



Programa DC Healthy Families

# Manual del inscrito

Servicios para inscritos

(202) 408-4720 o 1(800) 408-7511

[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)



This program is brought to you  
by the Government of the  
District of Columbia Department  
of Health Care Finance



GOVERNMENT OF THE  
DISTRICT OF COLUMBIA  
MURIEL BOWSER, MAYOR



**AmeriHealth Caritas**  
District of Columbia



**AmeriHealth Caritas<sup>®</sup>**

---

**District of Columbia**

**[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)**

Puede comunicarse con nosotros las 24 horas del día,  
los 7 días de la semana o dirigirse a nuestra oficina  
de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Para obtener indicaciones sobre cómo visitarnos, llame al **1(800) 408-7511**.

AmeriHealth Caritas District of Columbia

1201 Maine Ave. SW

Suite 1000, 10th Floor

Washington, DC 20024

De 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

**(202) 408-4720 o 1(800) 408-7511**

## Servicios de interpretación multilingüe

**English:** If you do not speak and/or read English, please call **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, available 24 hours a day, seven days a week. A representative will assist you.

**Español:** Si no habla y/o lee inglés, llame al **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, línea disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un representante le ayudará.

**Tiếng Việt:** Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc Tiếng Anh, vui lòng gọi **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Sẽ có người đại diện hỗ trợ quý vị.

**한국어:** 영어를 말하거나 읽지 못하는 경우 **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**로 전화해 주십시오. 연중무휴 24시간 이용 가능합니다. 담당자가 도와드릴 것입니다.

**Français :** Si vous n'avez pas une bonne maîtrise de l'anglais parlé et/ou écrit, veuillez appeler le **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Un représentant vous assistera.

**العربية:** إذا كنت لا تتحدث و/أو تقرأ اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال على **1-800-408-7511 (الهاتف النصي 1-800-570-1190)**، وهو متاح على مدار ساعة وطوال أيام الأسبوع. سوف يساعدك ممثل.

**中文普通话:** 如果您不会用英语讲话和/或阅读，请致电 **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**，每周 7 天，每天 24 小时开通。将会有一名代表协助您。

**Русский:** Если вы не говорите и/или не читаете по-английски, позвоните по телефону **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, который доступен 24 часа в сутки, семь дней в неделю. Представитель вам поможет.

**မြန်မာ - အကယ်၍ သင် အင်္ဂလိပ်စကား ပြောဆိုခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ဖတ်ရှုနိုင်ခြင်း မရှိလျှင် ကျေးဇူးပြုပြီး တစ်ပတ် ခုနစ်ရက်၊ တစ်ရက်လျှင် 24 နာရီ အချိန်ပြည့် ဆက်သွယ်နိုင်သည့် 1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးမှ သင့်အား ကူညီထောက်ပံ့ပေးသွားမည် ဖြစ်သည်။**

**中文廣東話:** 如果您唔識講，並且或者唔識睇英文，請致電 **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**，每星期 7 日，每日 24 小時開通。客服專員將會協助您。

**فارسی:** اگر قادر به صحبت و یا خواندن به زبان انگلیسی نیستید، لطفاً با شماره **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)** که 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته در دسترس می باشد تماس بگیرید. یک نماینده به شما کمک خواهد کرد

**Polski:** Jeśli nie mówisz i / lub nie czytasz po angielsku, zadzwoń pod numer **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, dostępny 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Przedstawiciel Państwu pomoże.

**Português:** Se você não fala e/ou lê Inglês, por favor ligue para **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana. Um intérprete irá ajudá-lo.

**ਪੰਜਾਬੀ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਿੰਦੀ ਬੋਲਦੇ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਪੜ੍ਹਦੇ ਨਹੀਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ ਉਪਲਬਧ। ਇਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗਾ।

**Kreyòl Ayisyen:** Si ou pa pale ak/oswa li anglè, tanpri rele **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, disponib 24 èdtan pa jou, sèt jou pa semèn. Yon reprezantan pral ede ou.

**हिन्दी:** अगर आप हिन्दी बोलते और / या पढ़ते नहीं, कृपया **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)** पर कॉल करें, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सात दिन उपलब्ध। एक प्रतिनिधि आपकी सहायता करेगा।

**Soomaali:** Haddii aanad ku hadlin iyo/ama akhriyin Ingiriisiga, fadlan soo wac **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, oo la heli karo 24 saacadood maalintii, todoba maalmood todobaadkii. Wakiilku wuu ku caawin karaa adiga.

**Hmoob:** Yog tias koj hais tsis tau thiab/los sis nyeem tsis tau ntawv As Kiv, thov hu rau tus xov tooj **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, qhib 24 teev rau ib hnub, xya hnub rau ib vij. Tus sawv cev yuav pab koj.

**Italiano:** Se non parla e/o non sa leggere l'inglese, la preghiamo di chiamare l'**1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, disponibile 24 ore su 24, sette giorni su sette. Le verrà prestata assistenza da un rappresentante.

**Tagalog:** Kung hindi ka nagsasalita at/o nagbabasa ng Ingles, pakitawagan ang **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, na matatawagan nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Tutulungan ka ng isang representative.

**日本語:** 英語での会話や読解が不安な場合は、24時間年中無休対応の**1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)** までお電話ください。担当者がサポートいたします。





## Números de teléfono importantes

(Arranque esta página y colóquela cerca de su teléfono).

Por consultas sobre AmeriHealth Caritas District of Columbia:	Servicios para inscritos	(202) 408-4720 O 1(800) 408-7511 (línea gratuita)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	TTY/TDD de servicios para inscritos	1(800) 570-1190 (línea gratuita)	
Si necesita atención después del cierre del consultorio de su médico:	Línea de ayuda de enfermería	1(877) 759-6279 (línea gratuita)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	TTY/TDD de la línea de ayuda de enfermería	1(800) 570-1190 (línea gratuita)	
Si necesita ver a un médico en el término de 24 horas ("atención de urgencia"):	Consultorio de su PCP	(ingrese la información de su PCP aquí).	
	Línea de ayuda de enfermería	1(877) 759-6279 (línea gratuita)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Si necesita que le lleven a una cita:	Servicios de transporte	1(800) 315-3485	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Si necesita atención de salud del comportamiento (BH) o tiene una pregunta relacionada:	El consultorio de su especialista en BH	(Complete con la información del consultorio de su especialista en BH aquí).	
	Línea de ayuda de enfermería	1(800) 759-6279 (línea gratuita)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Si necesita a alguien que hable su mismo idioma o si tiene alguna discapacidad auditiva:	Servicios para inscritos	(202) 408-4720 O 1(800) 408-7511 (línea gratuita)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	TTY/TDD de servicios para inscritos	1(800) 570-1190 (línea gratuita)	
Preguntas odontológicas:	Servicios para inscritos	(202) 408-4720 O 1(800) 408-7511 (línea gratuita)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Preguntas oftalmológicas:	TTY/TDD de servicios para inscritos	(202) 216-9885 O 1(800) 570-1190 (línea gratuita)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

**POR UNA EMERGENCIA, LLAME AL 911 O DIRÍJASE A LA SALA DE URGENCIAS (ER) MÁS CERCANA.**

Información personal



Mi n.º de identificación de Medicaid:

Mi proveedor de atención primaria (PCP):

La dirección de mi PCP:

El teléfono de mi PCP:



Mi proveedor de servicios odontológicos primario (PDP):

La dirección de mi PDP:

El teléfono de mi PDP:



N.º de identificación de Medicaid del menor:

PCP del menor:

Dirección del PCP del menor:

Teléfono del PCP del menor:



PDP del menor:

Dirección del PDP del menor:

Teléfono del PDP del menor:



**Mi proveedor de salud del  
comportamiento (BHP):** \_\_\_\_\_

**La dirección de mi BHP:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**El teléfono de mi BHP:** \_\_\_\_\_



**Proveedor de salud  
del comportamiento  
(BHP) del menor:** \_\_\_\_\_

**La dirección del BHP del menor:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**El teléfono del BHP del menor:** \_\_\_\_\_

# ÍNDICE

<b>Números de teléfono importantes .....</b>	<b>5</b>
<b>Le damos la bienvenida a AmeriHealth</b>	
<b>Caritas District of Columbia.....</b>	<b>10</b>
Cómo funciona este manual .....	10
Cómo puede ayudarle este manual .....	10
<b>Sus derechos.....</b>	<b>11</b>
<b>Sus responsabilidades .....</b>	<b>12</b>
<b>Su tarjeta de identificación de inscrito.....</b>	<b>13</b>
<b>Su proveedor de atención primaria (PCP) ...</b>	<b>14</b>
Elegir su PCP.....	14
Cómo cambiar su PCP .....	15
<b>Su proveedor de servicios odontológicos</b>	
<b>primario (PDP) .....</b>	<b>16</b>
Elegir su PDP.....	16
Cómo cambiar su PDP .....	16
<b>Atención de rutina, urgencia</b>	
<b>y emergencia .....</b>	<b>17</b>
Atención de rutina .....	17
Atención de urgencia .....	17
Atención de emergencia .....	17
<b>Atención cuando está fuera de la ciudad ....</b>	<b>18</b>
Atención de rutina .....	18
Atención de urgencia .....	18
Atención de emergencia .....	18
<b>Proveedores dentro de la red</b>	
<b>y fuera de la red).....</b>	<b>19</b>
<b>Programar una cita.....</b>	<b>20</b>
Programar una cita	
con su PCP .....	20
Cambiar o cancelar	
una cita .....	20

Obtener atención cuando el consultorio	
de su PCP o PDP está cerrado .....	20
¿Cuánto tiempo pasa hasta ver	
a su médico? .....	20
<b>Servicios de apoyo .....</b>	<b>22</b>
Servicios de transporte .....	22
Servicios de interpretación.....	22
Servicios de traducción.....	22
Servicios auxiliares para personas	
con discapacidad visual y auditiva .....	22
<b>Atención especializada y remisiones .....</b>	<b>23</b>
Cómo obtener atención especializada .....	23
Servicios de remisión automática .....	23
Salud del comportamiento (servicios	
de salud mental o trastornos por	
consumo de sustancias).....	24
<b>Servicios para prevenir el consumo</b>	
<b>de alcohol u otras drogas .....</b>	<b>25</b>
Control de natalidad y otros servicios	
de planificación familiar.....	26
Pruebas de VIH/SIDA, orientación	
y tratamiento .....	26
Manejo de enfermedades .....	27
Programas de coordinación	
y de gestión de atención médica.....	28
<b>Servicios para evitar que los adultos</b>	
<b>se enfermen .....</b>	<b>29</b>
Recomendaciones para chequeos	
médicos ("chequeos preventivos") .....	29
Orientación preventiva .....	29
Vacunas para adultos.....	29
<b>Embarazo .....</b>	<b>30</b>
Atención prenatal y posparto .....	30



<b>La salud de su hijo(a)</b> .....	<b>31</b>	¿Qué es el fraude?.....	<b>52</b>
Beneficio HealthCheck para niños (EPSDT).....	31	Divulgación del plan de incentivos para médicos (doctores).....	52
Atención dental para sus hijos .....	31	<b>Quejas, apelaciones y audiencias imparciales</b> .....	<b>53</b>
Niños con necesidades especiales de atención médica .....	32	Quejas.....	53
Programa de la IDEA .....	32	Apelaciones .....	53
Inmunizaciones (vacunas) para niños y adolescentes .....	33	Audiencias imparciales .....	54
La salud de su hijo(a) .....	34	Fechas límite: .....	54
<b>Sus beneficios médicos</b> .....	<b>42</b>	Proceso urgente (emergencia) de quejas y apelaciones .....	55
Servicios médicos cubiertos por AmeriHealth Caritas District of Columbia.....	42	Sus derechos durante el proceso de quejas, apelaciones y audiencias imparciales.....	55
Servicios por los que no pagamos .....	48	<b>Aviso de prácticas de privacidad</b> .....	<b>57</b>
<b>Transición de la atención</b> .....	<b>49</b>	Sus derechos .....	58
<b>Otros aspectos importantes que debe saber</b> .....	<b>49</b>	<b>Sus opciones</b> .....	<b>60</b>
Qué hacer si se muda .....	49	<b>Nuestros usos y divulgaciones</b> .....	<b>61</b>
Qué hacer si sus ingresos cambian .....	49	<b>Nuestras responsabilidades</b> .....	<b>63</b>
Qué hacer si tiene un bebé.....	49	<b>Cambios a los términos de este aviso</b> .....	<b>64</b>
Qué hacer si adopta un niño .....	49	<b>NOTIFICACIÓN DE MEDICARE PARTE D</b> .....	<b>64</b>
Qué hacer si algún familiar muere .....	49	<b>Oficina de Defensoría de Atención Médica y Declaración de Derechos</b> .....	<b>65</b>
Cómo cambiar su MCP .....	49	<b>Definiciones</b> .....	<b>66</b>
Qué hacer si recibe una factura por un servicio cubierto.....	51	<b>Notas</b> .....	<b>73</b>
Pagar por servicios no cubiertos .....	51		
Voluntad anticipada.....	51		
Qué hacer si tiene otro seguro.....	51		
Qué hacer si es elegible para Medicaid y Medicare .....	51		

# Le damos la bienvenida a AmeriHealth Caritas District of Columbia

Gracias por elegir AmeriHealth Caritas District of Columbia Inc. (AmeriHealth Caritas District of Columbia) como su Plan de atención administrada (MCP). Nuestro compromiso es ofrecerle acceso a atención médica de calidad y a servicios excepcionales para los inscritos.

Este manual del inscrito contiene información importante acerca de AmeriHealth Caritas District of Columbia y cómo funciona. Revíselo con cuidado. Al ser inscrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia, podrá disfrutar de grandes beneficios y servicios. Si AmeriHealth Caritas District of Columbia cambia su manera de funcionar o recibe información sobre sus proveedores que usted debería conocer (como qué proveedores están aceptando nuevos pacientes y los horarios de atención), se lo informaremos 30 días antes de que se produzcan los cambios.

AmeriHealth Caritas District of Columbia realizará una sesión de orientación para inscritos dos veces por mes. Esta orientación es otra manera en que puede conocer todos los beneficios de AmeriHealth Caritas District of Columbia. Durante la sesión de orientación para inscritos, también podrá hablar a solas con un representante de AmeriHealth Caritas District of Columbia para que responda sus preguntas. Visite **[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)** o llame al Departamento de Servicios para Inscritos para saber la fecha y hora de cada sesión.

## Cómo funciona este manual

AmeriHealth Caritas District of Columbia es un plan de atención administrada que el Distrito de Columbia paga para ayudarle a obtener atención médica. En este manual, se explica cómo funciona AmeriHealth Caritas District of Columbia, cómo conseguir médicos, cómo llamarnos y qué servicios cubrimos. Los términos utilizados en la atención médica y los que

utiliza su médico pueden ser a veces difíciles de entender. Hemos explicado estos términos en el reverso de este manual, en la sección Definiciones.

Si tiene preguntas sobre algo que haya leído en este manual u otras preguntas sobre AmeriHealth Caritas District of Columbia, puede llamar a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720**, o ingresar a **[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)**, y haremos todo lo posible para poder ayudarle.

## Cómo puede ayudarle este manual

En este manual del inscrito se detalla:

- Cómo acceder a la atención médica
- Servicios cubiertos por AmeriHealth Caritas District of Columbia
- Servicios NO cubiertos por AmeriHealth Caritas District of Columbia
- Cómo elegir su proveedor de atención primaria y su proveedor de servicios odontológicos primario (su PCP o PDP)
- Qué hacer si se enferma.
- Qué debe hacer si tiene una queja o desea cambiar (apelación) una decisión de AmeriHealth Caritas District of Columbia

Este manual del inscrito le brinda información básica sobre cómo funciona AmeriHealth Caritas District of Columbia. Si tiene alguna pregunta, llame a la línea de servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia cuando lo desee, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Sus derechos

- Saber que cuando habla con sus médicos y otros proveedores esta información queda en privado.
- Que se le explique una enfermedad o tratamiento en un lenguaje que pueda entender.
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, como el derecho a rechazar algún tratamiento.
- Recibir una explicación completa, clara y comprensible de las opciones de tratamiento y los riesgos de cada opción para que pueda tomar una decisión informada.
- Rechazar un tratamiento o la atención.
- Estar libre de cualquier restricción o privación como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Puede ver y recibir una copia de su historia clínica y solicitar una enmienda o un cambio, en caso de que sea incorrecto.
- Recibir acceso a servicios de atención médica que estén disponibles y sean accesibles para usted de manera oportuna.
- Elegir un PCP/PDP elegible dentro de la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia y cambiar su PCP/PDP.
- Presentar una queja sobre la atención que se le brinda y recibir una respuesta.
- Solicitar una apelación o una audiencia imparcial si cree que AmeriHealth Caritas District of Columbia se equivocó al denegar, reducir o detener un servicio o producto.
- Recibir servicios de planificación familiar y suministros del proveedor de su elección.
- Obtener atención médica sin demoras innecesarias.
- Recibir una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado dentro de la red o, de ser necesario, fuera de la red, sin costo alguno.
- Recibir información sobre voluntades anticipadas y optar por no recibir o continuar un tratamiento para prolongar la vida.
- Recibir una copia del manual del inscrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia o del directorio de proveedores.
- Continuar el tratamiento que recibe actualmente hasta tener un nuevo plan de tratamiento.
- Recibir servicios de interpretación y traducción gratuitos.
- Rechazar los servicios de interpretación.
- Recibir servicios de transporte gratuitos.
- Obtener una explicación sobre los procedimientos de autorización previa.
- Recibir información sobre la situación financiera de AmeriHealth Caritas District of Columbia y cualquier manera especial de pagar a nuestros médicos.
- Obtener resúmenes de las encuestas de satisfacción del beneficiario.
- Recibir la política de "despachar tal como se prescribe" para las recetas de medicamentos de AmeriHealth Caritas District of Columbia.
- Recibir una lista de todos los medicamentos cubiertos.

## Usted tiene derecho a:

Ser tratado con respeto y la debida consideración a su dignidad y derecho a la privacidad.

## Sus responsabilidades

Usted tiene las siguientes responsabilidades:


- Tratar a quienes le prestan servicios con respeto y dignidad.
- Seguir las reglas del Programa Medicaid DC de Atención Administrada y de AmeriHealth Caritas District of Columbia.
- Seguir las indicaciones que reciba de sus médicos y otros proveedores.
- Asistir a las citas programadas.
- Avisar a su médico al menos 24 horas antes de la cita si tiene que cancelarla.
- Pedir más explicaciones si no entiende las instrucciones de su médico.
- Ir a la sala de urgencias solo si tiene una emergencia médica.
- Informar a su PCP/PDP acerca de problemas médicos y personales que pueden afectar su salud.
- Informar a la Administración de Seguridad Económica (ESA) del DC y a AmeriHealth Caritas District of Columbia si usted o un inscrito de su familia tiene otro seguro médico o cambió su dirección o número de teléfono.
- Informar a la ESA y AmeriHealth Caritas District of Columbia en caso de haber un cambio en su familia (es decir, muertes, nacimientos, etc.).
- Tratar de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos del tratamiento.
- Ayudar a su médico a obtener las historias clínicas de los proveedores que le han tratado en el pasado.
- Informar a AmeriHealth Caritas District of Columbia si se lesionó como resultado de un accidente o en el trabajo.

## Su tarjeta de identificación de inscrito

Una vez que se le asigne un proveedor de atención primaria (PCP), le enviaremos por correo una tarjeta de identificación de inscrito. Esta tarjeta les permite saber a sus médicos, hospitales, farmacias y otros que está inscrito en AmeriHealth Caritas District of Columbia. Asegúrese de que la información de su tarjeta de identificación de inscrito sea correcta. Si surge algún problema, o si ha perdido su tarjeta, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**. Cada inscrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia tiene su tarjeta. Sus hijos también tendrán sus tarjetas. Debe guardar las tarjetas de sus hijos para que no se pierdan. Está prohibido por ley permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de inscrito.

## Así se ve su tarjeta de identificación de inscrito:

Frente de la tarjeta

	
Enrollee <b>First Name, MI, Last Name</b> AmeriHealth Caritas DC ID XXXXXXXXXX	Primary care provider (PCP) <b>PCP First Name, PCP Last Name</b> <b>Group Name</b> X-XXX-XXX-XXXX
Medicaid ID 7XXXXXXXXX	Primary dental provider (PDP) <b>PDP First Name, PDP Last Name</b> <b>Group Name</b> X-XXX-XXX-XXXX
Sex: <b>M/F</b> DOB: <b>MM/DD/YYYY</b>	
Rx BIN: <b>019595</b> Rx PCN: <b>06280000</b>	Copayments: <b>OV: \$0   RX: \$0   ER: \$0</b>

Reverso de la tarjeta

Always keep this card with you!	
Enrollee Services: 24 hours a day, seven days a week (by phone) Office: 9 a.m. – 5 p.m., Monday – Friday	<b>202-408-4720 or 1-800-408-7511</b> (TTY 1-800-570-1190)
24/7 Nurse Call Line: 24 hours a day, seven days a week	<b>1-877-759-6279</b>
Prior authorizations: 8 a.m. – 5:30 p.m., Monday – Friday	<b>202-408-2237</b>
Pharmacy Enrollee Services 24 hours a day, seven days a week (by phone)	<b>1-888-452-3647</b> (TTY 1-888-989-0073)
Pharmacy Provider Services 24 hours a day, seven days a week (by phone)	<b>1-888-602-3741</b>
Transportation services: 24 hours a day, seven days a week Reservations Ride status ("Where's My Ride?")	<b>1-800-315-3485</b>
Economic Security Administration (ESA)	<b>202-727-5355</b>
<small>AmeriHealth Caritas District of Columbia Claims Processing P.O. Box 7342, London, KY 40742 Payer ID# 77002 1-877-363-3666 www.changehealthcare.com</small>	
<small>www.amerhealthcaritasdc.com</small>	
<small>This program is funded in part by the Government of the District of Columbia Department of Health Care Finance.</small>	
<small>GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA MURIEL BOWSER, MAYOR</small>	

Cada inscrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia tiene su tarjeta. Está prohibido por ley permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de inscrito.

**Recuerde llevar siempre consigo su tarjeta de identificación de inscrito y su tarjeta de identificación con fotografía. Muestre siempre su tarjeta antes de recibir atención médica u obtener un medicamento en la farmacia.**

## Su proveedor de atención primaria (PCP)

Ahora que está inscrito en AmeriHealth Caritas District of Columbia, su proveedor de atención primaria (PCP) brindará ayuda a usted y su familia para que obtengan la atención médica que necesitan.

Es importante que llame primero a su PCP cuando necesita atención médica. Si tenía un PCP antes de afiliarse a AmeriHealth Caritas District of Columbia, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720**. Si lo prefiere, podemos ayudarle a mantener ese PCP.

## Elegir su PCP

1. Elija un PCP en el momento en que se inscribe a AmeriHealth Caritas District of Columbia. Esta persona será su PCP mientras esté inscrito en AmeriHealth Caritas District of Columbia.

- Si su actual PCP es un proveedor de la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia, podrá permanecer con ese médico.
- Si no tiene un PCP, puede elegir un médico de la lista en nuestro directorio de proveedores o en [amerihealthcaritasdc.com](http://amerihealthcaritasdc.com).
- Si necesita ayuda para elegir un médico, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.
- Si no elige un PCP dentro de los primeros 10 días de estar en nuestro plan, elegiremos un médico para usted. Si no está conforme con el PCP que le asignamos, puede elegir otro. Para cambiar su PCP, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.
- AmeriHealth Caritas District of Columbia le enviará una tarjeta de identificación de inscrito. En su tarjeta aparecerá el nombre y el número de teléfono de su PCP.

2. Elija un PCP para cada inscrito de la familia que esté en nuestro plan, incluyendo sus hijos. Su PCP puede ser uno de los siguientes:

- Médico general y de familia, quien por lo general puede atender a toda la familia
- Médico de medicina interna, quien por lo general atiende solo a adultos y niños mayores de 14 años
- Pediatra, quien atiende a niños desde recién nacidos hasta adultos
- Obstetra/ginecólogo (OB/GIN), quien se especializa en la salud de las mujeres y los cuidados por maternidad
- Si usted o su hijo(a) tiene necesidades especiales de atención médica, puede elegir un especialista como su PCP



### 3. Cuando elija su PCP:

- Trate de elegir un médico que pueda remitirle al hospital que desee. No todos los médicos pueden remitir pacientes a todos los hospitales. En nuestro directorio de proveedores, encontrará una lista de los hospitales a los que un PCP puede remitirle. También puede llamar a la línea de servicios para inscritos para solicitar asistencia.
- A veces, el PCP que elija no podrá admitir nuevos pacientes. Le haremos saber si es necesario que elija otro médico.
- Elija un médico que esté cercano a su domicilio o lugar de trabajo.

### Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP cuando lo desee. Solo elija un nuevo PCP del directorio de proveedores. Llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511** una vez que haya elegido un nuevo PCP. Si necesita ayuda para elegir un nuevo PCP, comuníquese con servicios para inscritos.

## Su proveedor de servicios odontológicos primario (PDP)

Ahora que está inscrito en AmeriHealth Caritas District of Columbia, su proveedor de servicios odontológicos primario (PDP) brindará ayuda a usted y su familia para que obtengan la atención médica que necesitan.

Es importante que llame primero a su PCP cuando necesita atención médica. Si tenía un odontólogo antes de afiliarse a AmeriHealth Caritas District of Columbia, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720**. Si lo prefiere, podemos ayudarle a mantener ese odontólogo.

- AmeriHealth Caritas District of Columbia le enviará una tarjeta de identificación de inscrito. En su tarjeta aparecerá el nombre y el número de teléfono de su PDP.
- Elija un PDP para cada integrante de la familia que esté inscrito en nuestro plan, incluyendo sus hijos. Su PDP puede ser uno de los siguientes:
  - Odontólogo general o de familia, que por lo general puede atender a toda la familia

## Elegir su PDP

1. Elija un PDP en el momento en que se inscriba en AmeriHealth Caritas District of Columbia. Esta persona será su PDP mientras esté inscrito en AmeriHealth Caritas District of Columbia.

- Si su actual PDP es un proveedor de la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia, podrá continuar con ese odontólogo.
- Si no tiene un PDP, puede elegir uno de la lista en nuestro directorio de proveedores o en **[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)**.
- Si necesita ayuda para elegir un médico, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.
- Si no elige un PDP dentro de los primeros 10 días de estar en nuestro plan, elegiremos un odontólogo para usted. Si no está conforme con el PDP que le asignamos, puede elegir otro. Para cambiar su PCP, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

2. Cuando elija su PDP, tenga en cuenta lo siguiente:

- Nuestro directorio de proveedores ofrece una lista de los hospitales a los que puede remitirle su PDP. También puede llamar a la línea de servicios para inscritos para solicitar asistencia.
- A veces, el PDP que elija no podrá admitir nuevos pacientes. Le haremos saber si es necesario que elija otro odontólogo.

## Cómo cambiar su PDP

Puede cambiar su PDP cuando lo desee. Solo elija un nuevo PDP del directorio de proveedores. Llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511** una vez que haya elegido un nuevo PDP. Si necesita ayuda para elegir un nuevo PDP, comuníquese con servicios para inscritos.

## Atención de rutina, urgencia y emergencia

Existen tres (3) tipos de atención médica que posiblemente necesite: atención de rutina, urgencia y emergencia

### Atención de rutina

La atención de rutina es la que obtiene de su PCP. La atención de rutina también es la atención que recibe de otros médicos a los que su PCP le remite. La atención de rutina incluye chequeos médicos, exámenes físicos, revisiones médicas y tratamientos para problemas de salud como la diabetes, la hipertensión y el asma. Si necesita atención de rutina, llame al consultorio de su PCP y pida una cita.

### Atención de urgencia

Es la atención médica que necesita en un término de 24 horas, pero no de inmediato. Entre los casos de atención de urgencia se encuentran:

- Esguince o torcedura
- Dolor de oído
- Diarrea
- Sarpullido del pañal
- Vómitos
- Tos o resfrío
- Corte o raspadura
- Dolor de cabeza leve
- Piojos, sarna o tiña
- Reabastecimiento de medicamentos
- Dolor de garganta

**Si necesita atención de urgencia, llame al consultorio de su PCP.** Si el consultorio de su PCP está cerrado, deje un mensaje a la persona que contesta el teléfono. Luego, llame a la línea de ayuda de enfermería al **1(877) 759-6279**. El equipo de enfermería le ayudará a decidir si necesita ir al médico de inmediato. El equipo le dirá cómo obtener atención. No es necesario que vaya a la sala de urgencias o pida una ambulancia para la atención de rutina o urgencia.

### Atención de emergencia

Es la atención médica que debe recibir de inmediato en caso de una lesión o enfermedad grave o repentina (a veces potencialmente fatal). Tiene derecho a usar cualquier hospital para recibir atención de emergencia. No se requiere autorización previa para los servicios de atención de emergencia.

Algunos problemas de atención de emergencia son:

- Aborto involuntario o embarazo con sangrado vaginal
- Sangrado que no se detiene
- Quebradura de huesos
- Quemadura grave
- Estar en trabajo de parto
- Sobredosis de drogas
- Convulsiones
- Envenenamiento
- Conmoción (puede sudar, sentir sed o mareos o ponerse pálido)
- Desmayo o pérdida del conocimiento
- Heridas de arma o cuchillo
- De repente no poder ver, moverse o hablar

### QUÉ HACER SI TIENE UNA EMERGENCIA

- 1. Llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de urgencias (ER) más cercana.**
- 2. Muestre su tarjeta de identificación de inscrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia.**
- 3. En cuanto pueda, llame a su PCP.**

## Atención cuando está fuera de la ciudad

### Cuando está fuera de la ciudad

Cuando necesita ver a un médico o conseguir medicamentos cuando está fuera de la ciudad:

### Atención de rutina

Deberá llamarnos para preguntar si pagaremos para que vea a un médico u otro proveedor cuando esté fuera de la ciudad porque los médicos que no están en el Distrito de Columbia no forman parte de AmeriHealth Caritas District of Columbia. Si AmeriHealth Caritas District of Columbia no lo aprueba antes de que le atiendan, deberá pagarlo por su cuenta. Si necesita medicamentos de un médico mientras está fuera de la ciudad, llame al Departamento de Servicios de Farmacia para Inscritos al **1(888) 452-3647**.

### Atención de urgencia

Llame a su PCP. Si su consultorio está cerrado, llame a la línea de ayuda de enfermería al **1(877) 759-6279**. El equipo de enfermería le ayudará a decidir si necesita ir al médico de inmediato. El equipo le dirá cómo obtener atención. No es necesario que vaya a la sala de urgencias o pida una ambulancia para la atención de rutina o urgencia.

### Atención de emergencia

Si tiene una emergencia, ya sea de salud mental o por consumo de alcohol u otras drogas, diríjase a la sala de urgencias (ER) más cercana de inmediato. Si va a la sala de emergencias, deberá pedir al personal de la ER que llame a su PCP. Si va a la sala de urgencias, deberá llamar a servicios para inscritos en cuanto pueda. No se requiere autorización previa para los servicios de atención de emergencia.

## Proveedores dentro de la red y fuera de la red

AmeriHealth Caritas District of Columbia pagará por su atención cuando vaya a la consulta de uno de nuestros médicos u otros de nuestros proveedores de atención médica. Llamamos a estos médicos y otros proveedores de atención médica nuestros proveedores "de red". Los médicos y proveedores que no están incluidos entre los nuestros son los llamados proveedores "fuera de la red". Todos estos médicos "dentro de la red" se encuentran en su directorio de proveedores.

Si va a un médico, hospital o laboratorio "fuera de la red", es posible que tenga que pagar por la atención que recibe. No tendrá que pagar si nos lo ha pedido primero y se lo confirmamos, generalmente por escrito. A esto se lo denomina "autorización previa".

AmeriHealth Caritas District of Columbia proporcionará (de manera adecuada y oportuna) servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red aprobado en caso de que AmeriHealth Caritas District of Columbia no cuente con un proveedor dentro de la red que pueda realizar un servicio cubierto.

**Autorización previa (PA) hace referencia a una aprobación para un servicio médico que no suele cubrir AmeriHealth Caritas District of Columbia.**

Debe obtener esta aprobación antes de recibir el servicio. No necesita una PA para recibir atención de emergencia. Llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511** para preguntar sobre cómo obtener una PA.

Puede ir a un proveedor de planificación familiar que elija, incluso si se encuentra fuera de la red. No se requiere autorización previa. Para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar, consulte la página 26.

## Programar una cita

### Programar una cita con su PCP

- Tenga a mano su tarjeta de identificación de inscrito y lápiz y papel.
- Llame al consultorio de su PCP. Busque el número de teléfono de su PCP en el frente de su tarjeta de identificación de inscrito. También puede encontrarlo en su directorio de proveedores o en línea en **www.amerihealthcaritasdc.com**.
- Dígle a la persona que conteste que está inscrito en AmeriHealth Caritas District of Columbia. Dígle que desea programar una cita con su PCP.
- Dígle a la persona por qué necesita una cita. Por ejemplo:
  - ✧ Usted o un inscrito de la familia se siente enfermo(a).
  - ✧ Se lastimó o sufrió un accidente.
  - ✧ Necesita un chequeo médico o cuidados posteriores al tratamiento.
- Anote la fecha y hora de su cita.
- Vaya a su cita a tiempo y lleve su tarjeta de identificación de inscrito e identificación con foto.
- Si necesita ayuda para programar una cita, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

### Cambiar o cancelar una cita

- Es muy importante que vaya a su cita y llegue a tiempo.
- Si necesita cambiar o cancelar su cita, llame al médico al menos 24 horas antes de su cita.
- Para algunas citas, es posible que tenga que llamar antes de las 24 horas previas para cancelar.
- Si no se presenta a la cita o si llega tarde, su médico puede decidir no aceptarle como su paciente.

### Obtener atención cuando el consultorio de su PCP o PDP está cerrado

Si desea hablar con su PCP o PDP cuando el consultorio está cerrado, llame a sus respectivos consultorios y deje un mensaje que incluya su número de teléfono a quien responde las llamadas. Alguien se comunicará con usted tan pronto como sea posible. Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de urgencias. También puede llamar a la línea de ayuda de enfermería las 24 horas del día al **1(877) 759-6279**.

### ¿Cuánto demora ver a su médico?

El consultorio de su médico debe programar una cita dentro de unos días después de su llamada. Llame al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511** si no puede obtener una cita durante estos periodos de tiempo. El cuadro en la página 21 muestra cuánto demorará obtener una cita.



Tipo de visita	Su afección	Cuánto demora ver a su médico
<b>Visita de urgencia</b>	<p>Se lastimó o no se siente bien y necesita atención en un plazo de 24 horas para evitar empeorar, pero no necesita ver a un médico de inmediato.</p> <p>Estos son algunos ejemplos que requieren atención de urgencia: esguince o torcedura, diarrea, vómitos, corte o raspadura, dolor de oídos, dolor de garganta, tos o resfrío, sarpullido del pañal, reabastecimiento de medicamentos, dolor de cabeza leve, piojos, sarna y tiña.</p>	Dentro de las 24 horas
<b>Visita de rutina</b>	Tiene una enfermedad o lesión menor, o necesita un chequeo médico de rutina, pero no precisa de una cita urgente.	Dentro de los 30 días
<b>Visita de seguimiento</b>	Necesita ver a su médico después de un tratamiento; solo necesita asegurarse de que está sanando bien.	Dentro de 1 a 2 semanas según el tipo de tratamiento
<b>Visitas de bienestar para adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendrá su primera cita con un médico nuevo.</li> <li>• Debe realizarse un chequeo de rutina para adultos.</li> <li>• Debe realizarse un examen de próstata, un examen pélvico, una citología vaginal o un examen de mamas.</li> </ul>	Dentro de los 30 días o antes si es necesario
<b>Citas no urgentes con especialistas (por remisión)</b>	Su PCP le remitió a un especialista por una afección no urgente.	Dentro de los 30 días
<b>Chequeos no urgentes de servicios de exámenes tempranos y periódicos, diagnósticos y tratamientos (EPSDT) para niños</b>	Su hijo(a) debe realizarse un chequeo de EPSDT.	<p>Chequeo inicial: dentro de los 60 días</p> <p>Chequeos médicos adicionales: dentro de los 30 días de las fechas previstas para menores de dos años; dentro de los 60 días de las fechas previstas para niños de dos años y mayores.</p>
<b>Evaluaciones de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) (intervención temprana)</b>	Pruebas ("evaluaciones") para niños de hasta 3 años en riesgo de retraso del desarrollo o discapacidad.	Dentro de los 30 días

## Servicios de apoyo

### Servicios de transporte

Los servicios no cubiertos son aquellos que AmeriHealth Caritas District of Columbia no cubre, pero que el DHCF u otras agencias del Distrito sí cubren. AmeriHealth Caritas District of Columbia proporcionará servicios de transporte a sus citas médicas si lo necesita. AmeriHealth Caritas District of Columbia también proporcionará servicios de transporte de ida y vuelta para la mayoría de los servicios no cubiertos.

- Llame a servicios de transporte de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **1(800) 315-3485** para comunicarles a qué hora y qué día necesita que pasen por usted.
- Deberá llamar al menos dos días hábiles (no incluye sábado y domingo) antes de su cita para obtener transporte.
- Si necesita transporte para visitas de EPSDT o de urgencia, puede llamar el día anterior a la cita para pedir transporte.
- Los tipos de transporte incluyen autobuses, metro, cupones para pagar taxis, furgonetas adaptadas para sillas de ruedas y ambulancias. El tipo de transporte que obtiene depende de sus necesidades médicas.
- Indique a servicios de transporte su identificación de inscrito, número de teléfono y dirección donde pueden pasar a buscarle. Dígame también el nombre, la dirección y el número de teléfono de la instalación médica u odontológica o el consultorio médico al que se dirige.

### Servicios de interpretación y traducción y servicios auxiliares para personas con discapacidad visual y auditiva

#### Servicios de interpretación

AmeriHealth Caritas District of Columbia proveerá servicios de interpretación si los necesita de manera GRATUITA, incluso en el hospital.

Llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511** para obtener servicios de interpretación. Llámenos antes de su cita con el médico si necesita servicios de interpretación.

Los servicios de interpretación por lo general se brindan por teléfono. Si necesita que el intérprete esté con usted en la cita con su médico, deberá hacérselo saber entre 3 y 5 días hábiles o 48 horas antes de la cita.

#### Servicios de traducción

Si recibe información de AmeriHealth Caritas District of Columbia y la necesita traducida a otro idioma, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

### Servicios auxiliares para personas con discapacidad visual y auditiva

Si tiene problemas auditivos, llame a servicios para inscritos al **1(800) 570-1190**.

Si tiene problemas de visión, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**. Podemos brindarle información en una cinta de audio, en Braille o en letra grande.

## Atención especializada y remisiones

### Cómo obtener atención especializada

La atención especializada es la que brinda un proveedor especialista con formación adicional en una afección o parte del cuerpo específica. Por ejemplo, un cardiólogo se encarga del corazón y un podólogo de los pies.

Es importante que usted y cada integrante de su familia tenga un PCP. Su PCP le ayudará a saber cuándo necesita ver a un especialista, pero no se necesita su remisión. Una remisión es una nota escrita que le entrega su PCP para que vea a un proveedor diferente.

Para todos los inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia, las remisiones no son obligatorias para ver a algún especialista que forme parte de nuestra red de proveedores.

Si quiere ver a un especialista, pero AmeriHealth Caritas District of Columbia le informó que no pagará dicha visita, puede:

- Realizar una cita con otro médico de la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia y obtener una segunda opinión.
- Apelar nuestra decisión (consulte la página 53 sobre las apelaciones).
- Solicitar una audiencia imparcial (consulte la página 54 sobre las audiencias imparciales).

### Servicios de remisión automática

Hay determinados servicios que puede recibir sin obtener la autorización previa de su PCP. Se los denomina "servicios de remisión automática" y se enumeran a continuación.

#### **NO necesita una remisión para:**

- Ver a su PCP.
- Obtener atención cuando tiene una emergencia.
- Recibir servicios del médico obstetra/ginecólogo de su red para servicios de rutina o preventivos (solo mujeres).
- Recibir servicios de planificación familiar.
- Recibir servicios para enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Recibir vacunas.
- Visitar un oftalmólogo de la red.
- Llevar a su hijo(a) a un proveedor de servicios odontológicos de la red.
- Recibir servicios de salud mental o por problemas con el alcohol u otras drogas.

## Salud del comportamiento (servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias)

**No** necesita ver a su PCP antes de obtener servicios de salud del comportamiento. Sin embargo, necesitará recibir la atención de alguien que esté en nuestra red. Si está recibiendo atención ahora, pregunte a su proveedor si acepta AmeriHealth Caritas District of Columbia.

Antes de su primera visita:

1. **Pídale** a su médico anterior que le envíe su historia clínica a su nuevo proveedor. Esto no le costará nada. Le permitirá a su proveedor conocer sus necesidades.
2. **Tenga a mano su tarjeta de AmeriHealth Caritas District of Columbia** cuando llame para programar su cita con su nuevo proveedor.
3. Comunique que es un **inscrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia** e indique su **n.º de identificación de Medicaid**.
4. **Anote** la fecha y hora de su cita. Si es un paciente nuevo, el proveedor puede pedirle que vaya temprano. Anote la hora en que le piden que esté allí.
5. **Haga una lista** de las preguntas que desea hacerle a su proveedor. Detalle cualquier problema que tenga.

El día de la cita:

1. **Lleve** todos sus medicamentos y una lista de preguntas para que su proveedor **sepa cómo ayudarle**.
2. **Llegue a tiempo** para su visita. Si no puede asistir a su cita, llame a su proveedor para obtener un horario nuevo.
3. **Lleve su tarjeta de identificación de AmeriHealth Caritas District of Columbia** con usted. Su proveedor puede realizar una copia de esta.

Puede obtener ayuda relacionada con la salud del comportamiento o los trastornos por consumo de sustancias de inmediato llamando al **(202) 408-4720 | 1(800) 408-7511**. Le ayudaremos a encontrar el mejor proveedor para usted/su hijo(a). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Debe llamar al 9-1-1 si usted/su hijo(a) tiene una emergencia de salud del comportamiento potencialmente fatal. También puede acudir a un centro de ayuda ante crisis o a la sala de urgencias más cercana. No tiene que esperar que ocurra una emergencia para obtener ayuda.

También puede llamar al **988**. La línea **988** de ayuda en casos de crisis y suicidio brinda apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a personas que atraviesan crisis suicidas o problemas relacionados con la salud mental y que experimentan problemas con el consumo de sustancias.

- Servicios móviles de ayuda en casos de crisis (niños/jóvenes) CHAMPS: **(202) 481-1440**. Brinda servicios móviles de ayuda de emergencia en el lugar para los niños que enfrentan una crisis del comportamiento o de salud mental durante la semana, ya sea en el hogar, la escuela o la comunidad. Los servicios están orientados a niños y jóvenes de entre 6 y 21 años. Los fines de semana, llame al equipo de respuesta comunitaria.
- Servicios de salud mental para la primera infancia (Healthy Futures): **(202) 698-1871**. Brinda servicios de intervención en casos de crisis para niños de hasta 5 años. Además, el personal del centro de apoyo ofrece asistencia para el manejo del comportamiento individual de niños y la gestión del aula.

Si habla otro idioma, puede llamar a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

Si tiene sordera o una discapacidad auditiva, llame a nuestra línea TTY al **(202) 216-9885**.

## Servicios para prevenir el consumo de alcohol u otras drogas

Los problemas con el alcohol u otras drogas son peligrosos para su salud y pueden ser peligrosos para la salud de las personas a su alrededor. Es importante ir al médico si necesita ayuda con estos problemas. AmeriHealth Caritas District of Columbia le ayudará a organizar los servicios de desintoxicación y le proporcionará la coordinación de la atención para ayudarlo a obtener otros servicios. Para obtener servicios para estos problemas, puede:

- Llamar a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Acceder al Centro de Evaluaciones y Remisiones (ARC) directamente en [Insert link] o visitar 75 Florida Ave NE, Washington, DC 20002.

El centro proporciona servicios de evaluación y remisión en el mismo día para las personas que buscan tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias, incluyendo desintoxicación, tratamiento con apoyo farmacológico y orientación individual y grupal.

- Centro de Estabilización del DC, ubicado en 35 K Street, NE, Washington, DC: **(202) 839-3500**. Proporciona un lugar seguro para que las personas con crisis de trastornos por consumo de sustancias reciban la ayuda que necesitan. Además, ofrece medicamentos aprobados en el lugar, orientación, remisiones y colocación en opciones de tratamiento a largo plazo. Se encuentra abierto las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todos los servicios de salud mental y tratamiento del consumo de alcohol y drogas son confidenciales.

## Control de natalidad y otros servicios de planificación familiar

NO necesita una remisión para recibir control de natalidad u otros servicios de planificación familiar. Todos los servicios de control de natalidad y otros servicios de planificación familiar son confidenciales.

Puede obtener control de la natalidad u otros servicios de planificación familiar de cualquier proveedor que elija. No necesita una remisión para obtener estos servicios. Si elige un médico de servicios de planificación familiar que no sea su PCP, dígame a su PCP. Esto ayudará a su PCP a brindarle una mejor atención. Hable con su PCP o llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511** para obtener más información sobre control de natalidad u otros servicios de planificación familiar.

### Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Prueba de embarazo
- Orientación para la mujer y la pareja
- Anticoncepción de rutina y de emergencia
- Orientación y vacunas
- Exámenes de detección de todas las enfermedades de transmisión sexual
- Tratamiento para todas las enfermedades de transmisión sexual
- Procedimientos de esterilización (debe ser mayor de 21 años y debe firmar un formulario 30 días antes del procedimiento)
- Pruebas de VIH/SIDA y orientación
- Tratamiento de infertilidad

### Los servicios de planificación familiar no incluyen:

- Estudios o procedimientos de rutina por infertilidad
- Histerectomía para la esterilización
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Tratamiento del VIH/SIDA
- Aborto

## Pruebas de VIH/SIDA, orientación y tratamiento

Puede realizarse pruebas de VIH/SIDA y obtener orientación:

- Cuando tiene servicios de planificación familiar
- De su PCP
- Por parte de un centro de pruebas y orientación de HIV

Para obtener información sobre dónde puede realizarse una prueba de VIH y obtener orientación, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**. Si necesita tratamiento para el VIH, su PCP le ayudará a obtener atención médica. También puede llamarnos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**. Asimismo, puede recibir una profilaxis previa a la exposición (PrEP) si su médico cree que tiene un alto riesgo de contraer VIH/SIDA.



## Servicios de farmacia y medicamentos recetados

Las farmacias son el lugar donde adquiere sus fármacos (medicamentos). Si su médico le da una receta, debe ir a una farmacia de la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia.

Puede encontrar una lista de todas las farmacias de la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia en su directorio de proveedores o en línea en **www.amerihealthcaritasdc.com**.

Si está fuera de la ciudad y tiene una emergencia o necesita atención de urgencia, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios de Farmacia para Inscritos al **1(888) 452-3647**.

### Para obtener un medicamento con receta:

- Elija una farmacia que sea parte de la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia y esté cerca de su trabajo o de su hogar.
- Cuando tenga una receta, vaya a la farmacia y entréguele al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación de inscrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia.
- Si necesita ayuda, llame al **1(888) 452-3647**.

### Cosas para recordar:

- No le deben pedir que pague por sus medicamentos. Llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia si la farmacia o droguería le pide que pague.
- A veces, su médico puede necesitar la autorización previa (PA) de AmeriHealth Caritas District of Columbia para un medicamento. Mientras su médico está esperando la PA, tiene derecho a recibir el medicamento:

- ✧ Para un máximo de 72 horas
- ✧ Para una ronda completa del medicamento si lo toma menos de una vez al día

### Si no recibió su medicamento:

- Puede pedirle a su farmacéutico un suministro de medicamentos para **tres días** hasta que se resuelva el problema que le impidió obtener su medicamento hoy.
- Su farmacia le notificará por escrito si no puede recibir su medicamento recetado y las razones correspondientes.
- Debe completar todos los procesos de denegación que su plan de atención administrada proporciona antes de solicitar una audiencia administrativa imparcial.
- Puede solicitar una audiencia administrativa imparcial si cree que su solicitud de medicamentos se ha denegado o reducido de manera injusta. Para solicitar una audiencia:
  - ✧ Comuníquese con la Defensoría del DHCF al llamar al **(202) 724-7491** o enviar un correo electrónico a **healthcareombudsman@dc.gov**.
  - ✧ Llame a la Oficina de Audiencias Administrativas al **(202) 442-9094**.
  - ✧ Visite 441 4th Street, NW, Suite 450 North, Washington, DC 20001.

## Manejo de enfermedades

Si tiene una enfermedad crónica o una necesidad de atención médica especial como asma, presión sanguínea alta o alguna enfermedad mental, podemos incluirle en nuestro Programa de Manejo de Enfermedades. De esta manera, tendrá un administrador de atención ante enfermedades. Un administrador de atención ante enfermedades es alguien que trabaja para AmeriHealth Caritas District of Columbia y que le ayudará a obtener los servicios y la información que precisa para manejar la enfermedad diagnosticada y estar más saludable.

## Programas de coordinación y de gestión de casos

Si usted o su hijo(a) tiene una enfermedad crónica o una necesidad de atención médica especial como diabetes, presión sanguínea elevada, enfermedad mental o asma, AmeriHealth Caritas District of Columbia puede ofrecerle servicios y programas especiales para ayudarle con sus necesidades de atención médica. Usted o su hijo(a) tendrá a disposición un administrador de atención médica que le ayudará a obtener los servicios y la información que precise para manejar su enfermedad y mejorar su salud.

Los administradores de atención médica de AmeriHealth Caritas District of Columbia pueden ayudarle a usted o a su hijo(a) a:

- Obtener servicios cubiertos y comprenderlos.
- Programar citas y exámenes médicos.
- Programar un transporte.
- Buscar formas de asegurar que obtenga los servicios adecuados.

- Encontrar recursos para ayudarle con las necesidades de atención médica especiales o brindar asistencia a sus cuidadores para que manejen el estrés diario.
- Entrar en contacto con servicios sociales y comunitarios.
- Al realizar la transición a otro tipo de atención médica si finalizan sus beneficios, puede elegir otro MCP o trasladarse a otro programa de Medicaid del DC, si es necesario.

Nuestro personal puede brindarle más información. También pueden hacerle saber en qué programas se encuentra inscrito actualmente. Asimismo, puede pedir una remisión o que se le retire de un programa. Comuníquese con el equipo de respuesta rápida de AmeriHealth Caritas District of Columbia llamando al **1(877) 759-6224** para obtener más información.

## Servicios para evitar que los adultos se enfermen

AmeriHealth Caritas District of Columbia desea que cuide su salud. También queremos que se suscriba a nuestros servicios de salud y para el bienestar general. Estos incluyen chequeos preventivos, orientación y vacunas.

### Recomendaciones para chequeos médicos ("chequeos preventivos")

Solicite una cita y vea a su PCP al menos una vez al año para un chequeo médico. Consulte la lista de "Servicios para el bienestar general para adultos" en la sección "Sus beneficios médicos" para saber sobre qué hablar con su PCP durante su chequeo.

### Orientación preventiva

Ofrecemos orientación preventiva para ayudarle a mantenerse saludable. Puede obtener orientación preventiva sobre lo siguiente:

- Dieta y ejercicios
- Consumo de alcohol y drogas
- Dejar de fumar
- Prevención del VIH/SIDA
- Obesidad

### Vacunas para adultos

Si es una persona adulta, podrá necesitar algunas vacunas. Hable con su PCP acerca de cuáles puede necesitar.

## Embarazo

Si está embarazada o cree estarlo, es muy importante que visite de inmediato a su médico obstetra/ginecólogo (OB/GIN). No es necesario que vea a su PCP antes de hacer esta cita.

### Si está embarazada, llame a:

- Administración de Seguridad Económica (ESA) al **(202) 727-5355** para informar su embarazo
- Servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**
- Su PCP

Hay determinadas cosas que deberá controlar si está embarazada. Estos controles la ayudarán a asegurarse de tener un embarazo, parto y bebé saludables. Esto se denomina atención prenatal. Recibe atención prenatal antes de que nazca su bebé.

**Recuerde, si está embarazada o cree estarlo, no beba alcohol, no consuma drogas ni fume.**

## Atención prenatal y posparto

Cuando participa en el programa Bright Start de AmeriHealth Caritas District of Columbia, recibe los siguientes servicios:

- Orientador de atención durante el embarazo
- Asistencia para obtener servicios para el Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Información y clases de salud prenatal
- Visitas domiciliarias de enfermería después del parto según sea médicamente necesario
- Una invitación a un "baby shower" grupal para usted y su bebé
- Recompensas por mantener un comportamiento saludable, si califica

**Una vez que tenga a su bebé, llame a servicios para inscritos al (202) 408-4720 y a la ESA al (202) 727-5355.**

## La salud de su hijo(a)

### Beneficio HealthCheck para niños (EPSDT)

AmeriHealth Caritas District of Columbia quiere ayudar a que sus hijos crezcan sanos. Si su hijo(a) está inscrito(a) en el programa DC Healthy Families (Medicaid), será elegible para el Programa HealthCheck, también conocido como el beneficio de los servicios de exámenes tempranos y periódicos, diagnósticos y tratamientos (EPSDT). Esta es la parte pediátrica del programa de Medicaid; comienza justo después de que su hijo(a) nazca y dura hasta que cumpla 21 años. El Programa HealthCheck le brinda a su hijo(a) una serie de chequeos médicos importantes.

Encontrará una hoja de información de HealthCheck (EPSDT) en este manual. Además, puede consultarle a su médico, llamar a servicios para inscritos o visitar nuestro sitio web **[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)** para obtener una copia del calendario de periodicidad de HealthCheck (EPSDT). El calendario le indica cuándo su hijo(a) debe visitar al médico.

Como parte de los beneficios de los servicios de HealthCheck/EPSDT, su hijo(a) puede obtener los beneficios adicionales de Medicaid que se describen en la sección "Beneficios médicos para inscritos" a continuación.

### Atención dental para sus hijos

Todos los chequeos y tratamientos de salud dental son gratuitos para los inscritos en AmeriHealth Caritas District of Columbia que sean menores de 21 años, y cada niño debe tener un proveedor de servicios odontológicos primario.

Los odontólogos pueden prevenir las caries y enseñarle a usted y su hijo(a) cómo cuidar sus dientes.

- Desde el nacimiento hasta los 3 años, el PCP de su hijo(a) puede proporcionarle atención médica odontológica durante los chequeos médicos de rutina. El PCP debe enviar al menor a un odontólogo para que obtenga servicios odontológicos.
- A partir de los 3 años, todos los niños deben ver a un odontólogo en la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia para realizarse un chequeo todos los años. Llame al consultorio del odontólogo para programar una cita. Busque en el directorio de proveedores de AmeriHealth Caritas District of Columbia o en línea en **[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)** para elegir un odontólogo cerca de usted.

## Niños con necesidades especiales de atención médica

Cuando los niños tienen afecciones físicas, emocionales, del desarrollo o del comportamiento que son permanentes o que duran mucho tiempo, pueden tener necesidades especiales de atención médica. Estos niños pueden necesitar atención médica adicional y otros servicios.

AmeriHealth Caritas District of Columbia se comunicará con usted para llevar a cabo un examen médico, con el fin de determinar si su hijo(a) tiene necesidades especiales de atención médica. Si AmeriHealth Caritas District of Columbia no se ha puesto en contacto con usted, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

Si su hijo(a) tiene necesidades especiales de atención médica:

- Su hijo(a) tiene derecho a tener un PCP que sea un especialista.
- Se le puede asignar a su hijo(a) un gestor de casos para ayudarle con sus necesidades especiales.
- El gestor de casos de su hijo(a) trabajará con usted y el médico de su hijo(a) para crear un plan de tratamiento.

Asegúrese de que usted y el médico de su hijo(a) firmen su plan de tratamiento. Si no tiene un plan de tratamiento, llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia y solicite uno para su hijo(a).

## Programa de la IDEA

IDEA es una ley federal. IDEA es la sigla en inglés de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades. El programa de la IDEA proporciona servicios especiales para su hijo(a) con retraso en el desarrollo, discapacidad o necesidades especiales. Los niños de hasta 3 años reciben servicios de intervención temprana de AmeriHealth Caritas District of Columbia. Los niños de 4 años y mayores obtienen servicios de educación especial de los sistemas de las Escuelas Públicas y las escuelas públicas chárter del DC.

La tabla de crecimiento del DC (ver adjunto) puede ayudarle a averiguar si su hijo(a) tiene retrasos en el crecimiento y desarrollo.



Si piensa que su hijo(a) no está creciendo de la manera que debería, pida que le realicen un examen ("evaluación de la IDEA"). Para obtener una evaluación de la IDEA, llame a su PCP. Si su hijo(a) necesita servicios de la IDEA, su PCP le remitirá al Programa de Intervención Temprana Strong Start del DC.

AmeriHealth Caritas District of Columbia cuenta con gestores de casos que pueden informarle más acerca de la IDEA y los servicios adicionales que su hijo(a) puede obtener.

AmeriHealth Caritas District of Columbia cubre los servicios que se enumeran a continuación si su hijo(a) es elegible para servicios de intervención temprana:

- Para los niños de hasta 3 años, AmeriHealth Caritas District of Columbia cubre todos los servicios de atención médica inclusive si el servicio está en el plan de tratamiento de su hijo(a) (Plan de Servicio Familiar Personalizado [IFSP]).
- Para los niños de 3 años y mayores, AmeriHealth Caritas District of Columbia:
  - Paga todos los servicios de atención médica y los del plan de tratamiento que su hijo(a) necesite cuando no está en la escuela, incluso durante la noche, los fines de semana y los feriados.
  - Coordina servicios que el plan de tratamiento escolar no suministra.

Para obtener más información sobre los servicios que su hijo(a) puede obtener a través del programa de la IDEA, comuníquese con servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**, o con la escuela de su hijo(a).

## Inmunizaciones (vacunas) para niños y adolescentes

¡Las vacunas son importantes para mantener la salud de su hijo(a)! Cuando su hijo(a) está en sus primeros años, necesita vacunas cada pocos meses. Las primeras se administran al nacer y protegen a los niños de enfermedades.

Su PCP y AmeriHealth Caritas District of Columbia programarán las citas para la vacunación de su hijo(a). Consulte la tabla de periodicidad (ver adjunto) para conocer el calendario de vacunas de su hijo(a).

## La salud de su hijo(a)

### ¿Qué es HealthCheck?

HealthCheck es un programa de chequeos de rutina para los inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia desde el nacimiento hasta los 21 años.

HealthCheck es un servicio gratuito y ayuda a garantizar el crecimiento apropiado y la buena salud.

### Los chequeos médicos de HealthCheck incluyen:

- Examen físico completo sin ropa
- Vacunas
- Chequeo preventivo dental
- Chequeo preventivo de la vista (ojos)
- Examen de audición
- Detección de plomo (para todos los inscritos menores de 6 años)
- Educación para la salud
- Exámenes médicos del comportamiento

### HealthCheck y su bebé

Su hijo(a) deberá realizarse 12 chequeos médicos de HealthCheck entre el nacimiento y los 3 años. Esto puede parecer excesivo, pero asegurarse de que su hijo(a) tenga buena salud y las vacunas correspondientes es una manera de brindarle protección ante enfermedades prevenibles y potencialmente fatales. Esta tabla muestra las edades y los tipos de vacunas y pruebas que su bebé necesitará.

### Respuestas:

Hep = vacuna contra la hepatitis

DtaP = vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina

RV = vacuna contra el rotavirus

Hib = vacuna contra *Haemophilus influenzae*

IPV = vacuna intramuscular contra la poliomielitis

PCV = vacuna antineumocócica

Edad	Vacuna o prueba
<b>Nacimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HepB n.º 1</li> <li>Chequeo preventivo del metabolismo y la hemoglobina en el recién nacido</li> </ul>
<b>2 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HepB n.º 2</li> <li>DTaP n.º 1</li> <li>RV n.º 1</li> <li>Hib n.º 1</li> <li>PCV n.º 1</li> <li>IPV n.º 1</li> </ul>
<b>4 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DTaP n.º 2</li> <li>RV n.º 2</li> <li>Hib n.º 2</li> <li>PCV n.º 2</li> <li>IPV n.º 2</li> </ul>
<b>6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HepB n.º 3</li> <li>Hib n.º 3</li> <li>DTaP n.º 3</li> <li>RV n.º 3</li> <li>PCV n.º 3</li> <li>IPV n.º 3</li> </ul>
<b>12 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HiB n.º 4</li> <li>MMR n.º 1</li> <li>Varicela n.º 1</li> <li>PCV n.º 4</li> <li>HepA n.º 1</li> <li>Detección de plomo</li> <li>Hemoglobina/hematocrito</li> <li>Prueba de tuberculosis, si está en riesgo</li> <li>Examen odontológico</li> </ul>
<b>15 meses</b>	Varicela n.º 2 (se puede administrar la segunda dosis a los 4 años)
<b>18 meses</b>	Hep A n.º 2
<b>24 meses</b>	Detección de plomo
<b>Cada año</b>	A partir de los 6 meses, vacuna para la influenza estacional (gripe) cada año como es recomendable

Varicela = vacuna contra la varicela

MMR = sarampión, paperas y rubéola

VPV = virus del papiloma humano

MCV = vacuna para el meningococo conjugado

## HealthCheck y los niños en edad escolar

Muchas enfermedades de la infancia no aparecen de inmediato. Los exámenes de HealthCheck pueden ayudar a la salud de su hijo(a) al detectar enfermedades potenciales antes de que aparezcan. Por esta razón, los niños a partir de los 3 años deben realizarse un examen de HealthCheck de manera anual.

El examen de HealthCheck anual no solo promueve el crecimiento apropiado y la buena salud, sino que también se puede emplear como el examen médico escolar que su hijo(a) necesita para comenzar las clases cada año. Además, los niños a los que no se les realizó la prueba de plomo a los 12 y 24 meses, deberán hacerse dos exámenes de detección entre los 3 y 6 años. Esta tabla muestra las edades, los tipos de vacunas y las pruebas que necesitará su hijo(a).

Edad	Vacuna o prueba
3-6 años	• Prueba de plomo en sangre
4-6 años	• DTaP • MMR • IPV
11-12 años	• VPH (solo niñas) • MCV4
13 años o más	• Varicela
Cada 6 meses	• Chequeos odontológicos
Cada año	• Gripe

## HealthCheck y los adolescentes

Los exámenes de HealthCheck son tan importantes para los adolescentes y los jóvenes adultos como lo son para los niños pequeños. Además de los servicios que se brindan a los niños más pequeños, HealthCheck ofrece servicios y orientación especializados para los adolescentes y jóvenes adultos, entre los que se incluyen:

- Citología vaginal para las adolescentes
- Pruebas de ETS
- Prevención por consumo de sustancias
- Pruebas de consumo de drogas
- Orientación nutricional
- Chequeos médicos de salud mental y orientación
- Información sobre planificación familiar
- Servicios prenatales
- Prevención de la violencia

Esta tabla muestra las edades, los tipos de vacunas y las pruebas que necesitará su hijo(a) adolescente.

Edad	Vacuna o prueba
13-16 años	• Tdap • VPH
18 años o menos	• MCV4
Cada 6 meses	• Chequeos odontológicos
Cada año	• Gripe

## Servicio de transporte para HealthCheck

Se brinda transporte gratuito puerta a puerta para todas las citas de HealthCheck. Llame al **1(800) 315-3485** para programar el transporte que necesita para sus citas de HealthCheck.

Edades en la que su hijo(a) debe realizarse un chequeo de HealthCheck:		
Nacimiento	2 años	13 años
2-4 días	30 meses	14 años
1 mes	3 años	15 años
2 meses	4 años	16 años
4 meses	5 años	17 años
6 meses	6 años	18 años
9 meses	8 años	19 años
12 meses	10 años	20 años
15 meses	11 años	
18 meses	12 años	



## DC Medicaid HealthCheck Periodicity Schedule

Based on Recommendations from Preventive Pediatric Health Care  
from Bright Futures/American Academy of Pediatrics (AAP)



The DC HealthCheck Periodicity Schedule follows AAP health recommendations in consultation with the local medical community. The recommendations are for the care of children who have no manifestations of any important health problems. Additional visits or interperiodic screens may become necessary if circumstances suggest the need for more screens, i.e., medical conditions, referral by parent, Head Start, DC Public Schools, early intervention services and programs. Developmental, psychosocial, and chronic disease issues may require frequent counseling and treatment visits separate from preventive care visits. Additional visits also may become necessary if circumstances suggest variations from normal. If a child comes under care for the first time, or if any items are not done at the suggested age, the schedule should be brought up to date as soon as possible. The recommendations in this statement do not indicate an exclusive course of treatment or standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

KEY: • = to be performed = risk assessment to be performed with appropriate action to follow, if positive ← • → = range during which a service may be provided

		CPT CODE		INFANCY										EARLY CHILDHOOD					MIDDLE CHILDHOOD					ADOLESCENCE													
AGE <sup>1</sup>	HISTORY Inhalant/allergen <sup>5</sup>	PRENATAL, <sup>2</sup>	NEWBORN <sup>3</sup>	3-5 d <sup>4</sup>	By 1 mo	2 mo	4 mo	6 mo	9 mo	12 mo	15 mo	18 mo	24 mo	30 mo	3 y	4 y	5 y	6 y	7 y	8 y	9 y	10 y	11 y	12 y	13 y	14 y	15 y	16 y	17 y	18 y	19 y	20 y	21 y				
PHYSICAL EXAMINATION <sup>6</sup>	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
MEASUREMENTS																																					
Length/height and weight		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Head Circumference		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Weight for Length	Included as part of preventive medicine	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Body Mass Index <sup>7</sup>	Visit CPT codes	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Blood Pressure <sup>8</sup>		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
ANTICIPATORY GUIDANCE																																					
ORAL HEALTH																																					
Oral Health Assessment <sup>9</sup>	D0181	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Fluoride Varnish <sup>10</sup>	99188	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
SENSORY SCREENINGS																																					
Vision <sup>11</sup>	99173, 99174 9251, 2, 9257	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Hearing		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
DEVELOPMENTAL/BEHAVIORAL HEALTH																																					
Developmental Surveillance																																					
Developmental Screening <sup>15</sup>	Included as part of	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Autism Spectrum Disorder Screening <sup>16</sup>	98110	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Psychosocial/Behavioral Surveillance	Included as part of History	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Psychosocial/Behavioral Screening <sup>17</sup>	98127	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Tobacco, Alcohol, or Drug Use Screening <sup>18</sup>	99420	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Behavioral Health Screening <sup>19</sup>	98127	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Maternal Depression Screening <sup>20</sup>	98161	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
PROCEDURES <sup>21</sup>																																					
Immunization <sup>22</sup>	90460, 1, 90471, 4, or 90481, applicable depending on provider category	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Lead <sup>23</sup>	88655	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Anemia <sup>24</sup>		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Dyslipidemia <sup>25</sup>		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Tuberculosis <sup>26</sup>		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Cervical Dysplasia <sup>27</sup>	Include all applicable CPT codes	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Sexually Transmitted Infections <sup>28</sup>		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
HIV <sup>29</sup>		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Hepatitis C Virus Infection <sup>30</sup>		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				

A partir de 2024, este es el calendario actual.

Updated October 2021

## NOTES

1. If a child comes under care for the first time at any point on the schedule, or if any items are not accomplished at the suggested age, the schedule should be brought up to date at the earliest possible time.
2. A prenatal visit is recommended for parents who are at high risk, for first-time parents, and for those who request a conference. The prenatal visit should include anticipatory guidance, pertinent medical history, and a discussion of benefits of breastfeeding and planned method of feeding per AAP statement "The Prenatal Visit" (2009).
3. Every infant should have a newborn evaluation after birth, breastfeeding encouraged, and instruction and support offered.
4. Every infant should have an evaluation within 3 to 5 days of birth and within 48 to 72 hours after discharge from the hospital, to include evaluation for feeding and jaundice. Breastfeeding infants should receive formal breastfeeding evaluation, encouragement, and instruction as recommended in AAP statement "Breastfeeding and the Use of Human Milk" (2012).
5. For newborns discharged in less than 48 hours after delivery, the infant must be examined within 48 hours of discharge per AAP statement "Hospital Stay for Healthy Term Newborns" (2010).
6. At each visit, age-appropriate physical examination is essential, with infant totally unclothed, older child undressed and suitably draped. See "Use of Chaperones During the Physical Examination of the Pediatric Patient" (2011).
7. Screen per "Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report" (2007).
8. Blood pressure measurement in infants and children with specific risk conditions should be performed at visits before age 3 years.
9. Oral Health Services by the primary care provider include oral health assessments, fluoride varnish applications, and referral to a Dental Home. An oral health assessment ([Risk Assessment Tool](#)) is a required component of a preventive health visit to a primary care provider for children prior to the establishment of a Dental Home. Fluoride varnish should be applied to teeth in a primary care setting by trained primary care providers from the eruption of the first tooth up to age 3 years. Fluoride varnish should be applied 2 times per year and up to 4 times per year, depending on patient risk for caries. To bill for fluoride varnish application for children under 3 years old use CPT code 99188. Children should be referred to a Dental Home beginning within 6 months of the eruption of the first tooth and should have an established dental home by no later than age 3 years. A Dental Home is where all aspects of a child's oral health care is delivered in a comprehensive, continuously accessible, and coordinated way by a single dental practice.
10. Perform a [risk assessment](#). See [Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children](#) (2014).
11. See [USPSTF recommendations](#) (2014). Once teeth are present, fluoride varnish may be applied to all children every 3-6 months in the primary care or dental office. Indications for fluoride use are noted in ["Fluoride Use in Caries Prevention in the Primary Care Setting"](#) (2014).
12. A visual acuity screen is recommended at ages 4 and 5 years, as well as in cooperative 3-year-olds. Instrument-based screening may be used to assess risk at ages 12 and 24 months. In addition to the well visits at 3 through 5 years of age. See [Visual System Assessment in Infants, Children, and Young Adults by Pediatricians](#) (2016) and [Procedures for the Evaluation of the Visual System by Pediatricians](#) (2016).
13. Confirm initial screen was completed, verify results, and follow up, as appropriate. Newborns should be screened, per "Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs" (2007).
14. Verify results as soon as possible, and follow up, as appropriate. Screen with audiometry including 6,000 and 8,000 Hz high frequencies once between 11 and 14 years, once between 15 and 17 years, and once between 18 and 21 years. See [The Sensitivity of Adolescent Hearing Screens Significantly Improves by Adding High Frequencies](#) (2016).
15. Screening should occur per "Promoting Optimal Development: Identifying Infant and Young Children with Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening" (2020). Developmental surveillance is the process of recognizing children who may be at risk of developmental delays and should be performed at every well-child visit. Developmental screening is the administration of a brief standardized tool aiding the identification of children at risk of a developmental disorder, and is required at 9, 18, and 30 months. To bill for a developmental screening using a structured validated tool as a part of the preventive care visit, use CPT code 96110.
16. Screening should occur per "Identification, Evaluation, and Management of Children with Autism Spectrum Disorder" (2020).
17. Psychosocial/behavioral screening and depression screening are a key part of monitoring mental health in children and youth, and allow for early identification of and intervention of mental health problems. If a child is identified as requiring further mental health services or treatment, please refer to "The DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care's [Child and Adolescent Mental Health Resource Guide](#) (2017). The psychosocial/behavioral assessment should be family-centered and may include an assessment of child social-emotional health, caregiver depression, and social determinants of health. See [Promoting Optimal Development: Screening for Behavioral and Emotional Problems](#) (2015) and [Poverty and Child Health in the United States](#) (2016). For depression screening, recommended screening using the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 or other tools available in the [GLAD-PC toolkit](#).
18. A recommended screening tool is the [CRAFT Screening Tool](#).
19. Recommended screening using the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 or other tools available in the [GLAD-PC toolkit](#).
20. Screening should occur per [Integrating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression into Pediatric Practice](#) (2010).
21. These may be modified, depending on entry point into schedule and individual need.
22. [Immunization Schedules](#), per the AAP Committee on Infectious Diseases, are available at. Every visit should be an opportunity to update and complete a child's immunizations.
23. District of Columbia law requires all newborns to have a blood test for all conditions defined in the District of Columbia Newborn Screening Act. For a full list of conditions that should be tested for go to [Chapter 4: Newborn Screening: Understanding Genetics: A District of Columbia Guide for Patients and Health Professionals](#): Results should be reviewed at visits and appropriate retesting or referral done as needed. In addition to District-required Newborn blood lead tests, the newborn bilirubin and critical congenital heart defect tests should be completed.
24. For children at risk of lead exposure, see "Prevention of Childhood Lead Toxicity" (2020) and [Low Level Lead Exposure Harms Children: A Renewed Call for Primary Prevention](#) (2012). District law (2012) requires that all children receive two blood lead screening tests between ages 6-14 months and 22-26 months, and providers must report lead-poisoned children to DCEE's Childhood Lead Poisoning Prevention Program within 72 hours by faxing (202) 535-2607.
25. Perform risk assessments or screenings as appropriate, based on universal screening requirements for patients with Medicaid or in high prevalence areas.
26. Perform risk assessment or screening, as appropriate, per recommendations in the current edition of the AAP [Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics](#) (Iron chapter).
27. See the AAP-endorsed guidelines from the National Heart Blood and Lung Institute, "Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents" (2012).
28. Tuberculosis testing per recommendations of the Committee on Infectious Diseases, published in the current edition of the AAP [Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases](#) (2012). Testing should be done on recognition of high-risk factors.
29. All sexually active girls should have screening for cervical dysplasia as part of a pelvic examination beginning within 3 years of onset of sexual activity or age 21 (whichever comes first). See [USPSTF Cervical Cancer Screening recommendations](#) (2012). Indications for pelvic examinations prior to age 21 are noted in [Gynecologic Examination for Adolescents in the Pediatric Office Setting](#) (2010).
30. Adolescents should be screened for sexually transmitted infections (STIs) per recommendations in the current edition of the AAP [Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases](#) (2012).
31. Adolescents should be screened for HIV according to the [USPSTF HIV Infection Screening recommendations](#) (2013), once between the ages of 15 and 18, making every effort to preserve confidentiality of the adolescent. Those at increased risk of HIV infection, including those who are sexually active, participate in injection drug use, or are being tested for other STIs, should be tested for HIV and reassessed annually.
32. All individuals should be screened for hepatitis C virus (HCV) infection according to the [USPSTF recommendations and Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\) recommendations](#) at least once between the ages of 18 and 79. Those at increased risk of HCV infection, including those who are persons with past or current injection drug use, should be tested for HCV infection and reassessed annually.

Updated October 2021

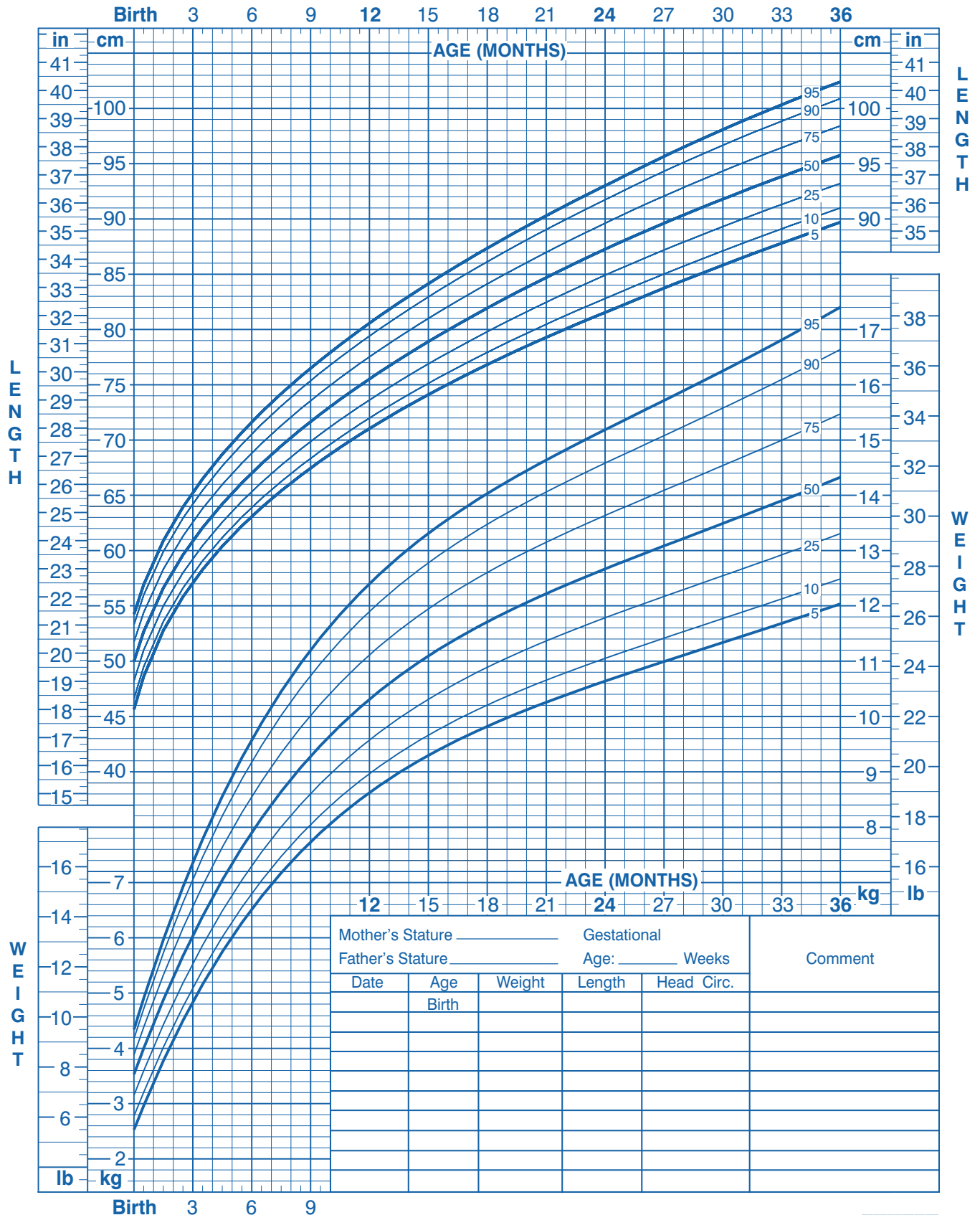


# Birth to 36 months: Boys

## Length-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_

RECORD # \_\_\_\_\_



Published May 30, 2000 (modified 4/20/01).  
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with  
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

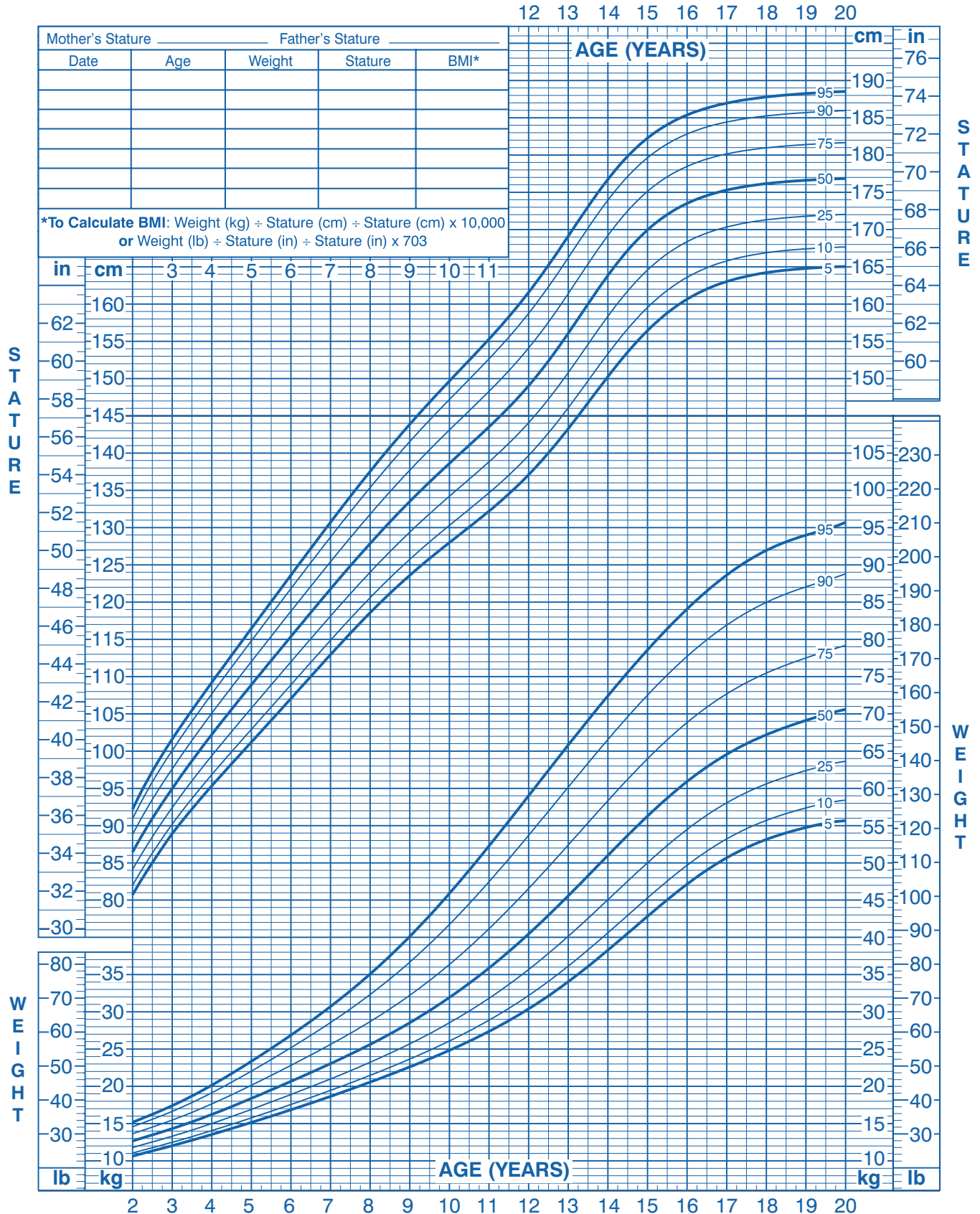




## 2 to 20 years: Boys Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_

RECORD # \_\_\_\_\_



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

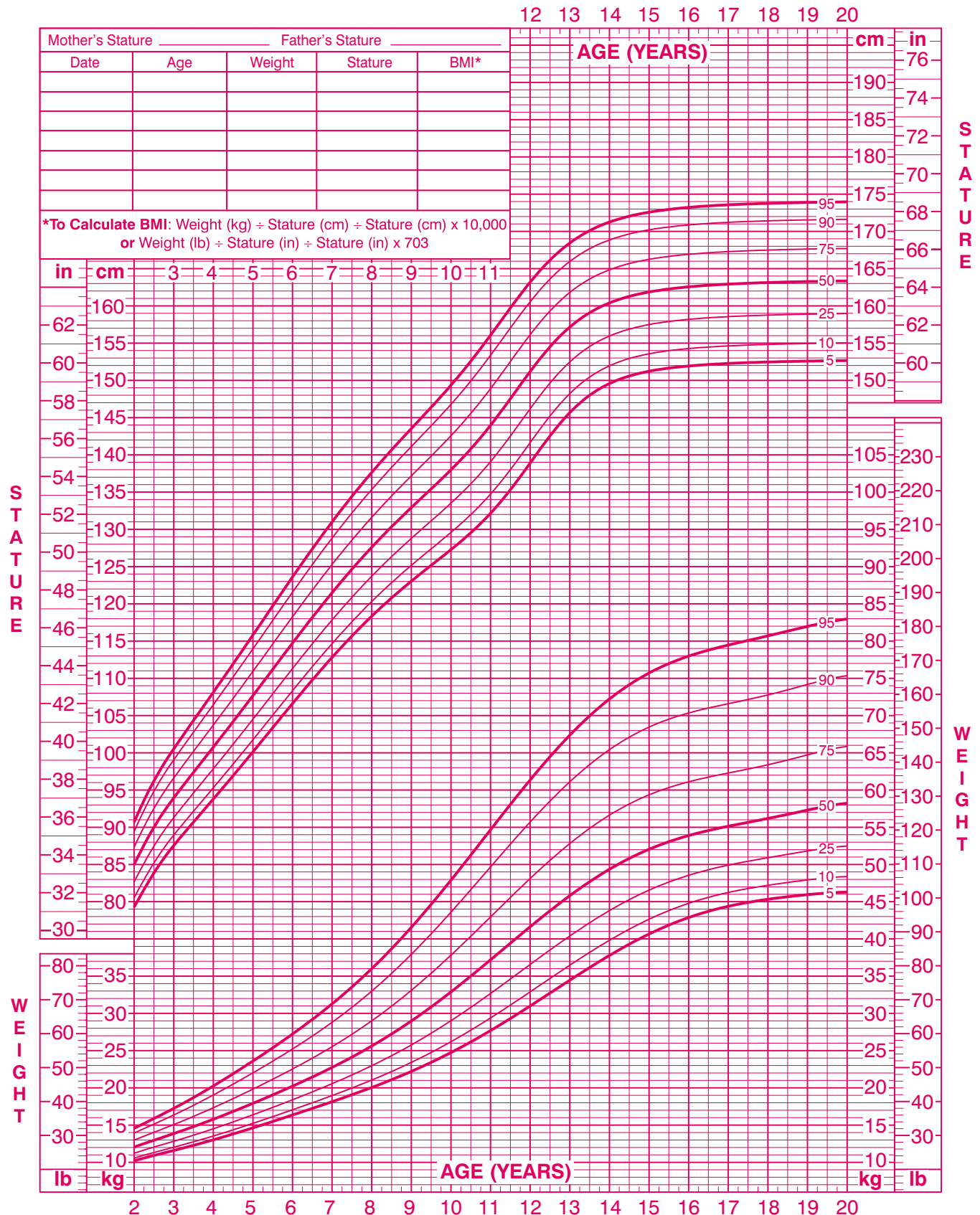


SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

## 2 to 20 years: Girls Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_

RECORD # \_\_\_\_\_



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

# Sus beneficios médicos

## Servicios médicos que cubre AmeriHealth Caritas District of Columbia

La siguiente lista muestra los servicios y beneficios de atención médica para todos los inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia. Para algunos beneficios, debe tener una edad o necesidad del servicio determinada. AmeriHealth Caritas District of Columbia no le cobrará por ninguno de los servicios de atención médica de esta lista si va a un proveedor u hospital dentro la red.

Si tiene alguna pregunta sobre si AmeriHealth Caritas District of Columbia cubre determinada atención médica y cómo acceder a los servicios, llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

Beneficio	Qué obtiene	Quién puede obtener este beneficio
Servicios para el bienestar general de los adultos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vacunas</li><li>• Chequeos preventivos de rutina para enfermedades de transmisión sexual</li><li>• Chequeos preventivos, pruebas y orientación sobre VIH/SIDA</li><li>• Chequeos preventivos de cáncer de mama</li><li>• Chequeos preventivos de cáncer de cuello uterino (solo mujeres)</li><li>• Examen de osteoporosis (mujeres posmenopáusicas)</li><li>• Chequeos preventivos de VPH</li><li>• Chequeos preventivos de cáncer de próstata (solo hombres)</li><li>• Chequeos preventivos de aneurisma aórtico abdominal</li><li>• Chequeos preventivos de obesidad</li><li>• Chequeos preventivos de diabetes</li><li>• Chequeos preventivos de presión sanguínea elevada y colesterol (trastorno lipídico)</li><li>• Chequeos preventivos por depresión</li><li>• Chequeos preventivos de cáncer colorrectal (inscritos de 50 años y mayores)</li><li>• Orientación para dejar de fumar</li><li>• Orientación sobre dieta y ejercicios</li><li>• Orientación sobre salud mental</li><li>• Chequeos preventivos de alcohol y drogas</li></ul>	Inscritos mayores de 21 años según corresponda

Beneficio	Qué obtiene	Quién puede obtener este beneficio
<b>Tratamiento de salud del comportamiento</b>	<p>Servicios proporcionados por proveedores de salud mental, incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de diagnóstico y evaluación</li> <li>• Visitas de médicos y profesionales sanitarios de nivel medio, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación individual</li> <li>- Orientación grupal</li> <li>- Orientación familiar</li> <li>- Servicios de un centro de salud con calificación federal (FQHC)</li> </ul> </li> <li>• Medicación o tratamiento somático</li> <li>• Servicios de ayuda ante crisis</li> <li>• Hospitalización y servicios del Departamento de Urgencias</li> <li>• Servicios de gestión de caso</li> <li>• Tratamiento para cualquier afección mental que pudiera complicar el embarazo</li> <li>• Servicios en una instalación residencial de tratamiento psiquiátrico para pacientes (PTRF) para los inscritos menores de 22 años, durante treinta (30) días consecutivos</li> <li>• Servicios de salud mental escolares para niños que están incluidos en el IEP o IFSP durante las vacaciones, las vacaciones escolares o los días de enfermedad cuando el niño no está en la escuela</li> <li>• Intervenciones basadas en la comunidad</li> <li>• Terapia multisistémica (MST)</li> <li>• Tratamiento asertivo comunitario (TAC)</li> <li>• Apoyo comunitario</li> <li>• Servicios de salud mental y abuso de sustancias en una institución para enfermedades mentales</li> </ul>	<p>Todos los inscritos</p>
	<p>Servicios prestados para trastornos por consumo de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de diagnóstico</li> <li>• Servicios de ayuda ante crisis</li> <li>• Coordinación de atención clínica</li> <li>• Orientación</li> <li>• Psicoterapia</li> <li>• Grupos terapéuticos</li> </ul> <p>(continúa en la próxima página)</p>	<p>Todos los inscritos</p>

Beneficio	Qué obtiene	Quién puede obtener este beneficio
<b>Tratamiento de salud del comportamiento (continuación)</b>	<p>Servicios prestados para trastornos por consumo de sustancias (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento con apoyo farmacológico</li> <li>• Manejo de abstinencia/desintoxicación en pacientes hospitalizados</li> <li>• Tratamiento residencial</li> <li>• Enfoque de refuerzo entre el adolescente y la comunidad (ACRA)</li> <li>• Terapia de mejora de la motivación/terapia cognitivo-conductual (MET-CBT)</li> <li>• Consumo de sustancias</li> </ul>	
<b>Servicios para el bienestar general de los niños</b>	<p>Lo que sea necesario para cuidar a los niños enfermos y para mantener bien a los niños sanos, incluyendo exámenes y evaluaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia y chequeos preventivos de la salud y el desarrollo</li> <li>• Desarrollo y chequeos preventivos de la salud física y mental</li> <li>• Examen integral de salud</li> <li>• Vacunas</li> <li>• Pruebas de laboratorio, incluyendo niveles de plomo en sangre</li> <li>• Educación para la salud/orientación preventiva</li> <li>• Servicios de chequeos preventivos dentales</li> <li>• Servicios de chequeos preventivos de la visión</li> <li>• Servicios de chequeos preventivos de la audición</li> <li>• Chequeos preventivos y orientación sobre consumo de alcohol y drogas</li> <li>• Servicios de salud mental</li> </ul> <p>*No incluye los servicios médicos prestados a un menor en un entorno escolar</p>	Inscritos menores de 21 años
<b>Beneficios odontológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odontología general (incluye los tratamientos de rutina y de emergencia) y atención de ortodoncia para problemas especiales</li> <li>• Cubre chequeos médicos dos veces al año con un odontólogo para niños de 3 a 20 años</li> <li>• Un PCP para niños puede realizar chequeos preventivos dentales a niños de hasta 3 años</li> <li>• No incluye cuidado de ortodoncia de rutina</li> <li>• Tratamiento de barniz de flúor hasta cuatro (4) veces por año</li> <li>• Aplicación de sellante</li> </ul>	<p>Inscritos menores de 21 años</p> <p>Los inscritos de 21 años o más pueden obtener servicios odontológicos de Medicaid. Llame a la línea de ayuda odontológica de AmeriHealth Caritas District of Columbia al <b>1(866) 758-6807</b>.</p>

Beneficio	Qué obtiene	Quién puede obtener este beneficio
<b>Beneficios odontológicos (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes odontológicos generales y limpiezas de rutina cada seis (6) meses</li> <li>• Servicios quirúrgicos y extracciones</li> <li>• Atención dental de emergencia</li> <li>• Empastes</li> <li>• Radiografías: series completas limitadas a una (1) vez cada tres (3) años</li> <li>• Desbridamiento (eliminación de la placa dental) total de la boca</li> <li>• Se debe contar con una autorización previa para las limpiezas profundas (preaprobación).</li> <li>• Profilaxis dental limitada a dos (2) veces por año</li> <li>• Serie de radiografías de aleta de mordida</li> <li>• Tratamiento paliativo</li> <li>• Dentaduras postizas/prótesis parciales y completas removibles</li> <li>• Tratamiento de conductos</li> <li>• Coronas dentales</li> <li>• Extracción de dientes impactados</li> <li>• La colocación inicial de una prótesis removable (cualquier dispositivo o aparato odontológico que reemplace a uno o más dientes faltantes, incluyendo estructuras asociadas, en caso necesario, que está destinado a retirarse y reinsertarse), una vez cada cinco (5) años. Pueden aplicarse algunas limitaciones.</li> <li>• Cualquier servicio odontológico que requiera hospitalización debe tener una autorización previa (preaprobación).</li> <li>• Procedimientos quirúrgicos electivos que requieren anestesia general</li> </ul>	Inscritos de 21 años o mayores
<b>Servicios de diálisis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos hasta 3 veces por semana (limitado a una vez por día)</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Equipo médico durable (DME) y suministros médicos desechables (DMS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico durable (DME)</li> <li>• Suministros médicos desechables (DMS)</li> </ul>	Todos los inscritos

Beneficio	Qué obtiene	Quién puede obtener este beneficio
<b>Servicios de emergencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un chequeo preventivo de su afección de salud, servicios posteriores a la estabilización y servicios de estabilización si tiene una afección médica de emergencia, independientemente de si el proveedor pertenece o no a la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia.</li> <li>• Tratamiento para afecciones de emergencia</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Planificación familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de embarazo; orientación para la mujer</li> <li>• Anticoncepción de rutina y de emergencia</li> <li>• Esterilizaciones voluntarias para los inscritos mayores de 21 años (requiere que el inscrito firme un formulario de aprobación de esterilización 30 días antes del procedimiento)</li> <li>• Chequeos preventivos, orientación y vacunas (incluso el virus del papiloma humano [VPH])</li> <li>• Chequeos y tratamiento preventivo para todas las enfermedades de transmisión sexual</li> <li>• Servicios de enfermera partera y doula</li> </ul> <p>*No incluye procedimientos de esterilización para los inscritos menores de 21 años.</p>	Todos los inscritos, según corresponda
<b>Beneficios auditivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento de afecciones relacionadas con la audición, que incluye audífonos y baterías para audífonos</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Servicios de atención médica domiciliaria</b>	<p>Servicios de atención médica domiciliaria, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería y asistencia médica en el domicilio</li> <li>• Servicios de asistente médica en el domicilio prestados por una agencia de atención médica domiciliaria</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y audiología</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Cuidado de hospicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de apoyo para las personas que están al final de sus vidas</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Servicios hospitalarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios ambulatorios (preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos)</li> <li>• Servicios de hospitalización (internación)</li> </ul>	Todos los inscritos con una remisión de su PCP o con una emergencia



Beneficio	Qué obtiene	Quién puede obtener este beneficio
<b>Servicios de laboratorio y radiografías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes de laboratorio y radiografías</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Hogar para personas mayores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jornada completa de enfermería especializada en un hogar para personas mayores hasta 90 días consecutivos</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Servicios de atención personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios prestados a un inscrito por una persona calificada para prestar dichos servicios, que no es un integrante de la familia del inscrito, por lo general en el hogar, y autorizado por un médico como parte del plan del tratamiento del inscrito.</li> <li>Debe obtener una autorización previa para este servicio.</li> </ul>	<p>Todos los inscritos</p> <p>No disponible para los inscritos en un hospital u hogar para personas mayores.</p>
<b>Servicios de farmacia (medicamentos recetados)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos recetados incluidos en el formulario de medicamentos de AmeriHealth Caritas District of Columbia Puede encontrar el formulario de medicamentos en <b><a href="http://www.amerihealthcaritasdc.com">www.amerihealthcaritasdc.com</a></b> o llamando a servicios para inscritos.</li> <li>Solo incluye medicamentos de farmacias de la red.</li> <li>Incluye los siguientes medicamentos sin receta (de venta libre): analgésicos para el dolor y la fiebre como Tylenol® o Advil®; medicamentos para los senos paranasales y las alergias como Benadryl® Cough y los medicamentos para el resfriado, e hidrocortisona al uno (1) por ciento para las erupciones. Debe pedir una receta a su médico para obtener medicamentos de venta libre.</li> </ul>	<p>Todos los inscritos que no cuenten con una doble elegibilidad (Medicaid/Medicare)</p> <p>Los inscritos cuyas recetas están cubiertas por Medicare Parte D</p>
<b>Pediatría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención especial para problemas en los pies</li> <li>Cuidado de rutina de los pies cuando sea médicamente necesario</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Servicios de atención primaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de atención médica preventivos, agudos y crónicos que generalmente brinda su PCP</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Prótesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositivos de reemplazo, correctores o de apoyo recetados por un proveedor autorizado</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Servicios de rehabilitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye terapia física, del habla y ocupacional</li> </ul>	Todos los inscritos

Beneficio	Qué obtiene	Quién puede obtener este beneficio
<b>Servicios de especialistas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de atención médica prestados por proveedores especialmente capacitados o enfermeros de práctica avanzada</li> <li>Generalmente se requiere remisión</li> <li>No incluye servicios cosméticos y cirugías a excepción de la cirugía necesaria para corregir una afección que resulta de una cirugía o enfermedad, producto de una lesión accidental o una deformidad congénita, o es una afección que afecta el funcionamiento normal del cuerpo.</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Servicios de transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transporte de ida y vuelta a citas médicas para incluir servicios cubiertos por el DHCF</li> </ul>	Todos los inscritos
<b>Atención oftalmológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes de la vista al menos una vez por año y según sea necesario, y anteojos (lentes correctivos) según sean necesarios</li> </ul>	Inscritos menores de 21 años
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un (1) par de anteojos cada dos (2) años excepto cuando el inscrito haya perdido sus anteojos o cuando la receta se haya modificado por más de 0.5 dioptrías</li> </ul>	Inscritos de 21 años o mayores

## Servicios por los que no pagamos

- Cirugía cosmética
- Servicios, cirugías, tratamientos y medicamentos experimentales o bajo investigación
- Servicios que forman parte de un protocolo de estudios clínicos
- Aborto o la interrupción voluntaria de un embarazo no requerido por ley federal
- Esterilizaciones para personas menores de 21 años
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Algunos servicios de orientación o remisión pueden no estar cubiertos por AmeriHealth Caritas District of Columbia debido a creencias religiosas o morales. Comuníquese con el DHCF al **(202) 442-5988** para obtener más información.

## Transición de la atención

Si AmeriHealth Caritas District of Columbia es nuevo para usted, puede mantener sus citas médicas programadas y sus recetas médicas durante los primeros 90 días. Si su proveedor no se encuentra actualmente en la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia, es posible que se le solicite que seleccione un nuevo proveedor que esté dentro de la red de proveedores de AmeriHealth Caritas District of Columbia.

Si su proveedor abandona la red de AmeriHealth Caritas District of Columbia, le notificaremos dentro de los 15 días posteriores a la salida del proveedor de la red para que tenga tiempo de seleccionar otro. Si AmeriHealth Caritas District of Columbia cancela su proveedor, se lo notificaremos dentro de los 30 días calendario anteriores a la fecha de finalización efectiva.

## Otros aspectos importantes que debe saber

### Qué hacer si se muda

- Actualice su información de contacto en línea en **www.districtdirect.dc.gov**.
- Llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

### Qué hacer si sus ingresos cambian

- Llame al centro de cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) al **(202) 727-5355**.

### Qué hacer si tiene un bebé

- Llame al centro de cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) al **(202) 727-5355**.
- Llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

### Qué hacer si adopta un niño

- Llame al centro de cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) al **(202) 727-5355**.

### Qué hacer si algún integrante de la familia muere

- Llame al centro de cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) al **(202) 727-5355**.
- Llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

### Cómo cambiar su MCP

- Puede cambiar su MCP de las siguientes maneras:
  - Durante los 90 días calendario siguientes a la fecha de su inscripción inicial o 90 días calendario posteriores a la fecha en que recibió su notificación de inscripción del Distrito, lo que ocurra más tarde.

- Una vez al año durante la inscripción abierta.
- Si la pérdida temporal de elegibilidad le hace perder la inscripción abierta.
- Si el Distrito impone sanciones a AmeriHealth Caritas Distrito de Columbia o suspende la inscripción.
- En cualquier momento, si tiene una buena razón/causa, como:
  - Se muda fuera del área de servicio.
  - Servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, los servicios que necesita.
  - Necesita que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo, y no todos están disponibles, y si su proveedor determina que recibir los servicios por separado es riesgoso.
  - Cree que AmeriHealth Caritas District of Columbia le ha discriminado por su raza, género, etnia, nacionalidad, religión, discapacidad, embarazo, edad, información genética, estado civil, orientación sexual, identificación de género, apariencia personal, responsabilidades familiares, afiliación política y fuente de ingresos o lugar de residencia.
  - Siente que ha recibido atención de mala calidad o falta de acceso a servicios cubiertos o a proveedores con experiencia al atender sus necesidades de atención médica.
- D.C. Healthy Families le enviará una carta dos meses antes de la inscripción abierta. La carta le indicará cómo cambiar de MCP.
- Cuando cambie su MCP, su información de atención médica pasará al nuevo MCP que elija para que pueda continuar recibiendo la atención que necesita.

**Ya no se le permitirá recibir atención médica de AmeriHealth Caritas District of Columbia si:**

- Pierde su elegibilidad para Medicaid
- Establece la elegibilidad para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

**Se retirará a un niño de AmeriHealth Caritas District of Columbia si:**

- Llega a estar bajo tutela del Distrito

## El Gobierno del DC puede retirarle de AmeriHealth Caritas District of Columbia si:

- Deja que otra persona utilice su tarjeta de identificación de inscrito
- Comete fraude contra Medicaid
- No cumple con sus responsabilidades como inscrito

## Qué hacer si recibe una factura por un servicio cubierto

Si recibe una factura por un servicio cubierto que se enumera arriba, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

## Pagar por servicios no cubiertos

- Si decide que quiere un servicio que no pagamos y no tiene permiso por escrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia, tendrá que pagar por el servicio por su cuenta.
- Si decide obtener un servicio que no pagamos, debe firmar una declaración de que está de acuerdo en pagar por el servicio por su cuenta
- Recuerde que debe mostrar siempre su tarjeta de identificación de inscrito e informar a sus médicos que está inscrito en AmeriHealth Caritas District of Columbia **antes** de recibir los servicios.

## Voluntad anticipada

Una voluntad anticipada es un documento legal que firma y que permite a otras personas conocer sus opciones de atención médica. Se utiliza cuando no puede hablar por su cuenta. A veces, esto se conoce como testamento vital o poder notarial duradero.

Una voluntad anticipada puede permitirle elegir a una persona para tomar decisiones por usted sobre su atención médica. También le permite establecer qué tipo de tratamiento médico desea recibir si llegara a enfermarse demasiado como para decirles a otras personas cuáles son sus deseos.

Es importante hablar sobre la voluntad anticipada con su familia, su PCP u otras personas que podrían ayudarle con estos asuntos.

Si desea completar y firmar una voluntad anticipada, pídale ayuda a su PCP en su próxima cita, o llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511** y obtendrá asistencia.

## Qué hacer si tiene otro seguro

Si está inscrito en AmeriHealth Caritas District of Columbia, deberá decirnos de inmediato si tiene algún otro seguro de salud. Llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

## Qué hacer si es elegible para Medicaid y Medicare

Si tiene Medicare y Medicaid, avísele a AmeriHealth Caritas District of Columbia para que pueda elegir proveedores de Medicare. Si tiene Medicare, tendrá que inscribirse en Medicare Parte D para sus medicamentos recetados. Medicaid pagará sus copagos. Para más información, consulte la página 56 de este manual.

## ¿Qué es el fraude?

El fraude es un asunto serio. El fraude consiste en hacer declaraciones o representaciones falsas de hechos materiales para obtener algún beneficio o pago para el cual de lo contrario, no tendría derecho. Un ejemplo de fraude por parte de proveedores es facturar por servicios que no se brindaron o suministros que no se proporcionaron. Un ejemplo de fraude por parte de un inscrito es alegar falsamente que vive en el Distrito, cuando vive fuera de los límites del Distrito de Columbia.

Si sospecha de algún fraude, infórmenos. No es necesario que se identifique o diga su nombre. Para informar fraude, llame a la línea directa de cumplimiento de AmeriHealth Caritas District of Columbia, **1(800) 575-0417**, o a la línea directa para informar fraudes del Departamento de Financiación de Servicios de la Salud del DC al **1(877) 632-2873**. Si desea obtener más información sobre el fraude, visite el sitio web de AmeriHealth Caritas District of Columbia: **[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)**.

## Divulgación del plan de incentivos para médicos (doctores)

Tiene derecho a saber si AmeriHealth Caritas District of Columbia tiene acuerdos especiales de pago con los médicos de AmeriHealth Caritas District of Columbia.

Llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511** para obtener esta información.

## Quejas, apelaciones y audiencias imparciales

AmeriHealth Caritas District of Columbia y el Gobierno del Distrito tienen vías para que pueda realizar un reclamo sobre la atención que recibe o los servicios que AmeriHealth Caritas District of Columbia le ofrece. Puede escoger cómo le gustaría realizar el reclamo según se describe a continuación.

### Quejas

- Si no está conforme con algo que le ocurrió al recibir atención médica, puede presentar una queja. A continuación se detallan algunos ejemplos de razones por las que podría presentar una queja:
  - Siente que no le trataron con respeto
  - No está conforme con la atención médica que recibió
  - Tomó demasiado tiempo obtener una cita
- Para presentar una queja, debe llamar a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.
- Su médico también puede presentar una queja por usted.

Usted puede presentar una queja en cualquier momento después del evento con el que no esté conforme. AmeriHealth Caritas District of Columbia por lo general expide su decisión dentro de los 90 días calendario, pero puede solicitar tiempo adicional (no más de 104 días calendario en total) para darle una decisión.

Para presentar una queja por escrito ante AmeriHealth Caritas District of Columbia, envíela por correo postal a:

AmeriHealth Caritas District of Columbia Enrollee Services  
Grievances Department  
200 Stevens Drive  
Philadelphia, PA 19113

### Apelaciones

Si cree que se denegaron, redujeron, retrasaron o detuvieron sus beneficios de manera injusta, tiene derecho a presentar una apelación ante AmeriHealth Caritas District of Columbia. Si llama y presenta su apelación por teléfono, AmeriHealth Caritas District of Columbia hará un resumen de su apelación en una carta y le enviará una copia. Asegúrese de leer la carta en detalle y guardarla para llevar un registro.

AmeriHealth Caritas District of Columbia decidirá sobre su apelación dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que se recibió.



Si AmeriHealth Caritas District of Columbia necesita más tiempo para obtener información y el Distrito decide que esto sería lo mejor para usted, o si usted o su abogado solicitan más tiempo, AmeriHealth Caritas District of Columbia puede extender este periodo de tiempo para la decisión por 14 días calendario. AmeriHealth Caritas District of Columbia debe notificarle la extensión por escrito.

Por correo, recibirá una notificación por escrito de la decisión de AmeriHealth Caritas District of Columbia acerca de su apelación.

Si no está conforme con la decisión de AmeriHealth Caritas District of Columbia acerca de su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial.

Para presentar una apelación ante AmeriHealth Caritas District of Columbia, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

Para presentar una apelación por escrito ante AmeriHealth Caritas District of Columbia, envíela por correo postal a:

AmeriHealth Caritas District of Columbia Appeals Department  
200 Stevens Drive  
Philadelphia, PA 19113

## Audiencias imparciales

Si no está conforme con el resultado de la apelación que presentó ante AmeriHealth Caritas District of Columbia, puede solicitar una "audiencia imparcial" ante la Oficina de Audiencias Administrativas del DC.

Para presentar una solicitud de audiencia imparcial, llame o escriba al Gobierno del Distrito a:

District of Columbia Office of Administrative Hearings  
Clerk of the Court  
441 4th Street, NW  
Room N450  
Washington, DC 20001

Número de teléfono: **(202) 442-9094**

## Fechas límite:

- Debe presentar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios.
- Puede solicitar una audiencia imparcial a más tardar 120 días calendario a partir de la fecha del aviso de resolución de la apelación de AmeriHealth Caritas District of Columbia.

- Si desea seguir recibiendo el beneficio durante su audiencia imparcial o apelación, debe solicitar la audiencia imparcial o apelación dentro del más largo de los plazos siguientes:
  - Dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del matasellos de AmeriHealth Caritas District of Columbia del aviso de determinación adversa de beneficios o el aviso de resolución de la apelación
  - La fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta por AmeriHealth Caritas District of Columbia (o, en otras palabras, cuándo cesa el beneficio)

Su proveedor puede presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial en su nombre.

## Proceso urgente (emergencia) de quejas y apelaciones

Si se determina que su apelación es una emergencia, AmeriHealth Caritas District of Columbia le dará una decisión dentro de las 72 horas. Se considera que una apelación es una emergencia si fuera perjudicial o doloroso para usted tener que esperar el plazo estándar del procedimiento de apelación.

Todas las apelaciones presentadas por inscritos con VIH/SIDA, enfermedades mentales o cualquier otra afección que requiera atención inmediata se resolverán y comunicarán al inscrito dentro de las 24 horas de la presentación de la apelación.

## Sus derechos durante el proceso de quejas, apelaciones y audiencias imparciales

- Tiene derecho a una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial a la Oficina de Audiencias Administrativas después de pasar por el proceso de apelaciones de un nivel con AmeriHealth Caritas District of Columbia. Debe solicitar una audiencia imparcial a más tardar 120 días calendario a partir de la fecha de la notificación de resolución de la apelación.
- Si AmeriHealth Caritas District of Columbia no le notifica con respecto a su apelación o no le notifica a tiempo, el proceso de apelaciones se considerará finalizado y podrá solicitar una audiencia imparcial.
- Tiene derecho a seguir recibiendo el beneficio que le denegamos mientras se evalúa su apelación o audiencia imparcial. Para mantener su beneficio durante una audiencia imparcial, debe solicitarla dentro de un determinado número de días; esto podría ser tan breve como 10 días calendario.
- Tiene derecho a que alguien de AmeriHealth Caritas District of Columbia le ayude con el proceso de quejas y apelaciones.

- Tiene derecho a representarse por su cuenta o que le represente un cuidador de la familia, abogado u otro representante.
- Tiene derecho a que se hagan arreglos para cualquier necesidad de atención médica especial que tenga.
- Tiene derecho a contar con dispositivos de TTY/TDD adecuados y servicios para personas con discapacidad visual.
- Tiene derecho a servicios adecuados de traducción y a un intérprete.
- Tiene derecho a ver todos los documentos relacionados con la queja, apelación o audiencia imparcial.

Si tiene alguna pregunta sobre los procesos de quejas, apelaciones y audiencias imparciales, llame a servicios para inscritos al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

## Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede obtener esta información. Léalo con detenimiento.

### Sus derechos

#### Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Solicitarnos la corrección de su historia clínica.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar un reclamo si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Consulte la página 57 para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

### Sus opciones

#### Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos preguntas sobre la cobertura de los integrantes de su familia y sus amigos.
- Compartimos información en una situación de ayuda en caso de catástrofe.
- Divulgamos su información de salud mental a otro proveedor de atención médica que también le preste servicios, siempre y cuando ese proveedor le notifique de dicha divulgación cuando usted se registra con esa persona. También puede solicitar que no divulguemos su información de salud mental.
- Nos comunicamos a través de tecnologías digitales y móviles.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos, consulte la página 58.

### Nuestros usos y divulgaciones

#### Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Gestionamos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios de atención médica.
- Coordinamos su plan médico entre varios proveedores de atención médica.
- Prestamos ayuda con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Abordamos indemnizaciones por accidente o enfermedad, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a litigios y acciones legales.

Consulte la página 61 para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones.

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, tiene determinados derechos.** En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

<b>Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y de reclamos, y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.</li> <li>• Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.</li> </ul>
<b>Solicitar que corrijamos el historial médico y de reclamos</b>	<p>Puede solicitar que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregúntenos cómo hacerlo.</li> <li>• Podemos rechazar su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de los 60 días.</li> </ul>
<b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono particular o laboral) o que enviemos el correo a otra dirección.</li> <li>• Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" en caso de que nos diga que correría peligro si no lo hacemos.</li> </ul>
<b>Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, el pago o para nuestras operaciones. <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectara su atención.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre las operaciones de tratamiento, pago y atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos una estimación gratis por año, pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si solicita otra dentro de los 12 meses.</li> </ul>

<b>Obtener una copia de este aviso de privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.</li> </ul>
<b>Elegir a alguien que actúe en su nombre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le ha dado a alguien el poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.</li> <li>• Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.</li> </ul>
<b>Presentar un reclamo si siente que se violaron sus derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cree que hemos violado sus derechos, puede reclamar comunicándose con nosotros al <b>1(800) 408-7511</b>.</li> <li>• Puede presentar un reclamo en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por correo a U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; por teléfono al <b>1(877) 696-6775</b>, o en la página web en <b><a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a></b>.</li> <li>• No tomaremos represalias en su contra por la presentación de un reclamo.</li> </ul>

## Sus opciones

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

<b>En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.</li><li>• Compartamos información en una situación de ayuda en caso de catástrofe.</li><li>• Compartamos información con usted a través de tecnologías digitales y móviles (por ejemplo, enviamos información a su correo electrónico o a su teléfono móvil por medio de mensajes de texto o aplicaciones).</li><li>• No compartamos su información de salud mental con su proveedor de atención médica.</li></ul> <p>Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos avanzar y compartir su información con otras personas (por ejemplo, a su familia o a una organización de ayuda) si creemos que es lo que más le conviene. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad. No obstante, no usaremos tecnologías digitales para enviarle su información médica a menos que esté de acuerdo en que lo hagamos.</p> <p>El uso de tecnologías digitales y móviles (por ejemplo, correo electrónico o aplicaciones móviles) tiene una variedad de riesgos que debe considerar. Una tercera persona puede leer los mensajes de texto y los correos electrónicos si le roban o hackean su teléfono móvil o dispositivo digital, o si no estuviera protegido. Se pueden aplicar cargos por mensajes y datos.</p>
<b>En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos lo permita por escrito:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Propósitos de mercadotecnia</li><li>• Venta de su información</li><li>• Anotaciones de psicoterapia</li></ul>

## Nuestros usos y divulgaciones

### Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

<b>Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe</b>	Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que le están tratando.	<b>Ejemplo:</b> un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.
<b>Dirigimos nuestra organización</b>	Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. No se nos permite utilizar información genética para decidir si le daremos cobertura o el precio de esa cobertura. Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo.	<b>Ejemplo:</b> utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.
<b>Pagamos por sus servicios de atención médica.</b>	Podemos usar y divulgar su información médica en tanto paguemos por sus servicios médicos.	<b>Ejemplo:</b> compartimos información sobre usted para coordinar el pago de sus servicios médicos.
<b>Administrar su plan</b>	Podemos divulgar información de su plan médico para la administración del plan.	<b>Ejemplo:</b> compartimos la información médica con otras personas a quienes contratamos por servicios administrativos.
<b>Coordinar su atención entre los distintos proveedores de atención médica</b>	<p>Nuestros contratos con diversos programas requieren que participemos en ciertas redes de información médica electrónicas (HIN) o intercambios de información médica (HIE), para poder coordinar de manera más eficiente la atención que está recibiendo de varios proveedores de atención médica.</p> <p>Si está inscrito/inscribiéndose en un programa patrocinado por el Gobierno, como Medicaid o Medicare, revise la información que ese programa le proporciona para determinar sus derechos con respecto a la participación en una HIN o un HIE.</p>	<b>Ejemplo:</b> compartimos la información médica a través de una HIN o un HIE para proporcionar información acertada a los proveedores que le brindan servicios.



## ¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, consulte: [www.hhs.gov/hipaa](http://www.hhs.gov/hipaa).

<b>Prestamos ayuda con asuntos de seguridad y salud pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:</li> <li>• Prevención de enfermedades</li> <li>• Ayuda con el retiro de productos</li> <li>• Informe de reacciones adversas a medicamentos</li> <li>• Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>• Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien</li> </ul>
<b>Realizamos investigaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos utilizar o compartir su información para la investigación médica.</li> </ul>
<b>Cumplimos con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en caso de que quisiera comprobar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.</li> </ul>
<b>Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajamos con un médico forense o director funerario.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.</li> <li>• Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando una persona fallece.</li> </ul>
<b>Tratamos la indemnización por accidente o enfermedad, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales</b>	<p>Podemos utilizar o compartir su información médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En reclamos de indemnización por accidente o enfermedad</li> <li>• A los fines de cumplir con la ley o con el personal de las fuerzas de seguridad</li> <li>• Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley</li> <li>• En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares</li> </ul>
<b>Respondemos a litigios y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información médica en respuesta a un pedido de la corte o una orden administrativa, o en respuesta a una citación.</li> </ul>

<b>Restricciones adicionales sobre uso y divulgación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinadas leyes federales y estatales pueden requerir mayor protección de la privacidad. Cuando corresponda, seguiremos las leyes federales y estatales más estrictas que se relacionen con los usos y la divulgación de la información médica relativa al VIH/SIDA, el cáncer, la salud mental, o el abuso de alcohol u otras sustancias, pruebas genéticas, enfermedades de transmisión sexual y la salud reproductiva.</li> </ul>
--	--

## Nuestras responsabilidades

AmeriHealth Caritas District of Columbia toma con seriedad el derecho a la privacidad de sus inscritos. Para proporcionarle sus beneficios, AmeriHealth Caritas District of Columbia crea o recibe información personal sobre su salud. Esta información proviene de usted, sus médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de atención médica. Esta información se denomina información médica protegida y puede ser oral, escrita o electrónica.

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Estamos obligados por ley a asegurarnos de que las terceras partes que ayuden con su tratamiento, nuestro pago de reclamos o las operaciones de atención médica mantengan la seguridad y privacidad de su información médica protegida de la misma manera que protegemos su información.
- También estamos obligados por ley a asegurarnos de que las terceras partes que ayuden con el tratamiento, el pago y las operaciones se rijan por las instrucciones descritas en nuestro Contrato de sociedad comercial.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de parecer.

Para obtener más información, consulte [www.hhs.gov/hipaa](http://www.hhs.gov/hipaa).

## Cambios a los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible según se solicite y en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

**Fecha de entrada en vigencia de este aviso: 2 de agosto de 2019**

## NOTIFICACIÓN DE MEDICARE PARTE D

### PARA LOS INSCRITOS QUE TIENEN TANTO MEDICARE COMO MEDICAID

Si recibe Medicare y Medicaid al mismo tiempo, obtendrá sus medicamentos a través del Programa Medicare Parte D.

AmeriHealth Caritas District of Columbia solo cubrirá los siguientes medicamentos:

- Determinados medicamentos de venta libre
- Barbitúricos
- Benzodiazepinas

Si tiene alguna pregunta, llame a servicios para inscritos de AmeriHealth Caritas District of Columbia al **(202) 408-4720** o al **1(800) 408-7511**.

Si tiene alguna pregunta sobre Medicare Parte D, también puede llamar a Medicare al **1(800)-MEDICARE** o al **1(800) 633-4227**, o visitar el sitio web **[www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**.

## Oficina de Defensoría de Atención Médica y Declaración de Derechos

El Programa de Defensoría de Atención Médica es un programa del Gobierno del Distrito de Columbia que le proporciona asistencia sobre la atención médica que recibe de su MCP. El Programa de Defensoría de Atención Médica le ofrece los siguientes servicios:

- Explicarle la atención médica que tiene derecho a recibir.
- Responder las preguntas e inquietudes sobre su atención médica.
- Ayudarle a entender sus derechos y responsabilidades como inscrito en un MCP.
- Proporcionarle asistencia para obtener los servicios médicos que necesita.
- Responder las preguntas e inquietudes que pueda tener sobre la calidad de su atención médica.
- Ayudarle a resolver problemas con su médico u otro proveedor de atención médica.
- Ayudarle a resolver los reclamos y problemas con su MCP.
- Asistirle con los procesos de apelaciones.
- Proporcionar asistencia para que presente una solicitud de audiencia imparcial.

La Defensoría de Atención Médica no toma decisiones sobre las quejas, apelaciones o audiencias imparciales. Para comunicarse con la Defensoría de Atención Médica, llame al **(202) 724-7491** o al **1(877) 685-6391** (línea gratuita). La Oficina de Defensoría de Atención Médica y Declaración de Derechos se encuentra ubicada en:

One Judiciary Square  
441 4th Street, NW  
Suite 250 North  
Washington, DC 20001

Teléfono: **(202) 724-7491**

Fax: **(202) 442-6724**

Número gratuito: **1(877) 685-6391**

Correo electrónico: **[healthcareombudsman@dc.gov](mailto:healthcareombudsman@dc.gov)**

## Definiciones

<b>Voluntad anticipada</b>	Documento legal por escrito y firmado por usted que permite a otros saber qué tipo de atención médica quiere, o no quiere, cuando se enferma o lesiona gravemente y no puede hablar por su cuenta.
<b>Defensor</b>	Persona que le ayuda a obtener atención médica y otros servicios que necesita.
<b>Apelación</b>	Una apelación es un tipo especial de reclamo que presenta si no está de acuerdo con una decisión que tome AmeriHealth Caritas District of Columbia para denegarle una solicitud de servicios de atención médica o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar este tipo de reclamos si no está de acuerdo con una decisión de detener los servicios que está recibiendo.
<b>Cita</b>	Día y hora determinados que usted y su médico reservaron para atender sus necesidades de atención médica.
<b>Salud del comportamiento</b>	Término general usado para referirse a afecciones de salud mental (incluidas las enfermedades psiquiátricas y los trastornos emocionales) y los trastornos por consumo de sustancias (que implican trastornos de dependencia química y adictiva). El término también se refiere a la prevención y el tratamiento de afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (SUD) que ocurren en conjunto.
<b>Administrador de atención médica</b>	Una persona que trabaja para AmeriHealth Caritas District of Columbia y que le ayudará a obtener la atención, el apoyo y la información que necesita para mantenerse saludable.
<b>Chequeo médico</b>	Consulte "chequeo preventivo"
<b>Anticoncepción</b>	Suministros relacionados con el control de natalidad.
<b>Servicios cubiertos</b>	Servicios de atención médica que AmeriHealth Caritas District of Columbia pagará cuando se los haya brindado un proveedor.
<b>Desintoxicación</b>	Eliminación de sustancias dañinas del cuerpo, como las drogas y el alcohol.
<b>Desarrollo</b>	Cómo crece su hijo(a).

<b>Programa de manejo de enfermedades</b>	Un programa para ayudar a las personas con enfermedades crónicas o necesidades especiales de atención médica, como asma, presión sanguínea elevada o enfermedad mental, a recibir la atención y los servicios necesarios.
<b>Equipo médico durable (DME)</b>	Equipo médico especial que su médico puede pedir o indicarle que use en su casa.
<b>Atención de emergencia</b>	Atención que necesita de inmediato a causa de afecciones graves, repentinas y, a veces, una afección potencialmente fatal.
<b>Inscrito</b>	Persona que recibe la atención médica a través de una red de proveedores de AmeriHealth Caritas District of Columbia.
<b>Tarjeta de identificación de inscrito</b>	Esta tarjeta les permite a sus médicos, hospitales, farmacias y otros saber que usted es un inscrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia.
<b>EPSDT: Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos</b>	Servicios que permiten que los menores desde el nacimiento hasta los 21 años reciban exámenes y chequeos médicos, tratamientos de seguimiento y la atención especial que necesitan. También se lo denomina <i>Programa HealthCheck</i> .
<b>Audiencia imparcial</b>	Puede solicitar una audiencia imparcial con la Oficina de Audiencias Administrativas del DC si no está conforme con la decisión con respecto a su apelación.
<b>Planificación familiar</b>	Servicios que incluyen pruebas de embarazo; control de natalidad; pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y pruebas de VIH/ SIDA y orientación.
<b>Médico general y de familia</b>	Un médico que puede tratar a toda la familia.
<b>Queja</b>	Si no está conforme con la atención que recibe o con los servicios de atención médica que le ofrece AmeriHealth Caritas District of Columbia, puede comunicarse con servicios para inscritos y presentar una queja.
<b>Manual</b>	Este manual le brinda la información acerca de AmeriHealth Caritas District of Columbia y nuestros servicios.

<b>Programa HealthCheck</b>	Consulte EPSDT.
<b>Persona con discapacidad auditiva</b>	Una persona que no puede oír bien o tiene sordera.
<b>IDEA</b>	La Ley de Educación para Personas con Discapacidades es una ley federal que brinda servicios a niños con retrasos en el desarrollo y necesidades especiales de atención médica.
<b>Inmunización</b>	Inyección o vacuna.
<b>Médico de medicina interna</b>	Médico para adultos y niños mayores de 14 años.
<b>Servicios de interpretación y traducción</b>	Ayuda que obtiene de parte de AmeriHealth Caritas District of Columbia cuando necesita comunicarse con alguien que hable su idioma, o necesita ayuda para hablar con su médico u hospital.
<b>Plan de atención administrada (MCP)</b>	Empresa financiada por el Distrito de Columbia para ofrecerle atención y servicios médicos.
<b>Maternidad</b>	Periodo en el que una mujer está embarazada y poco después del parto.
<b>Salud mental</b>	La manera de pensar, sentir y actuar de una persona en diferentes situaciones.
<b>Proveedores de la red</b>	Médicos, enfermeros, odontólogos y otras personas que atienden su salud y forman parte de AmeriHealth Caritas District of Columbia.
<b>Servicios no cubiertos</b>	Atención médica que AmeriHealth Caritas District of Columbia no cubrirá cuando se la haya brindado un proveedor.
<b>OB/GIN</b>	Obstetra/ginecólogo: un médico capacitado para atender la salud de una mujer, incluyendo cuando está embarazada.
<b>Proveedores fuera de la red</b>	Médicos, enfermeros, odontólogos y otras personas que atienden su salud y <b>no</b> forman parte de AmeriHealth Caritas District of Columbia.
<b>Pediatra</b>	Un médico de niños.
<b>Farmacia</b>	Tienda donde elige sus medicamentos.



<b>Plan de incentivos para médicos</b>	Le indica si su médico tiene un acuerdo especial con AmeriHealth Caritas District of Columbia.
<b>Atención posparto</b>	Atención médica para una mujer después de que ha dado a luz.
<b>Atención prenatal</b>	Atención que se presta a una mujer embarazada durante todo el periodo de su embarazo.
<b>Recetas</b>	Medicamento que un médico le indica; debe llevar la receta a una farmacia para obtener dicho medicamento.
<b>Orientación preventiva</b>	Cuando quiere hablar con alguien acerca de las maneras de ayudarlo a mantenerse saludable o evitar que se enferme o lesione.
<b>Proveedor de atención primaria (PCP)</b>	El médico que le atiende la mayor parte del tiempo.
<b>Autorización previa</b>	Permiso por escrito de AmeriHealth Caritas District of Columbia para recibir atención médica o algún tratamiento.
<b>Directorio de proveedores</b>	Lista de todos los proveedores que forman parte de AmeriHealth Caritas District of Columbia.
<b>Proveedores</b>	Médicos, enfermeros, odontólogos y otras personas que atienden su salud.
<b>Remisión</b>	Cuando su médico de cabecera le da una nota escrita que le remite a otro médico.
<b>Atención de rutina</b>	Atención habitual que recibe de su proveedor de atención primaria o de un médico al que le haya remitido su proveedor de atención primaria. La atención de rutina puede incluir chequeos médicos, exámenes físicos, exámenes médicos y la atención de rutina de problemas de salud como la diabetes, el asma y la hipertensión.
<b>Chequeo preventivo</b>	Una prueba que su médico u otro proveedor de atención médica puede hacer para ver si está saludable. Puede ser una prueba de audición, de visión u otra prueba para ver si su hijo(a) se está desarrollando normalmente.
<b>Servicios de remisión automática</b>	Determinados servicios que puede obtener sin una nota o remisión por escrito de su médico de cabecera.

<b>Servicios</b>	La atención que recibe de su médico u otro proveedor de atención médica.
<b>Necesidades especiales de atención médica</b>	Niños y adultos que necesitan más atención médica y otros servicios especiales diferentes a los que necesitan otros niños y adultos.
<b>Especialista</b>	Un médico con capacitación para brindar cuidados especiales, como un médico especialista en oído, nariz, garganta o pies.
<b>Atención especializada</b>	Atención médica proporcionada por médicos o enfermeros capacitados para dar un tipo específico de atención médica.
<b>Procedimientos de esterilización</b>	Cirugía que se puede practicar si no quiere tener hijos en el futuro.
<b>Trastorno por abuso de sustancias (SUD)</b>	El manejo y cuidado de un paciente que sufre por el consumo de alcohol o drogas; afección identificada como causada por dicho consumo.
<b>Servicios de transporte</b>	Ayuda de AmeriHealth Caritas District of Columbia para llegar a su cita. El tipo de transporte que obtiene depende de sus necesidades médicas.
<b>Tratamiento</b>	El cuidado que obtiene de su médico.
<b>Atención de urgencia</b>	Atención que necesita en 24 horas, pero no de inmediato.
<b>Persona con discapacidad visual</b>	Si no puede ver bien o tiene ceguera.

AmeriHealth Caritas District of Columbia complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes (consistent with the scope of sex discrimination described at 45 CFR § 92.101(a)(2)). AmeriHealth Caritas District of Columbia does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

**AmeriHealth Caritas District of Columbia:**

- Provides free aids and services for people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free (no-cost) language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact AmeriHealth Caritas District of Columbia at **1-800-408-7511** (TTY/TDD **202-216-9885** or **1-800-570-1190**). We are available 24 hours a day.

If you believe that AmeriHealth Caritas District of Columbia has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with Enrollee Services in the following ways:

- By phone at **202-408-4720** or toll-free at **1-800-408-7511**
- In writing by fax at **202-408-8682**
- By mail at AmeriHealth Caritas District of Columbia, Enrollee Services Grievance Department, 200 Stevens Drive, Philadelphia, PA 19113

If you need help filing a grievance, AmeriHealth Caritas District of Columbia Enrollee Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **[ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

**1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)**

Complaint forms are available at **[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## Multi-language interpreter services



**English:** If you do not speak and/or read English, please call **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, available 24 hours a day, seven days a week. A representative will assist you.

**Español:** Si no habla y/o lee inglés, llame al **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, línea disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un representante le ayudará.

**Tiếng Việt:** Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc Tiếng Anh, vui lòng gọi **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Sẽ có người đại diện hỗ trợ quý vị.

**한국어:** 영어를 말하거나 읽지 못하는 경우 **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**로 전화해주시십시오. 연중무휴 24시간 이용 가능합니다. 담당자가 도와드릴 것입니다.

**Français :** Si vous n'avez pas une bonne maîtrise de l'anglais parlé et/ou écrit, veuillez appeler le **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Un représentant vous assistera.

**العربية:** إذا كنت لا تتحدث و/أو تقرأ اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال على **1-800-408-7511 (الهاتف النصي 1-800-570-1190)**، وهو متاح على مدار ساعة وطوال أيام الأسبوع. سوف يساعدك ممثل.

**中文普通话:** 如果您不会用英语讲话和/或阅读，请致电 **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**，每周 7 天，每天 24 小时开通。将会有一名代表协助您。

**Русский:** Если вы не говорите и/или не читаете по-английски, позвоните по телефону **1-800-408-7511 (TTY-1-800-570-1190)**, который доступен 24 часа в сутки, семь дней в неделю. Представитель вам поможет.

**မြန်မာ - အကယ်၍ သင် အင်္ဂလိပ်စကား ပြောဆိုခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ဖတ်ရှုနိုင်ခြင်း မရှိလျှင် ကျေးဇူးပြု၍ တစ်ပတ် နှစ်ရက်၊ တစ်ရက်လျှင် 24 နာရီ အချိန်ပြည့် ဆက်သွယ်နိုင်သည့် 1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးမှ သင့်အား ကူညီထောက်ပံ့ပေးသွားမည် ဖြစ်သည်။**

**中文廣東話:** 如果您唔識講，並且或者唔識睇英文，請致電 **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**，每星期 7 日，每日 24 小時開通。客服專員將會協助您。

**فارسی:** اگر قادر به صحبت و یا خواندن به زبان انگلیسی نیستید، لطفاً با شماره **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)** که 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته در دسترس می باشد تماس بگیرید. یک نماینده به شما کمک خواهد کرد

**Polski:** Jeśli nie mówisz i / lub nie czytasz po angielsku, zadzwoń pod numer **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, dostępny 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Przedstawiciel Państwu pomoże.

**Português:** Se você não fala e/ou lê Inglês, por favor ligue para **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana. Um intérprete irá ajudá-lo.

**ਪੰਜਾਬੀ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਿੰਦੀ ਬੋਲਦੇ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਪੜ੍ਹਦੇ ਨਹੀਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ ਉਪਲਬਧ। ਇਕ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗਾ।

**Kreyòl Ayisyen:** Si ou pa pale ak/oswa li anglè, tanpri rele **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, disponib 24 èdtan pa jou, sèt jou pa semèn. Yon reprezantan pral ede ou.

**हिन्दी:** अगर आप हिन्दी बोलते और / या पढ़ते नहीं, कृपया **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)** पर कॉल करें, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सात दिन उपलब्ध। एक प्रतिनिधि आपकी सहायता करेगा।

**Soomaali:** Haddii aanad ku hadlin iyo/ama akhriyi Ingiriisiga, fadlan soo wac **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, oo la heli karo 24 saacadood maalintii, todoba maalmood todobaadkii. Wakiilku wuu ku caawin karaa adiga.

**Hmoob:** Yog tias koj hais tsis tau thiab/los sis nyeem tsis tau ntawv As Kiv, thov hu rau tus xov tooj **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, qhib 24 teev rau ib hnub, xya hnub rau ib vij. Tus sawv cev yuav pab koj.

**Italiano:** Se non parla e/o non sa leggere l'inglese, la preghiamo di chiamare l'**1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, disponibile 24 ore su 24, sette giorni su sette. Le verrà prestata assistenza da un rappresentante.

**Tagalog:** Kung hindi ka nagsasalita at/o nagbabasa ng Ingles, pakitawagan ang **1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**, na matatawagan nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Tutulungan ka ng isang representative.

**日本語:** 英語での会話や読解が不安な場合は、24時間年中無休対応の**1-800-408-7511 (TTY 1-800-570-1190)**までお電話ください。担当者がサポートいたします。

[illegible]



[illegible]





**[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)**

**Servicios para inscritos:**

1201 Maine Ave. SW  
Suite 1000, 10th Floor,  
Washington, DC 20024

**(202) 408-4720 o (línea gratuita) 1(800) 408-7511**

**[www.amerihealthcaritasdc.com](http://www.amerihealthcaritasdc.com)**

Fecha de revisión: October 2025

© 2023 AmeriHealth Caritas District of Columbia

All images are used under license for illustrative purposes only.  
Any individual depicted is a model.

ACDC\_254804150-1



This program is brought to you  
by the Government of the  
District of Columbia Department  
of Health Care Finance



GOVERNMENT OF THE  
DISTRICT OF COLUMBIA  
**MURIEL BOWSER, MAYOR**