



Sus derechos como miembro de Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan, Hoosier Care Connect o Indiana PathWays for Aging

Como miembro de Hoosier Healthwise (HHW), Healthy Indiana Plan (HIP), Hoosier Care Connect (HCC) o Indiana PathWays for Aging, usted tiene derechos. Si tiene una duda, queremos ayudar. Pedir ayuda no afectará el otro cuidado que usted recibe.

Si tiene preguntas sobre sus derechos o cualquiera de los pasos a continuación, puede enviarnos un mensaje seguro iniciando sesión en su cuenta en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid). También puede llamarnos al **866-408-6131** (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); **844-284-1797** (Hoosier Care Connect); **833-412-4405** (Indiana PathWays for Aging); o al **TTY 711** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Reclamos y apelaciones

Se puede presentar un **reclamo** para cualquier duda sobre su cuidado. Se puede presentar una **apelación** si cree que una decisión sobre su cuidado fue incorrecta. Más información acerca de cada una a continuación.

Reclamos:

Reclamos (quejas)

Según se define en 42 CFR §438.400(b), un reclamo es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto diferente a una determinación adversa de beneficios. Este podría incluir, entre otros:

- La calidad del cuidado o de los servicios provistos y aspectos de las relaciones interpersonales, tales como la descortesía de un proveedor o empleado.
- El hecho de no mostrar respeto por los derechos del miembro independientemente de si se soliciten medidas correctivas.
- El derecho del miembro a impugnar una prórroga propuesta por el plan médico para tomar una decisión de autorización.
- Si no está satisfecho con la forma en que fue tratado.
- Si no está satisfecho con la calidad del cuidado o los servicios que recibió.
- Si está teniendo problemas para obtener cuidado.
- Si está teniendo problemas de facturación.
- Si quiere cambiar de plan médico.

Cómo presentar un reclamo

Si no está satisfecho y quiere presentar un reclamo, usted o su representante (con su consentimiento por escrito) puede presentar un reclamo oralmente o por escrito, en cualquier momento para un problema o duda.

Si quiere enviar su reclamo por correo postal, fax o correo electrónico, puede descargar el formulario en **anthem.com/inmedicaid**. Adjunte al formulario cualquier documento, comentario o información que nos vaya a ayudar a investigar su problema. Envíe el reclamo por fax, correo electrónico o correo postal a la dirección a continuación:

Fax: **855-516-1083**

Correo electrónico: ING&A-Medicaid@anthem.com

Correo postal: Anthem Blue Cross and Blue Shield
Member Appeals and Grievances
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Díganos:

- Quién está involucrado en el reclamo.
- Qué sucedió.
- Cuándo sucedió.
- Dónde sucedió.
- Por qué usted no está satisfecho con sus servicios médicos.

Si usted y/o su representante quieren presentar evidencia en persona o por teléfono, puede solicitar una oportunidad para hacerlo llamándonos. Le informaremos a usted y/o a su representante sobre el tiempo limitado disponible para presentar su información.

Puede llamarnos al **866-408-6131** (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); **844-284-1797** (Hoosier Care Connect); **833-412-4405** (Indiana PathWays for Aging); o al **TTY 711** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este si usted:

- Necesita ayuda para presentar su reclamo.
- Quisiera enviar su reclamo por teléfono.
- Necesita enviar su reclamo como acelerado por motivos médicos urgentes.

Reclamo acelerado

Si necesita enviar su reclamo como acelerado por motivos médicos urgentes, usted o su representante puede llamarnos al **866-408-6131** (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); **844-284-1797** (Hoosier Care Connect); **833-412-4405** (Indiana PathWays for Aging); o al **TTY 711** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. También puede enviar un fax al **855-516-1083**. Asegúrese de marcar "ACELERADO" en el formulario antes de enviarlo por fax. Si aceptamos que el reclamo es urgente, lo resolveremos en un plazo de 48 horas después de haberlo recibido. Si no aceptamos que el reclamo es urgente, procesaremos el reclamo como una solicitud estándar en un plazo de 30 días. Le notificaremos por carta y también intentaremos contactarlo por teléfono. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a presentar un reclamo.

Después de que presenta un reclamo

En un plazo de tres días hábiles desde el momento en que recibamos su reclamo, le enviaremos una carta confirmando que lo recibimos. Investigaremos su problema y tomaremos una decisión lo antes posible, pero a más tardar en 30 días calendario a partir de la fecha en que hayamos recibido su reclamo. Los reclamos acelerados se resolverán en un plazo de 48 horas si aceptamos que es urgente. Le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Extensión

Si necesita más tiempo para enviarnos información, usted puede agregar hasta 14 días calendario al tiempo del reclamo. También podemos agregar hasta 14 días calendario al tiempo del reclamo si necesitamos más información para tomar una decisión. Le notificaremos por carta y también intentaremos contactarlo por teléfono. Si no está de acuerdo con el retraso, tiene derecho a presentar un reclamo.

Apelaciones:

Apelaciones

Una apelación es una solicitud formal para una revisión de una determinación adversa de beneficios. Usted o cualquier persona que usted elija para representarlo (con su consentimiento por escrito) durante el proceso de apelación, incluyendo un abogado o su médico, puede pedir una apelación si usted recibe una carta de *Aviso de acción* de nuestra parte diciéndole que un servicio médico:

- Ha sido denegado.
- Ha sido modificado.
- Ha sido aprobado y luego suspendido.
- No ha sido proporcionado de manera oportuna.

Cómo presentar una apelación

Si no está satisfecho y le gustaría presentar una apelación, usted, o alguien que usted elija para que represente debe pedir una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en la carta de *Aviso de acción (servicios denegados)*. Puede presentar su apelación oralmente o por escrito. Si elige que alguna otra persona lo represente, debe hacerlo por escrito.

Si quiere enviar su apelación por correo postal, fax o correo electrónico, puede descargar el formulario en **anthem.com/inmedicaid**. Adjunte al formulario cualquier documento, comentario o información que nos vaya a ayudar a investigar su problema. Usted puede presentar una apelación por teléfono, correo postal, fax o correo electrónico:

Teléfono: **866-408-6131** (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan; **844-284-1797** (Hoosier Care Connect); **833-412-4405** (Indiana PathWays for Aging); o al **TTY 711** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este

Fax: **855-516-1083**

Correo electrónico: ING&A-Medicaid@anthem.com

Correo postal: Anthem Blue Cross and Blue Shield
Member Appeals and Grievances
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Apelaciones aceleradas

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 apelación acelerada (más rápida). En su solicitud, díganos por qué piensa que esperar 30 días calendario perjudicaría su salud. Puede llamarnos al **866-408-6131** (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); **844-284-1797** (Hoosier Care Connect); **833-412-4405** (Indiana PathWays for Aging); o al **TTY 711** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. También puede enviar por fax su apelación acelerada al **855-516-1083**. Asegúrese de marcar "ACELERADO" en el formulario antes de enviarlo por fax. Tomaremos una decisión y trataremos de llamarlo en un plazo de 48 horas desde el momento en que recibamos su apelación. También le enviaremos una carta con 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 apelación lo más pronto posible en un plazo de 30 días calendario. También trataremos de llamarle para decirle nuestra decisión. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a presentar un reclamo.

Después de que presenta una apelación

En un plazo de tres días hábiles desde el momento en que recibamos su apelación, le enviaremos una carta confirmando que la recibimos. Revisaremos los problemas y tomaremos una decisión en un plazo de 30 días calendario desde la fecha en que recibamos su apelación. Las apelaciones aceleradas se resolverán en un plazo de 48 horas después de ser recibidas, si acordamos que es urgente. Le enviaremos una carta con nuestra decisión. Usted o su representante puede solicitar la oportunidad de examinar el expediente de su caso, incluyendo los expedientes médicos y cualquier otro documento y registro que se vaya a considerar durante el proceso de apelación.

Extensión

Si necesita más tiempo para enviarnos información, usted puede agregar hasta 14 días calendario al tiempo de la apelación. También podemos agregar hasta 14 días calendario al tiempo de la apelación si necesitamos más información para tomar una decisión. Le enviaremos una carta con el motivo del retraso. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo de la apelación, tiene derecho a presentar un reclamo.

Continuación de beneficios durante su apelación

Puede mantener sus beneficios mientras está pendiente una apelación si cumple con **todas** estas condiciones:

- Usted pidió la apelación en un plazo de 10 días calendario desde la fecha en la carta de *Aviso de acción*.
- La apelación tiene que ver con un servicio que ha sido retrasado, reducido o suspendido después de que fue aprobado.
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor aprobado.

- El primer periodo de cobertura cuando fue aprobado primero no ha finalizado.
- Usted pidió extender sus beneficios.

Si aceptamos permitirle que mantenga sus beneficios mientras la apelación está pendiente, los mismos estarán vigentes hasta que ocurra una de estas situaciones:

- Usted revoque su solicitud de apelación.
- Pasen diez (10) días después de que le enviamos una carta de *Aviso de acción* con nuestra decisión de mantener la primera denegación (a menos que usted haya pedido una audiencia imparcial estatal dentro de ese periodo de 10 días).
- Un juez de audiencias imparciales estatales mantenga nuestra denegación.
- El período de tiempo de un servicio que fue aprobado antes de la apelación se complete.

Si pide la continuación de los servicios y se decide que no eran médicamente necesarios, es posible que tenga que pagar por estos servicios.

Otras opciones de apelación:

Revisión externa por parte de una organización de revisión independiente

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos sobre su apelación, usted o la persona que elija para que lo represente, puede solicitar una revisión externa independiente (REI) una vez que se completen los siguientes pasos:

- Usted ha completado nuestro proceso de apelación.
- Recibió una carta de decisión de la apelación que le dice que sus servicios están siendo denegados.

La solicitud de REI no afecta su capacidad para solicitar también una audiencia imparcial estatal y puede solicitar ambas cosas al mismo tiempo.

Cómo presentar una solicitud de REI

Su solicitud de REI debe enviarse en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha en la carta con nuestra decisión de la apelación. Enviaremos todos los registros que tengamos a un grupo de REI aprobado por el Departamento de Seguros de Indiana.

Una solicitud de REI no acelerada debe enviarse por escrito:

Fax:	855-516-1083
Correo electrónico:	ING&A-Medicaid@anthem.com
Correo postal:	Anthem Blue Cross and Blue Shield Member Appeals and Grievances P.O. Box 62429 Virginia Beach, VA 23466

Solicitudes aceleradas para revisión externa independiente (REI)

Si usted piensa que esperar 15 días hábiles podría perjudicar su salud, tal vez podamos darle una respuesta más rápida (acelerada). Esto se llama revisión acelerada (más rápida). En su solicitud, díganos por qué piensa que esperar 15 días hábiles perjudicaría su salud. Si se aprueba su solicitud de revisión acelerada, se tomará una decisión en las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud. Si se deniega la solicitud de una REI acelerada, se revisará en el plazo estándar de 15 días hábiles. Usted será notificado en un plazo de 24 horas de esta decisión.

TODAS LAS SOLICITUDES DE REI ACELERADAS DEBEN SER ENVIADAS POR FAX AL: 855-516-1083

Después de que presenta una solicitud de REI

El grupo de REI debe tomar su decisión en un plazo de 15 días hábiles después de que la solicitud sea recibida. Si se aprueba una revisión acelerada, se tomará una decisión en las 72 horas siguientes a la solicitud. El grupo de REI le comunicará a usted y a nosotros la decisión en un plazo de 72 horas después de que la tomen. Anthem seguirá lo que decida la REI.

Audiencia imparcial estatal

Si no está satisfecho o no está de acuerdo con nuestra respuesta a su apelación, usted o la persona que elija para que lo represente tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal (SFH) ante la Administración de Servicios Familiares y Sociales (Family and Social Services Administration, FSSA).

Cómo presentar una solicitud de SFH

Para una audiencia imparcial estatal, se requiere que haga estas dos cosas:

- Completar nuestro proceso de apelación.
- Enviar su solicitud por escrito en un plazo de 120 días calendario desde la fecha en que fue notificado de la decisión de Anthem de mantener su apelación.

Las audiencias imparciales estatales son manejadas por la Oficina de Procedimientos de Derecho Administrativo (OLAP) del Estado de Indiana. Puede enviar por correo postal su solicitud para una audiencia imparcial estatal a la Oficina de Procedimientos de Derecho Administrativo del Estado de Indiana a esta dirección:

Office of Administrative Law Proceedings
100 N. Senate Ave., Room N802
Indianapolis, IN 46204

Después de que presenta una solicitud de SFH

El estado se pondrá en contacto con usted para conversar sobre su caso. El estado también programará una fecha de la audiencia donde usted puede presentar la información que quiere que el estado tome en consideración.

Anthem seguirá lo que el estado decida. Tomaremos medidas y le notificaremos en un plazo de 72 horas después de recibir la notificación de la decisión del estado.

Información adicional para todas las apelaciones, las REI y las audiencias imparciales del estado

Usted puede revisar el expediente de su caso. Esto incluye historias clínicas u otros documentos tomados en cuenta durante nuestro proceso de apelación. En cualquier momento durante el proceso de apelación, puede pedirnos, sin cargo, una copia de toda la documentación. Esto incluye lo que usamos para tomar esta decisión.

Puede mantener sus beneficios mientras está pendiente su audiencia imparcial estatal si cumple con **todas** estas condiciones:

- Usted estaba recibiendo los servicios durante su apelación ante el plan.
- Usted pidió la audiencia imparcial estatal en un plazo de 10 días calendario desde la fecha en la carta de *Mantenimiento de la resolución de la apelación*.
- Usted pidió extender sus beneficios.

Si aceptamos permitirle que mantenga sus beneficios mientras la SFH está pendiente, los mismos estarán vigentes hasta que ocurra una de estas situaciones:

- Usted revoque su solicitud.
- Un juez de audiencias imparciales estatales mantenga nuestra denegación.

Si pide la continuación de los servicios y se decide que no eran médicamente necesarios, es posible que tenga que pagar por estos servicios.

Derechos de apelación de recargo por el uso de tabaco (solo para miembros de Healthy Indiana Plan (HIP))

Como miembro del Healthy Indiana Plan, si usted está catalogado como fumador y cree que nuestra información está incorrecta, puede solicitar que la misma sea corregida. Puede enviarnos un mensaje seguro iniciando sesión en su cuenta en **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)** o llamándonos al **866-408-6131 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. También puede presentar una apelación si pasó por el proceso de selección del plan médico en su segundo año de beneficios y aún está señalado como fumador.

Si tiene preguntas

Puede enviarnos un mensaje seguro iniciando sesión en su cuenta en **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)**. También puede llamarnos al **866-408-6131** (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); **844-284-1797** (Hoosier Care Connect); **833-412-4405** (Indiana PathWays for Aging); o al **TTY 711** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid) Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan
Hoosier Care Connect e Indiana PathWays for Aging

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