





¡Bienvenido y le agradecemos por unirse a Anthem Blue Cross and Blue Shield! 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 brindarle el programa de cuidado médico Hoosier Healthwise (HHW). 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 obtener 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 de teléfono útiles.

Estamos comprometidos a ayudarle a obtener el cuidado que necesita y merece. Ahora que es miembro de Anthem, **estas son algunas cosas que le animamos** a hacer de inmediato:



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



Complete su Evaluación de necesidades de salud.

Vea el volante en su paquete de miembro para obtener más detalles.

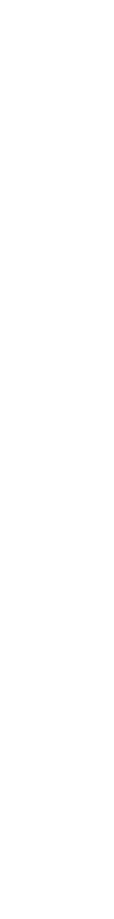
Además recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación del miembro en todo momento. Muéstrela cada vez que necesite servicios médicos.

Otra vez, gracias por elegirnos como el plan médico de su familia.

Cordialmente,

Kimberly Roop, MD Presidenta del Plan

On aller





Índice

dicc	
Introducción: Guía rápida	6
Parte 1: Todo sobre el plan Hoosier Healthwise	17
Beneficios de HHW	17
Atención durante el embarazo	18
Programas prenatales y de posparto	18
Servicios cubiertos por Anthem	23
Otros servicios	25
Servicios no cubiertos por Anthem	26
Servicios de médicos que no pertenecen a su plan	26
Servicios de autorreferencia	27
Resumen de beneficios dentales	27
Elija su proveedor médico primario (PMP)	28
Servicios de médicos que no están en el plan de Anthem	28
Continuidad de la atención	29
Programe un chequeo de salud	29
Hoosier HealthWatch	30
Prepárese para su visita al médico	31
Piense en tres para su identificación del miembro	32
Aprobación previa	32
Cómo cambiar su PMP	32
Atención especializada	32
Referencia permanente	33
Cómo recibir una segunda opinión	33
Programa Right Choices (Decisiones correctas) de Indiana	33
Servicios de salud conductual	33
Servicios de tratamiento para trastorno por el uso de sustancias y opioide:	s 33



Mantenerse bien	34
Una línea telefónica las 24 horas, los 7 días de la semana para	su tranquilidad 34
Administración de cuidados médicos	34
Acceso a administración de cuidados médicos complejos	35
Programa Familias Saludables (Healthy Families)	35
Materiales educativos	35
Línea para dejar de usar tabaco de Indiana	35
Cuidado para condiciones	36
Programa Healthy Family Lifestyles (Estilos de vida para famili	as saludables) 37
Programa de apoyos familiares para el autismo	38
Programa para el trastorno de abuso de sustancias	38
Programa de recompensas para personas con	
el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	38
Expediente médico personal de WebMD	38
¿Enfermo o herido? ¿A dónde debe ir?	39
Cuidado fuera del horario normal	39
Atención de urgencia	39
Alencion de digencia	
Atención de emergencia	39
Atención de emergencia	39
Atención de emergencia	39
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia	39 40
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas	39 40 40
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW	39 40 40 41
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW Estos medicamentos recetados no se ofrecen	39 40 40 41 41
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW Estos medicamentos recetados no se ofrecen Medicamentos genéricos	39 40 40 41 41 41
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW Estos medicamentos recetados no se ofrecen Medicamentos genéricos Copagos de farmacia	40 40 41 41 41 41 41
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW Estos medicamentos recetados no se ofrecen Medicamentos genéricos Copagos de farmacia Aprobación previa para medicamentos	39 40 41 41 41 41 42
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW Estos medicamentos recetados no se ofrecen Medicamentos genéricos Copagos de farmacia Aprobación previa para medicamentos Otra información importante	39 40 40 41 41 41 41 42 42
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW Estos medicamentos recetados no se ofrecen Medicamentos genéricos Copagos de farmacia Aprobación previa para medicamentos Otra información importante Suministro para días de medicamentos	39 40 40 41 41 41 41 42 42 42
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW Estos medicamentos recetados no se ofrecen Medicamentos genéricos Copagos de farmacia Aprobación previa para medicamentos Otra información importante Suministro para días de medicamentos Reposición temprana	39 40 40 41 41 41 41 42 42 42 42 42
Atención de emergencia Parte 3: Servicios de farmacia Cómo abastecer sus recetas Beneficios de farmacia para los miembros de HHW Estos medicamentos recetados no se ofrecen Medicamentos genéricos Copagos de farmacia Aprobación previa para medicamentos Otra información importante Suministro para días de medicamentos Reposición temprana Programas de seguridad para emergencias	39 40 40 41 41 41 42 42 42 42 42 42



Parte 4: Ayuda con servicios especiales	44
Ayuda en otros idiomas	44
Ayuda para miembros con pérdida de la audición o de la visión	45
Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades	45
Nota especial para nuestros miembros indígenas estadounidenses	45
Parte 5: Conozca sus derechos y otra información útil	46
Derechos de los miembros	46
Obligaciones de los miembros	48
Nuevos tratamientos médicos	49
Cómo elegir un nuevo plan médico	49
Si usted tiene otro seguro	50
Qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor	50
Políticas de privacidad	50
Sus registros médicos	50
Testamento vital (directiva anticipada)	51
Mejora de la calidad	51
Cómo denunciar el fraude y el abuso	53
Si ya no podemos atenderle	54
Parte 6: Cómo resolver un problema con Anthem	55
Si tiene una pregunta	56
Reclamos	56
Reclamo acelerado (apurado)	57
Apelaciones	57
Apelación acelerada (apurada)	58
Revisión externa independiente	58
Revisión externa independiente acelerada (apurada)	59
Proceso de audiencia y apelación de Medicaid	59
Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA	60





iBienvenido a su manual del miembro de Anthem Blue Cross and Blue Shield Hoosier Healthwise (HHW)! Lea esta guía rápida para conocer acerca de:

- Sus beneficios.
- Números de teléfono importantes.
- Cómo elegir un proveedor médico primario (PMP).
- Servicios de farmacia.
- Maneras de gozar de buena salud.



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

Números de teléfono importantes

		1
Servicio	Número de teléfono	Información
Servicios para Miembros	866-408-6131 (TTY 711)	 Horario: de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Llame para preguntas sobre: Su plan médico de Anthem. Salud conductual. Servicios para abuso de sustancias. Beneficios de farmacia. Administración de la utilización.
Línea de Enfermería 24/7: número gratuito de la línea de ayuda de enfermería las 24 horas	866-408-6131 (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 conductual	833-874-0016 (TTY 711)	Llame a la Línea de crisis de salud conductual y hable con un profesional de salud conductual certificado. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estamos listos para ayudarle cuando esté sufriendo una crisis de salud mental o uso de sustancias. Queremos asegurarnos de que obtenga los servicios adecuados lo más pronto posible.
Administración de la utilización (UM)	866-408-6131 (TTY 711)	Horario: de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Este. Llame para hacer preguntas sobre UM o una solicitud de aprobación. Podría 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 le dirá su nombre, título y organización al iniciar o devolver llamadas.

Servicio	Número de teléfono	Información
Servicios de Transporte de Anthem	844-772-6632 (TTY 888-238-9816)	Programe traslados que no sean de emergencia al médico al menos dos días hábiles antes de su cita. 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.
Centro Nacional de Control de Toxicología (las llamadas son dirigidas a la oficina más cercana).	800-222-1222	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	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	866-866-5641 (TTY 800-428-4833)	Encuentre un oculista en su plan o conozca más sobre sus beneficios de la visión.
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 jóvenes.
Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) de Indiana	800-403-0864	Llame a este número para reportar cualquier cambio de información como teléfono, dirección e ingresos.
Programa de Pago de Reclamaciones Anteriores de la FSSA	800-457-4584	Hable con un administrador del programa sobre el programa de pago de reclamaciones anteriores.
Agente de inscripción de HHW	800-889-9949	Puede ayudar a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan o actualizar el estado de miembro.
DentaQuest	888-291-3762	Encuentre un dentista o conozca más sobre los servicios dentales de HHW.
Línea para dejar de usar tabaco de Indiana	800-784-8669	Servicio telefónico gratuito para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.
Servicios de traducción o formatos	866-408-6131 (TTY 711)	Podemos traducir este manual en otros formatos como Braille, letra grande o CD de audio. Podemos traducir la información sin costo.

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

La tecnología a su servicio

Anthem ofrece herramientas en línea para facilitarle el acceso al cuidado y los servicios. Con nuestro sitio web seguro para miembros, puede manejar su cuidado médico con solo unos clics. Solo vaya a nuestro sitio web en anthem.com/inmedicaid para configurar su cuenta segura. Luego de registrarse, usted puede:

- Elegir o cambiar médicos.
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación.
- Verificar el estado de las reclamaciones.
- Ver su plan de salud.

- Contactar a Servicios para Miembros.
- Pedir que los mensajes/comunicaciones se envíen a su cuenta.

Es fácil y podrá hacer las cosas sin ninguna espera. Además, consulte las siguientes páginas web de Anthem para ver programas especiales:

Programa	Dirección web	Detalles			
Recompensas Saludables (Healthy Rewards)	anthem.com/AnthemRewards	Ofrece muchas recompensas por mantenerse saludable			
Blue Ticket to Health	anthem.com/blueticket	Asociación con los Indianapolis Colts para que pueda ganar premios por realizarse su chequeo de bienestar			



Sí, también tenemos una aplicación para eso

La aplicación móvil Sydney Health coloca su cuidado médico al alcance de la mano. La descarga de la aplicación es gratuita en la App Store® y Google Play™. Puede utilizar la aplicación para lo siguiente:

- Encontrar un médico, hospital o farmacia en su plan.
- Ver sus reclamaciones.
- Ver su plan de salud.
- 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 el cuidado médico puede ser difícil. Por eso creamos la Unidad de Conserje de Anthem. Este servicio puede ayudarle 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 866-408-6131 (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

¿Han cambiado sus ingresos, el tamaño de su hogar o su información de contacto?

Estos cambios deben ser reportados en un plazo de 10 días desde cuando se dio el cambio:

- Su dirección o información de contacto
- Sus ingresos familiares o el tamaño de su familia
- Pierde su trabajo, cambia de trabajo o consigue un nuevo trabajo
- Se embaraza, da a luz a su bebé o al finalizar su embarazo
- Queda asegurado bajo Medicare u otro tipo de seguro
- Cualquier otro cambio que considere que podría afectar su elegibilidad o sus beneficios de HHW

Para hacer estas actualizaciones:

- Vaya a FSSABenefits.in.gov.
- Seleccione Sign in (Iniciar sesión) o Create account (Crear cuenta) y siga las indicaciones.
- Llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) si necesita asistencia.

Un vistazo rápido a sus beneficios de HHW

Con Anthem, usted tiene acceso a:

- Cuidado médico
- Servicios de quiropráctica
- Cuidado hospitalario
- Suministros médicos
- Servicios de terapia
- Salud conductual
- Servicios para dejar de fumar
- Centro de enfermería especializada
- Servicios de la visión
- Servicios de podología
- Transporte que no sea de emergencia

Beneficios mejorados

Además de sus beneficios de HHW y muchos médicos para elegir, Anthem le ofrece estos beneficios adicionales:

Beneficios mejorados	Detalles
Productos esenciales para mamás embarazadas	 Kit de herramientas de productos para nuevos padres
	 Cursos de aprendizaje en línea sobre embarazo, cuidado posnatal y cuidado del nuevo bebé
	 Artículos esenciales para mantener seguro al bebé
Programa de Frutas y Vegetales Frescos (Fresh Fruits and	 Una caja de productos agrícolas por mes durante tres meses entregada en su casa
Veggies Program)	 Para mamás embarazadas o en lactancia seis semanas después del parto
Comidas Saludables (Healthy Meals)	• 10 comidas familiares saludables congeladas entregadas en su casa
Comidas después del alta hospitalaria	 Los miembros elegibles reciben dos comidas personalizadas por día durante siete días (hasta 14 comidas) entregadas en su casa
Productos esenciales de cuidado personal	 Hasta \$50 por miembro por año para cuidado personal o productos de venta libre tales como artículos para el cuidado del bebé, artículos para primeros auxilios y productos de cuidado femenino
Boys & Girls Club: Opciones saludables para niños	 Membresía anual en el Boys & Girls Club para miembros de 5 a 18 años
saludables (Healthy Kids Healthy Choices)	 Programa y recursos para acondicionamiento físico en línea
Kit de herramientas para la mejoría del asma y la EPOC	 Hasta \$80 en productos para la mejoría del asma y las alergias
Asistencia para útiles escolares	 Hasta \$50 en útiles escolares para miembros de 5 a 18 años
Asistencia para la equivalencia de escuela secundaria (HSE)	 Vale para cubrir el costo de las pruebas, prueba de práctica y hasta dos repeticiones de la prueba de HSE
Manejo no farmacológico del dolor	 Hasta \$50 en productos para ayudar con el manejo del dolor



Beneficios mejorados	Detalles
Enlace de recursos comunitarios	 Herramienta en línea para ayudarle a encontrar recursos basados en la comunidad en su área que apoyan la salud y el bienestar
Productos esenciales para el transporte	Para ayudar a los miembros a acceder a servicios y apoyos comunitarios, y oportunidades de empleo, los miembros elegibles de HHW podrían elegir uno los siguientes:
	 Tarjeta de combustible de \$50*
	 Tarjeta de regalo para viaje compartido de \$50
	Hasta \$50 en pases de autobús
Conexión de teléfono	Limitado a uno por hogar:
inteligente para miembros	 Minutos mensuales gratuitos
	 4 GB de datos y mensajería de texto
	Bonificación única de 200 minutos
	• 100 minutos en el mes del cumpleaños del miembro

Algunos de estos beneficios mejorados están limitados a ciertos miembros y podrían requerir completar un examen médico de diagnóstico, visita dental o de bienestar anual, registro en nuestro portal seguro para miembros u otras calificaciones. Con el fin de averiguar para cuáles beneficios podría calificar, visite el Centro de recompensas de beneficios o llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711). Los beneficios podrían variar o terminarse en cualquier momento.

Para conocer los beneficios completos, vea la sección Servicios ofrecidos por Anthem en la Parte 1.

Planes de beneficios de Hoosier Healthwise

Hay dos planes de beneficios de Hoosier Healthwise (HHW) a los que Anthem brinda acceso. Para obtener información sobre las primas, llame al 800-457-4584 o visite Indiana Medicaid: Miembros: Paquete C de HHW / Prima de MED Works.

- 1. Paquete A: niños y algunas miembros embarazadas
- 2. Paquete C: niños menores de 19 años que no califican para el Paquete A: requiere una pequeña prima mensual basada en los ingresos

Maneras de gozar de buena salud

Siga estos pasos fáciles para comenzar, manejar y mantener una buena salud.

- Elija un médico: Su proveedor médico primario (PMP) es la primera persona a la que llama para sus necesidades médicas.
- Tome la Evaluación de necesidades de salud: Nos ayuda encontrar el cuidado correcto para usted. iPuede ganar hasta \$30! Consulte la sección *Programa Recompensas Saludables* (Healthy Rewards) para ver los detalles.
- **Programe un chequeo médico**: Llame al consultorio de su PMP para hacer una cita en un plazo de 60 días después de ingresar a Anthem. Reciba chequeos anuales incluso si no se siente enfermo. Esto le ayudará a permanecer con una buena salud.
- Prepárese para su visita al médico: Decida qué desea discutir y escríbalo. Esté listo para hablar acerca de su historial de salud.
- Mantenga su tarjeta de identificación del miembro cerca: Muéstrela cada vez que necesite servicios médicos.

Servicios de farmacia

Cuando necesite medicamentos o ciertos artículos de venta libre (OTC), su médico le hará una receta. Luego puede ir a cualquier farmacia del plan de Anthem. Para encontrar una farmacia, llame al 866-408-6131 (TTY 711). O vaya a anthem.com/inmedicaid.



Recompensas Saludables por mantenerse saludable

En Anthem, queremos que se mantenga lo más saludable posible. Una salud excelente comienza con cuidado preventivo. El cuidado preventivo podría incluir cualquier examen, prueba de detección o vacuna necesaria. Es el cuidado que recibe cuando no está enfermo de modo que su médico pueda ayudarle antes de que se enferme. Su salud es tan importante, queremos recompensarle por esta.

Hay muchos tipos de cuidado que puede recibir para ganar incentivos a través de nuestro programa Recompensas Saludables. Hable con su médico sobre el cuidado preventivo que sea adecuado para usted. Le enviaremos mensajes de texto y correos electrónicos para informarle los incentivos que le aplican.

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 una de dos formas:

- En línea en anthem.com/HNS.
- O llamando al 866-408-6131 (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.

Normas del programa Recompensas Saludables:

- Medicaid debe ser su seguro primario.
- Usted debe ser miembro elegible de Anthem al momento en que se usa la recompensa. Si hay una interrupción de su cobertura después de ganarse la recompensa, usted no será elegible para usarla.
- Sus Recompensas Saludables solo podrían usarse en comercios participantes como Amazon, DoorDash, Marshall's y TJ Maxx en Indiana.
- No se permite la compra de alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos, armas de fuego o medicamentos recetados.
- Debe tener un correo electrónico válido.

Cómo comenzar a ganar Recompensas Saludables

Regístrese iniciando sesión en el Centro de recompensas de beneficios para canjear sus Recompensas Saludables y ver las recompensas para las que es elegible. También puede acceder a sus Recompensas Saludables a través de la sección "Mi panel de salud" de Sydney Health, nuestra aplicación móvil. O llame a la línea de servicio al cliente de Recompensas Saludables al 888-990-8681 (TTY 711).

Para más información sobre estos programas, contacte a su administrador de cuidados médicos o llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

Blue Ticket to Health

Anthem se ha asociado con los Indianapolis Colts para ayudar a los miembros de 3 años en adelante a mantenerse saludables. Para participar, llame a su médico para programar un chequeo de bienestar. Después de completar su chequeo, tendrá la oportunidad de ganar premios, incluyendo artículos promocionales de los Colts. Vaya a anthem.com/blueticket para obtener más información.

Es importante ver al médico todos los años para chequeos de bienestar, incluso cuando no esté enfermo. Esto ayuda al médico a detectar temprano cualquier problema de salud. Si necesita ayuda para programar un chequeo de bienestar, llame a Servicios para Miembros.

Enlace de recursos comunitarios

Le brindamos acceso a herramientas de recursos en línea, como el 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.

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 cuidado. Si necesita ayuda sobre cuál elegir, llame a nuestra Línea de Enfermería 24/7 al 866-408-6131 (TTY 711).

Síntomas para atención de urgencia:

- Resfriado, influenza, dolor de garganta
- Dolor 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

Su proveedor médico primario

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

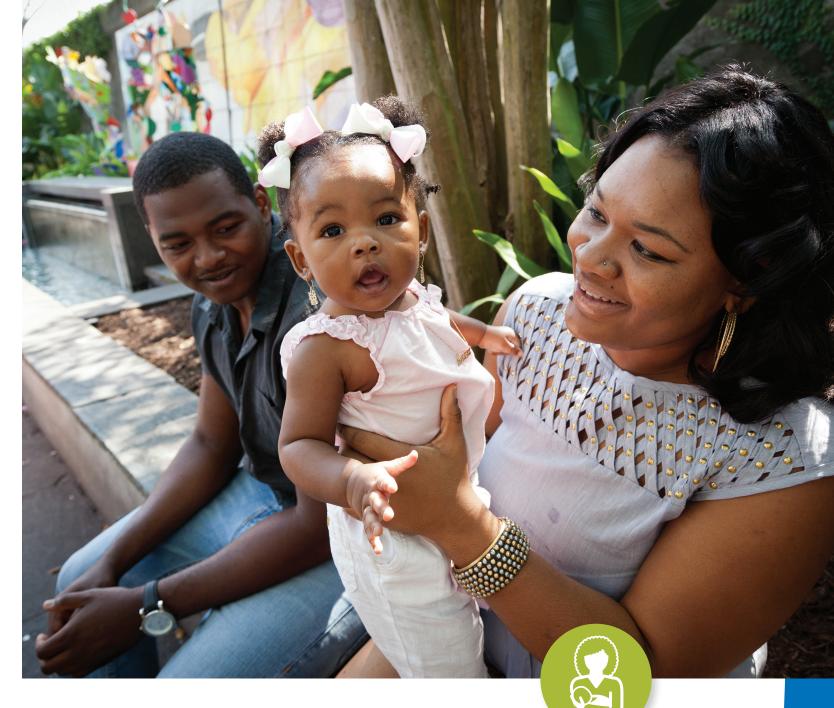
- Chequeos y vacunas
- Referencias a especialistas
- Referencias para análisis y servicios
- Admisión a un hospital

Mantenga su cuidado médico

Cuando se inscribe en Hoosier Healthwise (HHW), podría ser elegible hasta por 12 meses. Luego de eso, debe renovar sus beneficios cada 12 meses. Esto se llama redeterminación. El estado le enviará una carta cuando sea el momento de reinscribirse.

Esto es lo que sucede:

- Aproximadamente 90 días antes del final de su periodo de inscripción de 12 meses, el estado verá si aún es elegible para HHW.
- Si el estado no tiene suficiente información, le pedirán más información.
- Debe completar y enviar la información solicitada para mantenerse inscrito en HHW.



Parte 1: Todo sobre Hoosier Healthwise

Hoosier Healthwise (HHW) es el plan de Medicaid de Indiana para mujeres embarazadas y niños. Anthem brinda acceso a dos planes de beneficios para los miembros de HHW, que incluyen:

- 1. Paquete A de HHW: para niños y miembros embarazadas.
- **2. Paquete C de HHW:** servicios de cuidado preventivo, primario y agudo para niños menores de 19 años de edad que no califiquen para el Paquete A.

Atención durante el embarazo

Tan pronto sepa que está embarazada:

- Llame al número gratuito de Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).
- Vea a su médico para recibir atención prenatal: esta es la atención que recibe mientras está embarazada. Nuestro personal se asegurará de que su médico y su hospital estén en su plan.
- Permanecerá en su plan por 12 meses después del final de su embarazo. Debe decirle a la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana que su embarazo ha finalizado. Llame al 800-403-0864 después del nacimiento de su bebé. Durante esta llamada, también puede solicitar cobertura para su bebé si usted tiene el Paquete C de HHW (CHIP). Si tiene cobertura del Paquete A de HHW, su bebé será inscrito automáticamente en cobertura médica.
- Sin necesita atención de la salud conductual, puede ir a cualquier médico de los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP).

Programas prenatales y de posparto

Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM) es el programa de Anthem para todas las personas embarazadas. Es muy importante que acuda a su proveedor médico primario (PMP) u obstetra o ginecólogo (OB-GYN) para recibir atención cuando esté embarazada. Esta clase de atención se conoce como atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. La atención prenatal es importante cada vez que esté embarazada. Con nuestro programa, las miembros tienen acceso a información de salud y tal vez reciban incentivos por acudir a sus citas.

Nuestro programa también ayuda a las embarazadas con necesidades médicas complicadas. Los enfermeros administradores de cuidados médicos trabajan conjuntamente con estas miembros para proveer:

- Educación.
- Apovo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico.
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad.

Nuestros enfermeros también trabajan con los médicos y ayudan con otros servicios que podrían necesitar las miembros. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

Atención de calidad para usted y su bebé

En Anthem, deseamos darle el mejor cuidado posible durante su embarazo. Es por eso que usted también será parte de My Advocate[®], el cual es parte de nuestro programa Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM). My Advocate le proporciona la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante su embarazo.



Para obtener más información sobre nuestros programas prenatales, llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

Familiarícese con My Advocate®

My Advocate ofrece educación sobre salud materna por teléfono, web y aplicación de teléfono inteligente que es útil y divertida. Si elige la versión telefónica, conocerá a MaryBeth, la personalidad automatizada de My Advocate. MaryBeth responderá a sus necesidades cambiantes a medida que su bebé crece y se desarrolla. Puede contar con:

- Educación que puede usar.
- Comunicación con su administrador de cuidados médicos basada en mensajes de My Advocate en caso de que surjan preguntas o problemas.
- Un programa fácil de comunicaciones.
- Sin costo para usted.

Con My Advocate, su información se mantiene segura y privada. Cada vez que Mary Beth Ilama, le preguntará por su año de nacimiento. No dude en decírselo. Necesita ese dato para asegurarse de estar hablando con la persona correcta.

Ayudar a que usted y su bebé se mantengan sanos

Las llamadas de My Advocate® le dan respuestas a sus preguntas, además de apoyo médico si lo necesita. Habrá un contacto importante de examen médico de diagnóstico seguido por un alcance educativo continuo. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas. Si nos dice que tiene un problema, recibirá una llamada de vuelta de un administrador de cuidados médicos. Los temas de My Advocate incluyen:

- Atención durante el embarazo.
- Cuidado de posparto.
- Controles de salud para niños.

Al embarazarse

Si cree que está embarazada:

- Llame a su PMP o ginecólogo obstetra inmediatamente. No necesita una referencia de su PMP para ver a un médico ginecólogo obstetra.
- Llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo obstetra en la red de Anthem.

Cuando se entere de que está embarazada:

- Llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) para informarnos de que está embarazada.
- Informe su embarazo a la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana al 800-403-0864.

Visite nuestra página de Pregnancy and Women's Health (Embarazo y salud de la mujer) en anthem.com/inmedicaid bajo Health & Wellness Resources (Recursos de salud y bienestar) para obtener información y recursos sobre cómo mantenerse sana usted y a su bebé. Si desea recibir información sobre el embarazo por correo, llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

Puede acceder a educación, incluyendo:

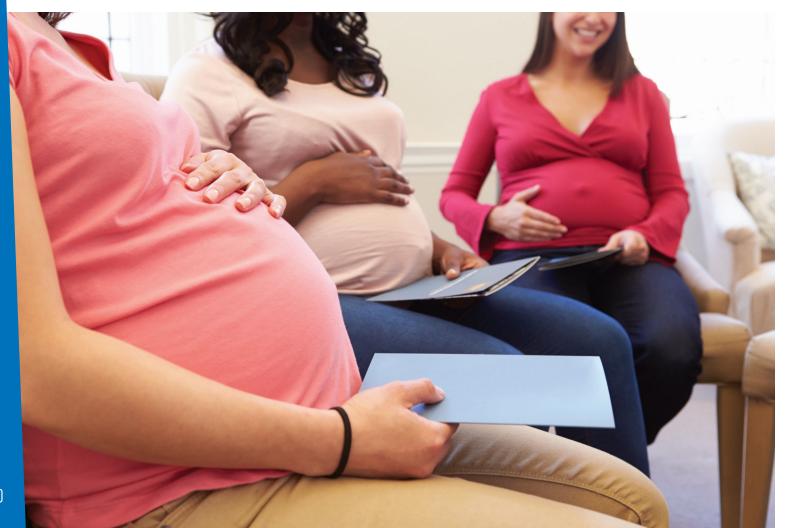
- Información de cuidado personal sobre su embarazo.
- Detalles sobre My Advocate que le informan sobre el programa y cómo inscribirse y recibir información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, la web o aplicación de teléfono inteligente.
- Información del programa Recompensas Saludables sobre cómo canjear sus incentivos por atención prenatal, posparto y de bebé sano.
- Educación sobre cómo tener un bebé saludable, la depresión posparto y la atención de su recién nacido, con recursos útiles.

Cuando está embarazada, necesita cuidar muy bien su salud. Podría obtener alimentos saludables del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Servicios para Miembros puede darle el número de teléfono del programa WIC más cercano.

Cuando esté embarazada, debe visitar a su PMP o ginecólogo obstetra al menos:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y octavo mes.
- Cada semana durante el último mes.

Tal vez su PMP o ginecólogo obstetra quiera que lo visite en más ocasiones basado en sus necesidades de salud.



Cuando tenga a un nuevo bebé

Cuando dé a luz a su bebé, usted y el bebé deben quedarse en el hospital por lo menos:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 72 horas después de una cesárea.

Podría quedarse menos tiempo en el hospital si su PMP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, su PMP o ginecólogo obstetra puede pedirle que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en casa en 48 horas.

Después de tener a su bebé:

- Debe llamar a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) lo más pronto posible. Necesitaremos cierta información.
- Debe llamar a la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana al 800-403-0864 para reportar el nacimiento.

Después de que nazca su bebé, el programa My Advocate[®] cambiará de educación prenatal a educación posparto y de niño sano por hasta 12 semanas después del parto.

Es importante programar una visita a su PMP o ginecólogo obstetra después de que tenga su bebé para un chequeo posparto. Podría sentirse bien y pensar que está sanando, pero le toma al cuerpo por lo menos seis semanas para sanar después del parto.

- La visita se deberá hacer entre 7 y 84 días después del parto.
- Si dio a luz mediante cesárea o tuvo complicaciones con su embarazo o parto, su PMP o ginecólogo obstetra podría pedirle que regrese para un chequeo de una o dos semanas. Esto no se considera un chequeo posparto. Aún deberá regresar y ver a su proveedor en un plazo de 7 a 84 días después del parto para su chequeo posparto.

También es importante programar una consulta de control del bebé. El PMP de su bebé puede brindarle el mejor cuidado si trabaja en estrecha colaboración con usted. Para los primeros años de vida, la Academia Estadounidense de Pediatras sugiere que su bebé tenga un chequeo al nacimiento, a los 3 a 5 días de nacido y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. En estas visitas, el médico de su bebé se asegurará de que el bebé esté recibiendo todo el cuidado que necesita, incluyendo chequeos de bienestar, vacunas y otro cuidado sugerido por las recomendaciones de cobertura de EPSDT de Futuros brillantes (Bright Futures).

Recompensas prenatales

Si está embarazada, podría ser recompensada por recibir la atención prenatal y posparto necesaria para usted y su bebé. Para obtener más información, visite anthem.com/AnthemRewards o llame al número gratuito de Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) para recibir información sobre nuestras recompensas prenatales.

CenteringPregnancy[®]

CenteringPregnancy es un grupo de apoyo entre pares que ofrece a las personas un lugar para compartir sus sentimientos e inquietudes durante el embarazo. Un facilitador de grupo guía la discusión y presenta nuevos puntos de vista.

Programa de Baby shower

Anthem se asocia con grupos, tales como WIC, para realizar baby showers en todo el estado para educar a las embarazadas sobre sus bebés. Allí, puede informarse más sobre la importancia de las visitas de bebé sano, cómo seleccionar un médico, programar citas y más.

Mi bebé y yo libres de tabaco

Este programa para dejar de fumar tiene como objetivo reducir el uso de tabaco de las miembros embarazadas. Quienes sigan estos cuatro pasos serán elegibles para recibir recompensas, tales como cupones de \$25 para pañales:

- 1. Inscribirse en el programa
- 2. Tomar las clases prenatales para dejar de fumar
- 3. Aceptar tomar una prueba de aliento mensual
- 4. Mantenerse libre de humo después de que nace su bebé

Vaya a babyandmetobaccofree.org para obtener más información.

¿Necesita un traslado?

Servicios de Transporte de Anthem puede ayudarle a averiguar cuáles opciones de transporte hay disponibles en su área. Usted podría utilizar transporte público, tener un servicio de recogida y regreso, o ser elegible para reembolso de millas.* Debe llamar por lo menos dos días hábiles antes sus citas, pero puede llamar con hasta 45 días de anticipación.

Los pasajeros deben seguir las leyes estatales y locales. Esto incluye usar cinturones de seguridad y asegurarse de que los niños estén asegurados apropiadamente. Los adultos son responsables por proporcionar el asiento de seguridad del niño. Los miembros menores de 16 años deben tener un adulto acompañante para ser transportados a un servicio médico.

Los beneficios de transporte son distintos para los miembros del Paquete A y los del Paquete C de HHW. Vea a continuación más información, o 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. hora del Este.

Servicios cubiertos por Anthem

Desde cuidado preventivo hasta servicios de la visión y farmacia, estamos aquí para ayudarle a obtenerlos y mantenerse sano. Conozca más sobre sus beneficios y copagos a continuación.

Beneficios	Detalles	Copago
Cuidado médico	Incluye: cuidado preventivo, servicios del programa de Examen de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT), incluyendo salud dental de rutina, visitas de bienestar y análisis de detección de plomo, exámenes físicos, atención prenatal, vacunaciones, cuidado especializado	Sin copago
Servicios de quiropráctica	Paquete A: hasta cinco visitas por año y 50 tratamientos de medicina física terapéutica por año	Sin copago
	Paquete C: hasta cinco visitas por año y 14 tratamientos de medicina física terapéutica en un período de 12 meses seguidos	
Cuidado hospitalario	Incluye: sala de emergencias, servicios para pacientes hospitalizados, servicios para pacientes ambulatorios y cirugías, exámenes de laboratorio y radiografías, servicios de posestabilización, traslados en ambulancia para emergencias	Paquete C: \$10 por transporte en ambulancia
Suministros médicos	Incluye: suministros para la diabetes, equipo médico duradero, audífonos, zapatos ortopédicos y dispositivos ortopédicos para las piernas, aparatos ortopédicos y dispositivos protésicos	Sin copago
Servicios de terapia	Terapia física, del habla, ocupacional y respiratoria Paquete C : un máximo de 50 visitas por cada tipo de terapia, por un período de 12 meses	Sin copago
Farmacia	 Incluye: Medicamentos recetados Medicamentos OTC con una receta Suministros para diabéticos Medicamentos especializados (algunos medicamentos de alto costo son pagados por FSSA/OptumRx 	Paquete C: \$3 por medicamentos genéricos, \$10 por medicamentos de marca

Beneficios	Detalles	Copago
Salud conductual	Servicios para salud mental y abuso de sustancias	Sin copago
Servicios para dejar de fumar	 Incluye: Un curso de tratamiento de 12 semanas por año calendario Tratamientos recetados y de venta libre, tales como parches o chicles de nicotina Servicios de consejería 	Sin copago
Centro de enfermería especializada	Paquete A: hasta 30 días por un periodo de 12 meses seguidos	Sin copago
Servicios de la visión	 Paquete C: no se ofrece Paquete A: Exámenes para miembros: Menores de 21 años: Uno por año De 21 años en adelante: Uno cada dos años, a menos que sea médicamente necesaria una atención más frecuente. Anteojos (incluyendo marcos y lentes) para miembros: Menores de 21 años: Un par por año 21 años en adelante: Un par cada cinco años Lentes de contacto, si son médicamente necesarios Paquete C: Un examen cada 12 meses Un par de anteojos por año (incluyendo marcos y lentes), excepto cuando un cambio de receta mínimo específico lo haga médicamente necesario, o si los lentes y/o los marcos se pierden, se los roban o se rompen. Lentes de contacto, si son médicamente necesarios 	Sin copago
Servicios de podología	Paquete A: una visita de podología por año. Paquete C: la atención de rutina de los pies no se ofrece.	Sin copago

Beneficios	Detalles	Copago
Transporte que no sea de emergencia	 Paquete A: viajes ilimitados a proveedores de Medicaid. Paquete C: solo cubre servicios de ambulancia para situaciones que no sean de emergencia entre centros médicos, cuando lo solicita un médico participante. Una viaje se define como servicio de puerta a puerta, reembolso de millas para el miembro o conductor, o pase de autobús Hay disponibles beneficios de transporte adicionales: vea la sección Beneficios mejorados arriba. 	Paquete A: Sin copago Paquete C: copago de \$10 para transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Otros servicios

Los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP) ofrecen algunos tipos de cuidado para miembros de HHW. 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



¿Qué es la posestabilización?

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

Consulte la sección de Beneficios adicionales en la Guía rápida en el frente del manual para conocer más sobre todos los servicios adicionales que ofrece Anthem.

Los servicios no cubiertos por Anthem incluyen:

- Servicios que no sean médicamente necesarios
- Servicios de hogar de ancianos (para más de lo permitido bajo los beneficios del plan) o centro de cuidado a largo plazo
- Servicios de centro de cuidado intermedio (ICF/MR)
- Servicios recibidos bajo la exención de servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Tratamiento psiquiátrico en hospitales estatales o residencias
- Servicios/cuidado que recibe en otro país
- Acupuntura
- Tratamientos experimentales o investigativos
- Cirugía cosmética (esto no se aplica a la cirugía reconstructiva)

- Medicina alternativa
- Cirugía o medicamentos para ayudarle a quedar embarazada
- Vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre (OTC) no cubiertos a través del beneficio de farmacia
- Enfermería de asistencia personal
- Para cualquier condición, enfermedad, defecto, dolencia o lesión que ocurra mientras trabaja si tiene compensación para trabajadores
- Hospicio: los miembros que necesiten servicios de hospicio deben cancelar su inscripción en Anthem HHW e inscribirse en Medicaid tradicional

Servicios de médicos que no pertenecen a su plan

Contratamos médicos para proporcionar el cuidado cubierto por su plan. Llame a su PMP o a Servicios para Miembros para saber si necesita aprobación previa antes de ver un médico que no está en su plan. También puede llamarnos o visitar nuestro portal para encontrar un médico en su plan. Tal vez pueda ver a este médico fuera del plan para un servicio de autorreferencia. Vea Servicios de autorreferencia a continuación para obtener más detalles. Anthem no paga los costos de médicos fuera del plan en la mayoría de los casos. Solo podemos dar la aprobación previa para aquellos que son parte de los Programas de Cuidado Médico de Indiana (IHCP), lo cual significa que son parte del plan estatal.

Hay algunas otras situaciones además del cuidado de autorreferencia en los que pagaremos por servicios fuera del plan. Estas situaciones incluyen:

- Servicios para los cuales usted tuvo aprobación previa de su aseguradora anterior. Respetaremos esas aprobaciones previas (a veces llamadas autorizaciones) por al menos 90 días después de ingresar en nuestro plan.
- Si está embarazada e ingresa a nuestro plan médico en su tercer trimestre, le permitiremos seguir viendo a sus proveedores existentes independientemente del estatus de su contrato.
- Si su PMP abandona nuestro plan, usted podría seguir viéndolos mientras trabajamos con usted para encontrar un nuevo PMP dentro de nuestro plan.

En el improbable evento en que no tengamos contrato con un proveedor que ofrece los servicios que necesita dentro de 60 millas de su casa, trabajaremos con usted para encontrar un proveedor, incluso si ese proveedor está fuera del plan.

Si recibe un servicio de un médico que no está en nuestro plan o el servicio no está aprobado, se considerará un servicio fuera del plan. Esto no aplica a algunos servicios de autorreferencia.

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 conductual.

Los servicios de autorreferencia incluyen:

- Servicios dentales de rutina Cuidado de los ojos
- Cuidados guiroprácticos
- Capacitación sobre cuidado personal para la diabetes
- Servicios de emergencia
- 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 de salud conductual/psiquiátricos[†]

Resumen de beneficios dentales

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.

HHW ofrece el cuidado dental de rutina que necesita para mantenerse sano, incluyendo:

- Exámenes
- Limpiezas
- Radiografías
- Empastes

- Tratamiento de flúor (menores de 20 años)
- Coronas
- Extracciones

Si tiene un accidente y se lastima la mandíbula, la boca, la cara o los dientes, recibirá trabajo dental y cirugía oral para estos servicios:

- Paciente ambulatorio
- Consultorio del médico

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia

Para obtener más información sobre sus beneficios dentales. Ilame a DentaQuest al 888-291-3762.

¿Cuáles son algunos buenos consejos dentales diarios?

Para mantener una buena salud oral.

cepíllese dos veces al día y use hilo dental todos los días.

^{*} Esto solo está cubierto para los miembros del Paquete A de HHW.

[†] Los proveedores de salud conductual que no sean psiquiatras deben tener contrato con Anthem.



Parte 2: Maneras de gozar de buena salud

Elija su proveedor médico primario (PMP)

Su PMP es la primera persona a la que usted llama para todas sus necesidades médicas. Este lo ayudará a cualquier hora, incluso fuera del horario normal y respetará sus creencias culturales y religiosas. Su PMP atenderá todas sus necesidades médicas al coordinar:

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

Su PMP puede ser un:

- Médico de familia y 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 como departamentos de salud, centros de salud con calificación federal y clínicas de salud rurales.
- Enfermero especializado.
- Pediatra, un médico que atiende a miembros menores de 21 años.

Para seleccionar un médico o un PMP, puede:

- Mirar dentro del directorio de proveedores de Anthem para encontrar y elegir un PMP.
- Ir a anthem.com/inmedicaid y seleccionar Find a Doctor (Encontrar un doctor).
- Llamar a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

¿Cómo obtengo más información sobre los PMP?

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

- Nombres, direcciones, números de teléfono y horarios de atención.
- Género.
- Especialidades.
- Idiomas que hablan.
- Hospitales en que trabajan.
- Si aceptan nuevos pacientes.

- Su ubicación (por medio de un mapa en línea).
- Escuela médica y la residencia que completaron.
- Logros profesionales.
- Estado de certificación en la junta médica.

Si necesita un directorio de proveedores o necesita ayuda para elegir un médico que sea adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

Servicios de médicos que no están en el plan de Anthem

Llame a su PMP o a Servicios para Miembros para saber si necesita la aprobación de un médico que no está en su plan. Solo podemos aprobar a los médicos que forman parte de su plan.

Si recibe un servicio de un médico que no está en nuestro plan o el servicio no está aprobado, será considerado servicio fuera del plan. Esto no aplica a algunos servicios de autorreferencia. Tal vez pueda 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 servicios médicamente necesarios cuando se inscriben en Anthem. Esto significa que le ayudaremos si está haciendo la transición entre planes, si está embarazada o si está recibiendo determinados servicios, incluyendo salud conductual. Si desea saber si la continuidad de la atención es para usted, llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

Cómo cambiar de atención pediátrica a atención de adulto

¿Sabía que puede cambiar de médico cuando sea mayor? Si usted era un adolescente y ahora alcanzó la edad adulta, puede cambiar de su pediatra actual (médico de niños) a un proveedor que atienda a adultos. Nos complacerá ayudarle a elegir un proveedor para adultos. También podemos ayudarle a transferir sus registros médicos. Llame a Servicios para Miembros si necesita asistencia.

Programe un chequeo de salud

Llame al consultorio de su PMP para hacer una cita y hacerse un chequeo dentro los primeros 60 días de ingresar a Anthem. Dígales que usted es miembro de Anthem. 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.

¿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 ayudarle a recordar, programe su chequeo en su mismo mes de nacimiento todos los años.



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.

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.

Proteja a su familia del envenenamiento por plomo

Si un niño inscrito en Medicaid está en riesgo de exposición al plomo, se debe someter a una prueba de detección del nivel de plomo en la sangre (BLL) entre los 9 y 15 meses, o lo más próximo razonablemente posible a la cita del miembro. Los niños deben someterse a otro análisis de concentración de plomo en sangre entre los 21 y 27 meses, o lo más próximo razonablemente posible a la cita del miembro. Cualquier niño entre los 28 y 72 meses que no tenga un registro de algún análisis de concentración de plomo en sangre anterior debe someterse a una prueba los más pronto posible. Usted o el miembro de su familia:

¿Visita d	o vive en un	a casa con	struida	antes	de 197	8 (como) la	casa	de un	familiar	0 r	niñe	ra
un cent	ro de atenc	ión diurna	o un p	reesco	ılar)?								
					1 40-	^				,			_

	¿Visita	o vive	en ur	na casa	construida	antes	de 1978	que es	sté siendo	o será	remodelada?
_	01.0.00	00	O a.		oonon araa	ucoo ,	ao ±0.0	940 00	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	0 00. 4	. o.i.ioaoiaaa

- □ ¿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 seguido a un adulto que trabaje con plomo (como cerámica, pintura, construcción o soldadura)?

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

Visitas importantes de bienestar infantil

Haga un seguimiento del crecimiento y el 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 haga.

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

Niñez tempra

12 meses

15 meses

18 meses

30 meses

2 años

3 años

4 años

	15 años	
	16 años	
	17 años	
ana	18 años	
	19 años	
	20 años	
	21 años	
	Prueba de det	ección de plomo
	9 a 15 meses	

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	

9 a 15 meses	
21 a 27 meses	

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

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.
- Revise sus medicamentos actuales y asegúrese de que usted los esté tomando correctamente.

Recuerde estas tres cosas para su identificación del miembro

- 1. Lleve con usted su tarjeta de identificación del miembro en todo momento. Su tarjeta de identificación es muy importante. Muestra que usted es miembro de Anthem y que tiene el derecho a recibir cuidado médico.
- 2. Muestre esta tarjeta de identificación cada vez que necesite servicios médicos. Solo usted puede obtener servicios médicos con su tarjeta de identificación. No deje que ninguna otra persona use su tarjeta.
- 3. Si pierde su tarjeta, pida una tarjeta de reemplazo. Inicie sesión en anthem.com/inmedicaid. O puede llamar al 866-408-6131 (TTY 711).

Aprobación previa (una autorización de Anthem)

Su PMP deberá obtener nuestra autorización 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 cuidado especial.

Obtener autorización tomará no más de siete días calendario, o si es urgente, no más de tres días.

Tal vez no autoricemos 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 de *Apelaciones* en la Parte 6.

Si tiene preguntas, usted o su médico podrían llamar a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

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

Cómo cambiar su PMP

Lo mejor es mantener su mismo PMP. Él o ella conoce sus necesidades de salud. Si elije consultar a un médico que no es su PMP y no obtuvo una autorización nuestra primero, tal vez tenga que pagar por los servicios.

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 seleccionando **Register now (Registrarse ahora)**. Necesitará su número de identificación del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación. También podemos ayudarle a cambiar su PMP por teléfono llamando a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

Cuidado especializado

- Su PMP puede enviarlo a un especialista para recibir cuidado o tratamiento especializado.
- Este lo ayudará a elegir un especialista que le brinde el cuidado que necesita. Quizás no necesite nuestra autorización. Su PMP sabe cuándo pedir una autorización.
- 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.
- Cualquier especialista u otro proveedor que esté en el plan médico de Anthem debe obtener nuestra autorización 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 cuidado especial o tratamiento continuo puede seguir viendo al mismo especialista. Su médico hará esta referencia. 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 al 866-408-6131 (TTY 711).

Cómo recibir una segunda opinión

Si tiene preguntas sobre el cuidado que su médico dice que usted necesita, es posible que desee una segunda opinión para asegurarse de que el plan de tratamiento es adecuado para usted. Para obtener una segunda opinión, hable con su PMP o llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

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 el cuidado médico adecuado 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 Administración de cuidados médicos al 866-902-1690.

Servicios de salud conductual

Ofrecemos servicios para salud mental, problemas conductuales y adicciones. No necesita una referencia de su proveedor médico primario para ver a alguien para estos servicios. El servicio de atención al cliente de Anthem puede ayudarle a encontrar un médico en su área. Cubrimos:

- Servicios para paciente hospitalizado.
- Hospitalización parcial.
- Programa ambulatorio intensivo.
- Terapia individual, familiar y grupal.
- Análisis conductual aplicado.
- 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), incluyendo todos los niveles de cuidado 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.

Mantenerse bien

Cada persona tiene necesidades especiales en cada etapa de la vida. Tenemos programas para ayudarle a mantenerse sano y manejar las enfermedades. Estos programas están a disposición de todos los miembros sin costo alguno.

Para mujeres

- El cuidado de la mujer sana incluye hacerse exámenes tales como chequeos anuales, mamografías y pruebas de detección de cáncer de cuello uterino.
- La planificación familiar puede enseñarle sobre el embarazo saludable, la prevención del embarazo o la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) tales como el VIH/sida. Puede obtener servicios de planificación familiar de su PMP, una clínica, un ginecólogo obstetra o un enfermero obstetra certificado.
- Las clases de embarazo y parto le brindan conocimientos para ayudarla a mantenerse sana mientras está embarazada.
- La Línea de Enfermería 24/7 brinda apoyo a las futuras mamás y a las mamás primerizas que tienen preguntas sobre la lactancia.

Para usted y su hijo

- El cuidado de niño sano incluye programas para ayudarle 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 incentivos 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 registrado (RN) sobre su salud. Los adolescentes pueden hablar con un RN en privado sobre temas de adolescentes. Solo llame a la Línea de Enfermería 24/7 al 866-408-6131 (TTY 711).

Administración de cuidados médicos

El cuidado médico puede ser agobiante, así que estamos a su disposición para ayudarle a estar al día. Su administrador de cuidados médicos le ayudará a:

- Idear su plan de salud.
- Responder preguntas.
- Conseguir los servicios que necesita.
- Coordinar con sus médicos y su sistema de apoyo.

Si ha experimentado un evento crítico o un problema de salud complejo, le ayudaremos a conocer más sobre su enfermedad y a desarrollar un plan de salud a través de nuestro programa de administración de cuidados médicos complejos.

Acceso a administración de cuidados médicos complejos

Usamos los datos para saber qué miembros califican para nuestro programa de administración de cuidados médicos complejos. Usted puede ser referido a administración de cuidados médicos complejos a través de nuestra:

- Referencia al programa de administración de medicamentos.
- Referencia a un profesional médico.

• Línea de Enfermería 24/7.

- Referencia al planificador del alta.
- Referencia al miembro o cuidador.

Si tiene uno de estos problemas de salud o algún otro problema de salud complejo o especial y desea conocer más sobre administración de cuidados médicos, llame a administración de cuidados médicos al 866-902-1690.

Materiales educativos

Puede encontrar **Guías de salud preventiva**, una hoja informativa con formas útiles para mantenerse sano, en nuestro sitio web en anthem.com/inmedicaid. También ofrecemos información sobre temas específicos relacionados con la salud, la importancia del cuidado preventivo y cómo navegar por el sistema médico en nuestro blog en anthem.com/inmedicaid Materiales para miembros.

Línea para dejar de usar tabaco de Indiana

Cuando esté listo para dejar de fumar, solo llame a la Línea para dejar de usar tabaco de Indiana al 800-Quit-NOW o al 800-784-8669 para obtener más información. Este servicio es gratuito para todos los residentes de Indiana. Llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo inscribirse en la Línea para dejar de usar tabaco. Si está embarazada, tal vez pueda ganar recompensas.

 34

Cuidado para condiciones

Nuestro programa de Cuidado para condiciones ayuda a guiar el cuidado para nuestros miembros con condiciones médicas crónicas. El programa es voluntario, privado y está disponible sin costo para usted de parte del equipo de la Unidad de cuidado centralizado de cuidado para condiciones (CCCCU). Nuestro equipo de enfermeros certificados, llamados administradores de cuidados médicos, le ayudará a entender su condición y a cumplir sus metas de cuidado médico a través de educación, recursos y referencias a proveedores de cuidado.

Puede ingresar al programa si tiene una o más de una de estas condiciones:

- TDAH
- Asma
- Autismo/Trastorno generalizado del desarrollo
- Trastorno bipolar
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Diabetes

- VIH/sida
- Hipertensión
- Trastorno depresivo complejo: adultos
- Trastorno depresivo complejo: niños y adolescentes
- Embarazo
- Esquizofrenia
- Anemia falciforme
- Trastorno por el uso de sustancias

Los proveedores, enfermeros, trabajadores sociales y miembros o sus representantes pueden referirlo a administración de cuidados médicos de una de dos maneras:



Teléfono: 866-902-1690 Fax: 855-417-1289

(TTY 711)

Un administrador de cuidados médicos responderá a una solicitud enviada por fax en un plazo de tres días hábiles.

Nuestros administrador de cuidados médicos también pueden ayudar con servicios de control del peso y para dejar de fumar.

Como miembro del programa de Cuidado para condiciones, usted se beneficiará al tener un administrador de cuidados médicos 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 cuidado médico.
- 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 el cuidado con sus proveedores.

Cómo ingresar

Si califica, le enviaremos una carta de bienvenida al programa de Cuidado para condiciones. O, llámenos gratuitamente al 888-830-4300 (TTY 711) de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. de lunes a viernes.

Cuando llame:

- Lo ubicaremos con un administrador de cuidados médicos para que dé los primeros pasos.
- Le haremos algunas preguntas sobre su salud.
- Comenzaremos a trabajar en conjunto para crear su plan.

También puede enviarnos un correo electrónico a dmself-referral@anthem.com.

Tenga en cuenta que los correos electrónicos enviados por la internet son usualmente seguros, pero existe cierto riesgo de que terceros puedan acceder (u obtener) estos correos electrónicos sin que usted lo sepa. Al enviar su información por correo electrónico, usted acepta (o entiende) que terceros tal vez accedan a estos correos electrónicos sin que usted lo sepa.

También puede visitar nuestro sitio web en anthem.com/inmedicaid y seleccionar Manage Your Condition (Maneje su condición) bajo la pestaña Health & Wellness Resources (Recursos de salud y bienestar), o llamar a la CCCCU si desea obtener una copia de la información de la CCCCU que encuentra en línea.

Lo exhortamos a seguir los consejos de cuidado médico ofrecidos por Anthem y a darle a Anthem la información necesaria para poder brindar nuestros servicios. Usted puede elegir excluirse (lo sacaremos del programa) del programa en cualquier momento. Llámenos gratuitamente al 888-830-4300 (TTY 711) de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. hora del Este de lunes a viernes para excluirse (dejar el programa) e informarle a su médico. También podría llamar a este número para dejarle un mensaje privado a su administrador de cuidados médicos las 24 horas del día.

Programa Familias Saludables (Healthy Families)

Familias Saludables 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 conductas saludables, información escrita sobre nutrición y recursos en la comunidad y en línea. Para obtener información adicional o inscribirse en el programa Familias Saludables, llámenos al 844-421-5661.



Programa de apoyos familiares para el autismo

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 (TEA) de moderado a grave. Coordinamos el cuidado con el PMP del miembro, los especialistas físicos y conductuales, 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 del cuidado.
- Habilidades del desarrollo.
- Actividades de promoción de la salud.
- Programa de cuidado para condiciones.
- Apoyo de transición.

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 el cuidado que está disponible. Nuestro objetivo es ayudar a los niños con TEA a vivir una vida más saludable con sus familias.

Programa 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, ayudándole 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 haciéndose pruebas de laboratorio con regularidad. Puede ganar \$20 por trimestre hasta por dos trimestres por año: una recompensa anual máxima de \$40.

Dependiendo de su condición, puede estar inscrito en nuestro programa de manejo 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 cuidado.

Expediente médico personal de WebMD

Nos hemos asociado con WebMD Health Services para proporcionar el Expediente médico personal (PHR) de WebMD. El PHR de WebMD servirá como un banco de su información de salud, utilizando los datos clínicos de Anthem y la información de salud que agregue. Al brindarle la información que necesita en un solo lugar, podrá tomar mejores decisiones sobre sus beneficios, tratamiento y médicos en su plan.

¿Enfermo o herido? ¿A dónde debe ir?

Cuidado 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 condición 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, incluyendo en días feriados, al 866-408-6131 (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 866-408-6131 (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 cuidado de seguimiento.

Cómo recibir atención de emergencia fuera del 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.
- Muéstrele su tarjeta de identificación al hospital o al médico.
- HHW no cubre servicios prestados fuera de los Estados Unidos.



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

Vaya a la *Guía rápida* y revise la sección de ¿Atención de urgencia o sala de emergencias (ER)? para obtener una lista de los síntomas.



Parte 3: Servicios de farmacia

Cómo abastecer sus recetas

- Su médico le dará una receta para los medicamentos que podría necesitar.
- Luego, su médico contactará a su farmacia o usted puede ir allí con su receta. Anthem trabaja con CarelonRx para manejar sus beneficios de farmacia.
- Debe usar una farmacia que acepte a Anthem. Esto puede incluir farmacias de pedido por correo. Puede encontrar farmacias de Anthem en nuestro directorio de proveedores o llamando a Servicios para Miembros al 866-408-6131.
- Sus beneficios de farmacia tienen una Lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL muestra algunos de los medicamentos ofrecidos por el beneficio de farmacia. Encuentre la lista completa de la PDL en anthem.com/inmedicaid.

Los beneficios de farmacia para los miembros de HHW 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 reactivas, lancetas y tiras reactivas para 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 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:

- Los medicamentos genéricos deben ser dados 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 condición, a menos que su médico dé un motivo médico para usar un medicamento diferente.

Copagos de farmacia

• Paquete C: \$3 por medicamentos genéricos, \$10 por medicamentos de marca

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.





Aprobación previa para medicamentos

Algunos medicamentos necesitan una aprobación previa, o una autorización 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.
- Usted está recibiendo más de un medicamento de lo que normalmente se espera.
- Hay otros medicamentos que se deben probar primero.

Si se necesita una aprobación previa, su médico deberá brindarnos detalles sobre su salud. Luego decidiremos si los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP) pueden pagar el medicamento. Esto es importante porque:

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

Vea el número de teléfono en su tarjeta de identificación para solicitudes de aprobación previa. IHCP o 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). Se le notificará a su médico.

Otras cosas que necesita saber sobre su medicamento

• Suministro para días de medicamentos Usted podría recibir un suministro para hasta 30 días de un medicamento.

Reposiciones tempranas

Su farmacéutico tendrá que pedir una autorización por anticipado si usted quiere que su receta sea repuesta temprano. 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.

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.

Derechos de apelación

Si su solicitud de medicamento es denegada, usted o su proveedor pueden apelar esta decisión. Si ha agotado sus apelaciones, entonces puede pedir una audiencia de Medicaid y una revisión de la apelación si IHCP o Anthem:

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



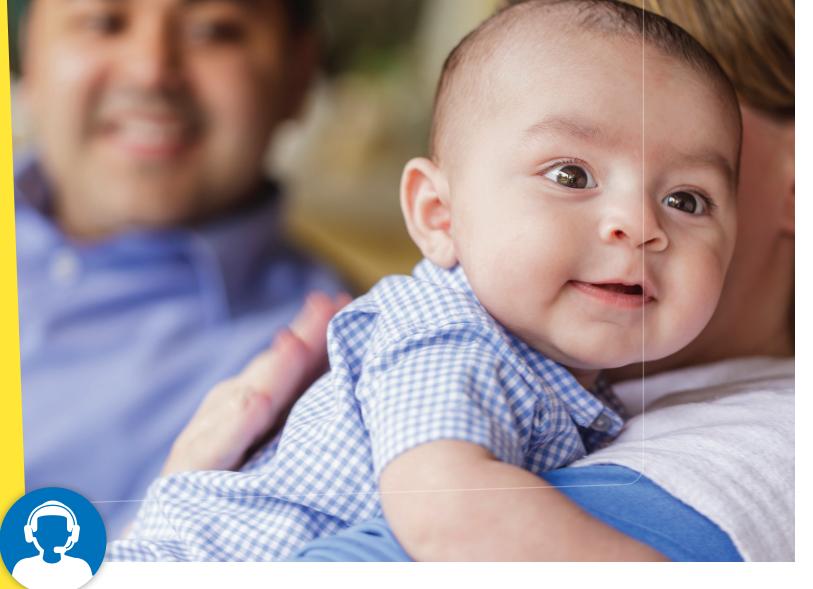
Para pedir una revisión, debe enviar una carta a la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana en un plazo de 120 días calendario después de recibir nuestra decisión sobre su denegación. Envíe su carta a:

Office of Administrative Law Proceedings 402 W. Washington St., Room E034 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.



 2



Parte 4: Ayuda con servicios especiales

Ayuda en otro idioma

Ofrecemos 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 200 idiomas. Ofrecemos:

- Materiales de educación sobre salud traducidos a diferentes idiomas y otros formatos, como braille, letra grande o CD de audio.
- Personal de Servicios para Miembros capaz de hablar otros idiomas.
- Acceso las 24 horas a intérpretes telefónicos.
- Intérpretes de lenguaje de señas y cara a cara.
- Médicos que hablan otros idiomas.
- Traducción o intérprete oral (por teléfono o cara a cara) para usted mientras se encuentra en el consultorio de su proveedor médico primario (PMP).

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 al número gratuito de Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Si necesita ayuda entre las 8 p.m. y 8 a.m. o 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 866-408-6131 (TTY 711).

Nota especial para nuestros miembros indígenas estadounidenses

Gracias por elegir Hoosier Healthwise (HHW). Tiene la opción de recibir los beneficios de Medicaid tradicional en lugar de HHW. Si tiene preguntas sobre cómo cambiar su plan médico, puede llamar al Agente de inscripción de Hoosier Healthwise al 800-889-9949. El cambio no tiene costo alguno y puede recibir más beneficios de Medicaid tradicional que de HHW.

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:

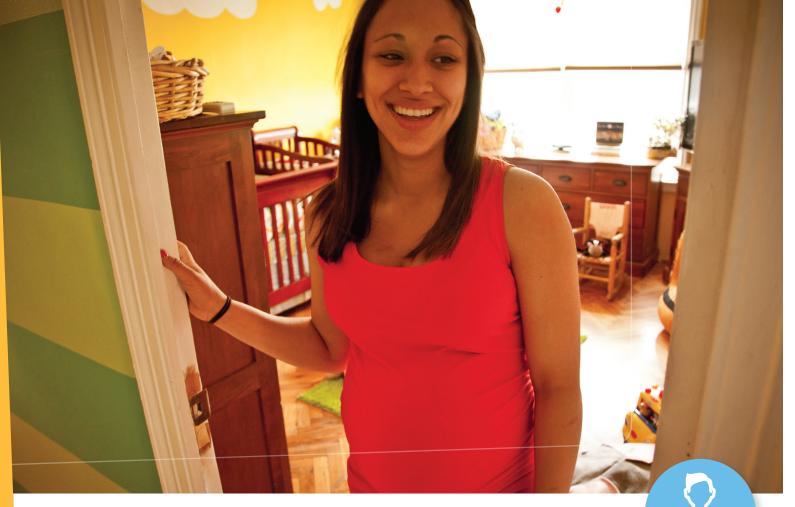
- Servicios de Salud Indígena (IHS)
- Una organización tribal
- Una organización indígena urbana
- Una tribu indígena

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

¿Cuándo se convirtió en ley la ADA?



La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) fue convertida en ley el 26 de julio de 1990, por el Presidente George H.W. Bush. El vigésimo quinto aniversario de la ADA se celebró en 2015.



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. 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. También se le notificará por teléfono o por correo si los beneficios, los servicios o los sitios de prestación de servicios cambian o finalizan. Puede encontrar información sobre Anthem en nuestro sitio web en anthem.com/inmedicaid. También puede llamar a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).
- Obtener información sobre la estructura y operación de Anthem.
- 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 condición y que pueda entender.
- Saber que la fecha en que se inscribió en Anthem es la fecha en que comienzan sus beneficios y que Anthem no cubrirá servicios que usted recibió antes de esa fecha.
- Elegir un proveedor médico primario (PMP) que pertenezca a la red y cambiar su PMP sin causa o motivo justificado.
- Saber si su médico participa en un plan de incentivos para médicos a través de Anthem.

- Participar en todas las decisiones sobre su cuidado médico. Esto incluye el derecho a rechazar tratamiento.
- Saber cuáles hospitales debe usar y tener acceso a los mismos.
- 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 del cuidado médico.
- Tener acceso oportuno a servicios cubiertos y cuidado médicamente necesario.
- Hablar honestamente con sus médicos acerca del tratamiento adecuado para su condición. independientemente del costo.
- Averiguar cómo Anthem decide si la tecnología o un tratamiento nuevos deben ser parte de un beneficio.
- 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 beneficios, pago de servicios o recibir una autorización de nosotros.
- 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 quejas o apelaciones acerca de Anthem, el plan o el cuidado 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 866-408-6131 (TTY 711).
- Decirnos lo que le gustaría cambiar sobre su plan médico, incluyendo la política de derechos y obligaciones como miembro.
- Cuestionar una decisión que tomamos sobre el cuidado que recibió de su médico. No será tratado de manera distinta si presenta una queja.
- Saber que Anthem puede hacer cambios en sus beneficios del plan médico, siempre y cuando le informemos sobre esos cambios por escrito antes de su entrada en vigencia.
- Saber que Anthem no reemplaza el seguro de compensación para trabajadores.
- Hacer preguntas sobre nuestro programa de calidad y decirnos si desea ver que se hagan cambios.
- Preguntarnos cómo hacemos las revisiones de utilización y darnos ideas sobre cómo cambiarlas.
- Saber que no será responsabilizado si su plan médico queda insolvente (en bancarrota y no puede pagar sus facturas).
- Hacer una directiva anticipada (también denominada "testamento vital").
- Saber que Anthem, sus médicos o sus otros proveedores de cuidado médico no pueden tratarlo de manera diferente por estos motivos:
- Su edad

Su raza

- Su nacionalidad
- Su sexo o identidad de género
- Sus necesidades de idioma
- Su orientación sexual
- El grado de su enfermedad. condición médica o discapacidad

Llámenos para conocer más al respecto.

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, al mejor nivel posible.
- Seguir los planes de tratamiento (y las instrucciones para el cuidado) 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.
- Ir a todas sus citas programadas y llegar a tiempo.
- Llamar a su médico si no puede llegar a su cita.
- Llamar siempre a su PMP primero para todo su cuidado médico (a menos que tenga una emergencia).
- Mostrar su tarjeta de identificación cada vez que reciba 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 el cuidado médico que necesita. No ofrecemos incentivos por rechazos de servicios y solo tomamos decisiones basadas en la idoneidad del cuidado 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 podría solicitar nuestra autorización para que paguemos por determinados servicios médicos.

Basamos nuestra decisión en dos cosas:

- Si el cuidado es médicamente necesario o no.*
- Cuáles beneficios de cuidado médico tiene usted.

No les pagamos ni recompensamos a los médicos o a otros trabajadores de cuidado médico para que:

- Nieguen su cuidado.
- Digan que usted no tiene beneficios.
- Aprueben un menor nivel de cuidado 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.

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 un 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

Los miembros de HHW pueden cambiarse a un plan médico diferente durante los primeros 90 días de membresía por cualquier motivo. Los miembros indígenas estadounidenses/nativos de Alaska podrían elegir no usar la atención administrada y cambiarse a los beneficios estatales de cargo por servicio. Si tiene preguntas sobre cómo cambiar su plan médico, llame al Agente de inscripción de Hoosier Healthwise al 800-889-9949.

También puede cambiar de plan médico "justificadamente" en cualquier momento si:

- Ha agotado el proceso de reclamos interno de Anthem debido a que recibió una mala calidad del cuidado médico o si hay otros casos en los que se determina que la calidad del cuidado médico es deficiente.
- No podemos proporcionar servicios cubiertos.
- No cumplimos con ciertos estándares y prácticas médicas.
- Hay una falta de acceso a proveedores experimentados en tratar con sus necesidades médicas.
- Existen barreras de idioma o cultura.
- Tiene acceso limitado a clínicas de atención primaria u otros servicios médicos cerca de usted.
- Otra entidad de atención administrada (MCE) tiene una lista de medicamentos que es mejor para sus necesidades médicas.
- No tiene acceso a los servicios médicamente necesarios ofrecidos por Anthem.
- Un servicio no está cubierto por nosotros debido a motivos morales o religiosos.
- Necesita un grupo de servicios relacionados al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles en nuestro plan médico y su proveedor dice que recibir los servicios por separado será un riesgo para usted.
- Su PMP abandona Anthem y se reinscribe en otra MCE.
- Otras circunstancias que la Oficina de Política y Planificación de Medicaid o su designado determinen que constituyen mala calidad de los beneficios de cuidado médico.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cambiar su plan médico o quiere obtener el formulario de cambio de MCE, llame al Agente de inscripción de Hoosier Healthwise al 800-889-9949.

Si usted tiene otro seguro

Llámenos al 866-408-6131 (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 atrasados que haya efectuado por usted si otra compañía de seguro efectuó pagos por su cuidado médico. Infórmenos de inmediato si se lesionó en un accidente o si otra compañía hizo pagos por su cuidado médico. 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 el cuidado que no es ofrecido por Anthem después de que solicitó nuestra autorización.
- Acordó por escrito y con anticipación pagar el cuidado de un proveedor que no trabaja con nosotros, y no recibió nuestra autorización con anticipación.

Si recibe una factura y piensa que no debe pagar los cargos, llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (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.

Políticas de privacidad

Anthem tiene derecho a recibir información de cualquiera que le esté dando cuidado. Usamos esta información para poder pagar y manejar su cuidado médico. 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 al final de este manual del miembro para leer sobre su derecho a la privacidad.

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 866-408-6131 (TTY 711).

Testamento vital (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 cuidado médico en caso de que usted no pueda hacerlo.

Quizás también desee listar los tipos de cuidado 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 una queja ante la agencia estatal de encuesta y certificación si considera que su médico no cumple con los términos de su testamento vital. 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 médica y de salud conductual de alta calidad. El programa de Mejora de la calidad de Anthem revisa los servicios que usted recibe de médicos, hospitales y otros servicios médicos. 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 y trabajamos duro para asegurarnos de que usted tenga acceso a una excelente atención. Hacemos esto al:

- Tener programas y servicios para ayudar a mejorar la calidad de su cuidado médico.
- 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 en su comunidad que le ayudan a recibir servicios si usted los necesita.
- Organizar eventos educativos para responder a sus preguntas e inquietudes, y para ayudarle a aprovechar al máximo su cuidado médico.
- Seguir guías estatales y federales.
- Analizar nuestros resultados de calidad para descubrir nuevas formas para un mejor cuidado.

¿Desea saber más sobre nuestro programa de Administración de la calidad? ¿Le gustaría saber cómo funciona y cómo es nuestro desempeño? Llame a Anthem al 866-408-6131 (TTY 711). Pídanos que le enviemos información sobre el programa de Administración de la calidad. También podemos brindarle más información sobre las formas en que Anthem se asegura de que usted reciba servicios de cuidado médico de calidad.

También puede revisar la calidad y el costo del cuidado. Esto puede ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su cuidado. Visite estos sitios en línea para ayudarle a saber más:

- The Leapfrog Group (Grupo Leapfrog): leapfroggroup.org
- Hospital Compare: hospitalcompare.hhs.gov
- Hospital Inpatient Quality Reporting Program: cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/hospitalqualityinits/hospitalrhqdapu.html
- Physician Quality Information: Indiana Health Information Exchange, que se encuentra en ihie.org

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

También puede ser parte de nuestro Comité de la Red Asesora de Salud Comunitaria para Ganar Equidad (CHANGE) llamando a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711). 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 del cuidado médico.

Cómo denunciar el fraude y abuso de miembros o proveedores

Primera línea de defensa contra el fraude

Estamos comprometidos a proteger la integridad de nuestro programa de cuidado médico y la eficacia de nuestras operaciones al prevenir, detectar e investigar fraude, desperdicio y abuso. La lucha contra el fraude, el desperdicio y el abuso comienza con conocimiento y concientización.

- Fraude: Cualquier tipo de engaño intencional o declaración falsa que se haga con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para la persona que lo está cometiendo, o cualquier otra persona. El intento en sí constituye fraude, independientemente de si tuvo éxito o no.
- Desperdicio: Incluye usar de más los servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios. El desperdicio normalmente no es considerado impulsado por acciones intencionales, sino que ocurre cuando los recursos son usados de manera inapropiada.
- Abuso: Cuando los proveedores de cuidado médico no siguen buenas prácticas médicas resultando en costos innecesarios o excesivos, pagos incorrectos, uso inapropiado de los códigos o servicios que no son médicamente necesarios.

Más información en fighthealthcarefraud.com.

La presentación de la tarjeta de identificación (ID) del miembro no garantiza la elegibilidad; los proveedores deben verificar el estatus de un miembro al consultar en línea o por teléfono. Hay apoyo en línea disponible para consultas de los proveedores en el sitio web y telefónicamente.

Los miembros deben proteger sus tarjetas de identificación como lo harían con una tarjeta de crédito, llevar su tarjeta de beneficios de salud en todo momento e informar a la compañía lo antes posible en caso de que la pierda o se la roben. Los miembros deben verificar sus explicaciones de beneficios (EOB) por si hay errores y luego contactar a Servicios para Miembros si hay algo incorrecto.

Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Si usted sospecha que un proveedor (por ejemplo: grupo de proveedores, hospital, médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.) o algún miembro (una persona que recibe beneficios) ha cometido fraude, desperdicio o abuso, usted tiene el derecho de denunciarlo. No se tomarán represalias contra ninguna persona que denuncie violaciones o la sospecha de fraude y abuso. El nombre de la persona y su información, de ser suministrados, que denuncia el incidente se mantiene en estricta confidencia por parte de la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU).

Puede denunciar sus inquietudes:

- Visitando nuestro sitio de educación de fighthealthcarefraud.com; en la parte superior de la página seleccione "Report it (Denúncielo)" y complete el formulario de "Report Waste, Fraud and Abuse (Denuncia de desperdicio, fraude y abuso)".
- Llamando a la línea directa de fraude de la SIU al 866-847-8247.
- Llamando a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).
- Enviando por correo una carta a la SIU con su alegato de posible fraude, desperdicio o abuso a: Special Investigations Unit

740 W. Peachtree St. NW Atlanta, GA 30308

Cualquier incidente de fraude, desperdicio o abuso podría ser denunciado a nosotros de forma anónima; sin embargo, nuestra capacidad para investigar un asunto denunciado anónimamente podría ser dificultada sin suficiente información. Por lo tanto, lo motivamos a darnos tanta información como sea posible. Apreciamos su tiempo en referir una sospecha de fraude, pero sepa que no actualizamos rutinariamente a las personas que hacen las referencias, ya que puede comprometer potencialmente una investigación.

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso (FWA) de un proveedor:

- Alterar registros médicos para tergiversar los servicios proporcionados realmente
- Facturar servicios no provistos
- Facturar pruebas o procedimientos médicamente innecesarios
- Facturar servicios profesionales realizados por personal inexperto o no calificado
- Declaración falsa de diagnóstico o servicios
- Utilización excesiva
- Pedir, ofrecer o recibir sobornos o coimas
- Cargo por procedimientos separados: cuando se facturan múltiples códigos de procedimiento individualmente para un grupo de procedimientos que deberían ser cubiertos por un solo código de procedimiento integral
- Aumento del código para incrementar la tarifa de reembolso: cuando un proveedor le factura a un pagador de seguro de salud usando un código de procedimiento para un servicio más costoso que el que fue realizado realmente

Al reportar preocupaciones que involucran a un *proveedor* (un médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.), incluya:

- El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor.
- Nombre y dirección del centro (hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico en el hogar, etc.).
- El número de Medicaid del proveedor y centro, si lo sabe.
- Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).

IJΖ

- Nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación.
- Fechas de los eventos.
- Resumen de lo ocurrido.

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso de un miembro:

- Falsificar, alterar o vender recetas
- Dejar que alguien más use la tarjeta de identificación del miembro
- Reubicarse a un área fuera de servicio del plan y no avisarnos
- Usar la tarjeta de identificación de otra persona

Al denunciar preocupaciones que involucran a un *miembro*, incluya:

- El nombre del miembro.
- La fecha de nacimiento, el número de identificación del miembro o el número de caso, si lo tiene.
- La ciudad donde reside el miembro.
- Detalles específicos que describan el fraude, desperdicio o abuso.

Si un miembro parece haber cometido fraude, desperdicio o abuso o no ha corregido problemas, la inscripción del miembro puede ser cancelada involuntariamente de nuestro plan médico, con la aprobación del estado.

Si ya no podemos atenderlo

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 HHW.
- Se muda fuera de Indiana.
- Se inscribió por error.
- Se vuelve elegible para Medicare.

Usted puede abandonar HHW en cualquier momento. Si quiere continuar con sus beneficios de salud, pero cancelar su inscripción en Anthem, hay ciertas normas. (Consulte la sección denominada *Cómo elegir un nuevo plan médico* en la Parte 5).





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, llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (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 cuidado y tratamiento
- Asuntos sobre cómo administramos el plan médico
- Cualquier aspecto de su cuidado

No recibirá un tratamiento diferente por llamarnos y plantearnos un problema o queja.

Si tiene una pregunta

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

- Use la función de Chat en Sydney Health, nuestra aplicación móvil.
- Inicie sesión en su cuenta en Internet a través de nuestro portal seguro en anthem.com/inmedicaid.
- Llámenos al 866-408-6131 (TTY 711).
- Envíenos una carta a:
 Anthem Blue Cross and Blue Shield
 P.O. Box 62429
 Virginia Beach, VA 23466

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

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

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.

Reclamos

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

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

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

Tiene tres formas para presentarnos un reclamo:

- 1. Llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).
- 2. Complete un formulario de reclamo que se encuentra en anthem.com/inmedicaid.
- 3. **Escríbanos una carta** para contarnos sobre el problema.

Estas son cosas que debe decirnos lo más claramente posible:

- Quién está involucrado en el reclamo
- 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 reclamo 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.

Reclamo acelerado (apurado)

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

Servicios para Miembros: 866-408-6131 (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 reclamo acelerado (más rápido). 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 recibamos su reclamo. También le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles después de tomar nuestra decisión.

Si no pensamos que esperar 30 días calendario perjudicará su salud, le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario para informarle que completaremos su reclamo lo más pronto posible dentro de 30 días calendario. También intentaremos comunicarnos por teléfono para informarle nuestra decisión.

Apelaciones

Si desea presentar una apelación sobre cómo resolvimos su problema, la puede solicitar en un plazo de 60 días calendario desde la fecha de nuestra decisión en la carta de resolución del reclamo o carta de denegación de servicio.

Envíe su apelación a: Appeals Department 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 866-408-6131 (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.

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 una 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.

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 imparcial estatal.
- Las formas de obtener una revisión más rápida.
- Su derecho a conservar sus beneficios durante la revisión.
- Que quizá tenga que pagar por el cuidado que recibe mientras espera la decisión.

Apelación acelerada (apurada)

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

Servicios para Miembros: 866-408-6131 (TTY 711) | Fax: 855-516-1083

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

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 imparcial estatal. Una EIR no sustituye su derecho a apelar una decisión para una audiencia imparcial estatal. Este proceso proporciona una revisión neutral de las decisiones sobre beneficios que toma Anthem.

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 para Hoosier Healthwise a partir de la fecha en que le dijimos 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 imparcial estatal.
- 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 estaba esperando si la decisión no es la que pidió al principio.

Revisión externa independiente acelerada (apurada)

Usted puede pedirnos acelerar 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.

Audiencia imparcial estatal y proceso de apelación

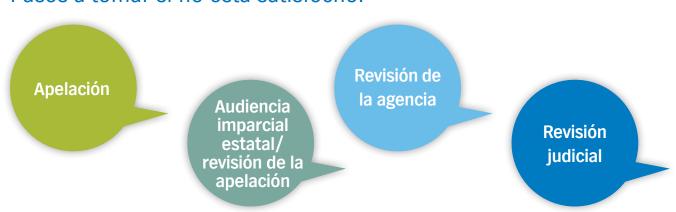
Si no está de acuerdo con lo que decidamos después de completar nuestro proceso de apelación, puede pedir una audiencia imparcial estatal y una revisión de la apelación. Puede solicitar esta revisión si nosotros:

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

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

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

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 después de recibir la notificación 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, una carta le dará los motivos.

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

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



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. Este aviso fue revisado más recientemente en junio de 2022.

Lea este aviso detenidamente. Este le informa quién puede ver su información de salud protegida (PHI). Le dice cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Le dice cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le dice qué derechos tiene para ver y cambiar su información.

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. Esto significa que, si es un miembro en este momento o solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños 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 cuidado médico.

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 ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
- Utilizamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
- Utilizamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas
- Utilizada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
- Creamos normas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
- Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas

¿Cuándo está bien para nosotros utilizar y compartir su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija que ayude o pague por su cuidado médico, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos utilizarla y compartirla sin su autorización:

Para su cuidado médico

- Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita

Para pago, operaciones médicas y tratamiento

- Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
- Cuando decimos que pagaremos por su cuidado médico o servicios antes de que se los brinden
- Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como apoyarlo y ayudarlo a recibir los beneficios y servicios disponibles. Podríamos obtener su PHI de fuentes públicas y podríamos dar su PHI a intercambios de información de salud para pagos, operaciones médicas y tratamiento. Si no está de acuerdo con esto, visite anthem.com/inmedicaid para obtener más información.

• Para razones comerciales de cuidado de 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 razones de salud pública

 Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño

Con otras personas que ayudan o pagan por su cuidado

- Con su familia o una persona elegida por usted que le ayuda o paga por su cuidado médico, si usted nos dice que está bien
- Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado médico, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

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

Podría informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos utilizado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero detendremos la utilización o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, utilizar 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 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

¿Cuáles son 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 enviárselo. 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 cuidado médico, pago, actividades diarias de cuidado médico o algunos otros motivos que no enumeramos aquí. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Puede pedir 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.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a algunas otras direcciones o en una manera diferente a la de su correo usual por motivos que tengan sentido, como si está en peligro.
- Debemos 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 hemos dicho aquí, seguiremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Cómo lo contactaremos

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podríamos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/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, 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 pasa si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere utilizar sus derechos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect). Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame al TTY 711.



Para ver más información

Para leer más información sobre cómo recopilamos y utilizamos su información, sus derechos de privacidad y detalles sobre otras leyes estatales y federales de privacidad, visite nuestra página web de Privacidad en https://www.anthem.com/privacy.

¿Qué pasa si tiene una queja?

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, podría llamar a Servicios para Miembros o contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos. No pasará nada malo si usted se queja.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 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 acerca de los cambios en un boletín. También las publicamos en la web en anthem.com/inmedicaid.

Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Recibimos información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género de la agencia estatal de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Utilizamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita.
- Crear programas para mejorar resultados de salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.

- Informar a los médicos sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción.

No utilizamos esta información para:

- Emitir seguro médico.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar beneficios.
- Compartir con usuarios no aprobados.

Su información personal

Podríamos pedirle, utilizar y compartir 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 razones del seguro.

- Podríamos utilizar su PI para tomar decisiones sobre su:
- Salud
- Hábitos
- Pasatiempos
- Podríamos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
- Médicos
- Hospitales
- Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podríamos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su autorización.
- 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 utilicemos o compartamos su Pl.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su Pl.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Para recibir este manual en otros idiomas o formatos alternos, tales como Braille, letra grande o CD de audio, llame gratuitamente a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

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	Spanish
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.	
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	Arabic
1-844-284-1797 :(Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan) 1-866-408-6131	
(Hoosier Care Connect)؛ الهاتف النصي 711 TTY.	
သင့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ပြောဆိုမှု သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ သင့်ထံ ပေးပို့သည်ကို ဖတ်ရှုမှုအတွက် အကူအညီ လိုအပ်ပါသလား။ ကျွန်ုပ်တို့၏ စာရွက်စာတမ်းများ အခြားဘာသာစကားများနှင့် ပုံစံများဖြင့် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဖုန်းခေါ် ခ အခမဲ့ဖြစ်သော	Burmese
1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan)ı 1-844-284-1797	
(Hoosier Care Connect)၊ TTY 711 သို့ ဖုန်းခေါ် ဆိုပါ။	
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?	Chinese
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。	
Hebt u hulp nodig bij uw gezondheidszorg, wil u met ons praten of lezen wat	Dutch
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.	
Avez-vous besoin d'aide pour vos soins de santé, pour parler avec nous ou	French
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	

65

(Hoosier Care Connect); TTY 711.

Brauchen Sie etwas Hilfestellung mit Ihrer Gesundheitsfürsorge, wenn Sie	German
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	Hindi
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.	
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	Japanese
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。	
건강 관리에 도움이 필요하십니까? 아니면 저희와 연락하시거나, 보내드린	Korean
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.	
Brauchscht du Helfe mit dei Health Care, schwetze mit uns odder lese was	Pennsylvania
mir dir schicke? Mir kenne unsere Materials in annere Schprooche un	Dutch
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.	
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 زباناں تے فارمیٹس وچ مُفت فراہم کردے آں۔سانوں ایناں ٹال فری نمبراں تے مُفت کال کرو ;(Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan)	Punjabi
1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.	

Russian Вы нуждаетесь в помощи при получении медицинского обслуживания, 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); ТТҮ 711. Tagalog Kailangan mo ba ng tulong sa iyong pangangalagang pangkalusugan, 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. Vietnamese Quý vị có cần giúp đỡ về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị thông qua việc trao đổi với chúng tôi hoặc đọc những tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vi hay không? Chúng tôi cung cấp cho quý vi các tài liêu 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 recibir este manual en otros idiomas o formatos alternos, tales como Braille, letra grande o CD de audio, llame a Servicios para Miembros al **866-408-6131 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Puede obtener más información 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 debido a su:

- 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 reclamos al 866-408-6131 (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 un reclamo (una queja). Preséntelo por correo, correo electrónico, fax o teléfono:

Grievance Coordinator Anthem Blue Cross and Blue Shield P.O. Box 62429, Virginia Beach, VA 23466 Teléfono: 866-408-6131 (TTY 711)

¿Necesita ayuda para presentar el reclamo?

Llame a nuestro Coordinador de reclamos al número indicado arriba. También puede presentar una queja 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 queja, visite hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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.

