u obstáculos para acceder a la atención serán remitidos a nuestro programa de coordinación de la atención y de casos clínicos para que reciban asistencia adicional.

Cuando se afilie por primera vez a DentaQuest, le llamaremos para darle la bienvenida como afiliado al plan. En la llamada le explicaremos las reglas del plan y responderemos a cualquier pregunta que tenga sobre el mismo. Como se describe en la siguiente sección, explicaremos la importancia de completar su Valoración de la salud bucal (*OHA, Oral Health Assessment*).

Valoración de la salud bucal

La Valoración de la salud bucal (*OHA, Oral Health Assessment*) es la herramienta que usa el equipo de coordinación de casos clínicos para identificar a los afiliados que podrían tener dificultades importantes para recibir la atención dental que necesitan o para mantener una salud bucal óptima. Esta valoración puede llevarse a cabo de diversas maneras: Se incluirá en el guion de la llamada de bienvenida que se hará en los 90 días siguientes a la afiliación para poder recopilar datos de riesgo; se incluirá en una hoja impresa dentro de su paquete de bienvenida que se entregará dentro de un sobre con porte pagado para su pronta devolución y recepción por parte de DentaQuest. La OHA también estará en el Manual del afiliado que está publicado en el sitio web de DentaQuest; habrá una versión electrónica disponible en la Sección para afiliados de nuestro sitio web para los afiliados de NH.

La OHA contiene preguntas que abarcan los siguientes temas:

- Dolor dental.
- Uso de la sala de emergencias para problemas dentales.
- Última visita dental.
- Hábitos de cepillado.
- Tabaquismo y consumo de tabaco y ayuda para dejar el hábito.
- Necesidades especiales de atención de salud.
- Existencia de discapacidad física, intelectual o de desarrollo.
- Embarazo.
- Problemas de salud, incluida la existencia de afecciones crónicas.
- Obstáculos específicos y determinantes sociales que repercuten en la salud.

El NH DHHS nos exige que le pidamos que complete su Valoración de la salud bucal (*OHA, Oral Health Assessment*). La información que proporcione en la OHA nos ayudará a planificar y trabajar con usted para satisfacer sus necesidades de salud dental y bucal.

Nos pondremos en contacto con usted por teléfono o por correo para completar la OHA. Completar la OHA no es un requisito. Sin embargo, le recomendamos que complete esta valoración y la devuelva a DentaQuest.

Notificación de la Explicación de beneficios

La Explicación de beneficios (*EOB, Explanation of Benefits*) contiene todos los servicios de salud dental y bucal cubiertos por nuestro plan. Usted no paga nada por los servicios preventivos y diagnósticos siempre que respete las reglas del plan descritas en este manual.

Sección 1.4 Mantenerse al día con los datos personales y otra información de seguro

Cómo contribuir a que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de afiliación al plan tiene información del NH DHHS, como su dirección y número de teléfono. Es importante que nos ayude a mantener su información actualizada. Los proveedores de la red y el plan necesitan tener información correcta para comunicarse con usted cuando sea necesario.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono;
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o dental que tenga, incluido:
 - Póliza de seguro de salud grupal del empleador para empleados o jubilados, ya sea para usted mismo o para cualquier persona de su grupo familiar que esté cubierta por el plan;
 - Cobertura del Seguro de compensación laboral debido a enfermedad o lesión relacionada con el trabajo;
 - Beneficios de veterano u otra cobertura del plan de salud gubernamental;
 - Medicare;
 - COBRA u otra cobertura de continuación del seguro de salud (COBRA es una ley que obliga a determinados empleadores a permitir que los empleados y sus dependientes mantengan su cobertura de salud grupal durante un periodo de tiempo después de dejar el empleo, cambiar de empleo y otras situaciones de vida); o
 - Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, debido a un accidente automovilístico.
- Cambios en sus ingresos u otras ayudas económicas;
- Si fue admitido en un centro de convalecencia;
- Si está embarazada;
- Si recibe atención de salud dental o bucal en un hospital o sala de emergencia fuera del área de servicio o fuera de la red; o
- Si cambia su tutor, custodio, representante autorizado o representante personal, o si se activa su Poder notarial permanente.

Si alguno de estos datos cambia, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual) o comuníquese con el Centro de servicio al cliente del programa dental New Hampshire Smiles para adultos al número gratuito **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (acceso al centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

La información médica personal de los afiliados se mantiene en secreto

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de sus historias clínicas y su información médica personal. Nosotros protegemos su información médica como lo exigen estas leyes.

Sección 1.5 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro

Autorización previa

Antes de recibir un servicio o ir a una cita dental, debemos asegurarnos de que necesita dicho servicio y que es médicamente necesario para usted. A esto se le conoce como autorización previa. Para hacer esto, revisamos sus antecedentes médicos y la información de su dentista o de otros proveedores de atención médica. A continuación decidimos si ese servicio puede ayudarle. Para tomar estas decisiones, usamos las normas de la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud. Algunos servicios deberán ser aprobados por DentaQuest antes de que pueda recibirlos. Solo puede recibir aquellos servicios que están cubiertos por DentaQuest y por su plan. Su PDP puede indicarle qué servicios requerirán autorización previa. También puede comunicarse con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al 1-844-583-6151 (TDD/TTY 711 o 1-800-466-7566) de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., o jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Medicaid es el pagador de último recurso. Esto significa que cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador o Medicare), ese seguro siempre pagará primero sus facturas de atención médica y dental. A esto se le conoce como “seguro principal”). Debe cumplir todas las reglas de su seguro principal cuando reciba servicios. Los artículos o servicios que no cubre su seguro principal y los copagos o deducibles de su seguro principal pueden ser cubiertos por DentaQuest para los servicios que cubre nuestro plan. Para que las reclamaciones se paguen correctamente, es importante que use proveedores que pertenezcan tanto a la red de su seguro principal como a nuestra red.

Cuando reciba los servicios, dígame a su dentista si tiene otro seguro médico o dental. Su proveedor sabrá cómo procesar las reclamaciones cuando tenga un seguro principal y el programa dental New Hampshire Smiles para adultos a través de DentaQuest.

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

Si otra persona o parte le lesiona, DentaQuest seguirá un proceso llamado “subrogación”. Esto significa que podemos usar la cesión de sus derechos legales como condición de su solicitud de Medicaid a fin de recuperar el dinero que gastamos por sus servicios médicos de:

- La persona o personas que le ocasionaron la lesión; o
- Una compañía de seguros u otra parte responsable.

Si otra persona o parte es o puede ser responsable de pagar los servicios relacionados con su lesión, usaremos la cesión de sus derechos legales para recuperar la totalidad del dinero que pagamos o pagaremos por los servicios de atención médica de su lesión. En ningún caso se le exigirá que pague directamente los servicios médicos o dentales.

Para ejercer estos derechos, podemos emprender acciones legales, con o sin su consentimiento, contra cualquier parte responsable para que devuelva el dinero que pagamos por su tratamiento. Nuestros derechos de subrogación se aplican incluso si el afiliado lesionado es menor de 18 años. Si otra parte le paga directamente los gastos médicos abonados por nosotros, tenemos derecho a que usted nos devuelva la cantidad total que pagamos por su tratamiento.

Si tiene otra cobertura disponible debido a una lesión accidental (como un accidente de automóvil), llame al Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 tan pronto como sea posible (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Si un abogado le representa por su lesión, es su responsabilidad informarle que usted tiene cobertura de Medicaid a través de DentaQuest. También debe informar a cualquier compañía de seguros (ya sea su seguro o el de otra persona) que esté relacionada con la lesión accidental que tiene cobertura de Medicaid a través de nuestro plan y proporcionar la información de contacto necesaria. Además, si recibimos información de otra fuente que usted puede tener otra cobertura debido a un accidente, podemos ponernos en contacto con usted para obtener detalles sobre el accidente y su otra cobertura.

Si tiene preguntas o necesita actualizar los datos de su seguro, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Sección 2.1 **Cómo ponerse en contacto con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest**

Si necesita ayuda en relación con preguntas sobre la cobertura, encontrar un proveedor, reclamaciones, tarjetas de afiliación u otros asuntos, llame o escriba al Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest. Será un placer ayudarle.

En caso de una emergencia médica: marque 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Método	Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

Sección 2.2 Cómo ponerse en contacto con el plan en relación con una decisión de cobertura o para presentar una apelación

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre si un servicio está cubierto por el plan. La decisión de cobertura también puede incluir información sobre el costo compartido que puede tener que pagar. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, tiene derecho a presentar una apelación.

La apelación es una manera formal de solicitarnos que reconsideremos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal*).

Método	Decisión de cobertura o apelaciones – Información de contacto de DentaQuest
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

Sección 2.3 Cómo ponerse en contacto con el plan en relación con una queja formal

Una queja formal es el término que se da al proceso que usa un afiliado para presentar una queja al plan relacionada con el personal del plan, los proveedores del plan, la cobertura y el costo compartido. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal*).

Método	Queja formal – Información de contacto de DentaQuest
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224

Sección 2.4 Cómo ponerse en contacto con el plan en relación con la coordinación de la atención

Coordinación de la atención es el término que se usa para describir la manera como el plan ayuda a los afiliados a obtener los servicios necesarios. Los coordinadores de la atención se aseguran de que los participantes en el equipo de atención de salud del afiliado tengan información sobre todos los servicios y apoyos que se ofrecen al afiliado, incluidos los servicios que proporciona cada proveedor o cada integrante del equipo. Para obtener más información, consulte la Sección 5.2 (*Apoyo que ofrecen los coordinadores de la atención*).

Método	Coordinación de la atención – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

Sección 2.5 Cómo ponerse en contacto con la línea telefónica del Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest del plan

La línea del Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest es un servicio gratuito que ofrece DentaQuest. El personal de la línea del Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest está dispuesto a responder a sus preguntas. Llame a la línea del Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest cuando tenga preguntas sobre su plan.

En caso de una emergencia médica: marque 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Método	Línea del Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

Sección 2.6 Servicios para la salud del comportamiento

Los “servicios para la salud del comportamiento” es otro término que se usa para describir los servicios relacionados con la salud mental o los trastornos por abuso de sustancias. En el caso de una crisis o emergencia vinculada a la salud del comportamiento (salud mental o abuso de sustancias), llame, envíe un mensaje de texto o chatee al 988, **el teléfono para servicios de salud mental, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, para ponerse en contacto con**

un consejero capacitado en crisis. Este número de teléfono proporciona apoyo emocional gratuito y confidencial a personas en crisis de suicidio o angustia emocional.

O llame o envíe un mensaje de texto a la línea gratuita de respuesta rápida de NH (1-833-710-6477) en cualquier momento del día o la noche. Los servicios de respuesta a crisis están disponibles por teléfono, por mensaje de texto o en persona.

Método	Centro de servicio al cliente del NH DHHS – Información de contacto
<p>LLAMADA TELEFÓNICA</p>	<p>1-888-901-4999 (para obtener información sobre el plan) 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (para todas las demás llamadas)</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.</p> <p>Se ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p> <p>Información de contacto: OFICINA DE SERVICIOS SOBRE DROGAS Y ALCOHOL (BDAS, BUREAU OF DRUG & ALCOHOL SERVICES) Dirección de correo electrónico: bdas@dhhs.nh.gov Teléfono: 603-271-6738 OFICINA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (BUREAU OF MENTAL HEALTH SERVICES) Dirección de correo electrónico: BMHS@dhhs.nh.gov Teléfono: (603) 271-5000 SALUD DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL (CHILDREN'S BEHAVIORAL HEALTH) Dirección de correo electrónico: BCBHInquiry@dhhs.nh.gov Teléfono: 603-271-5000</p>
<p>TTY/TDD</p>	<p>1-800-735-2964</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p>
<p>SITIO WEB</p>	<p>Salud del comportamiento [dhhs.nh.gov]</p>

Sección 2.7 Cómo solicitar asistencia para el transporte médico no urgente

El plan cubre la asistencia de transporte médico que no sea de emergencia, incluido el reembolso de la distancia recorrida, si no puede pagar el costo del transporte a centros y consultorios de proveedores para obtener los servicios cubiertos necesarios por razones médicas del programa dental New Hampshire Smiles para adultos que se indican en la Tabla de beneficios de la Sección 4.2 (consulte el apartado *Servicios de transporte - transporte médico no urgente [NEMT, non-emergency medical transportation]*).

Método	Transporte médico no urgente – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-844-304-6630
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

Sección 2.8 Cómo ponerse en contacto con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS

El Centro de servicio al cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (*NH DHHS, New Hampshire Department of Health and Human Services*) ofrece ayuda si tiene preguntas sobre la elegibilidad para el programa dental New Hampshire Smiles para adultos o sobre otros beneficios proporcionados por el NH DHHS, como se describe en la Sección 4.4 (*Beneficios que el programa dental New Hampshire Smiles para adultos cubre fuera del plan*).

Si necesita una nueva tarjeta de ID del programa dental New Hampshire Smiles para adultos o un reemplazo, comuníquese con DentaQuest directamente. DentaQuest también proporciona asistencia en relación con una apelación o queja formal.

Método	Centro de servicio al cliente del NH DHHS – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-888-901-4999 (para obtener información sobre el plan) 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (para todas las demás llamadas)</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.</p> <p>Se ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-735-2964</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p>

Sección 2.9 Cómo ponerse en contacto con el Defensor del paciente de DentaQuest en relación con reclamaciones, quejas formales y apelaciones

El Defensor del paciente de DentaQuest ayuda a los afiliados al plan del NH DHHS a dar solución a desacuerdos, quejas o problemas relacionados con la elegibilidad o cobertura de Medicaid. Antes de ponerse en contacto con el NH DHHS cuando tenga un problema relacionado con su beneficio dental, busque una solución a través de los procesos de apelación y queja formal de DentaQuest que se describen en el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal*).

Método	Departamento de reclamaciones, quejas formales y apelaciones – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-844-583-6151 Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.
TTY/TDD	Centro de enlace TDD (DentaQuest): 1-800-466-7566 Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	DentaQuest: Attn: CGA 11100 W. Liberty Drive Milwaukee, WI 53224

**Sección 2.10 Cómo ponerse en contacto con el Centro de recursos
ServiceLink para personas mayores y discapacitadas**

ServiceLink es un programa del NH DHHS que ayuda a las personas a identificar y acceder a servicios y ayudas a largo plazo, acceder a información y asistencia para familiares que proveen cuidados y conocer los beneficios de Medicare y Medicaid. ServiceLink es un programa financiado por el NH DHHS.

Método	Centro de recursos ServiceLink para personas mayores y discapacitadas – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-866-634-9412</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono nacional son gratuitas. Las llamadas realizadas al número telefónico desde algunos teléfonos celulares y fuera de New Hampshire serán dirigidas al Centro de servicio al cliente del NH DHHS. Cuando se comunique con esa oficina, se le transferirá al número de teléfono del centro ServiceLink de su zona.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. ET.</p> <p>Se ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>Llame al número de teléfono que se indica más arriba o visite el sitio web que aparece más abajo para obtener información sobre los servicios TTY/TDD de su oficina local.</p>
FAX	<p>Llame al número de teléfono que se indica más arriba o visite el sitio web que aparece más abajo para conocer el número de fax de su oficina local.</p>
ESCRIBA A	<p>Llame al número de teléfono que se indica más arriba o visite el sitio web que aparece más abajo para conocer la dirección de su oficina local.</p>
SITIO WEB	<p>http://www.servicelink.nh.gov/</p>

Sección 2.11 Cómo reportar presuntos casos de fraude, desperdicio o abuso

Usted desempeña un papel vital en la protección de la integridad del programa dental New Hampshire Smiles para adultos. Para evitar y detectar los casos de fraude, desperdicio y abuso, DentaQuest trabaja con los afiliados y proveedores del NH DHHS, los planes de salud y las autoridades judiciales o policiales. (Para las definiciones de fraude, desperdicio y abuso, consulte la Sección 13.2 [*Definiciones de términos importantes*].)

Los siguientes son ejemplos de fraude, desperdicio y abuso:

- Cuando le llega una factura por servicios dentales o de atención de salud que nunca recibió.
- Falta de información en los expedientes dentales o de salud del afiliado para justificar los servicios facturados.
- Prestar su tarjeta de afiliación al seguro de salud a otras personas para recibir servicios de atención de salud, suministros o medicamentos recetados.
- Proporcionar información médica falsa o engañosa que afecte al pago de los servicios.

Si sospecha que se está cometiendo fraude, desperdicio o abuso en Medicaid, notifíquelo de inmediato. Cualquier persona que sospeche que un afiliado, proveedor o plan del programa dental New Hampshire Smiles para adultos ha cometido fraude, desperdicio o abuso también puede denunciarlo al plan o a la Oficina del Fiscal General de New Hampshire. No es necesario que dé su nombre. Puede permanecer en el anonimato.

Método	DentaQuest para reportar casos de fraude, desperdicio o abuso – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>

Método	DentaQuest para reportar casos de fraude, desperdicio o abuso – Información de contacto
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

Método	Oficina del Fiscal General de New Hampshire para reportar casos de fraude, desperdicio o abuso – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	1-603-271-1246 El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.
TTY/TDD	Centro de enlace TDD (NH): 1-800-735-2964 Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.
FAX	1-603-271-2110
ESCRIBA A	Office of the Attorney General (Oficina del Fiscal General) 33 Capitol Street Concord, NH 03301
SITIO WEB	http://www.doj.nh.gov/consumer/complaints/index.htm

Sección 2.12 Otros recursos e información importante

- **Puede designar a un representante autorizado o a un representante personal:** puede designar a una persona a la que autoriza a actuar en su nombre. Su representante podrá suministrar información al plan o recibir información sobre usted de la misma manera que el plan revelaría información o hablaría de ella directamente con usted. Para que alguien le represente, debe autorizar a su representante por escrito y decirnos cómo puede representarle. En DentaQuest.com/newhampshire encontrará un formulario de autorización y divulgación de información.
- La designación de su representante autorizado o representante personal es válida hasta que usted la revoque o modifique por escrito. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual.)

- **Formatos alternativos y servicios de interpretación**

Si necesita servicios de interpretación o traducción, llame al 1-844-583-6151 (TDD/TTY 711 o 1-800-466-7566) de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., o jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Podemos ofrecerle un traductor por teléfono.

Usted tiene derecho a solicitar materiales e información, incluido este manual, en:

- Audio
- Braille
- Letra grande
- Otros idiomas

Comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al 1-844-583-6151 (TDD/TTY 711 o 1-800-466-7566) de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., o jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. para solicitar estos documentos.

- Si usted es elegible para tener Medicaid, estamos obligados a darle información accesible y adecuada acerca de los beneficios del plan sin costo. La información está disponible en Braille, en letra grande y en otros formatos.

También hay disponibilidad de servicios de interpretación. Para organizar servicios de interpretación o para obtener información del plan de manera que sea adecuada para usted, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual).

Si tiene dificultad para obtener información de nuestro plan debido a problemas relacionados con una discapacidad o con el idioma, notifique el problema al Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

- **Solicitudes de documentos del afiliado:** comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 para solicitar una copia de nuestro Manual del afiliado o Directorio de proveedores. Los documentos se enviarán en un plazo

de 5 días hábiles a partir de la solicitud. (Los números de teléfono del Departamento de servicios para afiliados se encuentran en la contracubierta de este manual.)

Capítulo 3. Uso de DentaQuest para los servicios cubiertos

En este capítulo se explica lo que usted debe saber para acceder a los servicios cubiertos por el plan. Se dan definiciones de algunos términos y se explican las reglas que debe seguir para recibir los servicios de salud dental y bucal que cubre el plan. Para conocer más definiciones, consulte la Sección 13 (*Acrónimos y definiciones de términos importantes*).

DentaQuest trabajará con usted y su proveedor dental primario (*PDP, Primary Dental Provider*) para garantizar que reciba servicios de salud dental y bucal de especialistas capacitados y experimentados en sus necesidades únicas, tanto dentro como fuera de la red de proveedores del plan; esto incluye información sobre dichos especialistas y el acceso a sus servicios.

Para obtener información sobre los servicios que cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos por Medicaid en la Tabla de beneficios están respaldados por las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, capítulos He-W 506, He-W 530 y He-W 566. Las normas están disponibles en Internet en http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm.

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

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo recibe la atención y los servicios cubiertos por estar afiliado a nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son dentistas, especialistas y profesionales de la salud autorizados por el estado para proporcionar servicios de salud dental y bucal. El término “proveedores” también abarca hospitales y otros centros de atención médica, y farmacias. (Los medicamentos recetados pueden estar cubiertos por Medicaid y otros seguros que pueda tener por estar suscrito a ellos.)
- Los **“proveedores de la red”** son dentistas, especialistas y otros profesionales de la atención de salud, grupos dentales, hospitales y otros centros de servicios médicos que tienen un acuerdo con el plan para aceptar nuestro pago y el costo compartido, si lo hay, como pago total. En general, los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le proporcionan a usted.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen todos los servicios de salud dental y bucal cubiertos por nuestro plan. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para conocer la lista de servicios cubiertos.

Reglas para recibir los servicios de salud dental y bucal cubiertos por el plan

DentaQuest cubre todos los servicios requeridos en nuestro contrato con el NH DHHS.

En general, DentaQuest dará cobertura a su atención de salud dental y bucal siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que reciba se considere necesaria por razones médicas.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios son necesarios para la prevención, el

diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud dental o bucal y cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica o dental. Para obtener más información sobre los servicios necesarios por razones médicas, consulte la Sección 6.1 (*Servicios necesarios por razones médicas*).

- **Si es necesario, recibirá la autorización previa del plan antes de recibir el servicio cubierto.** Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos se muestran en letra itálica en la Sección 4.2 (*Tabla de beneficios*).
- **Usted tiene un proveedor dental primario (PDP, Primary Dental Provider) de la red que proporciona y supervisa su atención.** Como afiliado a nuestro plan, debe elegir un PDP de la red.

Selección de un proveedor dental primario (PDP)

Una de las primeras cosas que debe hacer cuando se afilia a nuestro plan es elegir un proveedor dental primario (PDP, Primary Dental Provider). Se trata de un dentista general o un dentista pediátrico. Usted se pondrá en contacto con su PDP para programar una cita para recibir servicios, como las consultas dentales regulares, o cuando tenga un problema dental. Su PDP también le ayudará a obtener atención de otros proveedores o especialistas. A esto se le conoce como remisión. Para elegir su PDP, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono (844) 583-6151.

También puede elegir un PDP diferente para cada integrante de la familia o seleccionar uno para toda la familia. Si no selecciona un PDP, nosotros le asignaremos uno a usted y a su familia.

Usted puede cambiar de PDP cuando lo desee. Para cambiar de PDP, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados.

- No es necesario que su PDP le dé una remisión para recibir servicios de emergencia o atención urgente. Además, existen otras clases de atención que puede recibir sin necesitar la autorización previa de su PDP (para obtener más información, consulte el Capítulo 2.2 [*Servicios cubiertos*]).
- **La atención que reciba será de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 3.3 [*Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red*]). La mayoría de la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenezca a la red del plan) no estará cubierta, excepto con autorización previa del plan o para servicios de emergencia. Para obtener más información sobre cuándo podrían estar cubiertos los servicios fuera de la red, consulte la Sección 3.5 (*Recibir atención de proveedores fuera de la red*).

Estas son dos excepciones:

- El plan cubre la atención médica de emergencia o de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los servicios necesarios en caso de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.6 (*Atención de urgencias, emergencias y fuera del horario laboral*).

- Si necesita atención de salud dental o bucal que el programa dental New Hampshire Smiles para adultos requiere que sea cubierta por nuestro plan y los proveedores de la red no pueden proporcionar esa atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Para información sobre cómo obtener autorización para ver a un dentista fuera de la red u otro médico, consulte la Sección 6.3 (*Obtener autorización para servicios fuera de la red*).

Sección 3.1 Su proveedor dental primario (*PDP, Primary Dental Provider*) proporciona y supervisa la atención de su salud dental y bucal

¿Qué es un proveedor dental primario, o PDP, y qué hace por usted?

Un PDP es el proveedor de la red que usted elige (o que el plan le asigna hasta que usted seleccione uno) y a quien debe acudir en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud dental y bucal. Él o ella se encarga de que usted reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es quien habla con otros médicos y proveedores en relación con su atención. Su PDP es responsable de supervisar, coordinar y proporcionar su atención primaria de salud dental y bucal. Él o ella se encarga de remitirle a especialistas y de mantener la continuidad de su atención.

Su PDP podría incluir una red de profesionales. Si necesita ayuda para seleccionar o cambiar su PDP, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual).

A cada integrante de su familia que tenga beneficios dentales a través de este programa se le asigna un PDP. Un PDP es el dentista a quien su grupo familiar ve cada seis meses. El dentista proporcionará la atención que su familia necesita para mantenerse saludable.

El PDP de su grupo familiar se seleccionó teniendo en cuenta lo siguiente:

- El consultorio dental de su última visita dental, o
- El consultorio dental más cercano al código postal de su residencia.

Comuníquese con DentaQuest si tiene preguntas sobre su PDP. Para cambiar el PDP de su grupo familiar, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono 1-844-583-6151, TTY: 1-800-466-7566.

Cómo elegir a su proveedor dental primario

Nuestro Departamento de servicios para afiliados está disponible para responder todas sus preguntas. Se le asignará un proveedor dental primario; sin embargo, podrá recibir atención de cualquier proveedor de la red. DentaQuest puede ayudarle a elegir o cambiar su proveedor dental primario (*PDP, Primary Dental Provider*).

Cómo cambiar su PDP

Usted puede cambiar su PDP de la red en cualquier momento y por cualquier motivo. Asimismo, si su PDP se retira de la red de proveedores del plan, tendrá que buscar un nuevo PDP. Para obtener más información sobre lo que sucede cuando su proveedor se retira de la red, consulte la Sección 3.4 (*¿Qué sucede cuando un PDP, especialista u otro proveedor de la red se retira de la red de nuestro plan?*).

Sección 3.2 Servicios que puede obtener sin autorización previa

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PDP o de DentaQuest.

- Servicios de emergencia que reciba de proveedores dentro o fuera de la red.
- Servicios de atención de urgencia que reciba de proveedores dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos en el momento (por ejemplo, cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan).

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

Es importante saber qué proveedores están incluidos en nuestra red. Con algunas excepciones, el plan solo pagará los servicios que reciba si usa los proveedores de la red requeridos por el plan para obtener los servicios cubiertos. Las únicas excepciones son las emergencias y los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no esté disponible o cuando reciba autorización previa del plan para ver a un proveedor fuera de la red.

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud dental o bucal para alguna enfermedad en particular o para una parte específica del cuerpo. Cuando su PDP considere que usted necesita un especialista, le remitirá (o transferirá su atención) a un especialista de la red. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Cirujano maxilofacial para extracciones dentales, si procede.
- Atención dental de especialistas para pacientes con cáncer.
- Atención dental de especialistas para pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Buscar un proveedor dental

DentaQuest puede ayudarle a buscar un dentista que acepte su plan. Siga estos pasos para usar nuestra herramienta de búsqueda en línea para encontrar un proveedor o especialista dental cerca de usted.

1. Vaya a [DentaQuest.com/newhampshire](https://www.dentaquest.com/newhampshire).

2. Haga clic en “Buscar un proveedor” en la parte superior de la página y seleccione su estado.
3. Haga clic en “Usar mi ubicación” o ingrese su dirección, código postal o ciudad.
4. Haga clic en el enlace “Todos los planes”. Si no ve su plan en la lista, haga clic en “Buscar un plan diferente” y seleccione su plan en el menú desplegable.

Puede solicitar una copia del *Directorio de proveedores* si se comunica con el Departamento de servicios para afiliados al (844) 583-6151. (Los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual). El Directorio de proveedores contiene los proveedores de la red. Asimismo, puede pedir al Departamento de servicios para afiliados que le dé más información sobre los proveedores de la red, incluidas sus certificaciones.

Formas de buscar un dentista en Internet con la herramienta FAD:

1. **Buscar un dentista por nombre:** ingrese el apellido del proveedor dental que está buscando y seleccione el nombre en el menú desplegable.
2. **Buscar un dentista por especialidad:** use esta búsqueda para tipos específicos de proveedores dentales, como dentistas generales, ortodoncistas y periodoncistas.
3. **Encontrar servicios por ubicación:** use esta opción si conoce el nombre del proveedor y desea conocer la dirección, el número de teléfono, el horario de atención y otra información. El Departamento de servicio al cliente puede ayudarle a localizar un proveedor o cambiar su proveedor dental primario. Llame al 1-844-583-6151 (TDD/ TTY711 o 1-800-466-7566), de lunes a viernes de 8 a.m. a 5p.m.
4. **Lugares por tipo:** use esta opción para buscar lugares como clínicas de atención de salud y centros de salud certificados por el gobierno federal.

Independientemente del método que use en la búsqueda, puede obtener más información sobre los dentistas, por ejemplo, los horarios de atención, si están aceptando pacientes nuevos o si su lugar tiene acceso para sillas de ruedas. También puede obtener instrucciones sobre cómo llegar al consultorio.

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es igual a la atención de emergencia. La atención de urgencia se necesita si usted tiene una lesión o enfermedad que debe ser tratada de inmediato. Las afecciones urgentes que se tratan en 24 horas no suelen requerir autorización previa. Si requieren autorización, debe recibir tratamiento en un lapso de 48 horas. Se puede recurrir a la atención de urgencia cuando su vida no corre peligro, pero aun así necesita ver a un médico de inmediato. Es posible que necesite ir a un centro de atención de urgencia si usted o un integrante de su familia necesita atención y el consultorio del médico está cerrado. Asegúrese de llamar al Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest antes de ir a un centro de atención de urgencia, o es posible que tenga que pagar por esos servicios. Comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al 1-844-583-6151 (TDD/TTY 711 o 1-800-466-7566) de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., o jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Atención médica de emergencia

Los servicios de emergencia son aquellos destinados al tratamiento de cualquier problema dental que requiera atención inmediata para el alivio del dolor, hemorragia profusa, infección o lesión grave en piezas dentales, encías o mandíbula.

Si tiene una necesidad dental urgente o de emergencia, comuníquese con su PDP. Si tiene un problema grave, llame al 911 o vaya de inmediato al centro de emergencias más cercano. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencias.

Nosotros pagamos los servicios de emergencia proporcionados por un proveedor dental incluso si no participa en nuestro plan o no está en nuestra área de servicio. Medicaid o su plan de salud de Medicaid pagan el costo de los servicios proporcionados en un hospital o un centro de emergencias por cualquier tipo de atención que no sea suministrada por un proveedor dental. Tampoco necesita obtener autorización por anticipado para recibir atención médica de emergencia o para los servicios que reciba en una sala de emergencias para tratar su problema de salud.

Si tiene una emergencia cuando esté fuera de su casa, obtenga la atención médica que necesite. Asegúrese de comunicarse con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 cuando pueda para informarnos de la situación.

Sección 3.4 ¿Qué sucede cuando un PDP, especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

A lo largo del año podemos introducir cambios en los dentistas, especialistas (proveedores) y hospitales que forman parte de nuestro plan. Además, puede suceder que su proveedor se retire de la red. Si su médico, especialista u otro proveedor de quien recibe tratamiento rutinario se retira de nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se describen a continuación:

- Cuando sea posible, le notificaremos cuando su PDP u otro proveedor de quien reciba tratamiento rutinario se retire de la red del plan. Se lo notificaremos 15 días calendario después de que el plan reciba la notificación de que su proveedor se retira de la red o 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigor de la baja del proveedor para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención de salud.
- Si está recibiendo tratamiento dental, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento necesario por razones médicas que está recibiendo y trabajaremos con usted para garantizarlo. Para obtener más información, consulte la Sección 5.3 (*Continuidad de la atención, incluidas las transiciones de la atención*).

Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor cualificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja formal o una apelación contra nuestra decisión.

- Si se entera de que su dentista o especialista se retira de nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor que coordine su atención.
- Puede elegir los proveedores de atención médica de la red que prefiera en la medida en que sea posible y adecuado.
- Si está recibiendo un tratamiento autorizado previamente con un proveedor participante, y el proveedor deja de estar disponible para seguir proporcionándole servicios, el plan se lo notificará por escrito en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que el plan tenga conocimiento de dicha falta de disponibilidad y diseñará un plan de transición para que no se interrumpa su atención.

Sección 3.5 Recibir atención de proveedores fuera de la red

Atención de especialistas y remisiones

En ocasiones es necesario ver a un proveedor distinto a su PDP para el tratamiento de problemas dentales como enfermedades, lesiones o situaciones especiales. Hable primero con su PDP. Su

PDP le remitirá a un especialista. Un especialista es un proveedor que se centra en un tipo de servicio dental.

Si usted tiene un coordinador de casos clínicos, asegúrese de informarle sobre las remisiones que tenga. El coordinador de casos clínicos trabajará con el especialista para que usted reciba la atención necesaria.

Su PDP, su coordinador de casos clínicos o el Departamento de servicios para afiliados pueden ayudarle a encontrar un proveedor para que le dé una segunda opinión. Usted puede escoger a cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, le ayudaremos a buscar uno que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita ver un proveedor que no esté en nuestra red para la segunda opinión, debemos aprobarlo para que pueda verlo.

Cuando el plan le da una autorización previa para recibir tratamiento de un proveedor fuera de la red, nunca se le debe cobrar más del 10% de los costos permitidos, si los hubiera, hasta ciertos límites o desembolsos personales máximos por los servicios cubiertos. Si considera que se le ha cobrado de más por los servicios cubiertos, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual).

Sección 3.6 Atención de urgencias, emergencias y fuera del horario laboral

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

Una “**emergencia médica**” ocurre cuando usted, o cualquier otra persona razonable con conocimiento promedio de medicina y salud, consideran que usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una parte u órgano del cuerpo.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para solicitar ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. Usted *no* necesita obtener aprobación ni una remisión de su PDP.
- **Asegúrese de informar a nuestro plan acerca de su emergencia tan pronto como le sea posible.** Debemos hacer seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, normalmente en las 48 horas siguientes al inicio de la emergencia. ¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener cobertura de los servicios de emergencia cuando los necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios. La atención médica de emergencia no tiene cobertura fuera de Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que usted, o cualquier otra persona razonable con conocimiento promedio de salud y medicina, considere que el traslado a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud.

Si tiene una emergencia, DentaQuest o su PDP se comunicará con los médicos que le ofrecen la atención médica de emergencia para ayudar con la coordinación y el seguimiento de los

servicios que le ofrezcan. Los médicos que le proporcionan la atención médica de emergencia decidirán el momento en que su estado de salud sea estable y la emergencia haya finalizado.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su estado de salud siga estable. El plan cubrirá la atención de seguimiento. Si un proveedor fuera de la red le proporciona atención de emergencia, el plan o su PDP trabajarán con usted según sea necesario para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

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

¿Qué sucede si no es una emergencia médica?

A veces resulta difícil saber si usted está experimentando una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que vaya a una sala de emergencias pensando que su salud corre grave peligro y que el médico le diga que después de todo no se trataba de una emergencia médica.

Los siguientes son ejemplos de emergencias médicas:

- Hemorragia profusa.
- Dolores fuertes de cabeza o de otro tipo.
- Choque (síntomas que a menudo incluyen sudoración, sensación de sed, mareo o piel pálida).

Si se concluye que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica. Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solamente si* la obtiene de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional;
– o –
- La atención adicional que recibe se considera “servicios que se necesitan con urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos servicios. Para obtener más información, consulte la información a continuación titulada “¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y necesita atención de urgencia fuera del horario laboral?” y “¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita atención de urgencia?”.

Consulte la lista de emergencias médicas en su manual del afiliado.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y necesita atención de urgencia fuera del horario laboral?

Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad o lesión dental o bucal imprevista que no sea de emergencia, o una afección que requiera atención inmediata para que la salud no empeore debido a síntomas que una persona razonable creería que no son de emergencia pero que sí requieren atención médica. Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de un proveedor de la red, pagaremos los servicios cubiertos que se le hayan proporcionado.

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita, una cirugía o una hospitalización, su PDP le ayudará a solicitar la autorización para los servicios dentales. Debemos aprobar los servicios de un proveedor dental en el hospital antes de que usted vaya, excepto en casos de emergencia. No pagaremos los servicios de un proveedor dental en un hospital a menos que los hayamos autorizado. Si tiene un coordinador de casos clínicos, esa persona trabajará con usted y con su proveedor dental para que reciba los servicios necesarios después de salir del hospital.

Atención médica de emergencia

Una emergencia dental surge cuando usted necesita atención inmediata para detener una hemorragia, aliviar un dolor agudo o salvar una pieza dental. Algunos ejemplos son:

- Un absceso
- Hemorragia que no se detiene
- Una infección

Los servicios de emergencia son aquellos que recibe cuando está muy enfermo o sufre una lesión grave. El propósito de estos servicios es salvar la vida o evitar que la situación empeore. Por lo general se proporcionan en una sala de emergencias.

Si tiene un problema grave, llame al 911 o vaya de inmediato al centro de emergencias más cercano. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no está seguro de que lo que tiene es una emergencia, llame a su PDP. Su PDP le aconsejará qué hacer.

Nosotros pagamos los servicios de emergencia proporcionados por un proveedor dental incluso si no participa en nuestro plan o no está en nuestra área de servicio. Medicaid o su plan de salud de Medicaid pagan el costo de los servicios proporcionados en un hospital o un centro de emergencias por cualquier tipo de atención que no sea suministrada por un proveedor dental. No necesita obtener autorización por anticipado para recibir la atención médica de emergencia o para los servicios que reciba en una sala de emergencias para tratar su problema de salud.

Si tiene una emergencia cuando esté fuera de su casa, obtenga la atención médica que necesite. Asegúrese de comunicarse con el Departamento de servicios para afiliados cuando pueda para informarnos de la situación.

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es igual a la atención de emergencia. La atención de urgencia se necesita si usted tiene una lesión o una enfermedad que debe ser tratada en las siguientes 48

horas. Por lo general, su salud o su vida no corren peligro, pero no puede esperar para ver a su PDP, o el consultorio de su PDP ya ha cerrado. Asegúrese de preguntarnos antes de ir a un centro de atención de urgencia, o es posible que tenga que pagar por esos servicios.

Si necesita atención de urgencia después del horario de trabajo y no puede comunicarse con su PDP, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al 1-844-583-6151, TTY 1-800-466-7566.

También puede comunicarse con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al 1-844-583-6151, TTY 1-800-466-7566 para buscar el centro de atención de urgencia más cercano.

Hay varias formas de acceder a la atención después del horario normal de trabajo, dependiendo de sus necesidades:

Proveedores con horario extendido

Algunos proveedores ofrecen servicio por la noche o los fines de semana.

Comuníquese con su PDP o visite su sitio web para saber en qué horario atienden.

Centro de atención de urgencia

Los centros de atención de urgencia atienden pacientes que necesitan atención médica inmediata, pero no de emergencia, cuando el dentista de atención primaria no está disponible.

Algunos centros de atención de urgencia requieren que usted haga una cita, mientras que otros reciben pacientes sin cita. Asegúrese de llamar antes y preguntar.

Los centros de atención de urgencia casi siempre se centran en problemas médicos y es posible que no traten problemas dentales. Asegúrese de llamar antes y preguntar.

Sala de emergencias

Si usted tiene una emergencia que pone en riesgo su vida, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita atención de urgencia?

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

Capítulo 4. Servicios cubiertos

Sección 4.1 Acerca de la Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

En este capítulo se describe lo que DentaQuest cubre. Puede obtener los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan, a menos que se autorice algo diferente como se describe en este manual. Algunos servicios cubiertos requieren autorización previa del plan. Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos se muestran en letra itálica en la Sección 4.2 (*Tabla de beneficios*).

En la Tabla de beneficios de este capítulo se explica en qué momento hay límites o requisitos de autorización previa para los servicios. Los servicios cubiertos por Medicaid en la Tabla de beneficios están respaldados por las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, capítulos He-W 506, He-W 530 y He-W 566. Las normas están disponibles en Internet en http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm.

Sobre los servicios cubiertos:

- La Tabla de beneficios contiene los servicios que DentaQuest cubre. La tabla es para su información general y es posible que no incluya todos los beneficios disponibles para usted. Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).
- Los servicios en la Tabla de beneficios están cubiertos **solo cuando se cumplen los requisitos siguientes:**
 - Los servicios cumplen las directrices de cobertura establecidas por el programa dental New Hampshire Smiles para adultos.
 - Los servicios son necesarios por razones médicas. Para obtener más información sobre los servicios necesarios por razones médicas, consulte la Sección 6.1 (*Servicios necesarios por razones médicas*).
 - Los servicios son proporcionados por proveedores de la red, a menos que se autorice de otra manera según se describe en este manual. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que obtenga autorización previa del plan. Para más información sobre cómo usar proveedores dentro y fuera de la red, consulte el Capítulo 3 (*Uso de DentaQuest para los servicios cubiertos*).
 - Usted no paga nada por los servicios preventivos y diagnósticos siempre que respete las reglas del plan descritas en este manual. Es posible que algunos afiliados tengan que pagar el costo compartido en el momento de recibir los servicios. Al final de este manual encontrará un apéndice donde se describe el costo compartido que debe pagar en el momento de recibir el servicio.
- Con excepción de los afiliados que están exentos del costo compartido según se describe en la Enmienda al plan estatal sobre costos compartidos de Medicaid, DentaQuest

exigirá el costo compartido en el punto de servicio (*POS, Point of Service*) para los servicios cubiertos para aquellos afiliados que el Departamento considere que tienen ingresos anuales iguales o superiores al cien por ciento (100%) del nivel federal de pobreza (*FPL, Federal Poverty Level*), de la siguiente manera:

- Un copago equivalente al 10% del costo del tratamiento suministrado en una cita dental, excepto en los servicios preventivos y de diagnóstico. El costo compartido no puede superar el 5% del ingreso familiar anual para los servicios cubiertos.
- Los servicios siguientes están exentos del costo compartido:
 - Servicios diagnósticos y preventivos,
 - Servicios relacionados con el embarazo,
 - Servicios derivados de eventos potencialmente evitables, y
 - Los afiliados están exentos de los copagos cuando:
 - El afiliado está por debajo del umbral de ingresos designado (cien por ciento [100%] o por debajo del FPL).
 - El afiliado está ingresado en un centro de enfermería o en un establecimiento de atención intermedia (*ICF/MR, Intermediate Care Facility*) para afiliados con ID.
 - El afiliado participa en uno (1) de los programas de exención de los HCBS.
 - La afiliada está embarazada y recibe servicios relacionados con el embarazo o cualquier otro problema de salud que pueda complicar el embarazo.
 - La afiliada está en el Programa para el tratamiento del cáncer cervical y de mama.
 - El afiliado está recibiendo cuidados paliativos; o
 - El afiliado es un nativo de Alaska o indígena americano.
- Los indígenas americanos o nativos de Alaska que hayan recibido o estén recibiendo actualmente un artículo o servicio proporcionado por un IHCP o a través de una remisión en virtud de un contrato de servicios de salud, estarán exentos todos los costos compartidos, incluidos los copagos y las primas. [42 CFR 447.52(h); 42 CFR 447.56(a)(1)(x); ARRA 5006(a); 42 CFR 447.51; SMDL 10-001]
- Los beneficios del programa dental New Hampshire Smiles para adultos pueden cambiar con el tiempo. Se le notificará por correo de dichos cambios.

Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Sección 4.2 **Tabla de beneficios**

Servicios cubiertos por el plan

Servicios dentales

El plan cubre los siguientes servicios dentales hasta un límite anual de \$1,500 en servicios dentales en un consultorio (puede aplicarse el costo compartido* con excepción de los servicios de diagnóstico y preventivos) para adultos a partir de 21 años:

- Servicios preventivos.
 - Examen bucodental completo.
 - Radiografías anuales o radiografías de otro tipo.
 - Profilaxis: limpieza dental cada 150 días.
 - Fluoruro tópico cada 150 días.
 - Instrucciones para la higiene bucal.
 - Manejo del comportamiento.
 - Asesoramiento para dejar de fumar.
- Servicios dentales integrales de restauración para prevenir o tratar afecciones bucodentales (la frecuencia varía según el procedimiento específico).
- Servicios periodontales limitados.
- Extracciones y otros servicios de cirugía maxilofacial necesarios para aliviar el dolor, eliminar la infección o evitar la pérdida inminente de piezas dentales.
- Cobertura de prótesis removibles para determinadas personas a las que se hace referencia en un apéndice al final de este Manual del afiliado, si lo hay.
- Servicios en centros ambulatorios cuando sean necesarios por razones médicas; se requiere autorización previa.

*Para obtener información sobre el costo compartido que podría tener que pagar, consulte el anexo que aparece al final de este Manual del afiliado. Usted es responsable de todos los costos que superen su límite máximo anual de beneficio de \$1,500 por servicios cubiertos (excluidos los servicios diagnósticos y preventivos).

No se requiere autorización previa del plan para los servicios preventivos proporcionados por un proveedor de la red.

Se requiere autorización previa para todos los demás servicios mencionados anteriormente.

No se requiere autorización previa del plan para la atención médica de emergencia dentro y fuera de la red.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151.

Servicios cubiertos por el plan**Cirugía ambulatoria**

El plan cubre la cirugía ambulatoria odontológica para la salud dental y bucal necesaria por razones médicas que se lleve a cabo en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.

Puede ser necesaria una autorización previa para ciertos procedimientos.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al 1-844-583-6151.

Medicamentos recetados

Su plan de salud Medicaid podría cubrir los medicamentos recetados necesarios por razones médicas (y los medicamentos de venta libre con receta) que hayan sido recetados por proveedores de la red. Pueden aplicarse reglas y copagos.

Para reducir el gasto de Medicaid de NH sin dejar de garantizar el acceso a una atención de calidad, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*DHHS, Department of Health and Human Services*) puso en marcha las iniciativas del Programa de beneficios farmacéuticos de Medicaid de NH que se indican a continuación. Magellan Rx Management es el administrador de los beneficios farmacéuticos de Medicaid de NH.

Para obtener más información, consulte el Manual del afiliado de su plan de salud de Medicaid y la Lista de medicamentos cubiertos, o comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de Medicaid al 1-866-664-4506.

Servicios cubiertos por el plan

Servicios de telemedicina

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

- Dentista
- Especialista de salud bucal
- Profesional de la salud asociado (por ejemplo, técnico, asistente, terapeuta, tecnólogo)

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

- Consultorio del médico general
- Consultorio del profesional de la salud asociado
- Hospital
- Centro de enfermería especializada
- Centro de salud certificado por el gobierno federal (*FQHC, Federally Qualified Health Center*)
- Centro de salud rural (*RHC, Rural Health Center*)
- Hogar del afiliado

Atención médica de emergencia disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, con el servicio de teleodontología en Teledentistry.com y bit.ly/NH-teledentistry 866-302-0905

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151.

Servicios de tratamiento para el consumo de tabaco

El plan cuenta con los servicios de tratamiento del consumo de tabaco *QuitNowNH* tanto si fuma como si masca, inhala o vapea tabaco. Llame a la línea gratuita **1-800-QUIT-NOW** (1-800-784-8669) (Centro de enlace TDD **1-800-833-1477**), las 24 horas del día de los 7 días de la semana, o ingrese a www.QuitNowNH.org.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151.

Servicios de transporte – transporte médico no urgente (*NEMT, non-emergency medical transportation*)

El plan cubre los servicios de transporte médico no urgente si no puede pagar el costo del transporte a los consultorios y centros de los proveedores de la red (y a los proveedores fuera de la red con autorización previa) para los servicios cubiertos necesarios por razones médicas del programa dental New Hampshire Smiles para adultos que se indican en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

En el caso del transporte médico no urgente, debe seguir las reglas del plan para obtener el reembolso o los servicios de transporte.

Las reglas del plan son:

- Debe usar el Programa de reembolso de la distancia recorrida para familiares y amigos o el transporte público. Si estas opciones no están a su disposición, se suministrarán servicios de transporte de la red cuando se cumplan las reglas del plan

Excepciones al Programa de reembolso de la distancia recorrida para familiares y amigos

- Debe usar el Programa de reembolso de la distancia recorrida para familiares y amigos si usted tiene carro, o cuando un amigo o un familiar con carro puede llevarle al lugar donde se le proporcionará el servicio necesario por razones médicas.
- Si tiene carro y no desea inscribirse en el Programa para familiares y amigos, debe cumplir uno (1) de los siguientes criterios para reunir las condiciones para los servicios de transporte:
 - No tener una licencia de conducir válida;
 - No tener un vehículo que funcione disponible en el grupo familiar;
 - No puede viajar o esperar solo a que le atiendan; o
 - Tener una limitación física, cognitiva, mental o de desarrollo
- Si no tiene carro o no hay uno disponible, debe usar el transporte público si cumple uno (1) de los siguientes criterios:
 - Vive a menos de media milla de una ruta de autobús;
 - Su proveedor está a menos de media milla de la ruta de autobús;
 - Es un adulto menor de sesenta y cinco (65) años

Las excepciones al requisito de transporte público son:

- Si tiene dos (2) o más hijos menores de seis (6) años que van a viajar con usted;

Servicios cubiertos por el plan

- Si tiene uno (1) o más hijos mayores de seis (6) años con movilidad limitada que le van a acompañar a la cita; o

Continúa en la página siguiente

Servicios de transporte – transporte médico no urgente (NEMT, non-emergency medical transportation) – Viene de la página anterior)

- Si tiene al menos una (1) de las siguientes condiciones:
 - Está embarazada o han pasado hasta seis (6) semanas después del parto;
 - Afección respiratoria de moderada a grave con o sin dependencia de oxígeno;
 - Movilidad limitada (andador, bastón, silla de ruedas, amputación de alguna extremidad, etc.);
 - Discapacidad visual;
 - Retraso en el desarrollo;
 - Grado significativo e incapacitante de enfermedad mental; o
 - alguna otra excepción solo con aprobación del proveedor.

Para programar el reembolso de la distancia recorrida para familiares y amigos, el transporte público o el transporte al consultorio de un proveedor o un centro para recibir los servicios indicados en el Manual del afiliado, comuníquese con CTS a la línea gratuita **1-844-304-6630** con antelación a la cita, de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 6 p.m. ET.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151.

Servicios cubiertos por el plan

Atención que se necesita con urgencia

El plan cubre la atención que se necesita con urgencia proporcionada por proveedores dentro o de fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles.

La atención que se necesita con urgencia es la que se ofrece para tratar lo siguiente:

- Una situación que no es de emergencia (no incluye servicios de atención primaria de rutina)
- Una enfermedad dental o bucal repentina
- Una lesión dental
- Un problema de salud dental o bucal que requiera atención inmediata

Para obtener más información, consulte la Sección 3.6 (*Atención de urgencias, emergencias y fuera del horario laboral*).

Si necesita atención con urgencia, primero debe tratar de obtenerla en un centro de atención de urgencia de la red o comunicarse con el plan al (844) 583-6151. Debe informar a su PDP siempre que sea posible si ha recibido este tipo de atención.

No se requiere autorización previa del plan para los servicios que se necesitan con urgencia.

La atención que se necesita con urgencia no tiene cobertura fuera de Estados Unidos y sus territorios.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151.

Sección 4.3 Beneficios adicionales que proporciona el plan

El plan ofrece algunos beneficios adicionales que están a su disposición además de los servicios cubiertos requeridos por el programa dental New Hampshire Smiles para adultos.

Los beneficios adicionales son:

Incentivo de comportamiento saludable: educación sobre opioides

Los destinatarios de este programa serán los afiliados a quienes recientemente se les haya extraído una pieza dental. Tendrán derecho a la tarjeta regalo de recompensa si completan un curso en línea diseñado para reducir la probabilidad de nuevas adicciones a los opioides mediante la promoción de la seguridad con los opioides y opciones alternativas de tratamiento del dolor en los planes dentales del estado de NH | Seguro dental Medicaid CHIP - DentaQuest. El propósito de este programa es concienciar sobre la epidemia de opioides y su seguridad. El incentivo que se ofrece a los afiliados es una tarjeta regalo de \$25 que puede usarse para adquirir

productos de venta libre relacionados con la salud, alimentos saludables o artículos para el cuidado del bebé. El afiliado recibirá la tarjeta regalo por correo y será elegible para recibir este premio una vez al año.

Incentivo de comportamiento saludable: dos consultas dentales de prevención en un periodo de 12 meses

Este programa es para todos los afiliados. Los afiliados que reúnan los requisitos recibirán una tarjeta regalo de \$25 como recompensa si realizan dos consultas dentales de prevención en un periodo de 12 meses. Promover la atención dental periódica a intervalos adecuados optimizará los resultados de la salud bucal, además de detectar y resolver problemas a tiempo. La tarjeta regalo de recompensa se puede usar para adquirir productos de venta libre relacionados con la salud, alimentos saludables o artículos para el cuidado del bebé. El afiliado recibirá la tarjeta regalo por correo y será elegible para recibir este premio una vez al año. Este beneficio será automático: el afiliado recibirá la tarjeta regalo si realiza dos consultas de prevención en un periodo de 12 meses.

Sección 4.4 Beneficios que el programa dental New Hampshire Smiles para adultos cubre fuera del plan

El programa dental New Hampshire Smiles para adultos cubre directamente algunos beneficios de Medicaid que el plan no cubre, aunque el plan puede ayudar a coordinarlos. Por este motivo, debe llevar siempre consigo tanto su tarjeta de ID de DentaQuest como su tarjeta de afiliación a Medicaid de New Hampshire. Muestre siempre su tarjeta de ID de DentaQuest para recibir los servicios dentales cubiertos por el plan. Si necesita ayuda para obtener cualquier servicio cubierto, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados al teléfono (844) 583-6151. (Los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

LLEVE SIEMPRE CONSIGO SU TARJETA DE ID DE SERVICIOS DENTALES DE DENTAQUEST Y SU TARJETA DE AFILIACIÓN A MEDICAID DE NEW HAMPSHIRE.

Nuestro plan no cubre los servicios siguientes para personas mayores de 21 años. Sin embargo, estos servicios están disponibles a través de Medicaid de New Hampshire, o de un plan de salud de Medicaid con contrato con el NH DHHS siempre que el proveedor esté inscrito en el programa dental New Hampshire Smiles para adultos:

- Beneficios de salud física, salud del comportamiento y medicamentos recetados cubiertos por Medicaid de NH. Para obtener más información, consulte los servicios cubiertos que se incluyen en el Manual del afiliado del plan de salud de Medicaid.
- Servicios de residencias de ancianos o centros de enfermería (a veces denominados servicios de centros de enfermería de cuidado a largo plazo),

incluidos servicios de centros de enfermería especializada, servicios de centros de enfermería de cuidado a largo plazo y servicios de centros de atención intermedia (residencias de ancianos y habitaciones que pueden alternar entre el cuidado intensivo y la atención especializada).

- Servicios de centros de atención intermedia (residencias de ancianos y habitaciones que pueden alternar entre el cuidado intensivo y la atención especializada)
- Servicios ofrecidos por Glencliff Home
- Servicios de exención de atención domiciliaria y comunitaria para:
 - Afiliados con trastornos cerebrales adquiridos;
 - Afiliados con discapacidades del desarrollo;
 - Afiliados con discapacidades relacionadas con la edad, enfermedades crónicas o discapacidades físicas en el marco de la exención por opciones de independencia.

Estos programas proporcionan servicios y ayudas a largo plazo en su hogar, así como en establecimientos de cohabitación con asistencia, residencias comunitarias y residencias para ancianos y aquellos con dificultad para vivir en sus hogares.

- Servicios de salud mental e intervención para situaciones de crisis, incluidos servicios móviles de respuesta a crisis, servicios de estabilización relacionados posteriores a la intervención y servicios de psicoterapia y psiquiatría de emergencia cuando los proporcione un equipo de respuesta rápida de un centro comunitario de salud mental.

Para obtener más información, comuníquese con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Sección 4.5 Beneficios de salud dental y bucal que no cubre nuestro plan o el programa dental New Hampshire Smiles para adultos

¿Qué es lo que debe pagar?

Es posible que tenga que pagar las citas o los servicios dentales que no estén cubiertos. Un servicio cubierto es aquél que debe proporcionar el programa de Medicaid. Todos los servicios incluidos en este manual son servicios cubiertos. Recuerde que solo porque un servicio esté cubierto no significa que usted lo necesitará. Es posible que tenga que pagar por los servicios si no los autorizamos antes.

Si recibe una factura de algún proveedor, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Nosotros le ayudaremos.

Esta sección le indica qué beneficios están excluidos del plan y del programa dental New Hampshire Smiles para adultos. “Excluido” significa que ni el plan ni Medicaid de NH pagarán esos beneficios. La lista siguiente describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos.

El plan no cubrirá los servicios y artículos que se incluyen en esta sección (o en cualquier otra parte de este Manual del afiliado) excepto en las condiciones específicas indicadas. Si considera que debemos pagar un servicio o artículo que no está cubierto, puede presentar una apelación o una queja formal. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o una queja formal, consulte la Sección 10 (*Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal*).

Capítulo 5. Uso de DentaQuest para gestionar su salud

Sección 5.1 Programas y servicios especiales

Los programas de incentivos para afiliados siguientes son programas de incentivos diseñados para recompensar y reforzar los comportamientos saludables, mejorar los conocimientos básicos sobre salud y promover la atención preventiva para los afiliados a Medicaid en New Hampshire. El objetivo del Programa de comportamientos saludables es hacer que los beneficiarios de Medicaid sean conscientes de sus comportamientos y hacer énfasis en la importancia de las elecciones personales cuando tomen decisiones sobre su salud bucal.

Examen de evaluación de riesgos dentales:

DentaQuest realizará un Examen de evaluación de riesgos dentales a todos los afiliados existentes y a los recién afiliados en los siguientes noventa (90) días calendario a partir de la fecha de vigencia de afiliación. Esta evaluación de riesgos proporciona información preliminar para identificar a los afiliados que necesitan atención dental o apoyo adicional que va más allá de la atención dental. Los afiliados que reúnan los requisitos recibirán una tarjeta regalo de \$25 luego de que hayan enviado un formulario de Valoración de la salud bucal a DentaQuest ya sea por correo o por Internet en DentaQuest.com/newhampshire a través del sitio web de DentaQuest. El afiliado puede recibir este premio una vez al año y es responsable de enviar el formulario de Valoración de la salud bucal por correo o por Internet.

Incentivo de comportamiento saludable: educación sobre opioides

Los destinatarios de este programa serán los afiliados a quienes recientemente se les haya extraído una pieza dental. Tendrán derecho a la tarjeta regalo de recompensa si completan un curso en línea diseñado para reducir la probabilidad de nuevas adicciones a los opioides mediante la promoción de la seguridad con los opioides y opciones alternativas de tratamiento del dolor en DentaQuest.com/newhampshire. El propósito de este programa es concienciar sobre la epidemia de opioides y su seguridad. El incentivo que se ofrece a los afiliados es una tarjeta regalo de \$25 que puede usarse para adquirir productos de venta libre relacionados con la salud, alimentos saludables o artículos para el cuidado del bebé. El afiliado recibirá la tarjeta regalo por correo y será elegible para recibir este premio una vez al año. El afiliado debe haber tenido una extracción dental y haber completado el curso en línea sobre seguridad con los opioides.

Incentivo de comportamiento saludable: dos consultas dentales de prevención en un periodo de 12 meses

Este programa es para todos los afiliados. Los afiliados que reúnan los requisitos recibirán una tarjeta regalo de \$25 como recompensa si realizan dos consultas dentales de prevención en un periodo de 12 meses. Promover la atención dental periódica a intervalos adecuados optimizará los resultados de la salud bucal, además de detectar y resolver problemas a tiempo. La tarjeta regalo de recompensa se puede usar para adquirir productos de venta libre relacionados con la salud, alimentos saludables o artículos para el cuidado del bebé. El afiliado recibirá la tarjeta regalo por correo y será elegible para recibir este premio una vez al año. Este beneficio será

automático: el afiliado recibirá la tarjeta regalo si realiza dos consultas de prevención en un periodo de 12 meses.

ORAL HEALTH ASSESSMENT

Please fill out this form so we can help provide you with the best care. Complete one form for each member of your household who is a DentaQuest Plan member. Once you are done, mail the form(s) back to the mailing address listed below. You can download new member surveys by visiting DentaQuest.com/newhampshire.

Name: _____

Date of Birth: _____

Phone: _____ (Cell) _____ (Home)

Today's Date (mm/dd/yyyy): _____

DentaQuest Member ID Number: _____



1. Do you have tooth pain or a dental problem right now?

Yes No

2. Have you been to the Emergency Room for a dental problem in the past 12 months?

Yes No

3. Was your last visit to the dentist more than 12 months ago?

Yes No

4. Do you brush your teeth less than twice a day?

Yes No

5. Do you smoke or use tobacco/vaping products?

Yes No

If "yes" above, would you like assistance to stop using tobacco/vaping products?

Yes No

6. Do you have a special need that makes it hard for you to see the dentist?

Yes No

If yes, which one? (select all that apply)

I have an intellectual and/or physical disability

I am nervous or afraid to visit the dentist

I use a wheelchair or stretcher

Other (please explain) _____

7. Are you pregnant?

Yes No

8. Do you have a health problem or illness that makes it hard for you to see the dentist?

Yes No

If yes, which one? (select all that apply)

Diabetes

Kidney Disease

Heart Disease

Lung Disease

Cancer

Mental Illness or Mental Health Problem

Drug or Alcohol use or abuse

Other (please explain) _____

9. Do you have any other type of problem that makes it hard for you to see the dentist? (For example, "I don't have a way to get to the dentist.")

Yes No

If yes, (please explain) _____

Mail this form to:

DentaQuest

ATTN: Case Management

PO Box 2906

Milwaukee, WI 53201-9292

844-583-6151

Monday - Friday 8 a.m. to 7 p.m.

DentaQuest 

VALORACIÓN DE LA SALUD BUCAL

Complete este formulario para poder proporcionarle la mejor atención. Complete un formulario para cada integrante de su grupo familiar que esté afiliado al plan de DentaQuest. Cuando haya terminado, envíe los formularios por correo a la dirección indicada abajo. Puede descargar las encuestas para nuevos afiliados en DentaQuest.com/newhampshire.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ (Celular) _____ (Hogar)

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa): _____

Número de identificación del afiliado a DentaQuest: _____



- ¿Tiene dolor de muelas o un problema dental en este momento?
 Sí No
- ¿Ha tenido que ir a la sala de emergencias por un problema dental en los últimos 12 meses?
 Sí No
- ¿Visitó al dentista por última vez hace más de 12 meses?
 Sí No
- ¿Se cepilla los dientes menos de dos veces al día?
 Sí No
- ¿Fuma o usa productos derivados del tabaco o productos para vapear?
 Sí No
 Si respondió "sí" a la pregunta anterior, ¿le gustaría que le ayudaran a dejar de usar productos derivados del tabaco o productos para vapear?
 Sí No
- ¿Tiene alguna necesidad especial que le dificulte ir al dentista?
 Sí No
 De ser así, ¿cuál de las siguientes? (Marque todos los que se apliquen.)
 Tengo una discapacidad física o intelectual.
 Siento ansiedad o me da miedo ir al dentista.
 Uso una silla de ruedas o una camilla.
 Otro (explique, por favor): _____
- ¿Está embarazada?
 Sí No
- ¿Tiene algún problema de salud o enfermedad que le dificulte ir al dentista?
 Sí No
 De ser así, ¿cuál de los siguientes? (Marque todos los que se apliquen.)
 Diabetes
 Enfermedad renal
 Enfermedad cardíaca
 Enfermedad pulmonar
 Cáncer
 Enfermedad mental o problema de salud mental
 Drogadicción o alcoholismo
 Otro (explique, por favor): _____
- ¿Tiene algún otro tipo de problema que le dificulte ir al dentista? (Por ejemplo, "No tengo transporte para ir al dentista.")
 Sí No
 Si es así, explique por qué: _____

Envíe este formulario por correo a:

DentaQuest

ATTN: Case Management

PO Box 2906

Milwaukee, WI 53201-9292

844-583-6151

Lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m.

DentaQuest 

Sección 5.2 Apoyo que ofrecen los coordinadores de la atención

El Departamento de coordinación de casos clínicos de DentaQuest tiene coordinadores comunitarios y coordinadores de casos clínicos dedicados a ayudar a los afiliados con necesidades médicas o conductuales complejas. Proporcionamos coordinación de la atención a los afiliados que se enfrentan a obstáculos en la atención, como quienes tienen discapacidades mentales o físicas graves, enfermedades crónicas mal tratadas o que, por algún otro motivo, necesitan proveedores dentales especialmente capacitados formados y adaptaciones. Los afiliados y los representantes autorizados que se comuniquen con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 también pueden solicitar que se les transfiera al Departamento de coordinación de casos clínicos si el representante del Departamento de servicios para afiliados no puede ayudarles debido a la presencia de necesidades de atención complejas como las descritas anteriormente. Un integrante del equipo del Departamento de coordinación de casos clínicos se pondrá en contacto con los afiliados que envíen una Valoración de la salud bucal que indique la presencia de necesidades especiales de atención de salud o asistencia especial para obtener la atención dental necesaria.

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

“Continuidad de la atención médica” se refiere a la provisión de atención continua para enfermedades crónicas o agudas a través de las transiciones de los afiliados entre:

- Centros de atención de salud
- Residencia del afiliado o residencia comunitaria
- Proveedores
- Áreas de servicio
- Planes de atención médica administrada
- Pago por servicios recibidos (*FFS, fee-for-service*) de Medicaid
- Cobertura de atención médica administrada y seguros privados

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, es posible que ya esté recibiendo servicios de uno o varios proveedores. Nos aseguraremos de que reciba la atención que necesita. Si su proveedor no está en nuestro plan, le ayudaremos a encontrar uno que sí lo esté, programaremos una cita y trasladaremos sus historias clínicas al nuevo proveedor. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151.

De la política de coordinación de casos clínicos, la continuidad y la coordinación de la atención:

Se garantizará la continuidad y la coordinación de la atención a los afiliados mediante la colaboración y la comunicación con el plan de atención médica, el plan de salud dental, la agencia estatal, los proveedores de servicios comunitarios y los proveedores médicos y dentales. Todos los afiliados recibirán el apoyo necesario para coordinar la atención, recibir los servicios

necesarios para mejorar la salud y reducir los obstáculos en la atención. Para garantizar que el afiliado tenga una fuente continua de atención específica a sus necesidades, se le asignará un proveedor dental primario (*PDP, Primary Dental Provider*) acorde con las necesidades y preferencias del afiliado en la medida de lo posible y apropiado. Se evaluará a los afiliados que pasen al plan dental para determinar sus necesidades y que reciban asistencia para dar solución a los problemas actuales.

Cuando pase a nuestro plan del programa dental New Hampshire Smiles para adultos de otro plan de atención médica administrada de Medicaid u otro tipo de cobertura de seguro de salud, es posible que se pueda dar continuidad a su tratamiento. Cuando cumpla al menos una (1) de las condiciones que se indican a continuación, podrá seguir recibiendo atención de sus proveedores actuales durante un tiempo limitado, incluso si su proveedor está fuera de la red de DentaQuest. Además de cumplir al menos una (1) de las condiciones que se indican a continuación, su proveedor actual de la red debe estar al corriente con el plan y con el programa dental New Hampshire Smiles para adultos para seguir proporcionándole tratamiento.

Podrá seguir recibiendo atención de sus proveedores tratantes durante un tiempo limitado cuando alguna de estas circunstancias clínicas se aplique en su situación	Durante este periodo de tiempo podrá seguir recibiendo atención de sus proveedores tratantes	Durante este periodo de tiempo podrá seguir recibiendo los medicamentos que le han recetado
En el momento de la transición, tiene un tratamiento en curso previamente autorizado por su proveedor actual.	Hasta 90 días calendario a partir de la fecha de afiliación o hasta que termine la revisión de necesidad médica por parte del plan, lo que ocurra primero	Durante un máximo de 90 días calendario a partir de la fecha de afiliación o hasta que termine la revisión de necesidad médica por parte del plan, lo que ocurra primero
Está recibiendo servicios de su proveedor actual y tiene una enfermedad aguda, una afección lo suficientemente grave como para requerir atención dental para la cual una interrupción en el tratamiento podría, de manera razonable, dar lugar a muerte o daño permanente.		
Está recibiendo servicios que deben continuar porque tiene un problema de salud o enfermedad crónica, un problema de salud o enfermedad que pone en peligro su vida, es degenerativa o incapacitante y requiere atención o tratamiento dental durante un periodo de tiempo prolongado.		

Podrá seguir recibiendo atención de sus proveedores tratantes durante un tiempo limitado cuando alguna de estas circunstancias clínicas se aplique en su situación	Durante este periodo de tiempo podrá seguir recibiendo atención de sus proveedores tratantes	Durante este periodo de tiempo podrá seguir recibiendo los medicamentos que le han recetado
Está en el segundo o tercer trimestre de embarazo y prefiere seguir recibiendo la atención médica con su proveedor actual.		
Desea o necesita que continúen los servicios con sus proveedores actuales porque tiene una enfermedad terminal y el pronóstico médico de esperanza de vida es de seis (6) meses o menos.	Durante el embarazo y hasta 60 días calendario después del parto.	
	Por el resto de vida en lo que respecta a la atención directamente relacionada con el tratamiento de la enfermedad terminal o sus efectos médicos.	

Cuando se traslada a otro proveedor, usted o su proveedor autorizado pueden solicitar la transferencia de sus historias clínicas a sus nuevos proveedores.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Capítulo 6. Reglas sobre la autorización previa de los servicios

Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos se muestran en letra itálica en la Sección 4.2 (*Tabla de beneficios*). Para todos los servicios que requieren autorización previa, su proveedor debe solicitar y recibir la autorización previa de DentaQuest para que usted pueda obtener la cobertura del servicio. Si no obtiene esta autorización, es posible que DentaQuest no cubra el servicio.

Para obtener más información sobre cómo obtener autorización previa para los servicios, consulte la Sección 6.2 (*Obtener autorización del plan para ciertos servicios*).

Para obtener más información sobre cómo obtener autorización previa para los medicamentos recetados, consulte la Sección 7.1 (*Reglas y restricciones relacionadas con la cobertura de medicamentos: obtención de la autorización previa del plan*).

Sección 6.1 Servicios necesarios por razones médicas

Al tomar la decisión sobre la cobertura, el programa dental New Hampshire Smiles para adultos y DentaQuest tendrán en cuenta si el servicio es necesario por razones médicas.

El programa dental New Hampshire Smiles para adultos y DentaQuest determinan si un servicio es “necesario por razones médicas” de una manera que no sea más restrictiva que los criterios del programa dental New Hampshire Smiles para adultos. Para obtener información sobre los criterios que se usan para fundamentar una decisión de necesidad médica, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 y solicite una copia de las reglas que se aplican a su situación. (Los números de teléfono del Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest se indican también en la contracubierta de este manual.)

En algunos casos, DentaQuest revisará la necesidad médica después de que se hayan proporcionado los servicios cubiertos.

Aunque se decida que un servicio es necesario por razones médicas, esto no significa que el programa de Medicaid lo vaya a cubrir. Los servicios experimentales, los no aprobados por la FDA, los de investigación o los cosméticos están específicamente excluidos de la cobertura de Medicaid y se considerará que “no son necesarios por razones médicas”

En el caso de los afiliados mayores de 21 años, los servicios “necesarios por razones médicas” son aquellos servicios de atención de salud que un proveedor de atención médica autorizado, ejerciendo un juicio clínico prudente proporcionaría, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica, a un afiliado con el fin de evaluar, diagnosticar, prevenir o tratar una afección aguda o crónica, una lesión, una enfermedad o sus síntomas.

Los servicios de atención médica necesarios por razones médicas para afiliados de 21 o más años de edad deben ser:

- Clínicamente apropiados en extensión, lugar y duración;
- Coherentes con el diagnóstico o tratamiento establecido de la enfermedad, lesión, afección o sus síntomas de quien los recibe;
- No están destinados principalmente para la comodidad del afiliado, la familia del afiliado, el cuidador o el proveedor de atención médica,
- No son más costosos que otros artículos o servicios que producirían resultados diagnósticos, terapéuticos o de tratamiento equivalentes en relación con la enfermedad, lesión, afección o sus síntomas del afiliado; y
- No son de carácter experimental, investigativo o cosmético, ni duplican otros servicios.

Sección 6.2 Obtener autorización del plan para ciertos servicios

Las decisiones sobre las autorizaciones previas de DentaQuest cumplen con las leyes federales y están de acuerdo con las normas y directrices de la práctica clínica basada en la evidencia. Las directrices relacionadas con las decisiones del plan tienen en cuenta sus necesidades y se fundamentan en pruebas clínicas válidas y razonables, o según lo acordado por los proveedores de atención especializada en ejercicio. Para solicitar una copia de las directrices de práctica u obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual).

Cuando el plan deniega la solicitud de autorización de un servicio o autoriza un servicio por cierta cantidad, duración o alcance que sea inferior al solicitado, el plan les envía a usted y a su proveedor una notificación por escrito de la decisión de cobertura. Para obtener ayuda para presentar una apelación, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

Las siguientes condiciones se aplican a las solicitudes de decisión urgente de autorización previa:

- Las decisiones del plan relacionadas con la atención de urgencia se tomarán con la rapidez que requiera su estado de salud pero sin exceder 72 horas a partir de la recepción de la solicitud de servicio, a menos que usted o su representante autorizado no proporcionen información suficiente para determinar si sus beneficios están cubiertos o en qué medida.
- Si no se presenta la información necesaria, DentaQuest le notificará a usted o a su representante autorizado en las 24 horas siguientes a la solicitud y le asesorará sobre la información específica necesaria para que el plan tome una decisión.
- Usted o su representante dispondrán de un plazo razonable teniendo en cuenta cualquier circunstancia especial, pero sin que transcurran más a 48 horas, para proporcionar la información especificada.
- A partir de ese momento, la decisión del plan se tomará lo antes posible, pero a más tardar 48 horas después de que el plan haya recibido la información adicional especificada o de que haya finalizado el plazo concedido a usted o a su representante autorizado para suministrar la información adicional, lo que ocurra primero.

- En el caso de las solicitudes de autorización para continuar o ampliar sus servicios relacionadas con la atención urgente de un tratamiento en curso y una cuestión de necesidad médica, la decisión del plan se tomará en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud, siempre y cuando ésta se realice al menos 24 horas antes de que expire el periodo de tiempo o el tratamiento prescrito.
- Si no está de acuerdo con la decisión adversa de autorización previa del plan, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

Para todas las demás decisiones de autorización previa de DentaQuest se aplican las siguientes condiciones:

- La decisión de autorización previa del plan se tomará en un plazo razonable y adecuado a sus circunstancias médicas, pero no excederá de 14 días calendario a partir de la recepción de una solicitud de autorización.
- Se dispone de una prórroga de hasta 14 días calendario para las decisiones sobre radiología no diagnóstica si usted o su representante autorizado solicitan una prórroga o el plan justifica la necesidad de información adicional. Si la prórroga es necesaria porque usted o su representante autorizado no suministraron información suficiente para que el plan tome una decisión, usted o su representante autorizado contarán con al menos 45 días calendario a partir de la recepción de la notificación para proporcionar al plan la información especificada.
 - Cuando DentaQuest amplíe el plazo, el plan le notificará por escrito los motivos de la decisión de prórroga y le informará de su derecho a presentar una reclamación si no está de acuerdo con nuestra decisión. Para obtener ayuda para presentar una queja formal, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de hacerlo*).
- A partir de entonces, la decisión del plan se tomará lo antes posible pero sin que transcurran más de 14 días calendario después de la primera de las siguientes fechas:
 - El día en que el plan recibe la información adicional específica, o
 - El final del plazo concedido a usted o a su representante autorizado para suministrar la información adicional especificada.
- Si no está de acuerdo con la decisión adversa de autorización previa del plan, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

Para las decisiones de cobertura posteriores a la entrega del servicio o artículo, se aplican las siguientes condiciones:

- La decisión del plan se tomará en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de cobertura o la de su representante autorizado.
- En caso de que usted o su representante autorizado no suministren información suficiente para que DentaQuest tome su decisión, el plan le notificará a usted o a su representante autorizado, en un lapso de 15 días calendario a partir de la fecha de la solicitud, qué

información adicional es necesaria para que el plan tome su decisión. Usted o su representante autorizado tienen 45 días calendario para suministrar la información requerida. Si el plan solicita información adicional específica, el plazo para la decisión se reanuda una vez recibida dicha información adicional.

- En caso de decisión desfavorable, el plan se lo notificará por escrito a usted o a su representante autorizado en un plazo de 3 días calendario a partir de la decisión.
- Si no está de acuerdo con la decisión adversa de autorización previa del plan, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

Para obtener ayuda con su solicitud de servicio, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151.

(Los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Sección 6.3 Obtener autorización para servicios fuera de la red

Para más información sobre cómo obtener atención de proveedores fuera de la red, consulte la Sección 3.5 (*Recibir atención de proveedores fuera de la red*).

Si es usted indígena americano o nativo de Alaska (*AI/AN, American Indian/Alaska Native*) de una tribu reconocida a nivel federal o cualquier otra persona que reúna los requisitos para recibir servicios de atención de salud para indígenas americanos, se le aplicarán reglas especiales de cobertura. Puede recibir servicios fuera de la red en un centro de salud para indígenas americanos sin autorización previa. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual).

Sección 6.4 Admisión en un hospital fuera de la red en caso de emergencia

Las reglas generales de cobertura de la atención fuera de la red son diferentes para la atención de emergencia. Para obtener información sobre cómo recibir atención en hospitales fuera de la red en caso de emergencia y sobre los servicios posteriores a la estabilización, consulte la Sección 3.6 (*Atención de urgencias, emergencias y fuera del horario laboral*).

Sección 6.5 Obtener una segunda opinión

Los afiliados pueden recibir una segunda opinión de un dentista o profesional de la salud bucal calificado dentro de la red, o DentaQuest puede organizar dicha segunda opinión fuera de la red del plan sin costo alguno para usted.

Segundas opiniones

Usted tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre su atención. Esto implica hablar con un proveedor diferente para saber qué opina sobre su atención. El segundo proveedor le dará su

punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si algunos servicios o tratamientos son mejores en su caso. Obtener una segunda opinión no tiene costo alguno.

Su PDP, su coordinador de casos clínicos o el Departamento de servicios para afiliados pueden ayudarle a encontrar un proveedor para que le dé una segunda opinión. Usted puede escoger a cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, le ayudaremos a buscar uno que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita ver un proveedor que no esté en nuestra red para la segunda opinión, debemos aprobarlo para que pueda verlo.

Sección 6.6 Políticas y procedimientos utilizados en la revisión del uso

El control del uso (*UM, Utilization Management*) es el proceso que usamos para garantizar que la atención que está recibiendo es “necesaria por razones médicas”. Se trata de una atención adecuada cuando y donde la necesite. Nuestros procesos incluyen la revisión previa al servicio, la revisión del servicio en curso, la revisión urgente del servicio y la revisión posterior al servicio. El control del uso examina la necesidad clínica, la idoneidad y la eficacia de los servicios, suministros, equipos, medicamentos, procedimientos y entornos. Tomamos decisiones fundamentadas en criterios desarrollados a partir de la investigación científica y médica. Los criterios también se elaboran con las contribuciones de los proveedores. Este proceso y los criterios apoyan el uso correcto de los servicios para ofrecer a nuestros afiliados los mejores resultados en el entorno de la salud. No recompensamos a ningún responsable de tomar decisiones por denegar la cobertura de un servicio ni le ofrecemos dinero por no autorizar los servicios. Las decisiones sobre el control del uso se fundamentan en la idoneidad de la atención y el servicio, y en la existencia de cobertura. Para obtener ayuda con su solicitud de servicio, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151.

Capítulo 7. Obtener los medicamentos recetados cubiertos

Sección 7.1 Reglas y restricciones relacionadas con la cobertura de medicamentos

Su plan de salud Medicaid podría cubrir los medicamentos recetados necesarios por razones médicas (y los medicamentos de venta libre con receta) que hayan sido recetados por proveedores de la red. Pueden aplicarse reglas y copagos. Le recomendamos que hable con su dentista sobre la cobertura y el directorio de opciones.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 8.1 Sus derechos

Por estar afiliado a nuestro plan, tiene ciertos derechos relacionados con su atención de salud.

- Tiene derecho a recibir información en un formato fácilmente comprensible y accesible que satisfaga sus necesidades. Para obtener más información, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: formatos alternativos y servicios de interpretación*)
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y con la debida consideración a su dignidad e intimidad.
- Tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de manera apropiada a su condición y capacidad para entenderla.
- Tiene derecho a participar en las decisiones que se tomen sobre su atención de salud, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de todo tipo de restricción o aislamiento que se use como medio de coacción, castigo, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a consultar sus historias clínicas, solicitar y recibir una copia de las mismas, y solicitar que las historias clínicas sean modificada o corregidas.
- Tiene derecho a que los servicios y medicamentos cubiertos estén disponibles y accesibles en el momento oportuno.
- Tiene derecho a la coordinación de la atención.
- Tiene derecho a la privacidad y a la protección de su información médica personal.
- Tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y los servicios cubiertos.
- Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.

- El plan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (*NH DHHS, New Hampshire Department of Health and Human Services*) no pueden tomar ningún tipo de represalia contra usted por ejercer sus derechos.
- Tiene derecho a una segunda opinión. Para obtener más información, consulte la Sección 6.6 (*Obtener una segunda opinión*).
- Tiene derecho a saber qué hacer si te tratan injustamente o no se respetan sus derechos. Para obtener más información, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de hacerlo*).
- Tiene derecho a ser informado de cualquier cambio en la legislación estatal que pueda afectar a su cobertura. El plan le proporcionará cualquier información actualizada al menos 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigor del cambio, siempre que sea posible.
- Tiene derecho a ejercer la planificación anticipada de la atención para las decisiones que tome sobre su atención de salud si así lo desea. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 (*Planificación anticipada de la atención para tomar decisiones sobre su atención de salud*).
- Tiene derecho a presentar una queja si un proveedor no respeta sus deseos expresados en su documento de instrucciones anticipadas. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 (*Planificación anticipada de la atención para tomar decisiones sobre su atención de salud*).
- Tiene derecho a abandonar nuestro plan en determinadas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 11 (*Finalizar la afiliación al plan*).

Sección 8.2 Sus responsabilidades

A continuación se indica lo que debe hacer como afiliado al plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use este manual para saber lo que está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y 4 encontrará información detallada sobre los servicios de atención médica, lo que cubre el plan, lo que no está cubierto y las reglas que debe seguir.
 - En el capítulo 7 encontrará información detallada sobre la cobertura de los medicamentos recetados y lo que podría tener que pagar.
 - Para estar cubierto por DentaQuest, debe recibir todos los servicios de atención de salud de los proveedores de la red del plan, excepto en los siguientes casos:
 - Atención médica de emergencia;

- Atención que se necesita con urgencia cuando esté viajando fuera del área de servicio del plan; y
 - Cuando le demos autorización por anticipado para que reciba atención de un proveedor fuera de la red.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud, cobertura dental o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarlo a DentaQuest tan pronto como sea posible.** Comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual).

Estamos obligados a seguir las normas establecidas por Medicaid para asegurarnos de que usted está usando toda su cobertura. Esto se conoce como “coordinación de beneficios” porque involucra la coordinación de los beneficios de salud, dentales y de medicamentos recetados que usted obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud, dental y de medicamentos recetados que tenga a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. Para obtener información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 1.5 (*Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan*).

- **Informe a su dentista y a otros proveedores de atención médica que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado al plan y su tarjeta de ID del programa dental New Hampshire Smiles para adultos siempre que reciba los servicios cubiertos, incluidos servicios médicos u otros servicios de atención de salud y medicamentos recetados.
- **Para que su dentista y demás proveedores puedan ayudarle, es recomendable ofrecerles información, formular preguntas y hacer seguimiento a su atención de salud.**
 - Para que su dentista y otros proveedores de atención médica le proporcionen la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre su estado de salud. Proporcione a sus proveedores de atención de salud bucal la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y su dentista hayan acordado.
 - Asegúrese de informar a su dentista y sus proveedores de atención médica sobre todos los medicamentos que toma, incluidos suplementos, vitaminas y medicamentos de venta libre.
 - Si está buscando servicios de un especialista, hable con su PDP antes de acudir a uno, a menos que se trate de un caso de emergencia.
 - Acuda a las citas, sea puntual y llame con anticipación si va a llegar tarde o tiene que cancelar la cita.
 - Dé autorización a su PDP para que obtenga las copias necesarias de todos sus registros de salud bucal de otros proveedores de atención de salud bucal. En DentaQuest.com/newhampshire encontrará un formulario de autorización y divulgación de información.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Su dentista y sus proveedores de atención médica le explicarán las cosas de manera que usted pueda comprender.

Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le ofrecen, pregunte nuevamente.

- **Solicite servicios de interpretación si los necesita.** Nuestro plan tiene personal y servicios de interpretación gratuitos para responder las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. Estamos obligados a darle información accesible y adecuada acerca de los beneficios del plan sin costo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: formatos alternativos y servicios de interpretación*).
- **Respete a los demás afiliados, al personal del plan y a los proveedores.** Para más información sobre cuándo se puede dar de baja involuntariamente a un afiliado por comportamiento amenazante o abusivo, consulte la Sección 11.2 (*Cuándo se le puede desafiliar del plan de forma involuntaria*).
- **Informe al plan si se muda.** Si piensa mudarse o ya lo ha hecho, es importante que nos informe tan pronto como sea posible. Comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).
- **No permita que nadie use su tarjeta de ID de DentaQuest o su tarjeta de afiliación a Medicaid de New Hampshire.** Consulte la Sección 2.12 (*Cómo reportar presuntos casos de fraude, desperdicio o abuso*). Notifíquenos cuando crea que alguien ha hecho uso indebido e intencional de los beneficios de atención de salud.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos, según proceda:
 - Si recibe algún servicio de salud dental o bucal que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, usted debe pagar el costo total.
 - Todos los costos que superen su límite máximo anual de beneficio de \$1,500 por servicios cubiertos (excluidos los servicios diagnósticos y preventivos).
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio de salud dental o bucal, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal*).
- **Comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 para obtener ayuda si tiene alguna duda o inquietud.** También aceptamos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan. (Los números de teléfono del Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest se indican también en la contracubierta de este manual).

Sección 8.3 Planificación anticipada de la atención para tomar decisiones sobre su atención de salud

Tiene derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones se conocen como “instrucciones anticipadas”. Los documentos son una forma de comunicar sus deseos a sus familiares, amigos y proveedores de atención médica. Le permite expresar por escrito sus deseos relacionados con la atención de salud en caso de que no pueda hacerlo si está gravemente enfermo o lesionado.

Si usted ha firmado un documento con instrucciones anticipadas y considera que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Defensor del paciente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, quien le remitirá a la parte o agencia adecuada. Para obtener información de contacto, consulte la Sección 2.10 (*Cómo ponerse en contacto con el Defensor del paciente del NH DHHS*).

Recuerde que usted elige si desea completar un documento de instrucciones anticipadas y si desea firmar uno si está en el hospital. De acuerdo con las leyes, nadie puede negarle la atención ni discriminarle por haber firmado o no un documento con instrucciones anticipadas.

Capítulo 9. Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal

Como afiliado a DentaQuest, tiene derecho a presentar una apelación o queja formal si por algún motivo no está satisfecho con el plan. Cada proceso de apelación y queja formal tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y el plan deben seguir. En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes.

Estos son:

- **Proceso de apelaciones:** para determinados tipos de problemas, usted debe usar el proceso de apelaciones de DentaQuest. En la mayoría de los casos, debe apelar al plan y agotar su proceso de apelación (apelación de primer nivel) antes de solicitar una audiencia estatal imparcial ante la Unidad Administrativa de Apelaciones (*AAU, Administrative Appeals Unit*) del NH DHHS (apelación de segundo nivel).
- **Proceso de queja formal:** para otros tipos de problemas, usted debe usar el proceso de queja formal de DentaQuest.

Para obtener ayuda con su apelación queja formal, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual). También puede comunicarse con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Sección 9.1 Acerca del proceso de apelaciones

Siempre que DentaQuest tome una decisión de cobertura o tome una medida con la que usted no esté de acuerdo, podrá presentar una apelación. Si DentaQuest deniega, reduce, suspende o finaliza sus servicios de atención médica, el plan deberá enviarle una notificación por escrito **en un plazo mínimo de 10 días calendario antes de tomar la medida**. La notificación escrita debe explicar el motivo de la “medida”, especificar la base jurídica que la sustenta e incluir información sobre el proceso de apelación. Si decide apelar la decisión del plan, es muy importante que revise detenidamente la notificación escrita del plan y siga los plazos del proceso de apelación.

Las “medidas” del plan que pueden apelarse son:

- La decisión de denegar o limitar total o parcialmente un servicio de atención de salud solicitado o una solicitud de autorización previa;
- La decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio de atención de salud que está recibiendo;
- La decisión de denegar la solicitud de un afiliado de impugnar una obligación financiera, incluidos el costo compartido, los copagos y otras obligaciones financieras del afiliado. Esto incluye la denegación del pago de un servicio, en su totalidad o en parte (excepto

cuando el pago de un servicio se debe únicamente a que la reclamación incluye errores o carece de la documentación requerida necesaria para el pago oportuno de la reclamación); y

- Cuando un afiliado no puede acceder a tiempo a los servicios cubiertos.

Tiene derecho a presentar una apelación incluso si el plan no le ha enviado ninguna notificación. Si recibe una denegación oral, debe solicitar al plan una notificación de denegación por escrito y apelar después de recibir la notificación de denegación oral o escrita si no está satisfecho con la decisión del plan.

Hay **dos** niveles de apelación.

Estos son:

- **Apelaciones estándar o aceleradas de primer nivel a través del plan.** En este nivel de apelación, usted solicita a DentaQuest que reconsidere su decisión sobre una “medida” en particular. Las apelaciones de primer nivel incluyen tanto apelaciones estándar como aceleradas. La excepción a los requisitos de apelación de primer nivel se produce cuando el plan no cumple el plazo para suministrarle la notificación por escrito de su decisión. Cuando esto ocurre, tiene derecho a presentar inmediatamente una apelación mediante Audiencia estatal imparcial.

Para obtener más información sobre las apelaciones estándar, consulte la Sección 10.2 (*Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de primer nivel]*).

Para obtener más información sobre las apelaciones aceleradas, consulte la Sección 10.3 (*Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar después de hacerlo [apelación acelerada de primer nivel]*).

- **Apelaciones de segundo nivel estándar o aceleradas mediante Audiencia estatal imparcial.** Antes de presentar una apelación mediante Audiencia estatal imparcial ante la AAU del NH DHHS, debe realizar todo el proceso de apelación de primer nivel con DentaQuest.

Para obtener más información sobre las apelaciones estándar mediante Audiencia estatal imparcial, consulte la Sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel]*).

Para obtener más información sobre las apelaciones aceleradas mediante Audiencia estatal imparcial, consulte la Sección 10.5 (*Cómo presentar una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo [apelación acelerada de segundo nivel]*).

Para obtener ayuda con su apelación, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación estándar y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de primer nivel)

Para presentar una apelación estándar (apelación de primer nivel) ante el plan:

- **Debe presentar su apelación estándar ante DentaQuest por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que el plan le haya enviado la notificación por escrito.**
- En su solicitud de apelación escrita y firmada:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico (si tiene uno);
 - Describa la fecha de la medida o notificación del plan que desea apelar y adjunte una copia de la notificación;
 - Explique por qué desea apelar la decisión; y
 - Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o poner fin a sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).
- Envíe su solicitud de apelación al plan por escrito a:

Método	Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>

Método	Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest – Información de contacto
TTY/TDD	1-800-466-7566 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.
FAX	1-(262) 834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

- **Puede designar a alguien para que presente la apelación en su nombre, incluido su proveedor.** Sin embargo, debe dar autorización por escrito para designar a su proveedor o a otra persona a fin de que puedan presentar una apelación en su nombre. Para obtener más información sobre cómo designar a otra persona para que lo represente, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios, puede tener derecho a pedir a DentaQuest que sus beneficios no se interrumpan durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de sus beneficios.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su apelación estándar ante el plan:

- **Después de presentar su apelación estándar, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente del caso que el plan usó para tomar su decisión.** La copia del expediente de su caso es gratuita y puede solicitarla antes de que el plan tome una decisión.
- DentaQuest debe proporcionarle una oportunidad razonable para presentar pruebas tanto en persona como por escrito como parte de la apelación.
- **Para una apelación estándar, DentaQuest emitirá su decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario luego de recibir su solicitud de apelación.** El plan puede tardar hasta 14 días calendario más si usted solicita la extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide usar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificará por escrito en un plazo de 2 días calendario. Si no está de acuerdo con la extensión del plan, puede presentar una queja formal al plan. Para obtener más información, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de hacerlo*).

- **Si DentaQuest revoca su decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios que no se proporcionaron mientras la apelación estaba pendiente, DentaQuest autorizará los servicios sin demora. Los servicios se autorizarán con la prontitud que su estado de salud requiera, pero en ningún caso en un lapso mayor a 72 horas a partir de la fecha en que el plan revocó su decisión.**
- Si sus servicios no se interrumpieron mientras estaba pendiente la apelación:
 - Si se decide en su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde su apelación y siguió recibiendo beneficios, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que el plan haya proporcionado durante el periodo de apelación.

Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

- **Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de DentaQuest, puede presentar una apelación de segundo nivel solicitando una Audiencia estatal imparcial estándar o acelerada.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel]*) y la Sección 10.5 (*Cómo presentar una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo [apelación acelerada de segundo nivel]*).

Para obtener ayuda con su apelación, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación acelerada y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de primer nivel)

Si el tiempo que se requiere para la resolución estándar de su apelación puede poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar a DentaQuest una **resolución acelerada** de su apelación. Esto se denomina a veces “solicitar una decisión rápida”.

Para presentar una apelación acelerada (apelación de primer nivel) ante el plan:

- **Debe presentar su apelación acelerada ante DentaQuest por teléfono o por escrito en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que el plan de salud le haya enviado la notificación por escrito. Cuando se ponga en contacto con el plan, recuerde solicitar una apelación acelerada.**
- Para su solicitud de apelación acelerada oral o escrita:

- Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico (si tiene uno);
- Describa la fecha de la medida o notificación del plan que desea apelar y adjunte una copia de la notificación;
- Explique el motivo de su solicitud acelerada y por qué desea apelar la decisión; y
- Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o poner fin a sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

- Envíe su solicitud de apelación por escrito a:

Método	Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-(262) 834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

- **Puede designar a alguien para que presente la apelación en su nombre, incluido su proveedor.** Sin embargo, debe dar autorización por escrito para designar a su proveedor o a otra persona a fin de que puedan presentar una apelación en su nombre. El plan no necesita autorización por escrito si su proveedor solicita la apelación acelerada de primer nivel en su nombre. Para obtener más información sobre cómo designar a otra persona

para que lo represente, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).

- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios, puede tener derecho a pedir a DentaQuest que sus beneficios no se interrumpan durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de sus beneficios.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su apelación acelerada ante el plan:

- **Después de presentar su apelación acelerada, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente del caso que el plan usó para tomar su decisión.** La copia del expediente de su caso es gratuita y puede solicitarla antes de que el plan tome una decisión.
- Si DentaQuest acepta su solicitud para una apelación acelerada, debe proporcionarle una oportunidad razonable para presentar pruebas tanto en persona como por escrito como parte de la apelación. Debe tener en cuenta que esto puede resultar difícil con una decisión de apelación acelerada (rápida).
- **En el caso de una apelación acelerada, DentaQuest deberá dar solución a su solicitud tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero en ningún caso en un lapso mayor a 72 horas después de la fecha en que el plan haya recibido su solicitud.** El plan puede tardar hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide usar días adicionales para tomar la decisión, el plan intentará informarle verbalmente y sin demora del retraso y se lo notificará por escrito en un plazo de 2 días calendario. Si no está de acuerdo con la extensión del plan, puede presentar una queja formal al plan. Para obtener más información, consulte la Sección 10.7 (*Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de hacerlo*).
- Si DentaQuest **acepta** su solicitud de apelación acelerada, el plan emitirá su decisión por escrito tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero en ningún caso en un lapso mayor a 72 horas después de la fecha en que el plan haya recibido su solicitud.
- Si DentaQuest **deniega** su solicitud de apelación acelerada, el plan deberá hacer todo lo posible para notificarle oportuna y verbalmente de la denegación y, a continuación, debe proporcionarle notificación por escrito de la denegación en un plazo de 2 días calendario.
- **Tiene derecho a presentar una queja ante DentaQuest si el plan deniega su solicitud de apelación acelerada.** Si el plan deniega su solicitud de apelación acelerada, DentaQuest tratará su apelación como parte del proceso de apelación estándar.
- **Si DentaQuest revoca su decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios que no se proporcionaron mientras la apelación estaba pendiente, DentaQuest autorizará los servicios sin demora. Los servicios se autorizarán con la prontitud que su estado de salud requiera, pero en ningún caso en un lapso mayor a 72 horas a partir de la fecha en que el plan revocó su decisión.**

- Si sus servicios no se interrumpieron mientras estaba pendiente la apelación:
 - Si se decide en su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde su apelación y siguió recibiendo beneficios, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que el plan haya proporcionado durante el periodo de apelación.

Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

- **Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de DentaQuest, puede presentar una apelación de segundo nivel solicitando una Audiencia estatal imparcial estándar o acelerada.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel]*) y la Sección 10.5 (*Cómo presentar una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo [apelación acelerada de segundo nivel]*).

Para obtener ayuda con su apelación, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Sección 9.4 Cómo presentar una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo (apelación estándar de segundo nivel)

Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de DentaQuest, puede presentar una apelación de segundo nivel solicitando una Audiencia estatal imparcial ante la Unidad Administrativa de Apelaciones (AAU, *Administrative Appeals Unit*) del NH DHHS.

Para presentar una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial (apelación de segundo nivel):

- **Debe solicitar una Audiencia estatal imparcial estándar por escrito en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión por escrito del plan.** En la mayoría de los casos, no puede solicitar una Audiencia estatal imparcial sin haber pasado previamente por los procesos estándar o acelerado (apelación de primer nivel) del plan descritos anteriormente. Para conocer las excepciones en las que no tiene que pasar completamente por el proceso de apelación del plan antes de solicitar una apelación mediante Audiencia estatal imparcial, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).
- En su solicitud escrita y firmada de apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial:

- Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico (si tiene uno);
 - Describa la fecha de la medida o notificación del plan que desea apelar y adjunte una copia de la notificación;
 - Explique por qué desea apelar la decisión;
 - Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o poner fin a sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. Debe ponerse en contacto con el plan para solicitar la continuación de los beneficios. Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*); y
 - Describa los requisitos especiales que necesitará para la audiencia (por ejemplo, accesibilidad para discapacitados, servicios de interpretación).
- Envíe su solicitud de Audiencia estatal imparcial por escrito a:

Administrative Appeals Unit
 NH Department of Health and Human Services
 105 Pleasant Street, Room 121C
 Concord, NH 03301
 Fax: 603-271-8422

- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios, puede tener derecho a pedir a DentaQuest que sus beneficios no se interrumpan durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de sus beneficios.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial:

- **Después de presentar su apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente del caso que el plan usó para tomar su decisión.** La copia del expediente de su caso es gratuita y puede solicitarla antes de que se tome la decisión en la Audiencia estatal imparcial.
- **Para una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial, la AAU debe resolver su solicitud con la rapidez que requiera su estado de salud, pero en ningún caso en un lapso mayor a 90 días después de la fecha en que presentó su apelación de primer nivel ante el plan (sin incluir el número de días que tardó en solicitar la Audiencia estatal imparcial).**
- La AAU le comunicará dónde tendrá lugar la audiencia. Por lo general, las audiencias se llevan a cabo en la AAU en Concord, o en la oficina de distrito del NH DHHS de su localidad.

- Un funcionario de audiencias de la UCA dirigirá la audiencia.
- Puede traer testigos, presentar testimonios y pruebas tanto en persona como por escrito, e interrogar a otros testigos en la Audiencia estatal imparcial.
- **Si la AAU revoca la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar beneficios previamente autorizados que no se proporcionaron mientras estaban pendientes la apelación de primer nivel o la Audiencia estatal imparcial, el plan autorizará los servicios con la rapidez que requiera su estado de salud, pero en ningún caso en un lapso mayor a 72 horas a partir de la fecha en que el plan reciba la notificación de que la AAU revocó la decisión del plan.**
- Si sus servicios no se interrumpieron mientras estaba pendiente la apelación:
 - Si se decide en su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde su apelación y siguió recibiendo beneficios, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que el plan haya proporcionado durante el periodo de apelación.

Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

Para obtener más información, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, extensión 4292, lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET. También puede comunicarse con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Sección 9.5 Cómo presentar una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo (apelación acelerada de segundo nivel)

Si no está satisfecho con los resultados de su apelación de primer nivel de DentaQuest y cualquier demora de los servicios podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo de sus funciones, puede presentar una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial ante la Unidad de Apelaciones Administrativas (AAU, *Administrative Appeals Unit*) del NH DHHS.

Para presentar una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial (apelación de segundo nivel):

- **Es importante que solicite por escrito una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial inmediatamente después de recibir la decisión por escrito del plan. Si su apelación es para que no se interrumpan los beneficios por servicios previamente autorizados, también debe solicitar la continuación de los beneficios al mismo tiempo que presente su apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial.** Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

En la mayoría de los casos, no puede solicitar una Audiencia estatal imparcial sin haber pasado previamente por los procesos estándar o acelerado (apelación de primer nivel) del plan descritos anteriormente. Para conocer las excepciones en las que no tiene que pasar completamente por el proceso de apelación del plan antes de solicitar una apelación mediante Audiencia estatal imparcial, consulte la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*).

- En su solicitud escrita y firmada de apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial:
 - Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico (si tiene uno);
 - Describa la fecha de la medida o notificación del plan que desea apelar y adjunte una copia de la notificación;
 - **Especifique que desea una apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial;**
 - **Explique por qué cualquier retraso de los servicios podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo de sus funciones;**
 - Si la decisión del plan fue denegar, reducir, limitar, suspender o poner fin a sus beneficios previamente autorizados, indique si desea que continúen los beneficios previamente autorizados. Debe ponerse en contacto con el plan para solicitar la continuación de los beneficios. Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*); y
 - Describa los requisitos especiales que necesitará para la audiencia (por ejemplo, accesibilidad para discapacitados, servicios de interpretación).
- Envíe su solicitud de Audiencia estatal imparcial por escrito a:

Administrative Appeals Unit
 NH Department of Health and Human Services
 105 Pleasant Street, Room 121C
 Concord, NH 03301
 Fax: 603-271-8422

- **Puede designar a alguien para que presente la apelación en su nombre, incluido su proveedor.** Sin embargo, debe dar autorización por escrito para designar a su proveedor o a otra persona a fin de que puedan presentar una apelación en su nombre. Para obtener más información sobre cómo designar a otra persona para que lo represente, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).
- **Si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar los servicios, puede tener derecho a pedir a DentaQuest que sus beneficios no se**

interrumpan durante su apelación. Su proveedor no puede solicitar la continuación de sus beneficios. Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial:

- **Después de presentar su apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial, tiene derecho a solicitar y recibir una copia del expediente del caso que el plan usó para tomar su decisión.** La copia del expediente de su caso es gratuita y puede solicitarla antes de que se tome la decisión en la Audiencia estatal imparcial.
- Si la AAU **acepta** su solicitud de apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial, el plan emitirá su decisión por escrito tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero en ningún caso en un lapso mayor a 3 días hábiles después de que la AAU haya recibido el expediente del caso del plan y cualquier información adicional para su apelación.
- Si la AAU **deniega** su solicitud de apelación acelerada mediante Audiencia estatal imparcial, la AAU hará todo lo posible para notificárselo verbalmente y por escrito. Si se deniega su solicitud acelerada, su apelación será procesada como una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial como se describe en la Sección 10.4 (*Cómo presentar una apelación estándar mediante Audiencia estatal imparcial y qué esperar después de hacerlo [apelación estándar de segundo nivel]*).
- La AAU le comunicará dónde tendrá lugar la audiencia. Por lo general, las audiencias se llevan a cabo en la AAU en Concord, o en la oficina de distrito del NH DHHS de su localidad.
- Un funcionario de audiencias de la UCA dirigirá la audiencia.
- Puede traer testigos, presentar testimonios y pruebas tanto en persona como por escrito, e interrogar a otros testigos en la Audiencia estatal imparcial.
- **Si la AAU revoca la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar beneficios previamente autorizados que no se proporcionaron mientras estaban pendientes la apelación de primer nivel o la Audiencia estatal imparcial, el plan autorizará los servicios con la rapidez que requiera su estado de salud, pero en ningún caso en un lapso mayor a 72 horas a partir de la fecha en que el plan reciba la notificación de que la AAU revocó la decisión del plan.**
- Si sus servicios no se interrumpieron mientras estaba pendiente la apelación:
 - Si se decide en su favor, el plan pagará esos servicios.
 - Si pierde su apelación y siguió recibiendo beneficios, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que el plan haya proporcionado durante el periodo de apelación.

Para obtener más información, consulte la Sección 10.6 (*Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo*).

Para obtener más información, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, extensión 4292, lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET. También puede comunicarse con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Sección 9.6 Cómo solicitar la continuación de los beneficios durante una apelación y qué esperar después de hacerlo

Como se describió en secciones anteriores de este capítulo, si apela la decisión del plan de denegar, reducir, limitar, suspender o finalizar beneficios previamente autorizados, puede tener derecho a solicitar la continuación de los beneficios de DentaQuest hasta que se resuelva una o ambas apelaciones de primer o segundo nivel. **Aunque puede designar a alguien para que presente una apelación en su nombre, su proveedor no puede solicitar la continuación de sus beneficios.**

- **El plan debe seguir proporcionando los beneficios cuando usted lo solicite en cualquiera de las siguientes situaciones:**

Para las apelaciones estándar y aceleradas del plan (apelación de primer nivel)	Para apelaciones estándar y aceleradas mediante Audiencia estatal imparcial (apelación de segundo nivel)
<ul style="list-style-type: none"> ○ En los siguientes 10 días calendario a partir de la fecha en que usted recibe la notificación de la medida tomada por el plan o de la fecha prevista de entrada en vigor de la medida que tomará el plan, usted presenta su apelación de primer nivel oralmente o por escrito y solicita la continuación de los beneficios mientras se espera el resultado de su apelación de primer nivel, oralmente o por escrito; y ○ La apelación incluye la terminación, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado; y ○ El servicio fue ordenado por un proveedor autorizado; y ○ El periodo de autorización original para el servicio no ha expirado. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ En los siguientes 10 días calendario a partir de la fecha en que usted recibe la notificación de apelación de primer nivel de la medida tomada por el plan o de la fecha prevista de entrada en vigor de la medida que tomará el plan, usted presenta su apelación de segundo nivel por escrito y solicita la continuación de los beneficios mientras se espera el resultado de su apelación de primer nivel o su apelación de segundo nivel, o de ambas, oralmente o por escrito. <p>Si no solicitó la continuación de los beneficios durante su apelación de primer nivel ante el plan, también se aplican las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La apelación incluye la terminación, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado; y

	<ul style="list-style-type: none"> ○ El servicio fue ordenado por un proveedor autorizado; y ○ El periodo de autorización original para el servicio no ha expirado.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para solicitar la continuación de los beneficios cuando se cumplan las condiciones anteriores, póngase en contacto con:

Método	Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

Si a solicitud suya el plan continúa o restablece sus beneficios mientras su apelación está pendiente, sus beneficios deben continuar hasta que se produzca una de las siguientes situaciones:

Para las apelaciones estándar y aceleradas del plan (apelación de primer nivel)	Para apelaciones estándar y aceleradas mediante Audiencia estatal imparcial (apelación de segundo nivel)
----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted retira por escrito su apelación ante el plan; o ○ La decisión de apelación de primer nivel del plan es desfavorable para usted; o ○ Usted no solicita una Audiencia estatal imparcial y la continuación de los beneficios en un plazo de 10 días calendario desde que el plan le notifica la decisión de apelación de primer nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usted retira por escrito su solicitud de apelación mediante Audiencia estatal imparcial; o ○ Usted no solicita una apelación mediante Audiencia estatal imparcial y la continuación de los beneficios en un plazo de 10 días calendario desde que el plan le notifica la decisión de apelación de primer nivel; o ○ La apelación mediante Audiencia estatal imparcial resulta en una decisión desfavorable para usted.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Si pierde su apelación y siguió recibiendo beneficios, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio que el plan haya proporcionado durante el periodo de apelación.

Si necesita ayuda con su apelación de primer o segundo nivel y la continuación de los beneficios, póngase en contacto con el Departamento de servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este manual). También puede comunicarse con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Para obtener ayuda con su apelación de segundo nivel y la continuación de los beneficios, comuníquese con la AAU al **1-800-852-3345**, extensión 4292, lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET. También puede comunicarse con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Sección 9.7 Cómo presentar una queja formal y qué esperar después de hacerlo

Una queja formal es el proceso que usa un afiliado para expresar su descontento al plan sobre cualquier asunto que no sea la medida del plan que se describe en la Sección 10.1 (*Acerca del proceso de apelaciones*). Puede presentar una queja formal en cualquier momento.

Los siguientes son tipos de quejas formales:

- Insatisfacción con la calidad de la atención o los servicios que recibe;
- Insatisfacción con el trato recibido por el plan o sus proveedores de la red;
- Si considera que DentaQuest o los proveedores de su red no respetan sus derechos; y
- No está de acuerdo con una extensión propuesta por el plan para tomar una decisión de autorización.

Para presentar una queja formal:

- Llame o escriba a DentaQuest. Es preferible hacerlo por escrito (no olvide guardar una copia en sus archivos).
- Puede designar a alguien para que presente la queja formal en su nombre, incluido su proveedor. Sin embargo, debe dar autorización por escrito para designar a su proveedor o a otra persona a fin de que puedan presentar una queja formal en su nombre. Para obtener más información sobre cómo designar a otra persona para que lo represente, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).

Esto es lo que puede esperar después de presentar su queja formal:

- **DentaQuest dará respuesta a su queja formal tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero en ningún caso en un lapso mayor a 45 días calendario a partir de la fecha en que el plan la reciba.** El plan puede tardar hasta 14 días calendario más si usted solicita la extensión o si el plan necesita información adicional y considera que la extensión es lo mejor para usted. Si el plan decide usar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificará por escrito en un plazo de 2 días calendario. En el caso de quejas formales sobre asuntos clínicos, el plan responderá por escrito. En el caso de quejas formales no relacionadas con asuntos clínicos, el plan responderá oralmente o por escrito.
- Usted no tiene derecho a apelar su queja formal. Sin embargo, tiene derecho a ponerse en contacto con el NH DHHS para expresar sus preocupaciones si no está satisfecho con la resolución de su queja formal. Comuníquese con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Para obtener ayuda con su queja formal, comuníquese con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al (844) 583-6151 (los números de teléfono se indican también en la contracubierta de este manual).

Este capítulo fue elaborado por el NH DHHS con adaptaciones de la sección Conozca sus derechos: Planes de atención médica administrada del programa dental New Hampshire Smiles para adultos – Su derecho a apelar o presentar una queja formal, un Centro de derechos de los discapacitados – NH (Know Your Rights: New Hampshire Smiles Adult Dental Program Managed Care Health Plans – Your Right to Appeal or File a Grievance, a Disability Rights Center – NH) (www.drcnh.org), versión del 10 de mayo de 2016.

Capítulo 10. Finalizar la afiliación al plan

Sección 10.1 Solo hay determinados momentos en los que puede finalizar su afiliación al plan

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

- Cuando deja de reunir los requisitos para estar en el programa dental New Hampshire Smiles para adultos.
- Cuando el NH DHHS concede a los afiliados el derecho a cancelar la afiliación sin motivo y notifica a los afiliados afectados su derecho a desafilarse del plan.
- Cuando a los afiliados se les desafilia involuntariamente del plan, como se describe en la siguiente sección.

Sección 10.2 Cuándo se le puede desafiliar del plan de forma involuntaria

Hay ocasiones en las que a un afiliado se le puede desafiliar involuntariamente del plan, por ejemplo:

- Cuando el afiliado deja de reunir los requisitos para estar en el programa dental New Hampshire Smiles para adultos como lo establece el NH DHHS;
- Cuando el afiliado no es elegible para afiliarse al plan como lo establece el NH DHHS;
- Cuando el afiliado ha establecido su residencia fuera del estado;
- Cuando el afiliado usa su tarjeta de afiliación del plan de manera fraudulenta;
- En caso de fallecimiento del afiliado; y
- De acuerdo con los términos del contrato del plan con el NH DHHS, el plan puede solicitar la desafiliación de un afiliado en caso de comportamiento amenazador o abusivo del afiliado que ponga en peligro la salud o la seguridad de otros afiliados, del personal del plan o de los proveedores. Si el plan hace una petición de este tipo, el NH DHHS participará en la revisión y aprobación de la solicitud.

DentaQuest no puede pedirle que se retire del plan por motivos relacionados con su salud.

Si considera que se le está pidiendo que se retire del plan por motivos de salud, comuníquese con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1844- 275- 3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Sección 10.3 Políticas y procedimientos para la desafiliación

Para conocer las políticas y los procedimientos para la desafiliación, comuníquese con el Centro de servicio al cliente del NH DHHS al **1-844-ASK-DHHS** (1-844-275-3447) (Centro de enlace TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. ET.

Capítulo 11. Anexo

Sección 11.1 Anexo

Prótesis dentales removibles

Poblaciones cubiertas: exención por discapacidad del desarrollo, exención por trastorno cerebral adquirido, exención por opciones de independencia, residentes en centros de enfermería. Para obtener más información sobre las exenciones, visite <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/medicaid-waivers-demonstrations>

Costo compartido

El costo compartido se refiere a cualquier copago, deducible o desembolso máximo que tenga que pagar por un servicio de atención de salud o medicamento recetado. El costo compartido de un afiliado también se conoce como “desembolso personal” del afiliado. Por estar afiliado, usted no paga nada por los servicios preventivos y diagnósticos siempre que respete las reglas del plan descritas en este manual. Es posible que algunos afiliados tengan que pagar el costo compartido en el momento de recibir los servicios.

Capítulo 12. Avisos legales

Sección 12.1 Avisos legales

Muchas leyes se aplican a este manual, y algunas disposiciones adicionales podrían aplicarse porque son requeridas por ley. Esto podría afectar sus beneficios, derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual. Para obtener más información, visite <https://www.dhhs.nh.gov/about-dhhs/locations-facilities/new-hampshire-hospital/nhh-patient-rights>.

Aviso sobre no discriminación

DentaQuest cumple con las leyes federales de derechos civiles. DentaQuest no da trato distinto a las personas debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, religión, identidad sexual u orientación sexual.

DentaQuest procederá como sigue:

- Le dará ayuda gratis si tiene una discapacidad. Estos servicios están disponibles para ayudarle a comunicarse con nosotros.
Le podemos proporcionar:
 - Intérpretes experimentados de lenguaje por señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos claros).
- Le dará servicios de idiomas gratis si no habla inglés. Le podemos proporcionar:
 - Intérpretes experimentados.
 - Información escrita en otros idiomas.

En nuestro sitio web está el número de teléfono al que puede llamar para obtener estos servicios gratis. Estos números de teléfono varían en función del estado donde vive y de su plan de salud. La dirección de nuestro sitio web es:

<http://www.dentaquest.com/members/>

Puede presentar una queja si considera que se le ha tratado de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, religión, identidad sexual u orientación sexual. Puede presentar la queja ante:

Civil Rights Coordinator
Compliance Department
96 Worcester Street
Wellesley Hills, MA 02481
Teléfono: 888-278-7310
TTY: 711
Fax: 617-886-1390
Correo electrónico: FairTreatment@greatdentalplans.com

Puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nosotros podemos ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Puede presentar una queja en Internet, por correo o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Language Assistance

English	ATTENTION: If you speak another language, you have services available to you free of charge for language assistance. Call 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-583-6151 (ATS: 1-800-466-7566).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566)。
Nepali	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-583-6151 (टिटीवाइ: 1-800-466-7566) ।
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).
Portuguese	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-583-6151 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-466-7566).
Serbian	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam
Croatian	besplatno. Nazovite 1-844-583-6151 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-800-466-7566).
Indonesian	PERHATIAN: Jika Anda berbicara dalam Bahasa Indonesia, layanan bantuan bahasa akan tersedia secara gratis. Hubungi 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566) 번으로 전화해 주십시오.
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-583-6151 (телетайп: 1-800-466-7566).
French Creole (Haitian Creole)	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).
Bantu-Krundi	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-844-583-6151 (TTY: 1-800-466-7566).

Capítulo 13. Siglas y definiciones de términos importantes

Sección 13.1 Siglas

Sigla	Descripción
AAC	Comunicación alternativa aumentativa (<i>Augmentative Alternative Communication</i>)
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>)
COBRA	La Ley de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (<i>COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act</i>)
DQ	DentaQuest
DNA	Valoración de las necesidades dentales (<i>Dental Needs Assessment</i>)
EOB	Explicación de beneficios (<i>Explanation of Benefits</i>)
FFS	Pago por servicios recibidos (<i>Fee-for-Service</i>)
FQHC	Centro de salud certificado por el gobierno federal (<i>Federally Qualified Health Center</i>)
MCO	Organización de atención médica coordinada (<i>Managed Care Organization</i>)
NEMT	Transporte médico no urgente (<i>Non-emergency Medical Transportation</i>)
NH	New Hampshire
NH DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (<i>New Hampshire Department of Health and Human Services</i>)
NH SADP	Programa dental New Hampshire Smiles para adultos (<i>New Hampshire Smiles Adult Dental Program</i>)
OHA	Valoración de la salud bucal (<i>Oral Health Assessment</i>)
PDP	Proveedor dental primario (<i>Primary Dental Provider</i>)
POS	Punto de servicio (<i>Point of Service</i>)
SHCN	Necesidades especiales de atención de salud (<i>Special Health Care Needs</i>)

Sección 13.2 Definiciones de términos importantes

Abuso. El abuso describe las prácticas que, ya sea directa o indirectamente, generan costos innecesarios para el programa de Medicaid. El abuso incluye cualquier práctica que no sea coherente con la provisión a los afiliados de servicios que sean necesarios por razones médicas, que cumplan los estándares reconocidos profesionalmente y que tengan un precio justo, según proceda. Algunos ejemplos de abuso son la facturación de servicios médicos innecesarios, el cobro excesivo por servicios o suministros y el uso indebido de códigos en una reclamación, como la codificación ascendente o la separación de los códigos de facturación.

Medida. Cuando el plan deniega, reduce, suspende o finaliza total o parcialmente su servicio de atención de salud. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura u otras medidas, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal*).

Instrucciones anticipadas. Documento legal que le permite dar instrucciones sobre su atención médica en el futuro. Puede hacer que alguien tome decisiones por usted si no puede hacerlo por sí mismo.

Apelación. Medida adoptada si no está de acuerdo con la decisión del plan de denegar una solicitud de cobertura o pago. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de suspender o reducir los servicios que está recibiendo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal*).

Autorización. Consulte la definición de “Autorización previa”.

Representante autorizado o representante personal. Una persona a quien usted da autorización para que actúe en su nombre. El representante podrá suministrar información al plan o recibir información sobre usted de la misma manera que el plan revelaría información o hablaría de ella directamente con usted. Para obtener más información, consulte la Sección 2.13 (*Otra información importante: puede designar a un representante autorizado o a un representante personal*).

Facturación del saldo. Cuando un proveedor factura al afiliado una cantidad superior al copago del plan, según corresponda, o le cobra la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor y el pago del plan al proveedor. Como afiliado al plan, es posible que solo tenga que pagar los copagos del plan cuando reciba medicamentos recetados cubiertos. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o le cobren más que el copago que su plan indica que debe pagar.

Año de vigencia del beneficio. El periodo de 12 meses durante el cual se aplican los límites de beneficios.

Coordinación de la atención. Es el término que se usa para describir la manera como el plan ayuda a los afiliados a obtener los servicios y apoyos comunitarios necesarios. Los coordinadores de la atención se aseguran de que los participantes en el equipo de atención de salud del afiliado tengan información sobre todos los servicios y apoyos que se ofrecen al afiliado, incluidos los servicios que proporciona cada proveedor o cada integrante del equipo. Para obtener más información, consulte la Sección 5.2 (*Apoyo que ofrecen los coordinadores de la atención*).

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services). Es la agencia federal que administra los programas de Medicare y Medicaid.

Continuidad de la atención médica. Se refiere a las prácticas que garantizan la atención ininterrumpida de enfermedades crónicas o agudas durante las transiciones. Para obtener más información, consulte la Sección 5.3 (*Continuidad de la atención médica*).

Costo compartido. El costo compartido se refiere a cualquier copago, deducible o desembolso máximo que tenga que pagar por un servicio de atención de salud o medicamento recetado. El costo compartido de un afiliado también se conoce como “desembolso personal” del afiliado.

Copago. Contribución que hace un asegurado al costo de un tratamiento dental o médico.

Decisión de cobertura. Es una determinación o decisión que toma el plan sobre si un servicio o un medicamento está cubierto. La decisión de cobertura puede incluir también información sobre cualquier copago de medicamentos recetados que tenga que pagar.

Servicios cubiertos. Incluyen todos los servicios de salud dental y bucal que cubre por nuestro plan, como se describe en este manual. Los capítulos He-W 506, He-W 530 y He-W 566 explican los servicios que cubre el plan. Las normas están disponibles en Internet en http://www.gencourt.state.nh.us/rules/about_rules/listagencies.htm. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para conocer la lista de servicios cubiertos.

Desafiliación. Es el proceso mediante el cual se da por terminada la afiliación en un plan de salud. La desafiliación puede ser voluntaria (lo hace libremente) o involuntaria (se le obliga a hacerlo).

Atención médica de emergencia o Servicios de emergencia. Es el tratamiento que se hace para atender una situación médica de emergencia. Para obtener más información, consulte la Sección 3.6 (*Atención de urgencias, emergencias y fuera del horario laboral*).

Emergencia dental. Una “emergencia dental” es cuando usted, o cualquier otra persona razonable con conocimiento promedio, considera que los síntomas dentales que experimenta y que empeoran con rapidez requieren atención dental inmediata.

Sala de emergencias. Se trata de una instalación para servicios de emergencia que suele estar ubicada dentro de un hospital para tratar emergencias médicas.

Servicios excluidos. Se refiere a los servicios de atención médica y medicamentos recetados que el plan no cubre.

Fraude. Declaración falsa o engaño intencionado hecho por una persona o entidad comercial con el conocimiento de que el engaño puede resultar en algún beneficio no autorizado para sí misma, para alguna otra persona o para la entidad comercial.

Queja formal. Es el proceso que usa un afiliado para expresar su descontento sobre cualquier asunto que no sea una medida del plan. Las quejas formales incluyen, entre otros, la calidad de la atención o de los servicios proporcionados, aspectos de las relaciones interpersonales como la descortesía de un proveedor o empleado, o la falta de respeto a los derechos del afiliado independientemente de que se soliciten medidas correctivas. La queja formal incluye el derecho de un afiliado a impugnar una extensión propuesta por el plan para tomar una decisión de autorización. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10 (*Qué hacer si desea apelar una “medida” o decisión del plan, o presentar una queja formal*).

Seguro de salud. Tipo de cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos, y otros gastos de atención de salud en los que incurre el asegurado (a veces llamado afiliado). El seguro de salud puede reembolsar al asegurado los gastos derivados de una enfermedad o lesión o pagar directamente al proveedor.

Estadía en el hospital u hospitalización. La estadía en el hospital es cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si desea más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 (*Servicios de hospital para pacientes ambulatorios*)

Atención ambulatoria en un hospital. Es la atención médica que no requiere estadía nocturna en un hospital o centro médico. La atención ambulatoria puede administrarse en el consultorio de un proveedor o en un hospital. Por ejemplo, la mayoría de los servicios relacionados se suministran en el consultorio de un proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”). Corresponde a la lista de medicamentos recetados cubiertos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica). Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que incluye cobertura de atención de salud para niños, adultos con hijos dependientes, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con discapacidad que cumplan los requisitos.

Necesario por razones médicas. Servicios, suministros o medicamentos recetados necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Para obtener más información sobre los servicios necesarios por razones médicas, consulte la Sección 6.1 (*Servicios necesarios por razones médicas*).

Medicare. Es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 y más años de edad. Otras personas que pueden recibir Medicare son las personas con discapacidades menores de 65 años y quienes padecen insuficiencia renal en etapa terminal (usualmente quienes sufren de insuficiencia renal permanente y que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Afiliado (afiliado a nuestro plan o “afiliado al plan”). Una persona que está inscrita en nuestro plan.

Departamento de servicios para afiliados. Es el departamento de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre la afiliación y los beneficios del plan. (Los números de teléfono del Departamento de servicios para afiliados se indican también en la contracubierta de este manual).

Red. El grupo de proveedores y centros que han suscrito un contrato con el plan para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados.

Proveedor de la red. Corresponde a los médicos, las farmacias y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales, proveedores de equipo médico duradero y otros centros de atención de salud que tienen un acuerdo con el plan para aceptar nuestro pago y su costo compartido, si lo hubiera, como pago total. Hemos coordinado que dichos proveedores ofrezcan los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

Medicaid de New Hampshire o Medicaid de NH. Es el plan que tiene un contrato con el NH DHHS para proporcionar servicios de atención médica administrada a las personas que están inscritas en Medicaid de New Hampshire y seleccionan nuestro plan o son asignadas a nuestro plan.

Servicios de transporte médico no urgente (*NEMT, Non-emergency Medical Transportation*). Estos servicios están cubiertos por el plan si usted no puede pagar el costo del transporte a los consultorios y los centros de los proveedores. El plan cubre el transporte médico no urgente para los servicios cubiertos por Medicaid de New Hampshire que sean necesarios por razones médicas y que estén incluidos en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 (*Servicios de transporte – transporte médico no urgente [NEMT, non-emergency medical transportation]*).

Proveedor no participante. Consulte la definición de “proveedor fuera de la red, farmacia fuera de la red o centro fuera de la red”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red. Corresponde al proveedor, farmacia o centro que no está empleado por nuestro plan, que no es propiedad de nuestro plan, que no es administrado por nuestro plan o que no tiene contrato con nuestro plan para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados del plan. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de DentaQuest para los servicios cubiertos*).

Desembolso personal. Consulte la definición de “costo compartido”.

Proveedor participante. Consulte la definición de “proveedor de la red”.

Representante personal. Consulte la definición de “representante autorizado o representante personal”.

Servicios del médico. Servicios proporcionados por un profesional médico con licencia.

Plan. Para efectos de este manual, el término se refiere por lo general a una organización de atención médica coordinada de Medicaid con contrato con el NH DHHS para proporcionar servicios de atención médica coordinada de Medicaid a beneficiarios que reúnen los requisitos para estar en el programa de Medicaid de New Hampshire.

Atención posterior a la estabilización. Corresponde a los servicios cubiertos relacionados con un problema médico de emergencia que se proporcionan después de estabilizar al afiliado y cuyo propósito es mantener estable al paciente para que mejore su estado clínico o se solucione el problema.

Preautorización. Consulte la definición de “Autorización previa”.

Prima. Es el pago periódico que un afiliado u otra persona abona a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud para que se proporcione la cobertura de atención de salud. Su plan de atención médica administrada de Medicaid de New Hampshire no tiene prima de afiliado.

Proveedor dental primario (PDP, Primary Dental Provider). Es el médico u otro proveedor de la red a quien consulta primero para la mayoría de problemas de salud dental y bucal. También es quien habla con otros médicos y proveedores en relación con su atención. Consulte la Sección 3.1 (*Su proveedor dental primario [PDP, Primary Dental Provider] proporciona y supervisa la atención de su salud dental y bucal*).

Autorización previa. Corresponde a la aprobación por anticipado para recibir los servicios. Algunos servicios solo están cubiertos si su médico obtiene una autorización previa del plan. Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos se muestran en letra itálica en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Proveedor. Se refiere al dentista, médico u otro profesional de la salud autorizado por el estado para proporcionar servicios dentales o atención de salud bucal. El término “proveedor” también incluye un hospital y otros centros de atención médica.

Área de servicio. En general, los planes de salud aceptan o inscriben afiliados en función de su lugar de residencia y del área geográfica en la que el plan proporciona sus servicios. El área de servicio de DentaQuest abarca todo el estado.

Especialista. Es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del organismo en particular.

Atención de urgencia o Atención que se necesita con urgencia. Se refiere a la atención fuera del horario laboral o los servicios que se necesitan con urgencia que se proporcionan para tratar una condición médica, enfermedad o lesión imprevista que requiere atención médica inmediata para evitar el empeoramiento de la salud debido síntomas que una persona razonable creería que no son de emergencia pero que sí requieren atención médica. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente. Los servicios que se necesitan con urgencia no son atención de rutina. Para obtener más información, consulte la Sección 3.6 (*Atención de urgencias, emergencias y fuera del horario laboral*).

Desperdicio. Para efectos de este manual, por desperdicio se entiende los costos adicionales que se producen cuando se hace uso excesivo de los servicios o cuando las facturas se preparan de forma incorrecta. El desperdicio suele producirse por error. Para obtener más información, consulte la Sección 2.12 (*Cómo reportar presuntos casos de fraude, desperdicio o abuso*).

Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest

Método	Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest – Información de contacto
LLAMADA TELEFÓNICA	<p>1-844-583-6151</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a miércoles de 8 a.m. a 8 p.m., y jueves y viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET.</p> <p>El Departamento de servicios para afiliados también tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY/TDD	<p>1-800-466-7566</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de voz.</p> <p>Las llamadas a este número de teléfono son gratuitas.</p>
FAX	1-262-834-3452
ESCRIBA A	11100 W. Liberty Drive, Milwaukee, WI 53224
SITIO WEB	DentaQuest.com/newhampshire

