

Atendiendo al Hoosier Healthwise,
Healthy Indiana Plan y Hoosier Care Connect



Manual del miembro de Hoosier Care Connect



¡Bienvenido y gracias por inscribirse en Anthem!

Soy la Dra. Kimberly Roop, presidenta del plan en Anthem. Soy médica y formo parte de un equipo de médicos, enfermeros y otros miembros dedicados del personal de Anthem que estamos a su disposición para mejorar su salud y la salud de nuestras comunidades.

Anthem trabaja con el estado de Indiana para traerle el programa de atención de la salud **Hoosier Care Connect (HCC)**. Nos sentimos honrados de atender a los miembros de Hoosier Medicaid desde 2007. Ahora que usted forma parte de la familia de Anthem, queremos asegurarnos de que aproveche al máximo sus beneficios. Este manual del miembro le dirá cómo usar su nuevo plan médico.

Dentro, usted encontrará:

- Cómo funciona su plan médico.
- Los servicios que forman parte de los beneficios de su plan y los que no.
- Cómo conseguir ayuda si no entiende alguna parte de su plan o si tiene un problema.
- Sus derechos y obligaciones como miembro.
- Cómo mantenemos la privacidad de su información.
- Programas para ayudarle a mantenerse bien.
- Números telefónicos útiles.

Estamos comprometidos a ayudarle a recibir la atención que necesita. Ahora que es miembro de Anthem, **estas son algunas cosas que le recomendamos que haga de inmediato:**



Seleccione un médico
y haga una cita para un
chequeo de inmediato.



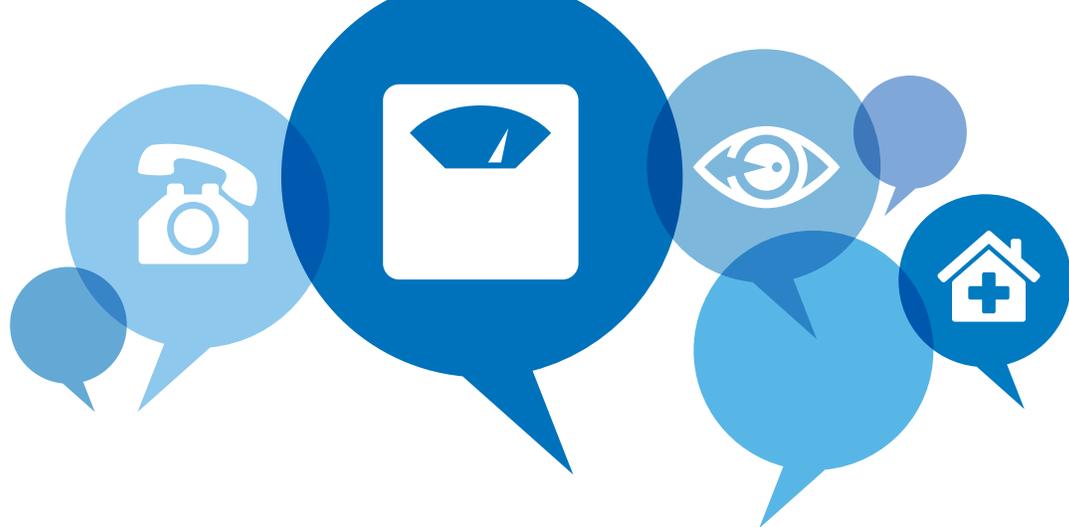
**Complete su Evaluación
de necesidades de salud.**

Consulte la página 15
para obtener detalles.

Además, recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación del miembro en todo momento. Muéstrela cada vez que necesite servicios de cuidado de la salud. Otra vez, gracias por elegirnos como el plan médico de su familia.

Un saludo cordial,

Kimberly Roop, MD
Presidenta del plan



Índice

Intro: Guía rápida para Hoosier Care Connect	8
Parte 1: Todo sobre Hoosier Care Connect	18
Beneficios de HCC	19
Resumen de beneficios dentales	20
Resumen de beneficios de la vista	21
Servicios de autorreferencia	21
Otros servicios	22
Servicios no cubiertos por Anthem	22
Copagos	23
Notas importantes sobre sus beneficios	23
Parte 2: Maneras de gozar de buena salud	24
Elija su proveedor médico primario	24
Programe un chequeo de salud	25
Prepárese para su visita al médico	26
Cómo cambiar su PMP	26
Cómo cambiar de atención pediátrica a atención de adulto	26
Piense en tres para su identificación del miembro	26
Aprobación previa	27
Atención especializada	27
Referencia permanente	27
Servicios de proveedores que no están en el plan de Anthem	27
Continuidad de la atención	28
Cómo recibir una segunda opinión	28
Programa Right Choices (Decisiones correctas) de Indiana	28
Inscripción voluntaria	28
Programa de tutela temporal	28
Cambio en la colocación del hogar de tutela temporal	28



Servicios de salud del comportamiento	29
Hoosier HealthWatch	29
Mantenerse bien	31
Materiales educativos	32
Servicios de coordinación de la atención	32
Programa de control de enfermedades	33
Acceso a manejo de casos complejos	34
Acceso a manejo de casos	34
Apoyos Familiares para Autismo de Anthem	35
Programas para el trastorno por el uso de sustancias	35
Programa de recompensas para personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	36
¿Enfermo o herido? ¿A dónde debe ir?	37
Atención fuera del horario normal	37
Atención de urgencia	37
Atención de emergencia	37
Cómo obtener atención de emergencia fuera de nuestra área de servicio	37

Parte 3: Servicios de farmacia 38

Cómo abastecer sus recetas	38
Beneficios de farmacia	39
Anthem no ofrece estos medicamentos recetados	39
Medicamentos genéricos	39
Aprobación previa para medicamentos	40
Otras cosas que necesita saber sobre su medicamento	40
Suministro para días de medicamentos	40
Reposición temprana	40
Programas de seguridad para emergencias	41
Administración de terapia de medicamentos	41
Apoyo de medicamentos para miembros	41
Sus derechos de apelación	41

Parte 4: Ayuda con servicios especiales 42

Ayuda en otros idiomas	42
Ayuda para miembros con pérdida de la audición o de la vista	43
Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades	43
Nota especial para nuestros miembros indígenas estadounidenses	43



Parte 5: Conozca sus derechos y otra información útil

44

Derechos de los miembros	44
Obligaciones de los miembros	46
Cómo tomar decisiones sobre los beneficios	46
Nuevos tratamientos médicos	47
Cómo elegir un nuevo plan médico	48
Si usted tiene otro seguro	48
Qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor	49
Cómo pagamos a los proveedores	49
Políticas de privacidad	49
Sus registros médicos	49
Testamentos vitales	50
Mejora de la calidad	50
Cómo denunciar el fraude y el abuso	51
Si ya no podemos atenderle	51

Parte 6: Cómo resolver un problema con Anthem

52

Si tiene una pregunta	53
Quejas	53
Queja acelerada	54
Apelaciones	55
Apelación acelerada	55
Revisión externa independiente	56
Proceso de audiencia y apelación de Medicaid	56

Aviso de prácticas de privacidad

58



Guía rápida para Hoosier Care Connect

¡Bienvenido a su manual del miembro de Anthem Hoosier Care Connect (HCC)!

Lea esta guía rápida para conocer acerca de:

- Números de teléfono importantes
- Sus beneficios
- Servicios de farmacia
- Maneras de gozar de buena salud
- Proveedores médicos primarios (PMP)

Servicio	Número de teléfono	Información
Servicios para Miembros	844-284-1797 (TTY 711)	Horario: De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Llame para preguntas sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Su plan médico de Anthem. • Salud del comportamiento. • Servicios para abuso de sustancias. • Beneficios de farmacia.
Línea de Enfermería 24/7: número gratuito de ayuda de enfermería las 24 horas	844-284-1797 (TTY 711)	Hable en privado con un enfermero las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede llamar a esta línea para solicitar un intérprete.
Línea directa para crisis de salud del comportamiento	833-874-0016 (TTY 711)	Ayudar a los miembros a entender las señales de alerta temprana y los desencadenantes asociados con sus afecciones y cualquier dificultad que puedan estar experimentando. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.



Las líneas TTY son solo para miembros con pérdida de la audición o del habla.

Números de teléfono importantes



Servicio	Número de teléfono	Información
Servicios de Transporte de Anthem	844-772-6632 (TTY 888-238-9816)	Programe transporte al médico que no sea de emergencia. Las llamadas para reservaciones de rutina son aceptadas de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Las llamadas para reservaciones de urgencia y el mismo día se aceptan las 24 horas, los 7 días de la semana. Las llamadas para cancelaciones, actualizaciones de estado y altas hospitalarias se aceptan las 24 horas, los 7 días de la semana.
Administración de la utilización (UM)	844-284-1797 (TTY 711)	Horario: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Este. Llame para preguntas de UM o una solicitud de aprobación previa. Puede pedir un intérprete. Si llama fuera del horario normal, puede dejar un mensaje privado. El personal le devolverá la llamada al siguiente día hábil o a otra hora a petición. El personal proporcionará su nombre, posición y organización al iniciar o devolver llamadas.
Centro Nacional de Control de Toxicología	800-222-1222 Las llamadas son enrutadas a la oficina local más cercana.	Hable con un enfermero o un médico para recibir asesoría y tratamiento gratuitos para la prevención de intoxicaciones las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Relay Indiana (TTY)	800-743-3333 (TTY 711)	Para los miembros que tienen pérdida de la audición o del habla, una persona capacitada les ayudará a hablar con alguien que use un teléfono estándar.
Superior Vision	877-478-7561 (TTY 800-428-4833)	Encuentre un oculista en su plan o conozca más sobre sus beneficios de la vista.
Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) de Indiana	800-403-0864	Llame a este número para reportar cualquier cambio a la información como teléfono, dirección e ingresos, o llame si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad y la inscripción a su plan.
Agente de inscripción de la FSSA	800-889-9949	Puede ayudar a responder preguntas sobre el cambio o actualización del estado del miembro.
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	800-522-0874	Conozca más sobre este programa, el cual ofrece alimentos saludables a las mujeres embarazadas y madres de niños pequeños.
Línea para dejar de usar tabaco de Indiana	800-784-8669	Llame al número gratuito de este servicio de asesoramiento para ayudarlo a dejar de fumar.
DentaQuest	888-291-3762 (TTY 800-466-7566)	Encuentre un dentista o conozca más sobre los servicios dentales de HCC.
Servicios de traducción o formatos	844-284-1797	Reciba información en un idioma que entienda. Podemos traducir este manual en otros formatos tales como Braille, letra grande o CD de audio. Podemos traducir la información sin costo.

¿Necesita ayuda en otro idioma o en un formato distinto?

Podemos traducir nuestros materiales de educación sobre salud a muchos idiomas diferentes. Puede recibirlos en otros formatos, como Braille, letra grande o CD de audio. También puede recibir ayuda con un intérprete oral por teléfono o cara a cara mientras se encuentra en el consultorio de su PMP. Llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

La tecnología a su servicio

Anthem ofrece herramientas en línea para facilitarle el acceso a la atención y los servicios. Con nuestro sitio web seguro para miembros, puede manejar su atención de la salud con solo unos clics. Solo vaya a nuestro sitio web en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid) para configurar su cuenta segura. Luego de registrarse, usted puede:

- Elegir o cambiar médicos.
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación.
- Ver el estado de reclamos.
- Contactar a Servicios para Miembros.
- Pedir que los mensajes/comunicaciones se envíen a su cuenta.

Podrá hacer las cosas sin tener que esperar. Además, consulte las siguientes páginas web de Anthem para ver programas especiales e información:

Programa	Dirección web	Detalles
Anthem Rewards	anthem.com/AnthemRewards	Ofrece muchas recompensas por mantenerse saludable
Blue Ticket to Health	anthem.com/blueticket	Asociación con los Indianapolis Colts para ganar recompensas por realizarse su chequeo de bienestar
Anthem Medicaid Blog	blog.anthem.com	Información sobre temas relacionados con la salud, atención preventiva y navegar por el sistema de atención de la salud

Sí, también tenemos una aplicación para eso

La aplicación móvil Sydney coloca su atención de la salud al alcance de sus dedos. La descarga es gratuita en el App Store® y Google Play™. Puede utilizar la aplicación para lo siguiente:

- Encontrar un médico, un hospital o una farmacia en su plan.
- Ver sus reclamaciones.
- Manejar sus beneficios de farmacia.
- Recibir una identificación electrónica en su teléfono.
- Verificar sus síntomas.
- Hablar sobre su salud con un enfermero, las 24 horas, los 7 días de la semana.



Unidad de Conserje de Anthem

Manejar la atención de la salud puede ser difícil. Por eso creamos la Unidad de Conserje de Anthem. Este servicio puede ayudarlo a:

- Completar su Evaluación de necesidades de salud (HNS).
- Programar citas con su proveedor médico primario (PMP).
- Conectarse con servicios comunitarios como el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).

Llame hoy mismo a la Unidad de Conserje al 844-284-1797 (TTY 711). También puede escribir a la Unidad de Conserje de Anthem a:

Anthem Blue Cross and Blue Shield
Mailstop IN0205 C442
220 Virginia Ave.
Indianapolis, IN 46209-6227

¿Ha cambiado su número de teléfono o dirección?

Informe a la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana de inmediato. Ellos actualizarán sus registros y nos enviarán los cambios. Para actualizar su teléfono o dirección, puede:

- Llamar al 800-403-0864.
- Visitar su oficina local de la División de Recursos Familiares (DFR).
- Vaya a in.gov/fssa. Bajo *Online Services (Servicios en línea)* en la esquina superior izquierda, haga clic en el botón **Apply for Services (Solicitar servicios)** y luego **Apply for Benefits (Solicitar beneficios)** en línea. Siga los pasos para enviar cambios en su pestaña de información.

Su opinión es lo más importante

Nuestra gente está a su disposición para escucharlo. Queremos entender lo que es importante para usted para que podamos guiarlo a beneficios útiles. Estas son algunas formas en las que puede darnos su opinión para que podamos brindarle la mejor atención.

- Llene su encuesta de satisfacción del miembro cada año.
- Asista a las reuniones de Asesoramiento comunitario.
- Contacte a su Defensor del miembro. Llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711) para que lo conecten hoy.

Un vistazo rápido a sus beneficios de HCC

Con Anthem, usted tiene acceso a:

- Atención del médico
- Atención especializada
- Servicios de quiropráctica
- Cuidado hospitalario
- Sala de emergencias
- Análisis de laboratorio y radiografías
- Suministros médicos
- Beneficios de farmacia
- Servicios para el embarazo
- Servicios de terapia
- Atención de la salud para el comportamiento
- Servicios para dejar de fumar
- Centros de enfermería especializada
- Diálisis renal
- Servicios de podología
- Atención de la salud en el hogar
- Atención psiquiátrica
- Transporte que no sea de emergencia

Beneficios adicionales

Anthem no se trata solo de una excelente atención de la salud. **Invertimos en usted!** Para mantenerlo saludable, conectado y lograr lo mejor, le ofrecemos estos beneficios sin costo:

Apoyo para su salud y bienestar

\$75 en ayudas para un estilo de vida saludable	Elija entre una variedad de dispositivos de asistencia para ayudar con la movilidad y/o comodidad personal, como básculas digitales, almohadas lumbares y suministros para diabéticos.
\$75 en beneficios de la vista mejorados	Los miembros elegibles pueden recibir hasta \$75 para anteojos o lentes de contacto recetados.
\$50 en equipos para ejercitarse	Ofrece un catálogo de productos de acondicionamiento físico y relacionados con el ejercicio, como protectores bucales, cascos para montar bicicleta y bandas de resistencia.
Membresía a un gimnasio o kit para acondicionamiento físico en el hogar ofrecido por Active & Fit	Cursos de ejercicios en línea y membresías en gimnasios o kits de acondicionamiento físico en el hogar para miembros elegibles.
WW[®] (antiguamente Weight Watchers [®])	Recibirá ayuda para elegir alimentos y actividades saludables. <ul style="list-style-type: none"> ● Cubre hasta cuatro meses de membresía ● Beneficio único de por vida ● Requiere una referencia de su médico
Kits de higiene para jóvenes y adultos	Los miembros pueden recibir un vale para comprar artículos del kit de higiene personal para ayudar con su atención dental y corporal.
Joyería para alertas médicas	Los miembros elegibles pueden recibir un brazalete o collar de alerta médica personalizado para afecciones como diabetes o presión arterial alta.
Catálogo para asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Hasta \$200 en productos relacionados con el asma y el alivio de alergias a partir de un catálogo de opciones.

Mantenerlo conectado

\$100 en tarjetas de gasolina	Para miembros elegibles en ubicaciones rurales sin acceso a servicios de transporte.
Transporte que no sea de emergencia gratuito	Traslados sin costo a: <ul style="list-style-type: none"> ● El consultorio de su médico. ● La farmacia al regresar del médico. ● WIC y citas de renovación de beneficios. Para programar traslados: <ul style="list-style-type: none"> ● Llame a Servicios de Transporte de Anthem al 844-772-6632 (TTY 888-238-9816). ● Los traslados deben programarse con al menos dos días hábiles de anticipación.

Mantenerlo conectado

Minutos adicionales para el teléfono inteligente de SafeLink	Además de mensajes de texto ilimitados y 4.5 GB de datos, los miembros elegibles reciben una bonificación única de 200 minutos más 100 minutos cada año en el mes de su cumpleaños. Para hacer la solicitud: <ul style="list-style-type: none">● Visite checklifeline.org.● Una vez aprobado, solicite SafeLink Wireless® en safelinkwireless.com o llame al 877-631-2550.
Membresía en el Boys & Girls Club	Membresías para jóvenes de 5 a 18 años para lograr un desarrollo positivo que mantenga a sus hijos social y emocionalmente conectados.
Community Resource Link (Enlace de recursos comunitarios)	Recursos en su área para alimentos, viviendas de salud y otros programas de apoyo. Visite anthem.com/inmedicaid , vaya a la pestaña <i>Support (Apoyo)</i> , luego Community Support (Apoyo comunitario) .

Ayudarlo a triunfar

Capacitación laboral y de habilidades	El programa Jump Start de Anthem ofrece una plataforma de aprendizaje en línea para ayudarlo a completar evaluaciones de habilidades e identificar y ampliar sus habilidades actuales. El programa también ofrece: <ul style="list-style-type: none">● Preparación de exámenes para diversas certificaciones.● Una herramienta de búsqueda de empleo personalizada para encontrar puestos vacantes en su área.
Asistencia para obtener el diploma de equivalencia de escuela secundaria	Cubre los costos de la prueba de equivalencia de escuela secundaria para ayudarlo a triunfar
Asistencia de tutoría*	Tutoría para ayudar con la educación de sus hijos en inglés, matemáticas y literatura
Cuenta INvestABLE	Usted recibe una tarjeta de regalo para abrir una cuenta bancaria ABLE que le permite ahorrar dinero mientras mantiene sus beneficios.
Kit de herramientas para cuidadores	Incluye varios artículos para ayudar a los cuidadores, como cuadernos de organización, formularios y herramientas, y artículos que promueven la comodidad y/o la salud.

* Para miembros actuales y antiguos de tutela temporal, custodia del estado y miembros que reciben asistencia para adopción.

Acceda a sus beneficios adicionales

La mayoría de los beneficios adicionales se pueden pedir a través del Benefit Reward Hub (Centro de Recompensas de Beneficios) de Anthem. Inicie sesión o regístrese en línea en anthem.com/inmedicaid y seleccione **Benefit Reward Hub (Centro de Recompensas de Beneficios)** para encontrar más información sobre estos beneficios adicionales:

- Kits de higiene
- Artículos de alivio para el asma y la EPOC
- Equipo para ejercicios
- Kit de herramientas para cuidadores
- Tarjetas de gasolina
- Ayudas para un estilo de vida saludable
- Joyería para alertas médicas

Llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711) para obtener más información sobre estos beneficios adicionales:

- Membresía en el Boys and Girls Club
- WW® (antiguamente Weight Watchers®)
- Vista mejorada
- Membresías en gimnasios
- Tutoría
- Asistencia para la prueba de equivalencia de escuela secundaria
- El programa Jump Start
- Cuenta INvestABLE

Acceda a estos beneficios adicionales directamente en la información de contacto mencionada anteriormente:

- Transporte que no sea de emergencia
- Minutos adicionales para el teléfono inteligente de SafeLink
- Community Resource Link (Enlace de recursos comunitarios)

Algunos beneficios están limitados solo para determinados miembros y pueden cambiar o finalizar en cualquier momento. Con el fin de averiguar para cuáles beneficios podría calificar, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Otros servicios mejorados para miembros de HCC:

LiveHealth Online	<p>Consulte a un médico las 24 horas, los 7 días de la semana sin costo para usted. Con LiveHealth Online, los miembros pueden visitar a un médico o psicólogo de día o de noche a través de video en vivo desde un teléfono inteligente, tableta o computadora con webcam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descargue la aplicación móvil gratuita de LiveHealth Online o vaya a livehealthonline.com. • Elija Sign Up (Inscribirse) para crear su cuenta de LiveHealth Online.
Monitoreo remoto de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Para ayudar a los miembros a manejar sus enfermedades crónicas como diabetes, enfermedad del corazón, etc. • Llame al 866-902-1690 y pregúntele a su enfermero de Anthem si usted califica.
Servicios de Bosma	<p>Servicios en su comunidad para personas ciegas o con deficiencia visual. Los beneficios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo especial para ayudar a los miembros en sus hogares. • Capacitación personalizada para la seguridad en la cocina. • Consejos sobre cómo mantenerse seguro. • Llame al 866-902-1690 para ver si califica.
Visitas a domicilio	<p>Apoyo comunitario para miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen necesidades especiales o afecciones complejas. • Necesitan ayuda con los beneficios y servicios en su área o para obtener la atención necesaria. • Necesitan apoyo después de salir del hospital. • Llame al 866-902-1690 y pregúntele a su enfermero de Anthem si usted califica.
Administración de terapia de medicamentos	<p>Para ayudarlo a mejorar la forma en que toma sus medicamentos. El entrenamiento lo ayudará a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar problemas relacionados con el medicamento. • Conversar sobre el control de enfermedades. • Conversar sobre los usos de su medicamento. • Llame a Servicios para Miembros para ver si califica.
Equipo de comunicación para prevención del suicidio (SPOT)	<p>Iniciativa dirigida a adolescentes y adultos jóvenes de 12 a 26 años, que están en riesgo de suicidio o han tenido un intento de suicidio.</p>

Programas para poblaciones especiales

Sabemos que la salud de cada persona es diferente, por eso nuestros beneficios y servicios están diseñados para adaptarse a usted y a su familia. Estos son algunos de nuestros servicios individualizados de manejo de casos:

- **Autism Society (Sociedad de Autismo):** Un recurso para personas que viven con autismo y sus seres queridos
- **About Special Kids (Acerca de los Niños Especiales):** Un sistema de apoyo para familias de niños con necesidades especiales
- **Bosma Enterprises:** Capacitación en rehabilitación de la vista basada en la comunidad para miembros de Anthem que son ciegos o tienen deficiencia visual.
- **Anthem Autism Family Supports (Apoyos Familiares para Autismo de Anthem):** Una asociación con Easterseals para proporcionar servicios y coordinación de la atención para miembros con autismo.
- **Programas de defensa:** Para obtener las herramientas y los recursos que necesita, ofrecemos membresía a uno de estos grupos de defensa.
 - a. **National Center for Independent Living**
 - b. **TASH advocacy group**
 - c. **Autistic Self Advocacy Network**

Con el fin de averiguar para cuáles beneficios podría calificar y cómo conectarse, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Maneras de gozar de buena salud

Siga estos pasos para comenzar y mantener una buena salud.

- **Elija un médico:** Su proveedor médico primario (PMP) es la primera persona a la que llama para sus necesidades de atención de la salud.
- **Tome la Evaluación de necesidades de salud:** Nos ayuda a obtener la atención correcta para usted. ¡Puede ganar \$30 si es un nuevo miembro! Vea la sección del programa *Anthem Rewards* en esta *Guía rápida* para obtener detalles.
- **Programe un chequeo de salud:** Llame al consultorio de su PMP para hacer una cita. Reciba chequeos anuales incluso si no se siente enfermo. Esto le ayudará a mantener una buena salud.
- **Prepárese para su visita al médico:** Decida qué desea discutir y escríbalo. Esté listo para hablar acerca de su historial médico.
- **Mantenga su tarjeta de identificación del miembro cerca:** Muéstrela cada vez que necesite servicios de atención de la salud.

Servicios de farmacia

Cuando necesite medicamentos o ciertos artículos recetados de venta libre (OTC), su médico le hará una receta. Anthem usa una compañía llamada IngenioRx para manejar sus beneficios de farmacia. IngenioRx trabaja con farmacias contratadas por Anthem Indiana Medicaid. Como miembro de HCC, usted debe usar una farmacia que esté en su plan. Para obtener más información, visite [anthem.com/in/benefits/pharmacy-benefits.html](https://www.anthem.com/in/benefits/pharmacy-benefits.html). Para conocer más sobre los servicios de farmacia, vea la Parte 3.



Gane dinero con el programa Anthem Rewards

Esta es la forma en que Anthem recompensa a los miembros que toman medidas para lograr una buena salud. Como miembro nuestro, ganará dinero por realizar actividades saludables. Puede usar estas recompensas para realizar compras en determinadas tiendas.

La primera recompensa es por completar la Evaluación de necesidades de salud (HNS) en los primeros 90 días después de inscribirse en Anthem. Puede completar la HNS y obtener sus recompensas:

- En línea en anthem.com/HNS
- O llamando al 844-284-1797 (TTY 711)

Los nuevos miembros de Anthem recibirán más detalles sobre cómo completar la HNS y otras actividades saludables. Vaya a anthem.com/AnthemRewards para conocer qué otras recompensas puede ganar.

Blue Ticket to Health: Únase al juego

Hay un excelente juego en la ciudad, ¡se llama **Blue Ticket to Health!** Anthem se ha asociado con los Indianapolis Colts para ayudar a los miembros de 3 años en adelante a estar saludables. Si desea participar, llame a su médico para programar un chequeo de bienestar. Después de completar su chequeo, tendrá la oportunidad de ganar uno de cientos de premios. Es importante que visite a su médico todos los años para chequeos de bienestar, incluso cuando no está enfermo. Esto ayuda a su médico a detectar temprano cualquier problema de salud. Para obtener más información sobre el programa, vaya a anthem.com/blueticket. Si necesita ayuda para programar un chequeo de bienestar, llame a Servicios para Miembros.

Community Resource Link (Enlace de recursos comunitarios)

Le brindamos acceso a herramientas de recursos en línea, como Enlace de recursos comunitarios, para ayudarle a encontrar y solicitar servicios comunitarios y sociales en Indiana. Encuentre estos servicios en su área visitando anthem.com/inmedicaid. Seleccione la pestaña *Support (Apoyo)* luego vaya a **Community Support (Apoyo comunitario)**.

¿Qué significa “redeterminación”?

El término “redeterminación” significa que debe volver a solicitar sus beneficios. Recibirá una carta cuando venza su redeterminación.

Atención de urgencia o sala de emergencias (ER)

Cuando esté enfermo o lesionado, consulte la lista de síntomas para ver a dónde debe ir para recibir atención. Si necesita ayuda para elegir uno, llame a la Línea de Enfermería 24/7 al 844-284-1797 (TTY 711).



Síntomas para atención de urgencia:

- Resfriado, gripe, dolor de garganta
- Dolores de oído
- Vómito o diarrea
- Torcedura común
- Fractura de hueso leve
- Cortadas leves
- Asma moderada/reacciones alérgicas
- Erupción sin fiebre

Síntomas para la ER:

- Dolor en el pecho, dificultad para respirar
- Lesiones en la cabeza y los ojos
- Hemorragia incontrolable, cortadas graves
- Fractura de hueso grave, tal como un hueso roto que ha traspasado la piel
- Tos o vómito con sangre
- Hemorragias durante el embarazo
- Bebé menor de ocho semanas con fiebre
- Erupción con fiebre

Si va a la ER y no es una emergencia, le pueden cobrar \$3 de copago. Pero, si primero llama a la Línea de Enfermería 24/7 y ahí le dicen que vaya a la ER, ese copago de \$3 será exonerado. Llame a la Línea de Enfermería 24/7 al 844-284-1797 (TTY 711) para que le den asistencia.

Su proveedor médico primario

Su proveedor médico primario (PMP) es la primera persona a la que usted debe llamar para sus necesidades de atención de la salud. Su PMP coordina cosas como:

- Chequeos y vacunas.
- Referencias para análisis y servicios.
- Referencias a especialistas.
- Admisión a un hospital.

Mantenga su atención de la salud

Si desea mantener sus beneficios, debe renovar su Medicaid. Para algunos miembros de Hoosier Care Connect se requiere una redeterminación anual. Antes del vencimiento, la Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) le enviará por correo un recordatorio de “Aviso de renovación”, que puede solicitarle información. Lea atentamente las instrucciones que vienen con su formulario de renovación. Se le puede requerir que firme el formulario y que lo devuelva con cierta información; o es posible que solo necesite revisar el formulario y comunicar si la información ha cambiado. Debe seguir siendo elegible para Medicaid para permanecer en el programa Hoosier Care Connect.

Estas son algunas excepciones. Estos grupos tienen renovación automática de Hoosier Care Connect.

- Beneficiarios de Ingreso de seguridad suplementario (SSI) inscritos en Hoosier Care Connect
- Jóvenes en tutela temporal y custodia del estado



Parte 1: Todo sobre Hoosier Care Connect

Hoosier Care Connect (HCC) es el plan de Medicaid de Indiana para la población de adultos mayores, ciegos o discapacitados, incluidos niños bajo tutela temporal y custodia del estado. Estos son los beneficios de HCC para ayudarlo a mantenerse saludable en su día a día.



Servicio	Detalles
Atención del médico	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Atención preventiva • Exámenes físicos • Atención prenatal • Chequeos de niño sano • Vacunaciones • Atención especializada
Servicios de quiropráctica	Hasta cinco visitas por año y hasta 50 tratamientos físicos de medicamentos terapéuticos por año
Cuidado hospitalario	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Sala de emergencias • Servicios para paciente hospitalizado • Servicios y cirugías para paciente ambulatorio • Análisis de laboratorio y radiografías • Servicios de postestabilización • Transporte en ambulancia para emergencias
Suministros médicos	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para diabetes • Equipo médico • Audífonos • Zapatos ortopédicos y dispositivo ortopédico para las piernas • Aparatos ortopédicos y dispositivos prostéticos
Servicios de farmacia	Consulte la Parte 3
Servicios de terapia	Física, del habla, ocupacional y respiratoria
Salud del comportamiento	Servicios para salud mental y abuso de sustancias, incluyendo tratamiento residencial y servicios del Programa para tratamiento de opioides (OTP).
Atención psiquiátrica	Hospitalizaciones por salud mental y abuso de sustancias
Servicios para dejar de fumar	Un curso de tratamiento de 12 semanas por año
Centro de enfermería especializada	A corto plazo (menos de 30 días calendario), si es médicamente necesario
Cuidado para enfermos terminales	Cubierto para dos periodos consecutivos de 90 días calendario seguidos por un número ilimitado de periodos de 60 días calendario
Diálisis renal	Necesita aprobación previa
Cuidado dental	Consulte el resumen de beneficios dentales y de la vista a continuación
Servicios de la vista	
Servicios de podología	Hasta seis visitas por año para la atención de los pies
Atención de la salud en el hogar	Se proporcionan servicios de enfermería, si son médicamente necesarios
Transporte que no sea de emergencia	Traslados ilimitados sin costo a: <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al médico • Visitas al WIC • Citas de renovación en la División de Recursos Familiares • Programas de educación sobre salud • Farmacia después de salir del consultorio del médico

¿Necesita un traslado para ir a su cita?

Los problemas para ir al médico nunca deben interponerse entre usted y su salud. Ofrecemos traslados para ayudarlo a llegar al consultorio de su médico, a la farmacia cuando regresa de una visita al médico, a WIC y a citas de renovación. Siga estos pasos para usar este beneficio:



- 1. Haga la llamada.** Llame a Servicios de Transporte de Anthem al 844-772-6632 (TTY 888-238-9816) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., por lo menos dos días hábiles completos por anticipado.
- 2. Programe su traslado.** Al llamar, dígales su número de RID del estado que figura en su tarjeta de identificación o número de Seguro Social, la fecha y hora de su cita y si necesita ayuda adicional, como una silla de ruedas.
- 3. Reserve su viaje de regreso.** Cuando su cita haya finalizado, llame a Servicios de Transporte de Anthem.

Llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711) para obtener información sobre:

- Reembolso de millas para viajes aprobados.
- Boletos de autobús.
- Transportes a larga distancia.

* Si hay cambios en sus planes, llame a Servicios de Transporte de Anthem lo más pronto posible, de modo que le puedan informar al proveedor de transporte. Solo se proporcionan traslados a los miembros que no tienen otro medio de transporte. Si usted tiene transporte confiable, acceso al transporte público, o familiares o amigos que puedan llevarlo, debe usar primero estas opciones.

Beneficios dentales y de la vista

Cuidado dental

Una buena salud dental marca una gran diferencia en su salud en general. Por eso es importante que cumpla con sus citas dentales y use sus beneficios dentales recomendados.

¿Necesita ayuda para entender sus beneficios, encontrar un dentista o hacer una cita? Llame a DentaQuest al 888-291-3762 (TTY 711).

- Dos exámenes y limpiezas por año
- Radiografía de aleta de mordida cada 12 meses y un juego completo de radiografías cada tres años
- Restauraciones menores tales como empastes
- Restauraciones complejas como coronas y tratamientos de conducto (una de cada una cada 12 meses)
- Atención periodontal, la cual incluye limpiezas profundas y tratamiento quirúrgico para enfermedad de las encías
- Dentaduras postizas parciales, totales y reparaciones a las mismas
- Sedación y óxido nitroso, si es médicamente necesario

Su dentista lo ayudará a obtener la aprobación para sus beneficios. Se basa en el código de tratamiento y/o si el tratamiento es médicamente necesario.

Servicios de la vista

- Exámenes: uno por año para miembros de hasta 20 años, uno cada dos años para miembros de 21 años en adelante, a menos que una atención más frecuente sea médicamente necesaria.
- Anteojos (incluyendo marcos y lentes): un par por año para miembros de hasta 20 años y un par cada cinco años para miembros de 21 años en adelante.
- Servicios de la vista mejorados: los miembros elegibles pueden obtener hasta \$75 para anteojos o lentes de contacto recetados

Servicios de autorreferencia

Puede recibir servicios de autorreferencia de cualquier proveedor de IHCP, incluso si no tienen contrato con Anthem, con la excepción de ciertos servicios de salud del comportamiento.

Los servicios de autorreferencia incluyen:

- Servicios de salud del comportamiento/psiquiátricos*
- Cuidados quiroprácticos
- Capacitación sobre cuidado personal para la diabetes
- Servicios de emergencia
- Servicios de atención de urgencia
- Cuidado de los ojos y de la vista (excepto servicios quirúrgicos)
- Planificación familiar
- Administración de cuidados médicos para el VIH/SIDA
- Servicios de podología
- Vacunaciones
- Servicios dentales de rutina

* Los proveedores de salud del comportamiento que no son psiquiatras deben tener contrato con Anthem.



Otros servicios

Los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP) ofrecen algunos tipos de atención para miembros de HCC. Estos se llaman exclusiones (carve-outs). Puede obtener estos servicios de parte de cualquier médico inscrito en IHCP.

Los servicios de exclusión (carve-out) incluyen:

- Opción de Rehabilitación de Medicaid (MRO)
- Servicios del plan individualizado de educación
- Plan individualizado de servicios familiares (Primeros pasos)
- Servicios integrales de la exención 1915i



Para saber más sobre estos servicios, hable con su administrador de casos o llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Los servicios no cubiertos por Anthem incluyen:

- Servicios que no sean médicamente necesarios
- Servicios de hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo
- Centro de cuidados médicos intermedios para personas con incapacidad intelectual (ICF/IID)
- Servicios del programa 590
- Servicios recibidos bajo la exención de servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Centro de tratamiento psiquiátrico residencial
- Servicios/atención que recibe en otro país
- Acupuntura
- Tratamientos experimentales o investigativos
- Medicina alternativa
- Cirugía o medicamentos para ayudarle a quedar embarazada
- Cirugía cosmética (esto no se aplica a la cirugía reconstructiva)
- Vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre no cubiertos a través de los beneficios de farmacia
- Servicios de atención de asistente personal
- Para cualquier afección, enfermedad, defecto, dolencia o lesión que ocurra mientras trabaja si posee compensación para trabajadores

Copagos

HCC requiere un copago o una pequeña tarifa para ciertos servicios. Consulte el cuadro a continuación para ver qué aplica.

Servicio	Monto
Sala de emergencias*	\$3 por cada fecha de servicios que no son sean de emergencia
Farmacia	\$3 por cada receta
Transporte	\$1 por cada viaje de una vía

Los miembros de HCC no tienen copagos si:

- Tienen menos de 18 años.
- Están embarazadas.
- Son amerindios o nativos de Alaska.
- Reciben servicios relacionados con el embarazo o planificación familiar.

*Si va a la ER y no es una emergencia, pero llama primero a la Línea de Enfermería 24/7 y ahí le dicen que vaya a la ER, el copago de \$3 será exonerado.

Costos compartidos

Los copagos no se aplicarán si sus costos médicos son más del 5% de los ingresos de su hogar para el trimestre (tres meses) de beneficios. Anthem hará un seguimiento de sus pagos y le informará si ha alcanzado su límite del 5%. Si cree que pagó más del 5% de sus ingresos del trimestre en atención de la salud, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711). Deberá mostrar un comprobante escrito del monto que pagó.

Notas importantes sobre sus beneficios

- Para algunos servicios, necesita obtener la aprobación por adelantado de su PMP. Consulte la sección de *Aprobación previa* para obtener más información.
- Anthem solo pagará los servicios aprobados que sean médicamente necesarios.
- Utilice un proveedor en su plan de Anthem.
- Si está fuera de la ciudad y necesita ayuda con atención médica, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Si aún tiene preguntas sobre sus beneficios o cómo se toman las decisiones, llame a Servicios para Miembros. Si llama fuera del horario normal, puede dejar un mensaje con el servicio de contestador automático.



Parte 2: Maneras de gozar de buena salud

Elija su proveedor médico primario (PMP)

Para seleccionar su PMP:

- Visite [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid) y haga clic en **Find a Doctor (Encontrar un médico)**. Puede buscar en línea o en uno de nuestros directorios de proveedores de Anthem publicados.
- O llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Cómo obtengo más información sobre estos PMP?



Nuestro directorio de proveedores le indica todo sobre los médicos en su plan incluyendo:

- Nombres, direcciones, números de teléfono y horarios de atención.
- Idiomas que hablan.
- Escuela médica y la residencia que completaron.
- Género.
- Hospitales en que trabajan.
- Logros profesionales.
- Especialidades.
- Si aceptan nuevos pacientes.
- Estado de certificación en la junta médica.
- Su ubicación (por medio de un mapa en línea).

Su PMP es la **primera** persona a la que usted llama para todas sus necesidades de atención de la salud.

Este lo ayudará a cualquier hora, incluso fuera del horario normal y respetará sus creencias culturales y religiosas. Su PMP atenderá todas sus necesidades de atención de la salud al coordinar:

- Chequeos y vacunas.
- Referencias a especialistas.
- Solicitudes para recibir una aprobación para brindarle servicios, de ser necesario.
- Referencias para análisis y servicios.
- Admisión a un hospital.

Su PMP puede ser un:

- Médico de familia o general, un médico que atiende a bebés, niños y adultos.
- Internista, un médico que atiende a adultos.
- Ginecólogo obstetra (OB-GYN), un médico que solo atiende a mujeres.
- Médicos en clínicas, tales como departamentos de salud, centros de salud con calificación federal y clínicas de salud rural.
- Enfermero practicante.
- Pediatra, un médico que atiende a miembros menores de 21 años.

Si necesita un directorio de proveedores o ayuda para escoger un médico, llame a Servicios para Miembros.

Programe un chequeo de salud

Llame al consultorio de su PMP para hacer una cita y hacerse un chequeo. Dígales que es miembro de Anthem y tenga su tarjeta de identificación consigo cuando llame. Cuando programe una cita con su PMP para hacerse un chequeo, su PMP hará lo siguiente:

- Se familiarizará con usted y conversará sobre su salud.
- Obtendrá su historial médico de usted.
- Le ayudará a entender sus necesidades médicas.
- Le enseñará formas para ayudarle a mejorar su salud o ayudarle a permanecer sano.
- Programará los análisis y servicios preventivos que sean necesarios.

¡Llame al consultorio de su PMP lo más pronto posible si no puede cumplir con su cita!

¿Hay otros momentos en que debo visitar a mi PMP?



Debe visitar a su médico una vez al año para un chequeo, incluso si no se siente mal. Para ayudarlo a recordar, programe su chequeo en su mismo mes de nacimiento todos los años.

Prepárese para su visita al médico

- Decida de qué quiere hablar y anote sus preguntas o inquietudes.
- Esté preparado para hablar sobre su historial médico y el de su familia.
- Traiga una lista de los medicamentos que está tomando o llévelos consigo.

Cómo cambiar su PMP

Lo mejor es mantener su mismo PMP. Él o ella conoce sus necesidades de salud. Si elige consultar a un médico que no es su PMP sin aprobación nuestra primero, tal vez tenga que pagar por el servicio. Si desea cambiar su PMP, puede hacerlo rápidamente en línea en anthem.com/inmedicaid. Inicie sesión para acceder a su cuenta segura y cambiar de PMP. Si no tiene una cuenta segura, puede crear una en cualquier momento haciendo clic en *Register now (Registrarse ahora)*. Necesitará su número de RID del estado que se encuentra en su tarjeta de identificación. Si necesita ayuda para cambiar su PMP, también puede llamar a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Cómo cambiar de atención pediátrica a atención de adulto

¿Sabía que puede cambiar de médico cuando sea mayor? Si era menor de edad y ahora ha alcanzado la edad adulta, puede cambiar de su pediatra actual a un proveedor que atienda a adultos. Nos complace ayudarle a elegir un proveedor para adultos. También podemos ayudarlo a transferir sus registros médicos. Llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Piense en tres para su identificación del miembro

Les damos a todos nuestros miembros una tarjeta de identificación (ID). Su tarjeta de identificación es muy importante. Recuerde estas tres cosas:

- 1. Lleve con usted su tarjeta de identificación del miembro en todo momento.** Su tarjeta de identificación muestra que usted es miembro de Anthem y que tiene el derecho a recibir atención de la salud.
- 2. Muestre esta tarjeta de identificación cada vez que necesite servicios médicos.** Solo usted puede obtener servicios médicos con su tarjeta de identificación. Esta tiene su número de RID del estado, que es su propio número de identificación del miembro personal. No deje que ninguna otra persona use su tarjeta.
- 3. Si pierde su tarjeta, solicite una tarjeta de reemplazo.** Inicie sesión en anthem.com/inmedicaid. O puede llamar al 844-284-1797 (TTY 711).

Aprobación previa (un visto bueno de Anthem)

Su PMP deberá obtener nuestra aprobación para algunos servicios a fin de asegurarse de que se ofrezcan. Esto significa que tanto Anthem como su PMP (o especialista) aceptan que los servicios son médicamente necesarios. Podemos preguntarle a su médico por qué usted necesita atención especial.

La obtención de la aprobación tomará no más de siete días calendario, o si es urgente, no más de tres días.

Tal vez no aprobemos el pago por un servicio que usted o su médico piden. De ser así, le enviaremos a usted y a su médico una carta que explique el motivo. La carta le informará cómo apelar nuestra decisión si usted no está de acuerdo con la misma. Consulte la sección *Apelaciones* en la **Parte 6**.

Si tiene preguntas, usted o su médico puede llamar a Servicios para Miembros: Consulte la sección de *Números de teléfono importantes*. O escribanos a:

Anthem Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23466

Atención especializada

- Su PMP puede enviarlo a un especialista para recibir atención o tratamiento especializado.
- Su PMP lo ayudará elegir un especialista que le brinde la atención que necesita. Quizás no necesite nuestra aprobación. Su PMP sabe cuándo solicitar una aprobación.
- El personal del consultorio de su PMP puede ayudarlo. Pueden programar un día y hora para la visita al consultorio con un especialista.
- Dígale a su PMP y al especialista lo más que pueda sobre su salud, de modo que todos podamos decidir lo que sea mejor.
- Cualquier especialista u otro proveedor que esté en la red de Anthem debe obtener nuestra aprobación antes de poder brindarle atención. Quizás también necesite una referencia de su PMP.



Referencia permanente

A veces Anthem deja que los miembros obtengan lo que se denomina una referencia permanente. Esto significa que si necesita atención especial o tratamiento continuo, puede seguir viendo al mismo especialista sin obtener una referencia de su médico cada vez. El tratamiento proporcionado por el especialista debe ser adecuado para su problema y necesidades de salud. Para conocer más sobre esto, llame a Servicios para Miembros.

Servicios de proveedores que no están en el plan de Anthem

Para la mayor parte de su atención médica, consultará a proveedores del plan de Anthem. En ocasiones, es posible que se le permita consultar a proveedores que no forman parte de Anthem. Esto puede suceder si tiene ciertas necesidades médicas o si la atención necesaria que requiere está demasiado lejos. Llame a su PMP o a Servicios para Miembros para saber si necesita la aprobación de un médico que no está en su plan.

Si recibe un servicio de un médico que no está en nuestro plan y no obtuvo nuestra aprobación, el servicio no está aprobado. Se considerará que no está cubierto por su plan. Esto no aplica a algunos servicios de autorreferencia. Puede consultar a un médico que no esté en nuestro plan para una autorreferencia.

Continuidad de la atención

Estamos aquí para ayudar a los miembros nuevos a recibir continuidad de la atención y coordinación de la atención de la salud que sea médicamente necesaria cuando se inscriben en Anthem. Si desea saber si la continuidad de la atención es para usted, llame a Servicios para Miembros.

Cómo recibir una segunda opinión

Si tiene preguntas sobre la atención que su médico dice que usted necesita, es posible que desee una segunda opinión para asegurarse de que el plan de tratamiento sea adecuado para usted. Para obtener una segunda opinión, hable con su PMP o llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Programa Right Choices (Decisiones correctas) de Indiana

Si está inscrito en este programa, le enviaremos una carta para informarle. Un equipo de expertos le ayudará a recibir la atención de la salud adecuada en el momento y el lugar adecuados. Su equipo estará compuesto por un PMP, una farmacia y un administrador de cuidados médicos. Si tiene preguntas sobre el programa Right Choices, llame a manejo de casos al 866-902-1690.

Inscripción voluntaria

Los niños en estas categorías de ayuda pueden inscribirse voluntariamente en HCC:

- Niños que reciben asistencia para adopción
- Menores bajo tutela temporal
- Menores anteriormente bajo tutela temporal, 18 a 21 años
- Menores anteriormente bajo tutela temporal inscritos al cumplir 18 años, 18 a 26 años

Para obtener más información, póngase en contacto con la Línea de ayuda de Hoosier Care Connect al 866-963-7383 (TTY 711).

Programa de tutela temporal

Si usted es un menor bajo tutela temporal, el tutor de un menor bajo tutela temporal, un adulto joven que al cumplir más edad sale de la tutela temporal o si tiene un niño que recibe asistencia para adopción, podemos ayudarle a encontrar los médicos y otros servicios de atención de la salud que necesita. También ofrecemos algunos beneficios adicionales especiales para nuestros miembros bajo tutela temporal, como asistencia de tutoría para ayudar con las necesidades educativas. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Contamos con un equipo de manejo de casos dedicado para ayudarle a organizar sus necesidades o las de su hijo. Es importante visitar a su PMP u otros proveedores de cuidado médico de manera regular. Nuestro equipo puede ayudarle a programar estas visitas. También trabajaremos en estrecha colaboración con el Departamento de Servicios Infantiles para ayudarle con sus inquietudes sobre su atención de la salud o la de su hijo.

Cambio en la colocación del hogar de tutela temporal

Si un niño tiene un cambio en la colocación del hogar de tutela temporal, Anthem trabajará con el Departamento de Servicios Infantiles para garantizar que el niño reciba los exámenes de salud y detección de traumas que pueda necesitar.

Servicios de salud del comportamiento

Anthem ofrece servicios para salud mental, problemas de comportamiento y adicciones. No necesita una referencia de su PMP para ver a alguien para estos servicios. Servicios para Miembros de Anthem puede ayudarle a encontrar un médico en su área. Ofrecemos:

- Servicios para paciente hospitalizado
- Hospitalización parcial
- Programa ambulatorio intensivo
- Terapia individual, familiar y grupal
- Equipo de comunicación para prevención del suicidio para adolescentes y adultos jóvenes en alto riesgo de 12 a 26 años
- Tratamiento residencial para trastornos por el uso de sustancias
- Análisis aplicado del comportamiento
- Servicios de medicamentos
- Pruebas psicológicas

Servicios de tratamiento para trastorno por el uso de sustancias y opioides

Anthem cubre el tratamiento para el uso de sustancias que incluye tratamiento residencial. Algunos servicios requieren autorización previa. También brindamos cobertura completa para servicios del Programa de tratamiento para opioides (OTP), incluidos todos los niveles de atención y el uso de metadona y pruebas de detección de enfermedades. No se requiere autorización previa para los servicios de OTP. Tenemos contratos con todos los proveedores de OTP certificados por la División de Salud Mental y Adicciones (DMHA) en Indiana.

Línea directa para crisis de salud del comportamiento

Anthem ofrece nuestra Línea directa para crisis de salud del comportamiento, disponible en el 833-874-0016 para ayudar a los miembros a entender las señales de alerta temprana y los desencadenantes asociados con sus afecciones y cualquier dificultad que puedan estar experimentando.

Hoosier HealthWatch: Prueba de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Para niños de hasta 21 años, ofrecemos servicios de EPSDT. Puede ayudar a mantener saludables a sus hijos si:

- Los lleva a su proveedor médico primario (PMP) para chequeos de rutina y vacunas (inyecciones).
- Los lleva a su dentista para visitas de rutina.

Los miembros pueden llamar a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711) para obtener más información sobre HealthWatch.

Anthem sigue los lineamientos de la Academia Estadounidense de Pediatría para las visitas de control médico pediátrico. Estos pasos ayudarán a mantener a sus hijos saludables y fuertes. Este cuadro muestra cuándo los niños deben ir al médico para una visita de control médico pediátrico.



Visitas importantes de bienestar infantil

Realice un seguimiento del crecimiento y desarrollo de su hijo. No olvide las pruebas importantes de la vista y la audición y las vacunas. Marque cada visita de bienestar infantil cuando se realice.

Bebé

1 semana	
1 mes	
2 meses	
4 meses	
6 meses	
9 meses	

Niñez temprana

12 meses	
15 meses	
18 meses	
2 años	
30 meses	
3 años	
4 años	

Niñez media

5 años	
6 años	
7 años	
8 años	
9 años	
10 años	

Adolescente

11 años	
12 años	
13 años	
14 años	
15 años	
16 años	
17 años	
18 años	
19 años	
20 años	
21 años	

Prueba de detección de plomo

12 meses	
24 meses	

Visitas dentales

Con la aparición del primer diente y antes de los 12 meses de edad

Cómo proteger a su familia del envenenamiento por plomo

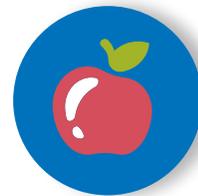
Todos los niños inscritos en Medicaid deben realizarse un análisis para ver el nivel de plomo en la sangre (BLL) al año y a los dos años de edad. Deben realizarse un análisis de BLL al menos una vez antes de los 6 años si corren algún riesgo. Si marca una o más de las casillas a continuación, lleve a su niño a que le realicen el análisis de BLL de inmediato. Su hijo:

- ¿Visita o vive en una casa construida antes de 1978 (como la casa de un familiar o niñera, un centro de atención diurna o un preescolar)?
- ¿Visita o vive en una casa construida antes de 1978 que esté siendo o será remodelada?
- ¿Tiene un hermano, hermana o amigo que haya tenido envenenamiento por plomo?
- ¿Visita o vive en una casa con pintura resquebrajada, descascarada, en polvo o en descomposición?
- ¿Visita de seguido a un adulto que trabaje con plomo (como cerámica, pintura, construcción o soldadura)?

Consulte los *Lineamientos de salud preventiva* en anthem.com/inmedicaid para conocer más sobre las visitas de control médico pediátrico y vacunas.

Mantenerse bien

Cada persona tiene necesidades especiales en cada etapa de la vida. Tenemos programas para ayudarlo a mantenerse sano y manejar las enfermedades. Estos programas son sin costo para usted.



Para todos los adultos

- Chequeos y exámenes anuales como el Índice de masa corporal (IMC), la presión arterial y la diabetes
- Las vacunaciones tales como para el tétanos y la gripe pueden mantenerlo bien
- Análisis para infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH/SIDA

Para mujeres

- Servicios para mujeres como mamografías y pruebas de detección de cáncer de cuello del útero
- Las clases de embarazo y parto le brindan conocimientos para ayudarla a mantenerse sana mientras está embarazada
- Servicios de familia para ayudar con un embarazo saludable, prevenir el embarazo o prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH/SIDA

Para hombres

- Pruebas de detección de cáncer de próstata y aneurisma aórtico abdominal en algunos hombres

Para usted y su hijo

- La atención de niño sano incluye programas para ayudarlo a mantener a su hijo sano. Puede informarse más sobre los hábitos saludables para su hijo, la necesidad de visitas regulares al médico y las vacunas que necesita su hijo. También puede ganar recompensas por llevar a su hijo a chequeos de bienestar.
- Ofrecemos consejos para padres para enseñarle a cuidar a su hijo.

Una línea telefónica las 24 horas, los 7 días de la semana para su tranquilidad



- La Línea de Enfermería 24/7 le permite hablar en privado con un enfermero sobre su salud. Los adolescentes pueden hablar con un enfermero en privado sobre problemas de adolescentes. Las futuras mamás y las mamás primerizas pueden discutir temas como la lactancia.
- Solo llame Línea de Enfermería 24/7 al 844-284-1797 (TTY 711).

Si tiene uno de estos problemas de salud o algún otro problema de salud complejo o especial y desea conocer más sobre manejo de casos, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Servicios para dejar de fumar

Anthem puede ayudarlo a dejar de fumar. Cubrimos un curso de atención de 12 semanas durante 12 meses que incluye:

- Productos recetados o de venta libre para ayudarlo a dejar de fumar, como parches o chicles de nicotina.
- Servicios de asesoramiento (limitado a 10 unidades cada 12 meses).

También puede recibir ayuda a través de la **Línea para dejar de fumar de Indiana** al 800-QUIT-NOW. Vaya a [anthem.com/AnthemRewards](https://www.anthem.com/AnthemRewards) para obtener más información sobre cómo ganar dinero por dejar de fumar.

Para encontrar más herramientas y recursos, vaya a nuestra página *Health and Wellness* (*Salud y bienestar*) en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid). O llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Materiales educativos

Puede encontrar **Health Tips (Consejos de salud)**, una hoja informativa con formas útiles para mantenerse sano, en nuestro sitio web en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid). También ofrecemos el Blog de Anthem Medicaid en línea en blog.anthem.com con información sobre temas específicos relacionados con la salud, la importancia de la atención preventiva y cómo navegar por el sistema de atención de la salud.

Servicios de coordinación de la atención

Usted podría tener afecciones que requieren atención y proveedores especiales. Nuestros servicios de coordinador de casos le ayudarán a manejar todas las piezas en movimiento para satisfacer sus necesidades físicas, del comportamiento, médicas y sociales. Tendrá un administrador de casos quien le ayudará a:

- Idear su plan de salud.
- Responder sus preguntas.
- Ayudarlo a asegurar un traslado a los servicios que necesita.
- Coordinar con sus médicos y su sistema de apoyo.

Los servicios de coordinación de la atención incluyen:

- Control de enfermedades
- Administración de cuidados médicos
- Manejo de casos complejos

Programa de control de enfermedades

Nuestro programa de Control de enfermedades ayuda a guiar la atención para nuestros miembros con condiciones médicas crónicas. El programa es voluntario, privado y está disponible sin costo para usted con el equipo de Control de enfermedades. Nuestro equipo de enfermeros licenciados, llamados administradores de casos, lo ayudará a entender su afección y a cumplir sus metas de atención de la salud a través de educación, recursos y referencias a proveedores de atención.

Puede inscribirse en el programa si tiene una o más de una de estas afecciones:

- Asma
- Embarazo
- TDAH
- Autismo/Trastornos generalizados del desarrollo (PDD)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Enfermedad renal crónica
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Hipertensión
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Trastorno depresivo complejo
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Trastorno por el uso de sustancias
- Anemia falciforme

Nuestros administradores de casos ayudan con servicios de control de peso y para dejar de fumar.

Como miembro del programa de Control de enfermedades, usted se beneficiará al tener un administrador de casos que:

- Escuche lo que tenga que decir y se tome el tiempo para entender sus necesidades específicas.
- Le ayude a crear un plan de salud para lograr sus objetivos de atención de la salud.
- Le dé las herramientas, el apoyo y los recursos comunitarios que puedan ayudarle a mejorar su calidad de vida.
- Le proporcione información de salud que pueda ayudarle a tomar mejores decisiones.
- Le ayude a coordinar la atención con sus proveedores.

Por ser miembro de Anthem inscrito en el programa de Control de enfermedades, usted tiene ciertos derechos y obligaciones.

Usted tiene derecho a:

- Tener información sobre Anthem; esto incluye todos los programas y servicios de Anthem, así como la educación y experiencia laboral de nuestro personal; también incluye los contratos que tenemos con otras empresas o agencias.
- Negarse a formar parte o abandonar programas y servicios que ofrecemos.
- Saber quién es su administrador de casos y cómo pedir otro administrador de casos.
- Obtener ayuda de Anthem para tomar decisiones con sus médicos sobre su atención de la salud.
- Informarse sobre todos los tratamientos relacionados con el control de enfermedades; estos incluyen los tratamientos mencionados en los lineamientos clínicos, ya sea que estén o no cubiertos por Anthem; tiene derecho a hablar sobre todas las opciones con sus médicos.
- Que los datos personales y su información médica se mantengan en privado.
- Saber quién tiene acceso a su información y conocer nuestros procedimientos usados para garantizar seguridad, privacidad y confidencialidad.

- Ser tratado con cortesía y respeto por el personal de Anthem.
- Presentar reclamos a Anthem y recibir orientación sobre cómo usar el proceso de reclamos, incluyendo cuánto tiempo nos tomará responder y resolver problemas de calidad y reclamos.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender.

Se le exhorta a:

- Seguir las recomendaciones de atención de la salud ofrecidas por Anthem.
- Darle a Anthem la información necesaria para poder brindar nuestros servicios.
- Informar a Anthem y a sus médicos si decide cancelar su inscripción en el programa de Control de enfermedades.

Si tiene uno de estos problemas de salud o si desea obtener más información, llame al **888-830-4300** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local. Pida hablar con un administrador de casos. O puede dejar un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día. También puede visitar nuestro sitio web en anthem.com/inmedicaid y seleccionar **Manage Your Condition (Manejar su afección)** bajo la pestaña **Care (Atención)**. O llame si desea una copia de la información que encuentra en línea. Llamar puede ser el primer paso para lograr una mejor salud.

Programa Healthy Family Lifestyles (Estilos de vida para familias saludables)

Healthy Family Lifestyles es un programa de seis meses para personas de 7 a 17 años diseñado para ayudar a las familias a adquirir un estilo de vida más saludable. Este programa les brinda a las familias orientación sobre acondicionamiento físico y comportamientos saludables, información escrita sobre nutrición y recursos en la comunidad y en línea. Para obtener información adicional o inscribirse en el programa Healthy Families, llámenos al 844-421-5661.

Acceso a manejo de casos complejos

El programa de manejo de casos complejos de Anthem es para miembros que tienen necesidades complejas, quienes necesitan ayuda para manejar su atención de la salud. Podemos trabajar con usted y su proveedor, o solo con su proveedor, para asegurarnos de que usted está recibiendo la atención adecuada, en el momento adecuado, en el lugar adecuado. Usamos los datos para saber qué miembros califican para nuestro programa de manejo de casos complejos. Puede ser referido a manejo de casos complejos a través de:

- Referencia al planificador del alta.
- Referencia al miembro o cuidador.
- Referencia al profesional (médico u otro proveedor).
- Referencia al programa de administración de medicamentos.

Acceso a manejo de casos

Usted puede participar en algunos o en todos nuestros programas de coordinación de la atención. Tenemos administradores de casos para ayudarle a entender estos programas y atender sus condiciones médicas. Si bien su médico lo ayuda con su atención, es importante que usted aprenda a atenderse por su cuenta. Los administradores de casos pueden ayudar con:

- Programar servicios de cuidado de la salud.
- Referencias y aprobaciones previas.
- La revisión de su plan de atención cuando sea necesario.

Programa de trastornos del espectro autista

Las familias afectadas por el autismo pueden hablar con los consejeros de nuestro programa de trastornos del espectro autista (TEA). Ofrecemos un sistema de apoyo para ayudar a las familias a entender la atención que está disponible. Nuestro objetivo es ayudar a los niños con TEA a vivir una vida más saludable con sus familias.



Durante nuestra llamada de bienvenida, averiguaremos si usted o su hijo necesitan servicios de manejo de casos. Estos servicios son para personas con problemas físicos y condiciones médicas mentales que necesitan más ayuda. Si califica, lo llamaremos para informarle sobre nuestros programas y preguntarle si desea participar. Lo referiremos a un administrador de casos, si es necesario. Nuestros administradores de casos también pueden llamar si:

- Su PMP cree que usted se beneficiaría del programa.
- Recibe el alta del hospital y necesita coordinación de seguimiento de la atención.
- Usted acude a menudo a la sala de emergencias (ER) para recibir atención no urgente que puede ser ofrecida por su PMP.
- Llama a la Línea de Enfermería 24/7 si necesita atención de seguimiento.

Si piensa que necesita servicios de manejo de casos, llame a Manejo de casos al 866-902-1690.

Apoyos Familiares para Autismo de Anthem

Anthem y los Indiana Easterseals se enorgullecen de ofrecer el programa de Apoyos Familiares para Autismo de Anthem para miembros con trastorno del espectro autista (ASD) de moderado a grave. Coordinamos la atención con el PMP del miembro, los especialistas físicos y del comportamiento, así como con las escuelas y los servicios sociales para brindar un apoyo completo al miembro.

El programa de Apoyos Familiares para Autismo ayuda a los miembros con:

- Planificación de la atención.
- Habilidades del desarrollo.
- Actividades de promoción de la salud.
- Programas de control de enfermedades.
- Apoyo de transición.

Programas para el trastorno de abuso de sustancias

El programa de trastorno de abuso de sustancias (SUD) de Anthem ayuda a los miembros con trastornos complejos por uso de sustancias a mejorar su salud en general. Nuestros administradores de cuidados médicos trabajan con usted para identificar objetivos a largo plazo, ayudándolo a lograr un estilo de vida más saludable.

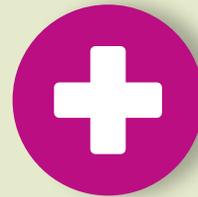
Programa de recompensas para personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Para las personas con VIH, es importante seguir tomando sus medicamentos para ayudar a reducir los niveles del virus en el cuerpo. Esto también le permite vivir más y reducir la propagación del virus. Para apoyar a nuestros miembros en esta población, les ofrecemos recompensas a aquellos que siguen tomando sus medicamentos y realizándose análisis de laboratorio con regularidad. Puede ganar \$20 por trimestre hasta por dos trimestres por año: una recompensa anual máxima de \$40.

Dependiendo de su afección, puede estar inscrito en nuestro programa de control del VIH. Si tiene VIH y un trastorno por uso de sustancias, lo referirán a nuestros servicios de tratamiento de sustancias. Para aquellos con una mayor necesidad, los ayudaremos a coordinar su atención.

¿Atención de urgencia o de emergencia? ¿Cuál debo elegir?

Consulte la sección *¿Atención de urgencia o sala de emergencias (ER)?* para obtener una lista de síntomas. Se encuentra en la *Guía rápida* al comienzo de este manual.



¿Enfermo o herido? ¿A dónde debe ir?

Atención fuera del horario normal

Una condición médica urgente no es una emergencia, pero necesita atención médica en un plazo de 24 horas. Esto no es lo mismo que una emergencia verdadera. Llame a su PMP si su afección es urgente y necesita ayuda médica en un plazo de 24 horas. Si no puede comunicarse con su PMP, llame a la Línea de Enfermería 24/7, incluso en días feriados, al 844-284-1797 (TTY 711).

Atención de urgencia

Si tiene una lesión que podría convertirse en emergencia si no es atendida en un plazo de 24 horas, usted necesita atención de urgencia. Llame a su PMP o a la Línea de Enfermería 24/7 al 844-284-1797 (TTY 711) si tiene preguntas.

Atención de emergencia

Una emergencia es una condición médica con síntomas tan graves que usted cree razonablemente que no recibir atención médica de inmediato puede poner en riesgo la vida o causarle daños graves a usted o a su niño no nacido. *Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la ER más cercana.*

Llame a su PMP en un plazo de 24 horas después de ir a la ER o si ha ingresado en el hospital. Su PMP programará una visita para darle atención de seguimiento.

Cómo obtener atención de emergencia fuera de nuestra área de servicio

Si necesita atención de emergencia mientras viaja fuera de nuestra área de servicio, siga estos pasos que le ayudarán a asegurarse de recibir la ayuda que necesita:

- Llame a su PMP o haga que el hospital llame a su PMP si necesita cirugía o admisión al hospital o cualquier otro servicio después de que esté estable.
- Muéstrelle su tarjeta de identificación al hospital o al médico.
- HCC no cubre servicios prestados fuera de los Estados Unidos.



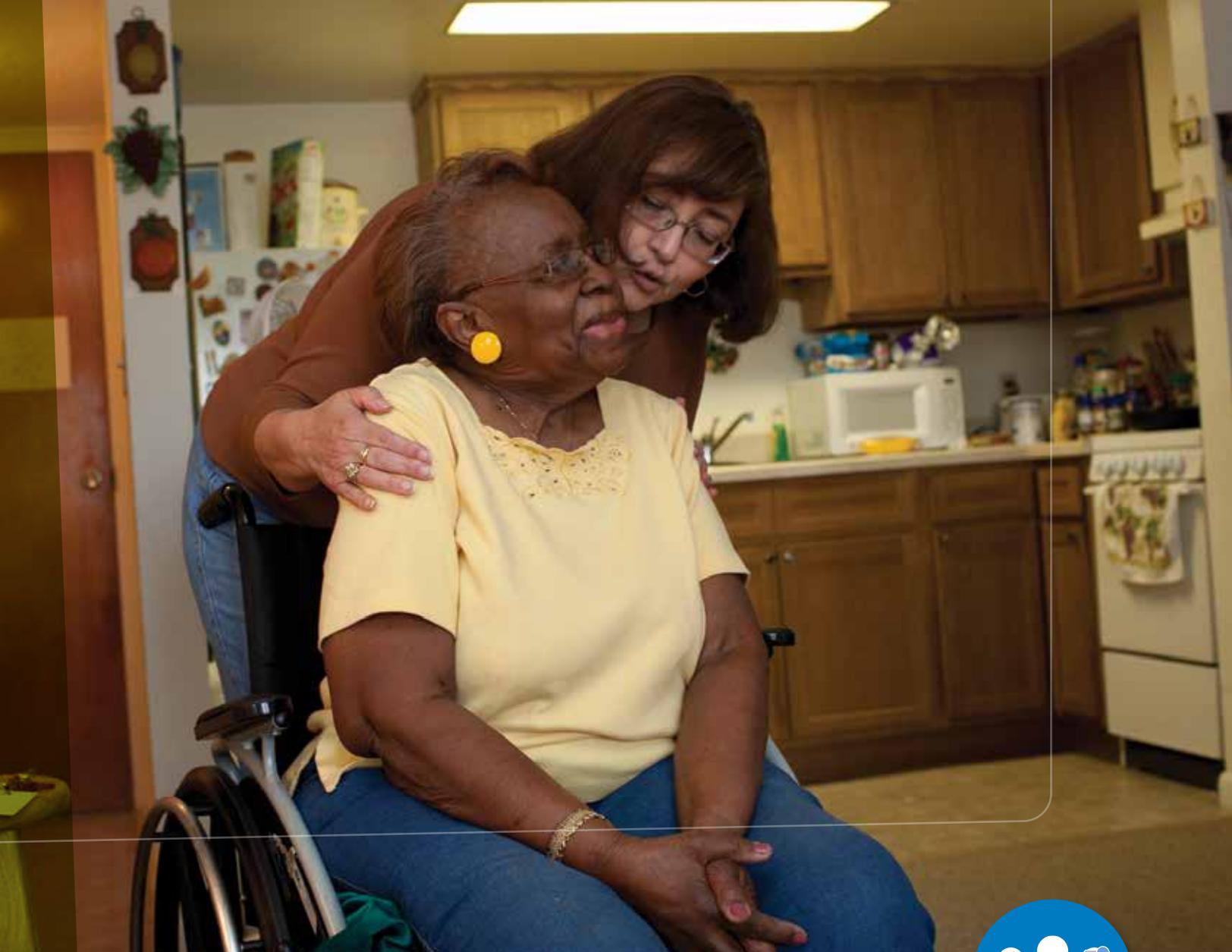
Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) del hospital más cercano.

¿Qué es la postestabilización?

Esta es la atención que recibe en la ER o en el hospital después de que su afección se estabilice. Su médico lo examinará para asegurarse de que esté lo suficientemente bien como para irse.

Los copagos de la ER son de \$3

si no es una emergencia. Pero, si primero llama a la Línea de Enfermería 24/7 y ahí le dicen que vaya a la ER, no tendrá que pagar el copago de \$3.



Parte 3: Servicios de farmacia

Cómo abastecer sus recetas

- Su médico le dará una receta para los medicamentos que pueda necesitar.
- Luego, su médico se comunicará con su farmacia o puede ir allí con su receta.
- Debe usar una farmacia que esté en el plan de Anthem HCC. Anthem trabaja con IngenioRx para manejar sus beneficios de farmacia.
- Puede encontrar farmacias de Anthem en su plan en nuestro directorio de proveedores.
- Sus beneficios de farmacia tienen una Lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL muestra algunos de los medicamentos cubiertos por el beneficio de farmacia.

Encuentre la lista completa de la PDL en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid).

Copagos

Algunos miembros pueden tener copagos de farmacia, que son de \$3 por receta. Revise la *Guía rápida* para ver si aplican a usted.



¿Qué está listado en la PDL?

Nombres de medicamentos preferidos y no preferidos, así como la cantidad de medicamentos que puede recibir. Los medicamentos preferidos generalmente no necesitan aprobación previa; los medicamentos no preferidos sí la necesitan.

Los beneficios de farmacia incluyen:

- Medicamentos recetados.
- Artículos de venta libre (OTC) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y listados en el Formulario de medicamentos OTC.
- Medicamentos autoinyectables (incluye insulina).
- Agujas, jeringas, monitores de azúcar en la sangre, tiras para pruebas, lancetas y tiras para pruebas de glucosa en la orina.
- Medicamentos para ayudarle a dejar de fumar.

Estos medicamentos recetados no se ofrecen:

- Medicamentos de venta libre (OTC) (a menos que estén especificados en el formulario o la lista de la PDL)
- Medicamentos usados para quedar embarazada
- Medicamentos experimentales o investigativos
- Medicamentos para fines cosméticos
- Medicamentos para perder peso
- Medicamentos para el crecimiento del cabello
- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos son tan buenos como los medicamentos de marca. Su farmacéutico le dará medicamentos genéricos cuando su médico los haya aprobado. Estas son algunas cosas que usted necesita saber:

- Por ley, los medicamentos genéricos deben darse cuando haya uno disponible.
- Los medicamentos de marca pueden ser dados si no hay un medicamento genérico para ellos.
- La PDL le dirá las excepciones a estas normas.
- Los medicamentos genéricos y preferidos deben ser usados para su afección, a menos que su médico dé un motivo médico para usar un medicamento diferente.

Aprobación previa para medicamentos

Algunos medicamentos necesitan una aprobación previa, o un visto bueno por anticipado. Su médico debe pedir una autorización si:

- Un medicamento está listado como no preferido en la PDL.
- Se deben cumplir ciertas condiciones antes de recibir el medicamento.
- Está recibiendo más medicamentos de lo que normalmente se espera.
- Hay otros medicamentos que se deben probar primero.



Si se necesita una autorización, su médico deberá brindarnos detalles sobre su salud. Entonces decidiremos si Anthem puede pagar el medicamento. Esto es importante porque:

- Tal vez necesite análisis o ayuda con un medicamento.
- Tal vez pueda tomar un medicamento distinto.

Su médico puede encontrar el número de teléfono para solicitudes de aprobación previa en su tarjeta de identificación. Anthem decidirá si su solicitud de medicamento puede ser aprobada en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud (sin incluir domingos o algunos días feriados). Su médico será notificado de nuestra decisión.

Otras cosas que necesita saber sobre su medicamento

Suministro para días de medicamentos

Los medicamentos que toma por un tiempo prolongado o medicamentos para tratamiento a largo plazo tienen un límite de suministro para 90 días. Se toman para enfermedades tales como asma, diabetes y presión arterial alta. Puede pedir que se los envíen por correo. Los medicamentos que toma por un tiempo más corto o medicamentos que no son para tratamiento a largo plazo tienen un límite de suministro para 30 días, con ciertas excepciones. Generalmente, estos medicamentos se toman para enfermedades de corta duración tales como resfriados, gripe y dolores o molestias corporales.

Reposiciones tempranas

Su farmacéutico tendrá que pedir una autorización con anticipación si desea que le repongan su receta con anticipación. No espere hasta quedarse sin un medicamento para pedir una reposición. Llame a su médico o farmacia unos cuantos días antes de que se le acabe su medicamento.

Programas de seguridad para emergencias

A través de las Comunicaciones de seguridad de emergencia, lo alertamos a usted y a sus médicos sobre retiradas importantes del mercado o retiradas de medicamentos relacionadas con la seguridad.

Administración de terapia de medicamentos

Ofrecemos un programa de Administración de terapia de medicamentos a través de nuestro programa de Entrenador personal para medicamentos a los miembros de HCC que califican. Este ayuda a estar seguros de que usted se beneficia de sus medicamentos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Apoyo de medicamentos para miembros

Para ayudar a los miembros que visitaron recientemente la sala de emergencias, enviamos encuestas para recopilar información sobre su experiencia y los motivos de la visita. Si su visita estuvo relacionada con un problema de medicamentos, le enviaremos una carta sobre los medicamentos y cómo tomarlos adecuadamente.

Sus derechos de apelación

Si su solicitud de medicamento es denegada por Anthem, usted o su proveedor puede apelar esta decisión. También puede pedir una audiencia de Medicaid y una revisión de la apelación si IHCP o Anthem:

- Denegaron un servicio.
- Redujeron un servicio.
- Finalizaron un servicio que fue aprobado antes.
- No le dieron un servicio oportuno.

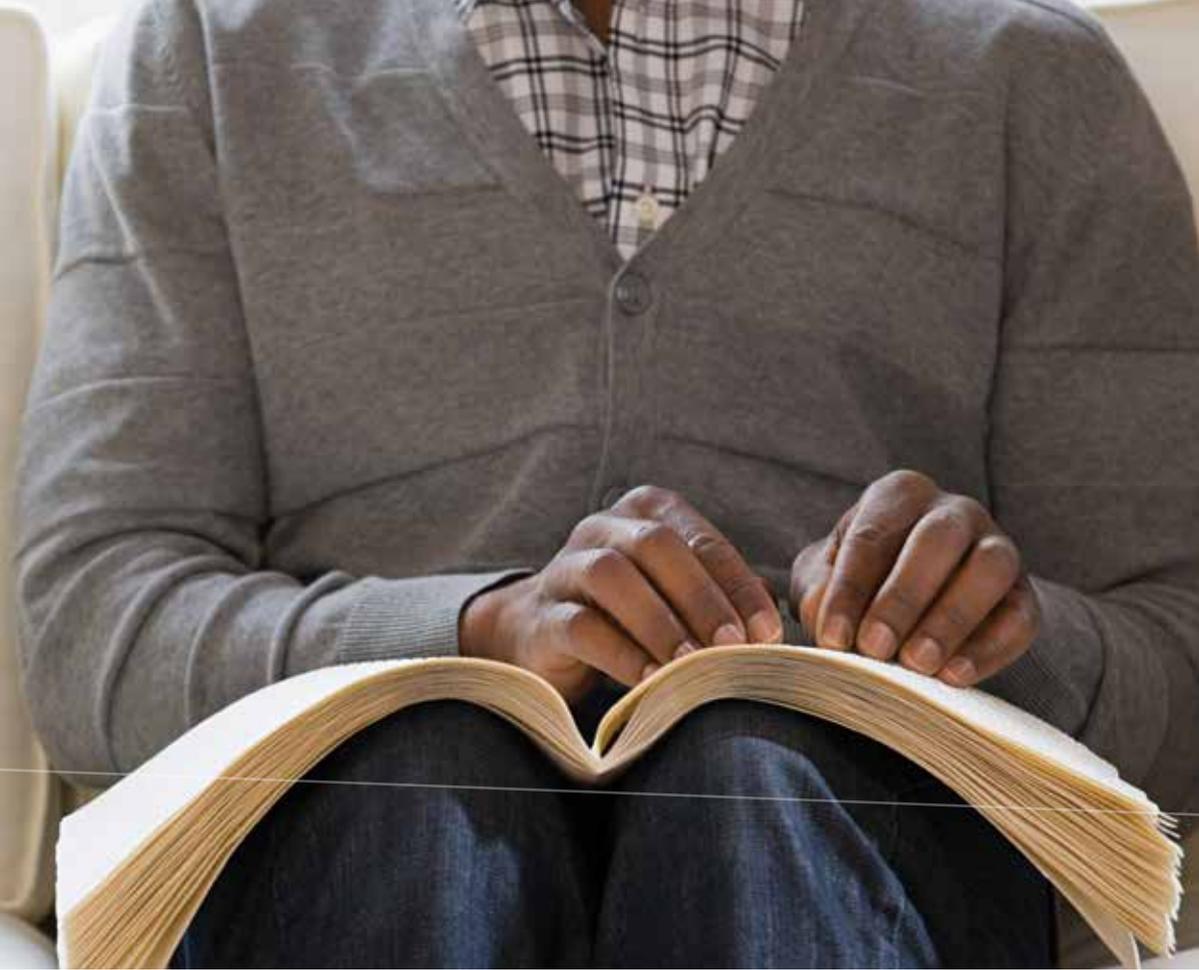
Para pedir una revisión, debe enviar una carta a la agencia de Medicaid en un plazo de 120 días después de recibir nuestra decisión sobre su apelación. Envíe su carta a:

Office of Administrative Law Proceedings
402 W. Washington St., Room W392
Indianapolis, IN 46204

Un juez escuchará su caso y le enviará una carta con la decisión en un plazo de 90 días hábiles después de la fecha en que pidió la audiencia por primera vez.

Para conocer más sobre las apelaciones, vea la **Parte 6: Cómo resolver un problema con Anthem.**





Parte 4: Ayuda con servicios especiales

Ayuda en otros idiomas

Anthem ofrece servicios y programas sin costo que satisfacen muchas necesidades culturales y de idioma y ayudan a darle acceso a atención de calidad. Usamos un servicio de intérpretes que trabaja con más de 140 idiomas. Ofrecemos:

- Materiales de educación sobre salud traducidos a diferentes idiomas y otros formatos, como Braille, letra grande o CD de audio.
- El personal de Servicios para Miembros puede hablar otros idiomas para ayudar a los miembros a obtener información sobre los beneficios y el acceso a la atención que necesitan.
- Acceso las 24 horas a intérpretes telefónicos.
- Intérpretes de lenguaje de señas y cara a cara.
- Proveedores que hablan otros idiomas.
- Traducción o intérprete oral (por teléfono o cara a cara) para usted mientras se encuentra en el consultorio de su PMP.

Llame o pídale a su proveedor que llame a Servicios para Miembros al menos con 72 horas de anticipación si necesita un intérprete o traductor en el consultorio de su PMP.

Ayuda para miembros con pérdida de la audición o de la vista

Llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711). Estamos abiertos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Si necesita ayuda entre las 8 p.m. y las 8 a.m. y en fines de semana, llame a Relay Indiana al 800-743-3333 (TTY 711).

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades

Cumplimos con los términos de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990. Esta ley le protege de la discriminación de nuestra parte debido a una discapacidad. Si piensa que ha sido tratado de manera diferente debido a una discapacidad, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).



Nota especial para nuestros miembros indígenas estadounidenses

Gracias por elegir Hoosier Care Connect (HCC). Tiene la opción de recibir los beneficios de Medicaid tradicional en lugar de HCC. Puede llamar a la Línea directa de Hoosier Care Connect al 866-963-7383 o completar un Formulario de cambio. El cambio no tiene costo alguno y puede recibir más beneficios de Medicaid tradicional que de HCC.

Los miembros indígenas estadounidenses de Anthem pueden recibir servicios de un proveedor de cuidado médico indígena si son elegibles. Los proveedores de cuidado médico amerindios incluyen proveedores manejados por:

- Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses (IHS)
- Una organización tribal
- Una organización indígena urbana
- Una tribu indígena

Además, si un proveedor de cuidado médico indígena está en el plan de Anthem, usted puede elegir ese proveedor como su PMP.



Parte 5: Conozca sus derechos y otra información útil

Derechos de los miembros

Usted y su proveedor pueden recibir una copia de sus Derechos y obligaciones como miembro por correo, fax o correo electrónico, o en nuestro sitio web en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid). Como miembro de este plan médico, usted tiene derecho a:

- Recibir información acerca de Anthem, los servicios que proporcionamos, los médicos y centros en su plan y sus derechos y obligaciones. Puede encontrar información sobre Anthem en nuestro sitio web en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid). También puede llamar al número gratuito de Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).
- Ser tratado con respeto y consideración debida por su dignidad y privacidad.

- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles de forma apropiada para su afección y que pueda entender.
- Saber si su médico participa en un plan de incentivos para médicos a través de Anthem. Llámenos para conocer más al respecto.
- Participar en todas las decisiones sobre su atención de la salud. Esto incluye el derecho a rechazar tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usada como medida de fuerza, disciplina, conveniencia o venganza, según lo especificado en las leyes federales sobre el uso de restricciones y aislamiento.
- Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos. Y usted puede solicitar que los mismos sean enmendados o corregidos, según lo establecido en las leyes estatales y federales sobre la privacidad de la atención de la salud.
- Tener acceso oportuno a servicios cubiertos y atención médicamente necesaria.
- Hablar honestamente con sus médicos acerca del tratamiento adecuado para su afección, independientemente del costo o de su cobertura de beneficios.
- Que su plan médico, sus médicos y todos sus proveedores de cuidados médicos mantengan sus registros médicos y la información del seguro médico de manera privada.
- Que atiendan rápidamente sus problemas. Esto incluye cosas que usted piensa que están equivocadas, al igual que problemas que tienen que ver con su cobertura, pago de servicios o recibir nuestra autorización.
- Tener acceso a consejos médicos de su médico, ya sea en persona o por teléfono, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto incluye atención de emergencia o de urgencia.
- Obtener servicios de intérprete sin costo si usted habla un idioma distinto al inglés o si tiene pérdida de la audición, de la vista o del habla.
- Expresar reclamos o apelaciones acerca de Anthem, el plan o la atención que le brindamos.
- Pedir información y otros materiales de Anthem (cartas, boletines) en otros formatos. Estos incluyen Braille, letra grande o CD de audio, sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).
- Decirnos lo que le gustaría cambiar sobre su política de Derechos y obligaciones como miembro.
- Cuestionar una decisión que tomamos sobre la atención que recibió de su médico. No será tratado de manera distinta si presenta un reclamo.
- Hacer preguntas sobre nuestro programa de calidad y decirnos si desea ver que se hagan cambios.
- Preguntarnos cómo hacemos revisión de utilización y darnos ideas sobre cómo cambiarla.
- Saber que no será responsabilizado si su plan médico queda insolvente (en bancarrota y no puede pagar sus facturas).
- Saber que Anthem, sus médicos o sus otros proveedores de cuidado médico no pueden tratarlo de manera diferente por estos motivos:
 - Su edad
 - Su sexo o identidad de género
 - Su raza
 - Su nacionalidad
 - Sus necesidades de idioma
 - El grado de su enfermedad o condición médica



Obligaciones de los miembros

Como miembro de este plan médico, usted tiene la obligación de:

- Decirnos a nosotros, su médico y sus otros proveedores de cuidado médico lo que deben saber para tratarlo.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas en la medida de lo posible.
- Seguir los planes de tratamiento acordados por usted, sus médicos y sus otros proveedores de cuidado médico.
- Hacer las cosas que evitan que se enferme.
- Tratar a su médico y a otros proveedores de cuidado médico con respeto.
- Hacer citas con su médico cuando sean necesarias.
- Cumplir con todas sus citas programadas y llegar a tiempo.
- Llamar a su médico si no puede llegar a su cita.
- Llamar a su médico si no puede llegar a su cita.
- Llamar siempre a su PMP primero para toda su atención médica (a menos que tenga una emergencia).
- Mostrar su tarjeta de identificación cada vez que recibe atención médica.
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias verdaderas.
- Hacer cualquier copago requerido.
- Decirle a Anthem y a la División de Recursos Familiares (800-403-0864) si:
 - Se muda.
 - Cambia su número de teléfono.
 - Tiene algún cambio en su seguro.
 - Sus ingresos cambian.
 - Cambia el número de personas en su hogar.
 - Se embaraza.

Cómo tomar decisiones sobre los beneficios

En Anthem, nos preocupamos por usted y queremos ayudarle a obtener la atención de la salud que necesita. No damos incentivos por rechazos de servicios y solo tomamos decisiones basadas en la idoneidad de la atención y los beneficios disponibles. Sus médicos y otros proveedores de salud trabajan con usted para decidir qué es lo mejor para usted y su salud. Su médico puede solicitar nuestra autorización para que paguemos por un determinado servicio de cuidado de la salud.

Basamos nuestra decisión en dos cosas:

- Si la atención es médicamente necesaria o no.*
- Cuáles beneficios de atención de la salud tiene usted.

No les pagamos ni recompensamos a los médicos o a otros trabajadores de atención de la salud para que:

- Nieguen su atención.
- Digan que usted no tiene beneficios.
- Aprueben un menor nivel de atención del que necesita.

*Médicamente necesario significa que Anthem pagará servicios necesarios para:

- Proteger su vida.
- Evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado.
- Reducir un dolor intenso a través del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, afección o lesión.

Estos servicios cumplen con las normas de buenas prácticas médicas dentro de la comunidad médica organizada. Para conocer más sobre cómo se toman las decisiones sobre beneficios médicos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **844-284-1797 (TTY 711)**.

La equidad es una prioridad



Saber que Anthem, sus médicos o sus otros proveedores de cuidado médico no pueden tratarlo de manera diferente por estos motivos:

- Su edad
- Su sexo o identidad de género
- Su raza
- Su nacionalidad
- Sus necesidades de idioma
- El grado de su enfermedad o condición médica

Nota importante

Algunos hospitales y proveedores pueden decidir no brindar un servicio a causa de sus creencias. Pueden decidir esto incluso si el servicio de cuidado de la salud es un servicio cubierto. Algunos ejemplos son:

- Planificación familiar
- Servicios de anticoncepción (incluye anticoncepción de emergencia) para evitar el embarazo
- Esterilización (incluye ligadura de trompas al momento del trabajo de parto y el parto) para evitar el embarazo
- Tratamientos de infertilidad (para ayudar a una familia a tener hijos)
- Aborto (elección de terminar un embarazo)

Usted puede investigar más antes de seleccionar un proveedor. Puede llamarnos a nosotros o al médico o a la clínica del plan que use.

Nuevos tratamientos médicos

Queremos que usted se beneficie de los nuevos tratamientos, así que los revisamos de forma rutinaria. Un grupo de PMP, especialistas y directores médicos decide si el tratamiento:

- Está aprobado por el Gobierno.
- Ha demostrado en un estudio confiable cómo afecta a los pacientes.
- Ayudará a los pacientes tanto o más que los tratamientos que usamos ahora.
- Mejorará la salud del paciente.

El grupo de revisión examina todos los detalles. El grupo decide si el tratamiento es médicamente necesario. Si su médico nos pregunta sobre un tratamiento que el grupo de revisión aún no ha examinado, los revisores se informarán sobre el tratamiento. Le informarán a su médico si el tratamiento es médicamente necesario y si cuenta con nuestra aprobación.

Cómo elegir un nuevo plan médico

Puede cambiarse a un plan médico diferente durante los primeros 90 días de su elegibilidad por cualquier motivo. Después de 90 días, solo puede cancelar su inscripción por “causa justificada”. Usted puede cancelar su inscripción por causa justificada si:

- No tiene acceso a los servicios médicamente necesarios ofrecidos por Anthem.
- Un servicio no está cubierto por nosotros debido a motivos morales o religiosos.
- Usted necesita un grupo de servicios relacionados al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles en nuestra red y su proveedor dice que recibir los servicios por separado sería un riesgo para usted.
- Hay una falta de acceso a proveedores experimentados en tratar con sus necesidades de atención de la salud.
- Usted recibe mala calidad del cuidado médico, o si hay otras ocasiones que se determinan que son mala calidad del cuidado médico.
- Su PMP cancela su inscripción en Anthem y lo inscribe en otra compañía de HCC.
- No podemos proporcionar los servicios aprobados.
- No cumplimos ciertos estándares y prácticas médicas.
- Existen grandes barreras de idioma o cultura.
- Anthem está atravesando por una acción correctiva (nos están penalizando por algo que hicimos).
- Usted tiene acceso limitado a una clínica de atención primaria u otros servicios de salud cerca de usted.
- Otra compañía de HCC tiene un formulario (lista de medicamentos) que es mejor para sus necesidades de atención de la salud.

Si desea cancelar su inscripción y han pasado más de 90 días desde que se inscribió, debe seguir estos pasos:

- Pida cambiar de plan después de los primeros 90 días después de la inscripción solo cuando exista causa justificada.
- Agote nuestro proceso de quejas y apelaciones primero antes de pedir el cambio.
- Llame a la Línea de ayuda de Hoosier Care Connect al **866-963-7383**. Ellos responderán sus preguntas y revisarán su solicitud y/o le enviarán un formulario para solicitar un cambio de plan médico.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cambiar su plan médico, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **844-284-1797 (TTY 711)**.

Si usted tiene otro seguro

Llámenos al 844-284-1797 (TTY 711) si usted o sus hijos tienen otros beneficios de salud. Esto nos ayuda a trabajar con su otra compañía de seguro para pagar las reclamaciones correctamente.

Además, llámenos si:

- Tiene una reclamación de compensación para trabajadores.
- Espera una decisión sobre una demanda de lesión personal o negligencia médica.
- Tiene un accidente automovilístico.
- Se vuelve elegible para Medicare.

En algunos casos, Anthem puede tener derecho a recibir pagos que hayan efectuado por usted si otra compañía de seguro efectuó pagos por su atención de la salud. Infórmenos de inmediato si se lesionó en un accidente o si otra compañía hizo pagos por su atención de la salud. Deberá proporcionarnos información sobre lo que sucedió. **Llame al departamento de Subrogación al 866-891-7397 (TTY 711)**.



Qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor

En la mayoría de los casos, usted no debe recibir una factura de un proveedor. Pero puede tener que pagar los cargos si:

- Acordó por escrito y por anticipado pagar por la atención que no es ofrecida por Anthem después de que solicitó nuestra autorización.
- Acordó por escrito y con anticipación pagar la atención de un proveedor que no trabaja con nosotros, y no recibió nuestra autorización con anticipación.

Si recibe una factura y cree que no debería tener que pagar los cargos, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711). Tenga la factura a mano cuando nos llame y díganos:

- La fecha de servicio.
- El monto que se le cobra.
- Por qué se le factura.

A veces, es posible que un proveedor le envíe un estado de cuenta que no es una factura. Llámenos si tiene alguna pregunta y lo ayudaremos a saber si debe pagar la factura.

Cómo pagamos a los proveedores

Los proveedores pueden incluir médicos, especialistas o consultores. Diferentes proveedores de nuestro plan han aceptado que les paguemos de diferentes formas. Su proveedor puede:

- Recibir pago cada vez que lo atiende (tarifa por servicio).
- Recibir una tarifa fija cada mes por cada miembro, independientemente de si el miembro recibe o no servicios.
- Participar en un Plan de incentivos para médicos.

Estas modalidades de pago pueden incluir formas de ganar más dinero. Esta clase de pago está basada en diferentes cosas como la satisfacción del miembro con la calidad del cuidado médico. También está basada en la facilidad de encontrar y recibir atención. Nosotros no:

- Ofrecemos recompensas, dinero u otros incentivos a los proveedores para que nieguen la atención o los servicios.
- Recompensamos a los proveedores por apoyar decisiones que resulten en el uso de menos servicios.
- Tomamos decisiones sobre contratación, promoción o despido de proveedores con base en la idea de que ellos denegarán beneficios.

Si desea obtener más detalles sobre cómo se les paga a los proveedores de nuestro plan, llame a Servicios para Miembros.

Políticas de privacidad

Anthem tiene derecho a recibir información de quien le brinda atención. Usamos esta información para poder pagar y manejar su atención de la salud. Mantenemos esta información privada entre usted, su proveedor de cuidado médico y Anthem, excepto según lo permita la ley. Refiérase al *Aviso de prácticas de privacidad* para leer sobre su derecho a la privacidad. Este aviso se incluyó al final de este manual del miembro.

Sus registros médicos

Las leyes estatales y federales le permiten ver sus registros médicos. Pregunte a su PMP por sus registros primero. Si tiene problemas para obtener sus registros médicos de su médico, llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Revisión de los registros del miembro

Al usar los beneficios descritos en este manual, usted acepta que nosotros, o alguien de nuestra elección, examinemos sus registros médicos por estos motivos:

- Revisión de utilización
- Aseguramiento de la calidad
- Revisión de colegas



Testamentos vitales (directiva anticipada)

Un testamento vital o directiva anticipada es un documento legal que describe cómo desea que se le trate en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones por usted mismo. Puede nombrar a alguien como la persona que tomará decisiones sobre su atención de la salud en caso de que usted no pueda hacerlo.

Quizás también desee listar los tipos de atención que desea o no desea recibir. Por ejemplo, algunas personas no desean ser colocadas en máquinas de soporte de vida si quedan en coma. Su PMP se asegurará de que su testamento vital se guarde junto con sus registros médicos.

Usted puede modificar o revocar su testamento vital en cualquier momento con solo informarle a su PMP o a otro proveedor de cuidado médico. Puede presentar un reclamo ante la agencia estatal de encuesta y certificación si considera que su médico no cumple con los términos de su testamento vital.

De acuerdo con la ley de Indiana (Código de Indiana 16-36-4), los testamentos vitales deben ser:

- Voluntarios.
- Por escrito.
- Firmados y fechados.
- Presenciados por al menos dos personas mayores de 18 años.

Pida ayuda a su familia, PMP o a alguien de su confianza. Los formularios que necesita están en las tiendas de suministros de oficina u oficina del abogado.

Mejora de la calidad

Usted merece una atención de la salud del comportamiento de alta calidad. El programa de Mejora de la calidad (QI) de Anthem revisa los servicios que usted recibe de los médicos, hospitales y otros servicios de cuidado de la salud de Anthem. Esto garantiza que usted reciba una atención que sea de buena calidad, útil y adecuada para usted.

Su salud es importante para nosotros y creemos que un trabajo de calidad produce resultados de calidad. Hacemos que la información sobre nuestro programa de Mejora de la calidad esté disponible todos los años en nuestro sitio web y por escrito para los miembros que lo soliciten. Hacemos un trabajo arduo para asegurarnos de que usted tenga acceso a una atención excelente. Hacemos esto al:

- Tener programas y servicios para ayudarlo a mejorar la calidad de su atención de la salud.
- Proporcionar herramientas de aprendizaje acerca de la atención del embarazo y el recién nacido para todas las embarazadas y mamás primerizas que sean miembros.
- Encontrar programas locales en su comunidad que le ayuden a recibir estos servicios si los necesita.
- Organizar eventos educativos para responder a sus preguntas e inquietudes, y para ayudarlo a aprovechar al máximo su atención de la salud.
- Seguir directrices estatales y federales.
- Analizar nuestros resultados de calidad para descubrir nuevas formas de brindar una mejor atención.

¿Desea saber más sobre cómo funciona nuestro programa de Mejora de la calidad? Llámenos al 844-284-1797. Pídanos que le enviemos una copia de nuestro volante del programa. También podemos brindarle más información sobre las formas en que Anthem se asegura de que usted reciba servicios médicos de calidad.

También puede revisar la calidad y el costo de la atención. Esto puede ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su atención. Visite estos sitios en línea para ayudarle a obtener más información:

- The Leapfrog Group (Grupo Leapfrog): leapfroggroup.org
- Hospital Compare: medicare.gov/hospitalcompare/search.html?
- Physician Compare: medicare.gov/physiciancompare/
- Hospital Inpatient Quality Reporting Program: cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/hospitalqualityinits/hospitalrhqdapu.html

Su opinión es importante para nosotros. Recibirá una encuesta de satisfacción del miembro cada año para informarnos cómo lo estamos haciendo. Sus respuestas son anónimas. Esta información es usada para mejorar nuestros servicios y su atención. Si lo ayudamos, cuéntenoslo en la encuesta.

También puede ser parte de nuestras reuniones de Asesoramiento comunitario. Como parte de este grupo, usted puede decirnos sus puntos de vista e ideas para ayudarnos a entender lo que necesitan nuestros miembros. También nos ayudará a saber cómo podemos mejorar la calidad y el costo de la atención de la salud.

Cómo denunciar el fraude y el abuso de miembros o proveedores

Si sabe de alguien que está haciendo uso indebido del programa de Anthem mediante fraude, derroche, abuso y/o sobrepago, puede denunciarlo.

Para denunciar a médicos, clínicas, hospitales, hogares de ancianos o inscritos de Anthem, escriba o llámenos a:

Anthem Medicaid Special Investigations Unit
4425 Corporation Lane, Virginia Beach, VA 23462
877-283-1524 (TTY 866-494-8279)

Las sospechas de fraude, derroche o abuso pueden ser enviadas por correo electrónico directamente a la Unidad de Investigaciones Especiales de Anthem Medicaid a corpinvest@anthem.com.

Si ya no podemos atenderle

No podemos mantenerlo como miembro del plan médico si:

- Usted pierde su elegibilidad.
- Se cancela su inscripción (ya no es miembro de) en el programa HCC.
- Se muda fuera de Indiana.
- Se inscribió por error.
- Se vuelve elegible para Medicare.
- Pertenece a HCC y comienza a recibir cobertura de otro seguro de salud.

¿Qué es un Defensor del miembro?



Un Defensor del miembro trabaja con los miembros para responder cualquier pregunta que puedan tener. También actúan como mediadores entre los miembros, sus médicos y Anthem. Los Defensores del miembro también pueden encontrar médicos, así como recursos como transporte, comida y vivienda. Llame a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este para encontrar un Defensor del miembro en su área.



Parte 6: Cómo resolver un problema con Anthem

Nos importa la calidad del cuidado médico que recibe de nosotros y de sus médicos. Si tiene una inquietud, llámenos a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Estas son algunas cosas con las que podemos ayudarle:

- Encontrar un médico
- Encontrar atención y tratamiento
- Asuntos sobre cómo administramos el plan médico
- Cualquier aspecto de su atención

No recibirá un tratamiento diferente por llamarnos para plantear un problema o reclamo.

Si tiene una pregunta

Si no está satisfecho con la atención que recibe de alguno de sus médicos en el plan, infórmenos. Usted, o alguien que elija para que actúe en su nombre, puede informarnos su problema:

- Use la función de Chat en Sydney, nuestra aplicación móvil.
- Inicie sesión en su cuenta en Internet a través de nuestro portal seguro en anthem.com/inmedicaid.
- **Llámenos** al 844-284-1797 (TTY 711).
- **Envíenos una carta** a:

Anthem Blue Cross and Blue Shield, P.O. Box 62429, Virginia Beach, VA 23466

Nuestro personal de Servicios para Miembros intentará solucionar su problema de inmediato. Quizás tengan que enviarle la información al miembro adecuado del personal para obtener una respuesta final. Puede elegir no ser nombrado cuando nos informe o no enviarnos información sobre su problema.

Quejas

Puede presentarnos una queja por teléfono o por escrito. Debe presentar su queja en un plazo de 60 días calendario desde la fecha en que ocurrió el problema.

Si tiene preguntas o dudas sobre su atención, intente primero hablar con su médico. Luego, si aún tiene preguntas o dudas, llámenos.

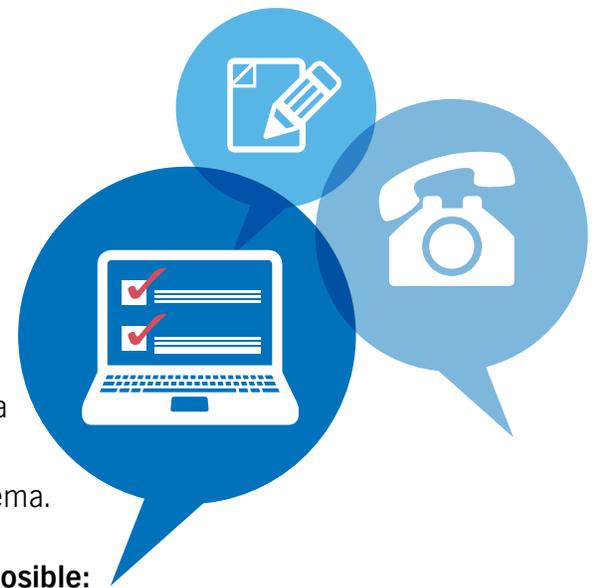
Si necesita ayuda para presentar su queja, uno de nuestros asociados puede ayudarle. Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete.

¿Qué pasa si mi problema tiene que ver con una **denegación de mis beneficios?**

Necesita presentar una apelación en lugar de una queja. Mire cómo presentar una apelación. La información se encuentra en esta sección.

Tiene tres formas para presentarnos una queja

1. **Llame a Servicios para Miembros** al 844-284-1797 (TTY 711).
2. **Complete un formulario de quejas** que se encuentra en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid).
3. **Escríbanos una carta** para contarnos sobre el problema.



Estos son cosas que debe decirnos lo más claramente posible:

- Quién está involucrado en la queja
- Qué sucedió
- Cuándo sucedió
- Dónde sucedió
- Por qué no está satisfecho

Envíe su formulario o carta completa, junto con cualquier documento, a:

Grievance Coordinator
Anthem Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Si no podemos tomar una decisión sobre su queja en un plazo de 30 días calendario, podemos pedirle a la agencia estatal que nos dé más tiempo (hasta 14 días calendario). En caso de hacer esto, le enviaremos una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo.

Queja acelerada (apurada)

Los miembros deben solicitar una queja acelerada por fax o llamando a Servicios para Miembros. Contáctenos en una de estas formas:

Servicios para Miembros: 844-284-1797 (TTY 711)
Fax: 855-516-1083

Si usted piensa que esperar 30 días calendario podría perjudicar su salud, tal vez podamos darle una respuesta en un plazo de 48 horas. Esto se llama queja acelerada (más rápida). En su solicitud, díganos por qué piensa que esperar 30 días calendario perjudicaría su salud. Tomaremos una decisión y trataremos de llamarlo en un plazo de 48 horas desde el momento en que recibimos su queja. También le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles después de tomar nuestra decisión.

También es necesario que presente evidencia que pruebe su reclamación. Esto se debe realizar dentro de un plazo determinado. Un director médico revisa las solicitudes de quejas más rápidas. Si el director médico piensa que esperar 30 días calendario no perjudicará su salud, le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario para informarle que completaremos su queja lo más pronto posible en un plazo de 30 días calendario. También intentaremos llamarlo para comunicarle nuestra decisión.

Apelaciones

Si desea presentar una apelación sobre cómo resolvimos su problema, la puede solicitar en un plazo de 60 días calendario desde el día de nuestra decisión en la carta de resolución de la queja.

Envíe su apelación a:

Appeals Department

Anthem Blue Cross and Blue Shield

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de tres días hábiles después de que recibimos su apelación. La carta le informará que recibimos su solicitud de apelación.

También puede pedir una apelación llamándonos a Servicios para Miembros al 844-284-1797 (TTY 711).

Tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días calendario después de recibirla. Si no podemos tomar una decisión en un plazo de 30 días calendario, podemos pedirle a la agencia estatal que nos dé más tiempo (hasta 14 días calendario). En caso de hacer esto, le enviaremos una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo.

Una vez que se resuelva su apelación, le enviaremos una carta informándole la decisión explicando:

- Cómo presentar una solicitud de revisión externa independiente y/o solicitud de audiencia de Medicaid.
- Las formas de obtener una revisión más rápida.
- Su derecho a conservar sus beneficios durante la revisión.
- Que quizás tenga que pagar por la atención que recibe mientras espera la decisión.

Apelación acelerada (apurada)

Los miembros solo pueden solicitar una apelación acelerada por fax. Envíela por fax al **855-516-1083**.

Puede pedirnos que aceleremos su apelación si piensa que esperar 30 días calendario podría perjudicar su salud. Le informaremos que recibimos su apelación en un plazo de 24 horas desde el momento en que la recibimos. Le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 48 horas. Si denegamos su solicitud para una apelación apurada, lo llamaremos y le enviaremos una carta con el motivo para la demora en un plazo de dos días calendario.

Usted podría mantener sus beneficios mientras espera por su apelación si:

- Pidió la apelación dentro de 10 días de recibir el aviso adverso de Anthem;
- Su solicitud involucra la terminación, suspensión o reducción de un curso de tratamiento autorizado previamente;
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado;
- El periodo original cubierto por la autorización original no ha vencido;
- Y usted solicita extensión de beneficios.

Tal vez deba pagar por el cuidado que recibe mientras espera por una respuesta sobre la apelación si la decisión final no es la que deseaba.

Revisión externa independiente

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Anthem, tiene derecho a solicitar una revisión externa independiente (EIR) y/o una audiencia de Medicaid. Una EIR no reemplaza su derecho a apelar una decisión a una audiencia de Medicaid.

La EIR se utiliza para resolver apelaciones si dijimos que no pagaríamos por un servicio:

- Que usted o su médico pidieron.
- Que esté relacionado con sus necesidades médicas.
- Que usted pidió pero que se ha demostrado que no funciona.

Se debe presentar una solicitud por escrito para este proceso. Esta debe presentarse en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha en que le comuniquemos que su apelación ha sido denegada. En un plazo de tres días hábiles después de recibir su solicitud, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos.

Las EIR se resuelven en un plazo de 15 días hábiles a partir de la fecha de la solicitud. Le enviaremos una carta con la respuesta en un plazo de 72 horas a partir del momento en que Anthem reciba la decisión de la EIR. Esta carta explicará:

- Su derecho a pedir una audiencia de Medicaid.
- Cómo pedir una audiencia.
- Su derecho a conservar sus beneficios hasta que finalice la audiencia.
- Que quizá tenga que pagar los costos de los servicios que espera si la decisión no es la que esperó al principio.

Revisión externa independiente acelerada (apurada)

Usted puede solicitar que se acelere su revisión externa independiente (EIR) si su salud lo necesita. Los miembros solo deben solicitar una revisión externa independiente acelerada por fax. Envíela por fax al **855-516-1083**. Procesaremos su solicitud lo más pronto posible, pero a más tardar en 72 horas desde el momento en que recibimos su apelación. Le enviaremos una carta en un plazo de 24 horas después de tomar una decisión.

Proceso de audiencia y apelación de Medicaid

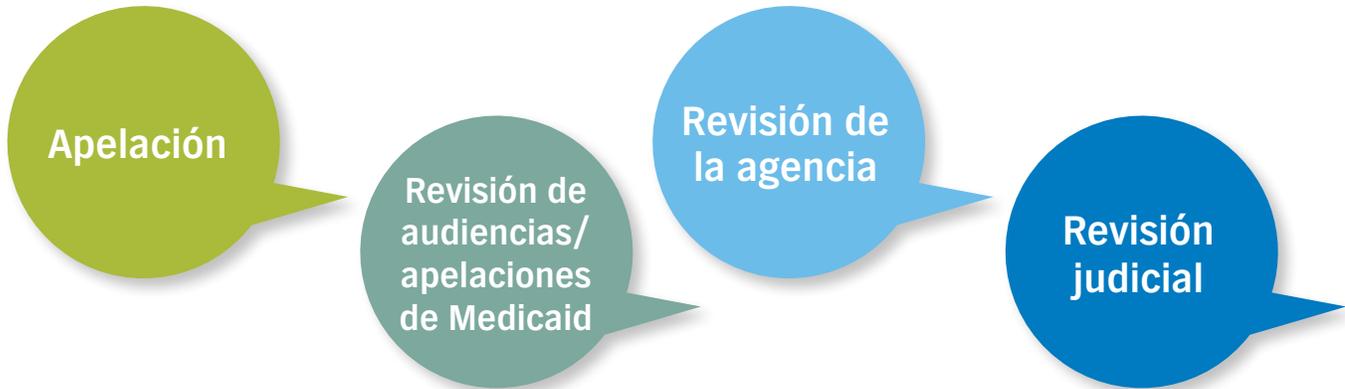
Si no está de acuerdo con lo que decidamos después de completar nuestro proceso de apelación, puede pedir una revisión de audiencia y apelación de Medicaid. Puede solicitar esta revisión si nosotros:

- Le decimos que no a pagar por un servicio que quería.
- Le dimos nuestra aprobación para un servicio, pero luego lo limitamos.
- Finalizamos el pago por un servicio que antes habíamos aprobado.
- No le dimos acceso a un servicio lo suficientemente rápido.

Para pedir una revisión, debe enviar una carta a la agencia estatal de Medicaid dentro de los 120 días calendario de recibir nuestra decisión sobre su apelación. Envíe su solicitud a:

The Indiana Office of Administrative Law Proceedings
402 W. Washington St., Room E034
Indianapolis, IN 46204-2273

Pasos a tomar si no está satisfecho:



Un juez escuchará su caso y le enviará una carta con la decisión dentro de los 90 días hábiles después de la fecha en que solicitó la audiencia por primera vez.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez, puede pedir una revisión de la agencia. Debe solicitar esta revisión dentro de los 10 días hábiles de la recepción del aviso de decisión del juez.

Recibirá un aviso de acción por escrito de la agencia de revisión. Si la decisión de la audiencia se revirtió o modificó, a carta le dará los motivos.

Si no está conforme con lo que decide la agencia, puede solicitar una revisión judicial.



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.



Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra al final de este aviso.

Lea cuidadosamente este aviso. Este le dice:

- **Quién puede ver su información de salud protegida (PHI).**
- **Cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartir su PHI.**
- **Cuándo podemos compartir su PHI sin su autorización.**
- **Qué derechos tiene para ver y cambiar su PHI.**

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener esta clase de información, llamada PHI segura para nuestros miembros. Eso significa que si en este momento usted es un miembro o si solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos autorizar y pagar su atención de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos.
 - Destruimos el papel con información de salud de modo que otros no puedan tener acceso a esta.
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a esta.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
 - Hacemos normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos).
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas.



Cuándo está bien que usemos y compartamos su PHI

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted escoja que ayude o pague por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**
 - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle la atención que usted necesita
- **Para pago, operaciones de atención de la salud y tratamiento**
 - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su atención
 - Cuando decimos que pagaremos por la atención de la salud o los servicios antes de que los reciba (conocido como autorización previa o aprobación previa)
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como apoyarlo y ayudarlo a recibir los beneficios y servicios disponibles. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos dar su PHI a intercambios de información de salud para pagos, operaciones de atención de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid) para obtener más información.
- **Para motivos comerciales de la atención de la salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Para motivos de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su atención**
 - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de que usemos o compartamos su PHI para todo, salvo su atención, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su autorización por escrito antes de que compartamos notas de psicoterapia de su médico sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, usar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y abandono
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas tales como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

Sus derechos

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de esta. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo. Aunque, no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente a la que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos todas las veces durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a atención de la salud, pago, actividades diarias de atención de la salud o algunos otros motivos que no listamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la pidió por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

Qué tenemos que hacer

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en este aviso.
- Tenemos que decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Tenemos que enviar su PHI a algunas otras direcciones o en una manera diferente a la de su correo usual si lo pide por motivos que tengan sentido, tal como si está en peligro.
- Tenemos que informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que dijimos aquí, seguiremos esas leyes.
- Debemos informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Cómo lo contactaremos

Nosotros, junto con nuestros afiliados y proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, solo dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. O podría llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios para Miembros o contactarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No pasará nada malo si usted presenta un reclamo.

Usted puede escribir o llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Ste. 240
Chicago, IL 60601
Teléfono: 800-368-1019 | TDD: 800-537-7697 | Fax: 312-886-1807



Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en línea en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid).

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de las agencias estatales para Medicaid y del Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar resultados de salud.
- Desarrollar y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de traductor.

No usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar beneficios
- Divulgar información a usuarios no aprobados

Su información personal

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por motivos del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud.
 - Hábitos.
 - Pasatiempos.
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos tales como:
 - Médicos.
 - Hospitales.
 - Otras compañías de seguro.
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Le informaremos antes de hacer cualquier cosa, en donde tengamos que darle la oportunidad para que se niegue.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)

Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan y Hoosier Care Connect

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Do you need help with your health care, talking with us or reading what we send you? We provide our materials in other languages and formats at no cost to you. Call us toll free at 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

¿Necesita ayuda para con su cuidado de la salud, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Proporcionamos nuestros materiales en otros idiomas y formatos sin costo alguno para usted. Llámenos a la línea gratuita al 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

Spanish

هل تحتاج إلى مساعدة فيما يتعلق برعايتك الصحية أو في التحدث معنا أو قراءة ما نرسله لك؟ نوفر المواد الخاصة بنا بلغات وتنسيقات أخرى مجانًا. اتصل بنا على الرقم المجاني 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan) 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect)؛ الهاتف النصي 711 TTY.

Arabic

သင့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ပြောဆိုမှု သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ သင့်ထံ ပေးပို့သည်ကို ဖတ်ရှုမှုအတွက် အကူအညီ လိုအပ်ပါသလား။ ကျွန်ုပ်တို့၏ စာရွက်စာတမ်းများ၊ အခြားဘာသာစကားများနှင့် ပုံစံများဖြင့် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဖုန်းခေါ်ခ အခမဲ့ဖြစ်သော 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan)၊ 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect)၊ TTY 711 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

Burmese

您在醫療保健方面、與我們交流或閱讀我們寄送的材料時是否需要幫助？我們免費為您提供用其他語言和格式製作的資料。致電我們的免費電話 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan) ; 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect) ; 聽力障礙電傳 TTY 711。

Chinese

Hebt u hulp nodig bij uw gezondheidszorg, wil u met ons praten of lezen wat we naar u sturen? We bieden onze literatuur gratis aan u aan in andere talen en formaten. Bel ons gratis op 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

Dutch

Avez-vous besoin d'aide pour vos soins de santé, pour parler avec nous ou pour lire ce que nous vous envoyons? Nous vous offrons notre matériel dans d'autres langues et formats, sans frais pour vous. Appelez-nous sans frais à 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797

French

mit uns reden oder lesen, was wir Ihnen senden? Wir stellen unsere Materialien kostenfrei in anderen Sprachen und Formaten bereit. Rufen Sie uns gebührenfrei unter den folgenden Rufnummern an: 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

क्या आपको अपनी स्वास्थ्य देखभाल, हमारे साथ बात करने या हम जो आपको भेजते हैं उसे पढ़ने में सहायता की जरूरत है? हम अन्य भाषाओं एवं प्रारूपों में आपके लिए बिल्कुल मुफ्त अपनी सामग्रियों को प्रदान करते हैं। हमें टोल फ्री नंबर 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711 पर फोन करें.

Hindi

お客様のヘルスケアについて、お問い合わせの際やお手元に届く資料に関し、サポートが必要ですか？資料は他言語にて、また読みやすい文字の書式を無料にて提供しております。詳しくはフリーダイヤル、1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise、Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711までお問い合わせください。

Japanese

건강 관리에 도움이 필요하십니까? 아니면 저희와 연락하시거나, 보내드린 자료를 읽는 데 도움이 필요하십니까? 자료를 다른 언어 및 형식으로 무료로 제공해드립니다. 저희에게 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711 번으로 연락해 주십시오.

Korean

Brauchscht du Hilfe mit dei Health Care, schwetze mit uns odder lese was mir dir schicke? Mir kenne unsere Materials in annere Schprooche un Formats mitaus Koscht gewwe. Ruf uns mitaus Koscht uff: 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

*Pennsylvania
Dutch*

تہانوں اپنی نگہداشتِ صحت، ساڈے نال گل بات کرن یا جو اسی بھیجنے آں اُونہوں پڑھن وچ مدد دی لوڑ اے؟ اسی تہانوں اپنے امواد ہور زبانان تے فارمیٹس وچ مُفت فراہم کردے آں۔ سانوں ایناں ٹال فری نمبران تے مُفت کال کرو 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

Punjabi

во время общения с нами или с прочтением того, что мы вам посылаем?

Мы предоставляем бесплатно наши материалы на других языках и в
иных форматах. Позвоните нам бесплатно по телефону 1-866-408-6131

(программа Hoosier Healthwise, программа Healthy Indiana Plan);

1-844-284-1797 (программа Hoosier Care Connect); TTY 711.

Kailangan mo ba ng tulong sa iyong pangangalagang pangkalusugan,

Tagalog

pakikipag-usap sa amin o pagbasa sa ipinapadala namin sa iyo? Ibinibigay

ang aming mga materyal sa ibang mga wika at format nang wala kang

babayaran. Tawagan kami nang libre sa 1-866-408-6131 (Hoosier

Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect);

TTY 711.

Quý vị có cần giúp đỡ về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị thông qua

Vietnamese

việc trao đổi với chúng tôi hoặc đọc những tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý

vị hay không? Chúng tôi cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ

và định dạng khác miễn phí. Hãy gọi chúng tôi theo số điện thoại miễn cước

1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan);

1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

Para obtener este manual en otros formatos, tales como Braille, letra grande o CD de audio, llame a Servicios para Miembros al **844-284-1797 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. to 8 p.m. hora del Este.

Puede conocer más sobre Anthem en nuestro sitio web en anthem.com/inmedicaid.



Anthem Blue Cross and Blue Shield cumple las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Edad
- Discapacidad
- Sexo o identidad de género

Es decir, usted no será objeto de exclusión o trato diferente por ninguno de estos motivos.

Es importante comunicarnos con usted

Para personas con discapacidades o que hablan un idioma distinto al inglés, les ofrecemos estos servicios sin costo alguno:

- Intérpretes calificados del lenguaje de señas
- Materiales escritos en letra grande, audio, electrónicos y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en su idioma
- Materiales escritos en su idioma

Para obtener estos servicios, llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. O puede llamar a nuestro Coordinador de quejas al 844-284-1797 (TTY 711).

Sus derechos

¿Cree que no recibió estos servicios o que lo discriminamos por alguno de los motivos señalados? De ser así, usted puede presentar una queja (un reclamo). Presente la queja por correo postal, correo electrónico, fax o teléfono:

Grievance Coordinator
Anthem Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466
Teléfono: 844-284-1797 (TTY 711)

¿Necesita ayuda para presentar la queja? Llame a nuestro Coordinador de quejas al número indicado arriba. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

En la web:
ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

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

Por teléfono:
800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Anthem.  