

A close-up photograph of a woman with dark, curly hair, smiling and looking slightly to the right. She is wearing a white tank top and a small, round, diamond-shaped earring. The background is blurred, showing green foliage and a blue sky.

Healthy Indiana Plan **Manual del miembro**

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

MANUAL DEL MIEMBRO

Anthem Blue Cross and Blue Shield

Para obtener este manual en otros formatos, tales como Braille, letra grande o CD de audio, llame a nuestro 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 conocer más sobre Anthem en nuestro sitio web en **anthem.com/inmedicaid**.



¡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 traerle el programa de cuidado médico **Healthy Indiana Plan (HIP)**. 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.
- Servicios que son parte de sus beneficios del plan.
- Programas para ayudarle a mantenerse bien.
- Números de teléfono útiles.
- Cómo pueden hacer pagos los miembros de HIP Plus.
- Ayuda si no entiende algo o tiene un problema.
- Sus derechos y obligaciones como miembro.

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:**



Elija HIP Plus, el plan con mejor valor que incluye servicios de la visión, dentales y de quiropráctica.



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



Complete la 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. Si usted es miembro del Plan HIP Plus, pague su contribución a tiempo cada mes. ¡Gracias nuevamente por elegirnos como su plan médico!

Cordialmente,

Kimberly Roop, MD
Presidenta del Plan

Índice



Introducción: Guía rápida

6

Parte 1: Todo sobre el Healthy Indiana Plan

19

HIP Plus	19
HIP Basic	20
Beneficios del Plan HIP State	20
HIP Maternity	21
Atención durante el embarazo	21
Programas prenatales y de posparto	22
Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New Life SM)	22
CenteringPregnancy [®]	24
Programa de Baby Shower	24
Mi bebé y yo libres de tabaco	25
Línea para dejar de usar tabaco de Indiana	26
Copagos en el programa HIP	25
HIP Basic y HIP Plus	27
Servicios ofrecidos por Anthem	27
Planes HIP State y HIP Maternity	30
Servicios ofrecidos por Anthem	30
Servicios no ofrecidos por Anthem	33
Servicios de autorreferencia	34
Otros servicios	35
Resumen de beneficios dentales	35
HIP Plus	36
HIP Basic	36
Plan HIP State Plus, Plan HIP State Basic y HIP Maternity	36
Su Cuenta POWER de HIP	37
Pagos de contribuciones a la Cuenta POWER de HIP Plus	37
Recargo por el uso de tabaco	37
Límite de cinco por ciento de costos compartidos	38
Cómo hacer un pago a su Cuenta POWER	39
Transferencia de crédito de la Cuenta POWER	40
Estado mensual de la Cuenta POWER	42



Parte 2: Maneras de gozar de excelente salud

43

Elija su proveedor médico primario	43
Servicios de médicos que no están en el plan de Anthem	44
Continuidad de la atención	44
Cómo cambiar de atención pediátrica a atención de adulto	44
Programe un chequeo de salud	45
Hoosier Healthwatch	45
Prepárese para su visita al médico	46
Piense en tres para su identificación del miembro	46
Aprobación previa	46
Cómo cambiar su PMP	47
Atención especializada	47
Referencia permanente	47
Cómo recibir una segunda opinión	47
Programa Right Choices (Decisiones correctas) de Indiana	47
Servicios de salud conductual	48
Mantenerse bien	48
Expediente médico personal de WebMD	50
Cuidado para condiciones	50
Hogares de salud	51
Programas para el trastorno de abuso de sustancias	52
¿Enfermo o herido? ¿A dónde debe ir?	52
Cuidado fuera del horario normal	53
Atención de urgencia	53
Atención de emergencia	53

Parte 3: Servicios de farmacia

54

Cómo abastecer sus recetas	54
Beneficios de farmacia para los miembros de HIP	55
Medicamentos genéricos	55
Aprobación previa para medicamentos	55
Copagos de farmacia	56
Otra información importante	56
Suministro para días de medicamentos	56
Reposición temprana	56
Programas de seguridad para emergencias	56
Administración de terapia con medicamentos	57
Apoyo de medicamentos para miembros	57
Sus derechos de apelación	57



Parte 4: Ayuda con servicios especiales

58

Ayuda en otros idiomas	58
Ayuda para miembros con pérdida de la audición o de la visión	59
Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades	59
Nota especial para nuestros miembros indígenas estadounidenses	59

Parte 5: Conozca sus derechos y otra información útil

60

Derechos de los miembros	60
Obligaciones de los miembros	62
Cómo tomar decisiones sobre los beneficios	63
Nuevos tratamientos médicos	63
Su año de beneficios	63
Cómo elegir un nuevo plan médico	64
Si usted tiene otro seguro	65
Qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor	65
Políticas de privacidad	65
Sus registros médicos	65
Testamentos vitales	66
Mejora de la calidad	66
Cómo denunciar el fraude y el abuso	67
Si ya no podemos atenderlo	69

Parte 6: Cómo resolver un problema con Anthem

70

Si tiene una pregunta	70
Reclamos	71
Apelaciones	72
Revisión externa independiente	73
Proceso de audiencia y apelación de Medicaid	74

Aviso de prácticas de privacidad

76



Healthy Indiana Plan (HIP)

Guía rápida

De un vistazo, averigüe sobre:

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



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

Números de teléfono importantes



Servicio	Número de teléfono	Información
• Servicios 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. • Salud conductual. • Servicios para abuso de sustancias. • Beneficios de farmacia. • Problemas de 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 podría llamar a esta línea para solicitar un intérprete.
• Línea directa para crisis de salud conductual	833-874-0016 (TTY 711)	Llame a la Línea directa para 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 ayudarlo cuando esté atravesando 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. Llame si tiene preguntas sobre UM o una solicitud de autorización previa. 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 se identificará por nombre, título y organización al hacer o devolver llamadas.
• Servicios de Transporte de Anthem	844-772-6632 (TTY 888-238-9816)	Programe transporte que no sea de emergencia a citas con el 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.

Servicio	Número de teléfono	Información
Centro Nacional de Control de Toxicología (Las llamadas son encaminadas a la oficina local 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 miembros embarazadas y madres jóvenes.
Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) de Indiana	800-403-0864	Llame a este número para informar 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 HIP	877-438-4479	Puede ayudar a responder preguntas sobre cómo cambiar o actualizar el estado de miembro.
Línea para dejar de usar tabaco de Indiana	800-784-8669	Servicio telefónico gratuito para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.
DentaQuest	888-291-3762	Encuentre un dentista o conozca más sobre sus servicios dentales.
Servicios de traducción o formatos	866-408-6131 (TTY 711)	Podemos traducir este manual en otros idiomas o formatos tales como Braille, letra grande o CD de audio. Podemos traducir esto gratuitamente.

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 y la aplicación móvil, 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.
- Revisar su Cuenta POWER.
- 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 cosas sin ninguna espera. Además, consulte estas 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	Nos asociamos con los Indianapolis Colts para que pueda ganar premios por hacerse su chequeo de bienestar.
• HIP Plus	chooseanthem.com/in	HIP Plus ofrece el mejor valor con beneficios adicionales y sin copagos.
• Centro de pagos de terceros de Anthem	anthem.com/Pay4HIP	Para empleadores y grupos, como iglesias y fundaciones, que quisieran pagar la contribución a la Cuenta POWER (PAC) de un miembro de HIP. Este sitio es solo para empleadores y grupos. No es para miembros de HIP.



Sí, también tenemos una aplicación para eso.

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

- Revisar su Cuenta POWER.
- 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

¿Ha cambiado su número de teléfono o dirección?

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

- Ir a fssabenefits.in.gov. En la esquina superior derecha, seleccione ya sea **Sign In (Iniciar sesión)** o **Create Account (Crear cuenta)**. Una vez que haya iniciado sesión, seleccione **Manage (Manejar)** y luego **Update Your Contact Information (Actualizar su información de contacto)**.

Llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) e informe el cambio a Anthem.

Guía de comparación de beneficios y copagos de HIP

Servicio	Plan HIP Plus	Plan HIP Basic
• Cuidado médico	Sin copago	Copago
• Servicios hospitalarios	Sin copago	Copago
• Análisis de laboratorio y radiografías	Sin copago	Copago
• Cuidado dental	Sin copago	<i>Sin cobertura*</i>
• Servicios de la visión	Sin copago	<i>Sin cobertura*</i>
• Entrenamiento sobre manejo de la diabetes	Sin copago	Sin copago
• Servicios de quiropráctica	Sin copago	<i>No cubierto</i>
• Planificación familiar	Sin copago	Sin copago
• Cirugía bariátrica (pérdida de peso)	Sin copago	<i>No cubierto</i>
• Cuidado especializado de enfermería	Sin copago	Copago
• Atención de emergencia	Copago si no es una emergencia verdadera	Copago si no es una emergencia verdadera
• Servicios de enfermero especializado	Sin copago	Copago
• Transporte: para casos que no sean de emergencia	Sin copago No es un beneficio cubierto para el Plan HIP Plus Regular	Sin copago No es un beneficio cubierto para el Plan HIP Basic Regular
• Farmacia y medicamentos de venta libre (OTC)	Sin copago	Copago
• Clínica de atención de urgencia	Sin copago	Copago

*Cubierto para miembros que están embarazadas o de 19 a 20 años sin copago.

Beneficios ampliados

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

Beneficios ampliados	Detalles
Teléfono inteligente para miembros de Connect	Limitado a uno por hogar: • Minutos mensuales gratuitos • 4 GB de datos y mensajes de texto • Bonificación única de 200 minutos • 100 minutos en el mes de cumpleaños
Artículos esenciales para mamás embarazadas	• Juego 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
Adultos saludables Resultados saludables	• Programa de acondicionamiento físico en línea y recursos • Membresía en un gimnasio para hasta seis meses • Membresía en WW® para hasta 13 semanas
Comidas Saludables (Healthy Meals)	• 10 comidas congeladas familiares saludables entregadas en su casa • Solo para miembros de HIP Plus
Programa de frutas y vegetales frescos	• Una caja de productos agrícolas por mes para tres meses entregadas en su casa • Para mamás embarazadas y en lactancia seis semanas posparto
Comidas después del alta hospitalaria	• Dos comidas personalizadas por día para siete días (hasta 14 comidas) entregadas en su casa • Solo para miembros de HIP Plus
Artículos esenciales para cuidado personal	• Hasta \$50 por miembro por año para productos de venta libre • Solo para miembros de HIP Plus
Programa Jump Start (Puesta en marcha)	• Acceso a una plataforma de aprendizaje en línea que incluye capacitación sobre habilidades laborales, orientación personalizada, preparación para pruebas, herramienta para búsqueda de empleo y más • Solo para miembros de HIP Plus
Asistencia para la Equivalencia de escuela secundaria (HSE)	• Vale que cubre el costo de pruebas de HSE, prueba de práctica y hasta dos pruebas nuevas • Solo para miembros de HIP Plus
Juego de herramientas para mejoría del asma y la EPOC	• Hasta \$80 en productos para mejoría del asma y la alergias • Solo para miembros de HIP Plus



Beneficios ampliados	Detalles
Manejo del dolor no farmacológico	- Hasta \$50 en productos para ayudar con el manejo del dolor Solo para miembros de HIP Plus
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
Artículos esenciales para el transporte	Para ayudar a los miembros a acceder a servicios y apoyos comunitarios, y oportunidades de empleo, los miembros elegibles del Plan HIP State Plus, Plan HIP Regular Plus y Plan HIP Maternity podrían elegir uno de los siguientes: - Tarjeta de combustible de \$50 - Tarjeta de regalo de viaje compartido de \$50 - Hasta \$50 en pases de autobús

Algunos de estos beneficios ampliados están limitados para ciertos miembros y podrían requerir completar una evaluación de salud, visita anual dental o de bienestar, 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 del Healthy Indiana Plan (HIP)

- **HIP Plus:** el plan de preferencia para todos los miembros, con beneficios adicionales como cuidado dental, de la visión, quiropráctico y sin copagos.
- **HIP Basic:** beneficios de salud esenciales, pero limitados.
- **Planes HIP State:** incluyen algunos beneficios adicionales para determinados miembros.
- **Plan HIP Maternity:** beneficios para miembros embarazadas.

Vea más detalles en *Todo sobre el Healthy Indiana Plan* en la Parte 1.

¿Cómo sé qué clase de cuidado necesito?

Podemos ayudarle a averiguar. Solo tiene que tomar la Evaluación de necesidades de salud (HNS). Sus repuestas nos ayudarán a encontrar el cuidado médico adecuado para usted. Para tomar la HNS, también puede visitar anthem.com/hns o llamar al **866-408-6131 (TTY 711)**.

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 a obtener el cuidado adecuado para usted. ¡Puede ganar hasta \$30! Consulte la sección *Programa Recompensas Saludables (Healthy Rewards)* para ver los detalles.
- ✓ **Programe un chequeo médico:** Llame a 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.
- ✓ **Revise sus copagos (HIP Basic) y la Tabla de Niveles de PAC (HIP Plus):** De esta manera, estará preparado para cualquier costo médico que pudiese tener.
- ✓ **Mantenga su tarjeta de identificación del miembro cerca:** Muéstrela cada vez que necesite servicios médicos.

Servicios farmacéuticos

Puede abastecer sus recetas en cualquier farmacia de su plan, incluyendo:

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



Recompensas Saludables (Healthy Rewards) por estar y 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 vacunación necesarios. Es el cuidado que recibe cuando no está enfermo de modo que su médico pueda ayudarlo antes de enfermarse. Su salud es tan importante que queremos recompensarlo por cuidarla.



Hay muchos tipos de cuidado que puede obtener para ganar incentivos a través de nuestro programa Recompensas Saludables (Healthy Rewards). Hable con su médico acerca del 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. Puede completar la HNS y ganar sus recompensas:

- En línea en anthem.com/hns.
- 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 un miembro elegible de Anthem al momento en que se usa la recompensa. Si hay una interrupción en su cobertura después de ganar la recompensa, usted no será elegible para usar la recompensa.
- 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 fuego o medicamentos recetados.
- Debe tener una dirección de correo electrónico válida.

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 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 que visite a su médico todos los años para chequeos de bienestar, incluso cuando no está 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

Les brindamos a los miembros acceso a herramientas de recursos en línea, como el Enlace de recursos comunitarios, para que puedan encontrar y solicitar servicios comunitarios y sociales en Indiana. Encuentre servicios basados en la comunidad 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, llame a la Línea de Enfermería 24/7 al 866-408-6131 (TTY 711).

Síntomas para atención de urgencia:

- Resfriado, influenza o 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 o dificultad para respirar
- Lesiones en la cabeza y los ojos
- Hemorragia incontrolable o 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 8 semanas con fiebre
- Erupción con fiebre

Si va a la ER y no es una emergencia, le podrían cobrar un copago de \$8. Pero, si primero llama a la Línea de Enfermería 24/7 y ahí le dicen que vaya a la ER, ese copago de \$8 será exonerado. Llame a la Línea de Enfermería 24/7 al 866-408-6131 (TTY 711) para que le den asistencia.

Su proveedor médico primario

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

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



Maneras fáciles de pagar su Cuenta POWER de HIP Plus

Débito bancario	Pida que los pagos se tomen de su cuenta.
En línea	Regístrese en anthem.com/inmedicaid . O pague en línea a través de su banco.
Teléfono	Llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711). Espere cinco días para que se asiente en su cuenta.
MoneyGram	Para hacer un pago en efectivo, solo tiene que ir a cualquier establecimiento de MoneyGram.
Correo	Anthem Blue Cross and Blue Shield P.O. Box 6431 Carol Stream, IL 60197-6431
Contribuciones	De su empleador o un grupo sin fines de lucro.

Vea la sección *Cómo hacer un pago a su Cuenta POWER* en la Parte 1 para ver más detalles.

Mantenga su cuidado médico durante la redeterminación

Cuando se inscribe por primera vez en HIP, podría ser elegible por hasta 12 meses. Luego, debe renovar sus beneficios cada 12 meses. Esto se denomina su **redeterminación**. Si no responde a toda la documentación que le envía la División de Recursos Familiares (DFR) antes de la fecha de vencimiento, perderá sus beneficios.

A continuación, se detallan los pasos importantes durante la redeterminación:

- Alrededor de 45 días antes del final de su periodo de elegibilidad de 12 meses, el Estado le enviará una carta para informarle que su periodo de elegibilidad está cerca de finalizar.
- Si el estado no tiene suficiente información, le pedirán más información.
- Debe completar y enviar la información solicitada para mantenerse inscrito en HIP.
- Si está en HIP Basic, tendrá la oportunidad de pagar por HIP Plus después de renovar.

Si no sigue las instrucciones de la DFR o no proporciona alguna de las actualizaciones requeridas a su información, su inscripción en HIP podría ser cancelada. En este punto, aún tiene la oportunidad de tener HIP sin una nueva solicitud, si envía su nueva información dentro de los 90 días de la fecha en que finalizaron sus beneficios.

Además, puede elegir su plan médico cada año entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre, durante el Periodo de selección de plan médico.

¿Qué es una Cuenta POWER?

Los primeros \$2,500 de sus costos médicos aprobados son pagados con su Cuenta de Bienestar y Responsabilidad Personal, llamada también la Cuenta POWER. Los miembros de HIP Plus hacen un pequeño pago mensual (llamado contribución) a su Cuenta POWER. Pero no tienen copagos, como sí los tienen los miembros de HIP Basic.

¿Qué es una contribución?

Si pertenece al plan HIP Plus, debe hacer pagos mensuales para pagar su parte de la Cuenta POWER. Estos pagos son sus contribuciones. Cada mes recibirá una factura por el pago que tenga que hacer. ¡Haga sus pagos mensuales a tiempo!



Miembros de HIP que pasan a beneficios por discapacidad o de Medicare

Durante su membresía en HIP, podría volverse elegible para Medicare porque cumple 65 años. También podría volverse elegible para Medicare debido a una discapacidad. Además de Medicare, hay programas estatales para los que quizá califique. Llame al 877-438-4479 o visite [in.gov/fssa](https://www.in.gov/fssa) para conocer más sobre beneficios por discapacidad u otros programas de asistencia que podrían satisfacer sus necesidades.





Parte 1: Todo sobre el Healthy Indiana Plan

Hay algunas clases distintas de planes de beneficios del Healthy Indiana Plan o HIP.

HIP Plus

HIP Plus proporciona la mayor cantidad de beneficios, incluyendo:

- Servicios de la visión, dentales y de quiropráctica.
- Reposiciones para 90 días de medicamentos recetados que toma a diario. También puede recibir medicamentos por correo.
- Servicios de administración de terapia con medicamentos hechos para trabajar estrechamente con sus médicos y farmacias para ayudar a garantizar que sus medicamentos recetados funcionen con seguridad.



¿Cuál es la mejor oferta?

HIP Plus ofrece el mayor valor: isin copagos, además de servicios dentales, de la visión y de quiropráctica y beneficios de farmacia adicionales! HIP Basic puede costar más que pagar una contribución mensual a su Cuenta POWER de HIP Plus. Vea la sección de *Cuentas POWER* en la Parte 1.

HIP Basic

HIP Basic ofrece servicios esenciales, pero:

- No incluye todo lo que HIP Plus sí incluye.
- No incluye servicios de la visión o dentales, excepto para miembros que tienen 19 o 20 años y miembros embarazadas.
- No incluye servicios de quiropráctica.
- Usted está limitado a un suministro para 30 días de medicamentos y no puede tener pedidos por correo.
- No incluye servicios de administración de terapia con medicamentos.

Beneficios del Plan HIP State

Los beneficios del plan HIP State incluyen algunos beneficios adicionales para los miembros que son:

- Padres y cuidadores de bajos ingresos y dependientes de 19 y 20 años.
- Medicamento delicados.

Hay dos clases distintas de planes HIP State. Con el Plan HIP State Plus, usted paga contribuciones mensuales, de modo que sabe cuánto son sus costos médicos. Con el Plan HIP State Basic, usted paga copagos, los cuales pueden aumentar rápidamente y costar más.

Medicamento delicado

Para ser medicamento delicado, usted debe tener una o más de las siguientes condiciones:

- Trastorno mental discapacitante.
- Trastorno crónico por abuso de sustancias.
- Condición médica grave y compleja.
- Discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecte la vida diaria.
- Determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social.

Si usted califica como medicamento delicado, necesitaremos confirmarlo todos los años. Para obtener más información o si tiene preguntas sobre estar en la categoría de medicamento delicado, llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711). Si califica como medicamento delicado, usted tendría que pagar contribuciones mensuales y hacer copagos si sus ingresos están por encima del 100% del Nivel federal de pobreza y no hace pagos a tiempo a su Cuenta POWER.

Plan HIP Maternity

Si usted califica para HIP y está embarazada o se embaraza mientras está en HIP, será inscrita en el plan HIP Maternity. Con HIP Maternity:

- No tiene ningún copago.
- No tiene pagos a la Cuenta POWER durante el embarazo.
- Su Cuenta POWER está congelada mientras está en el plan Maternity, así que no se deducen gastos médicos de su Cuenta POWER.
- Durante su embarazo, usted obtiene todos los fabulosos beneficios que estaba recibiendo de su plan HIP regular como médico, hospital y servicios de laboratorio, además de beneficios adicionales incluyendo servicios de la visión, dentales y de quiropráctica al igual que traslados a citas médicas.

Al final de su embarazo, recibirá 12 meses adicionales de beneficios de posparto. Luego de ese periodo, será transferida al plan HIP Basic y se le dará la oportunidad de hacer un pago a la Cuenta POWER para transferirse a HIP Plus.

Atención durante el embarazo y de posparto

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. En su primera visita prenatal, su médico debe programar visitas adicionales a lo largo de su embarazo para mantenerlos saludables a usted y a su bebé. Es importante que acuda a su médico con regularidad durante su embarazo.
- Cuando quede embarazada, será transferida al plan HIP Maternity. Permanecerá en este plan por 12 meses después del final de su embarazo.
- Sepa que mientras está embarazada, no tendrá que hacer pagos a su Cuenta POWER ni tendrá copagos por servicios médicos.
- Si necesita cuidado médico conductual, puede ir a cualquier médico de los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP).

Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM)

Es muy importante ver a su proveedor médico primario (PMP) o al obstetra o ginecólogo (OB-GYN) para recibir cuidado 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, tendrá acceso a información de salud y tal vez reciba incentivos por acudir a sus citas.

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

- Educación.
- Apoyo 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 usted podría necesitar. El objetivo es promover una mejor salud para las personas y el nacimiento de bebés sanos.

Atención de calidad para usted y su bebé

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

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 Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate. Mary Beth responde a sus necesidades cambiantes a medida que crece y se desarrolla su bebé. 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 llama, le preguntará por su año de nacimiento. No dude en decírselo. Necesita ese dato para asegurarse de hablar 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 evaluación de salud seguido por 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 para el embarazo.
- Cuidado de posparto.
- Controles de salud para niños.

Al embarazarse

Si cree que está embarazada:

- Llame a su PMP o médico ginecólogo obstetra de inmediato. 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, también debe llamar a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711). También debe informar su embarazo a la Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) de Indiana al 800-403-0864.

Visite nuestra página de Embarazo y Salud de las Mujeres en anthem.com/inmedicaid bajo Recursos para la salud y el bienestar para obtener información y recursos sobre cómo usted y su bebé pueden mantenerse sanos. Si quiere 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 del recién nacido, que incluye 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 tal vez deban 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 de Anthem al 866-408-6131 (TTY 711) lo más pronto posible. Necesitaremos cierta información.
- Llame a la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana al 800-403-0864 para informar el nacimiento.

Después de que nazca su bebé, el programa My Advocate® cambiará de educación prenatal a posparto y de niño sano hasta por 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 postparto. 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 a 84 días después del parto
- Si tuvo un parto mediante cesárea o tuvo complicaciones con su embarazo o parto, su PMP o ginecólogo obstetra podrían pedirle que regrese para un chequeo posterior a la cirugía 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 Bright Futures (Futuros brillantes).

Recompensas prenatales

Si está embarazada, podría recibir una recompensa por recibir la atención prenatal y posparto necesaria para usted y su bebé. Para conocer más, visite [anthem.com/AnthemRewards](https://www.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 de pares, que les ofrece a las personas un lugar para compartir sus sentimientos y preocupaciones durante su 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 alrededor del estado para educar a las embarazadas sobre sus bebés. Las participantes se informarán sobre la importancia de las consultas de control del bebé, cómo seleccionar un médico, programar citas y mucho más.

Mi bebé y yo libres de tabaco

Este programa para dejar de fumar tiene como objetivo reducir el consumo de tabaco de las 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.

Copagos en el programa HIP

Un copago es el monto que usted paga cada vez que vaya al médico o reciba recetas. En HIP, los miembros que son indígenas estadounidenses/nativos de Alaska, están embarazadas o que han alcanzado el límite de 5% de los costos compartidos no tienen copagos. No hay copagos para servicios de cuidado preventivo.

Los miembros de HIP Basic tienen estos copagos:

- Visitas al médico/paciente ambulatorio: \$4
- Servicios para paciente hospitalizado: \$75
- Medicamentos preferidos: \$4
- Medicamentos no preferidos: \$8
- Visita a la ER que no es de emergencia: \$8 – a los miembros no se les cobra si llaman a la Línea de Enfermería 24/7 al 866-408-6131 (TTY 711) primero y les dicen que vayan a la ER.

Los miembros de HIP Plus no tienen copagos, excepto por visitas a la ER que no son de emergencia según se describe arriba.



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

¿Necesita un traslado?

Servicios de Transporte de Anthem puede ayudarle a averiguar cuáles opciones de transporte hay disponibles en su área. Tal vez pueda usar transporte público, tener un servicio de recogida y bajada, o ser elegible para reembolso de millas.* Para sus preguntas sobre los beneficios de transporte de cada Plan de HIP, 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. Debe llamar por lo menos dos días hábiles antes de su cita, pero puede llamar tanto como con 45 días de anticipación.



Los transportados deben seguir las leyes estatales y locales. Esto incluye usar cinturones de seguridad y asegurarse de que los niños menores estén asegurados apropiadamente. Los adultos son responsables por proporcionar el asiento de seguridad para el niño.

**No todos los miembros del Plan HIP son elegibles para beneficios de transporte. Encuentre su Plan HIP a continuación para más información.*

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 para ayudar a que los fumadores dejen de hacerlo. 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, ¡podría ganar recompensas! Vea la sección de *Recompensas Saludables (Healthy Rewards)* para obtener más información sobre cómo ganar incentivos.



HIP Basic y HIP Plus

Los servicios listados a continuación son para miembros en ya sea HIP Basic como en HIP Plus. Un copago es el monto que usted paga cada vez que va al médico o recibe recetas. En HIP, los miembros que son indígenas estadounidenses/nativos de Alaska, están embarazadas o que han alcanzado el límite de 5% de los costos compartidos no tienen copagos. Los copagos tampoco aplican a los miembros de HIP Plus, excepto por el uso de la sala de emergencias cuando no sea una emergencia.



Beneficios	Detalles	Copago
Cuidado médico	Incluye: - Cuidado preventivo - Servicios del programa de Examen de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT), incluyendo visitas dentales de rutina, visitas de bienestar y análisis de detección de plomo - Exámenes físicos - Vacunaciones - Atención especializada	Basic: \$4 para visitas al médico y a especialistas. No hay copago para las visitas de cuidado preventivo, lo que incluye exámenes de bienestar, exámenes de detección y vacunas.
Sala de emergencias		Basic y Plus: \$8 para usar la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
Hospital	Servicios para paciente hospitalizado Servicios y cirugías para paciente ambulatorio La cirugía bariátrica (para perder peso) está cubierta por HIP Plus	Basic: \$75 Basic: \$4
Análisis de laboratorio y radiografías		Basic: \$4
Cuidados quiroprácticos	- Seis visitas de terapia espinal cada año - Limitado a una visita por día - Autorreferencia - No cubiertos para miembros de HIP Basic	Sin copago
Servicios posteriores a la estabilización	Cuidado proporcionado en la ER o en el hospital después de que su condición sea estable o haya mejorado, pero antes de abandonar la ER o el hospital.	Sin copago
Transporte en ambulancia para emergencias	Servicio de traslado a la sala de emergencias (ER)	Sin copago
Suministros médicos	Incluye: - Equipo médico duradero - Audífonos - Aparatos ortopédicos y dispositivos prostéticos	Basic: \$4

Beneficios	Detalles	Copago
Terapia física, del habla, ocupacional, respiratoria y cardíaca	Basic: Hasta 60 tratamientos por cada episodio por periodo de beneficios Además: Hasta 75 tratamientos por periodo de beneficios	Basic: \$4
Salud conductual	Cuidado para salud mental/abuso de sustancias	Basic: \$4
Servicios de recetas	Proporcionados por Anthem, incluyen: - Medicamentos recetados - Medicamentos OTC con una receta - Suministros para diabéticos - Medicamentos especializados (algunos medicamentos de costo alto son pagados por FSSA/OptumRX)	Los miembros inscritos en HIP Basic pagan: \$8 de copago para recetas no preferidas \$4 de copago para recetas preferidas No hay copagos de farmacia para HIP Plus.
Servicios para dejar de fumar	Incluye: - Tratamiento recetado y de venta libre, tal como parches o chicles de nicotina - Servicios de consejería - Vea la sección de <i>Recompensas Saludables (Healthy Rewards)</i> para ver cómo puede ganar recompensas por dejar de fumar	Sin copago
Diálisis renal	Cobertura proporcionada para servicios de diálisis en casa.	Basic: \$4
Cuidado médico en el hogar	- Los servicios incluyen, entre otros, atención de enfermería brindada o supervisada por un RN y consejería nutricional. 100 visitas por año.	Basic: \$4
Centro de enfermería especializada	Hasta 100 días	Basic: \$75
Cuidado para enfermos terminales	Proporcionado en un centro o en el hogar para enfermedad terminal, como parte de un plan de tratamiento antes de comenzar el programa.	Sin copago

Beneficios	Detalles	Copago
Trastorno de la articulación temporomandibular (trastorno de la mandíbula)	Ofrecido bajo HIP Plus	Sin copago
Servicios de enfermero especializado	Un enfermero especializado es un enfermero que trabaja con un proveedor médico primario (PMP).	Basic: \$4
Transporte que no sea de emergencia	No es un beneficio cubierto. Los miembros elegibles de HIP Plus reciben apoyo de transporte ilimitado como beneficio ampliado; vea la sección Beneficios ampliados arriba.	Sin copago
Dental	Vea el Resumen de beneficios dentales a continuación.	Sin copago
Visión	- Aprobada para todos los miembros de Plus y los miembros de Basic de 19 y 20 años - Exámenes - Un examen de los ojos por año para miembros menores de 21 años. - Un examen de los ojos cada dos años para miembros de 21 años en adelante. - Anteojos - Un par de anteojos por año para miembros menores de 21 años, a menos que sean médicamente necesarios según EPSDT. - Un par de anteojos cada 5 años para miembros de 21 años de edad en adelante.	Sin copago

¿Qué es posestabilización?

Este es el cuidado que recibe en la ER o el hospital después de que su condición esté estable, pero antes de dejar la ER o el hospital.

Beneficios de los Planes HIP State y HIP Maternity

Servicios ofrecidos por Anthem

Los servicios listados a continuación son para miembros en ya sea un Plan HIP State o HIP Maternity. Los copagos no aplican a miembros del Plan HIP State Plus y HIP Maternity.

Beneficios	Detalles	Copago
Cuidado médico	Incluye: - Cuidado preventivo - Exámenes físicos - Atención prenatal - Chequeos de control pediátrico - Vacunaciones - Atención especializada	State Basic: \$4 para visitas al médico y a especialistas. Sin copago para cuidado preventivo, incluyendo exámenes de control, pruebas de detección e inyecciones.
Servicios de quiropráctica	Hasta cinco visitas por año y 50 tratamientos físicos de medicamentos terapéuticos por año. A los quiroprácticos se les permite realizar servicios de terapia, si están certificados.	State Basic: \$4
Sala de emergencias		State Basic y Plus: \$8 para usar una ER cuando no se trata de una emergencia.
Hospital	Servicios para paciente hospitalizado	State Basic: \$75
	Servicios y cirugías para paciente ambulatorio	State Basic: \$4
Análisis de laboratorio y radiografías		State Basic: \$4
Servicios posteriores a la estabilización	Cuidado proporcionado en la ER o en el hospital después de que su condición sea estable o haya mejorado, pero antes de abandonar la ER o el hospital.	Sin copago
Transporte en ambulancia para emergencias	Servicio de traslado a la sala de emergencias (ER)	Sin copago

Beneficios	Detalles	Copago
• Suministros médicos	Incluye: • Equipo médico duradero • Audífonos • Zapatos ortopédicos y dispositivo ortopédico para las piernas • Aparatos ortopédicos y dispositivos prostéticos	State Basic: \$4
• Servicios de terapia	Terapia física, del habla, ocupacional y respiratoria	State Basic: \$4
• Salud conductual	Cuidado para salud mental/abuso de sustancias	State Basic: \$4
• Servicios de recetas	Proporcionados por CarelonRx. Incluye: • Medicamentos recetados. • Medicamentos OTC con una receta. • Suministros para diabéticos • Medicamentos especializados (algunos medicamentos de costo alto son pagados por FSSA/OptumRX).	Los miembros inscritos en el Plan HIP State Basic pagan: • \$8 de copago para recetas no preferidas. • \$4 para recetas preferidas. No hay copagos de farmacia para el Plan HIP State Plus.
• Servicios para dejar de fumar	Incluye: • Un curso de tratamiento de 12 semanas por año calendario. • Medicamentos recetados y de venta libre, tales como parches o chicles de nicotina. • Servicios de consejería.	Sin copago
• Centro de enfermería especializada	• HIP Maternity: Hasta 60 días por un periodo de 12 meses sucesivos • State Basic y Plus: Hasta 100 días por periodo de 12 meses seguidos	State Basic: \$75
• Cuidado para enfermos terminales	• Proporcionado en un centro o en el hogar para enfermedad terminal, como parte de un plan de tratamiento antes de comenzar el programa.	Sin copago
• Diálisis renal	• Cobertura proporcionada para servicios de diálisis en casa.	State Basic: \$4

Beneficios	Detalles	Copago
Servicios de la visión	Exámenes - Un examen de los ojos por año para miembros menores de 21 años. - Un examen de los ojos cada dos años para miembros de 21 años en adelante. Anteojos - Un par de anteojos por año para miembros menores de 21 años, a menos que sean médicamente necesarios según EPSDT. - Un par de anteojos cada cinco años para miembros de 21 años en adelante.	State Basic: \$4
Dental	Vea el Resumen de beneficios dentales a continuación.	Sin copago
Servicios de podología	Una visita al consultorio solamente para miembros del Plan HIP State.	State Basic: \$4
Cuidado médico en el hogar	- Los servicios incluyen, entre otros, atención de enfermería brindada o supervisada por un RN y consejería nutricional. 100 visitas por año.	State Basic: \$4
Servicios de enfermero especializado	Un enfermero especializado es un enfermero que trabaja con un proveedor médico primario (PMP).	State Basic: \$4
Transporte que no sea de emergencia	- Traslados ilimitados a proveedores de Medicaid. - Un traslado se define como servicio de puerta a puerta, reembolso de millas para un miembro o conductor, o pases de autobús. - Hay disponibles beneficios de transporte adicionales: vea la sección Beneficios ampliados arriba.	Sin copago

Los servicios no ofrecidos 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 de los beneficios de farmacia
- Servicios privados de enfermería
- Para cualquier condición, enfermedad, defecto, dolencia o lesión que ocurra mientras trabaja si posee compensación para trabajadores
- La evaluación o el tratamiento de las discapacidades de aprendizaje

Servicios de médicos que no pertenecen a su plan

Tenemos contratos con médicos para proporcionarle 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. Es posible que pueda ver a este médico fuera del plan para un servicio de autorreferencia. Vea *Servicios de autorreferencia* a continuación para obtener más detalles. En la mayoría de los casos, Anthem no paga los costos de médicos fuera del plan. Solo podemos dar la aprobación previa a proveedores que son parte de los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP), lo cual significa que no son parte del plan estatal.

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

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

En el evento improbable en que no tengamos un contrato con un proveedor que ofrezca los servicios que usted necesita dentro de 60 millas de su hogar, 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:

- Cuidados quiroprácticos*
- Servicios dentales de rutina**
- Capacitación sobre cuidado personal para la diabetes
- Servicios de emergencia
- Cuidado de los ojos y de la visión (excepto servicios de cirugía)**
- Planificación familiar
- Administración de cuidados médicos para el VIH/sida
- Vacunaciones
- Servicios de salud conductual/psiquiátricos†
- Servicios de podología •
- Atención de urgencia

* No cubierto para miembros de HIP Basic

** En el plan HIP Basic, esto está cubierto solo para miembros de 19 a 20 años.

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

• Esto solamente está cubierto para miembros del Plan HIP State.



Otros servicios

Los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP) cubren algunos tipos de cuidado para los miembros. Estos tipos de servicios se llaman de exclusión (carve-out). Podría obtener estos servicios de parte de cualquier médico inscrito en IHCP. Los servicios de exclusión (carve-out) incluyen:

- **Opción de Rehabilitación de Medicaid (MRO) (también de exclusión para miembros del Plan HIP State):** ofrece diversos servicios de salud mental para ayudar a los miembros a lograr su mejor salud en la vida diaria.
- **Servicios del plan individualizado de educación:** para ayudar a los miembros que necesitan ayuda adicional con sus metas educativas.
- **Servicios integrales de la exención 1915i:** incluye servicios tales como Coordinación de cuidado médico conductual y primario (BPHC) y servicios de Salud y habilitación mental para adultos (AMHH) para miembros que tal vez tengan necesidades especiales.

Para averiguar más sobre estos servicios, hable con su administrador de cuidados médicos, o llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

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. Su dentista le dirá si el cuidado dental que necesita está cubierto y si hay copagos. Su dentista también le ayudará si necesita una autorización para cuidado dental. Los beneficios se basan en un código de tratamiento y/o la necesidad médica.

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

Nivel de beneficio	Exámenes orales	Limpiezas	Radiografías
HIP Basic (19 a 20 años)	2 exámenes por año	2 limpiezas por año	1 juego completo cada 3 años 1 juego de radiografías de aleta de mordida cada año
HIP Basic (21 años en adelante)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
HIP Plus	2 exámenes por año	2 limpiezas por año	1 juego completo cada 5 años 1 juego de radiografías de aleta de mordida cada año
Plan HIP State (19 a 20 años) (Plan State Plus y Plan HIP Basic*)	2 exámenes por año	2 limpiezas por año	1 juego completo cada 3 años 1 juego de radiografías de aleta de mordida cada año
Plan HIP State (21 años en adelante) (Plan State Plus y Plan HIP Basic*)	2 exámenes por año	1 limpieza por año	1 juego completo cada 3 años 1 juego de radiografías de aleta de mordida cada año
HIP Maternity (19 a 20 años)	2 exámenes por año	2 limpiezas por año	1 juego completo cada 3 años 1 juego de radiografías de aleta de mordida cada año
HIP Maternity (21 años en adelante)	2 exámenes por año	1 limpieza por año	1 juego completo cada 3 años 1 juego de radiografías de aleta de mordida cada año

* Los miembros del Plan HIP State Basic tienen un copago de \$4 por tipo de servicio dental. Por ejemplo, para los empastes hechos el mismo día, usted adeudará un copago de \$4. No hay copago para servicios preventivos como exámenes y limpiezas. Los miembros que son indígenas estadounidenses/nativos de Alaska, están embarazadas o que han alcanzado el límite de 5% de costos compartidos no tienen copagos.

Su Cuenta POWER de HIP

Con HIP Plus, todos los miembros tienen una cuenta de ahorros llamada Cuenta de Bienestar y Responsabilidad Personal. Para abreviar se le denomina Cuenta POWER. Esta Cuenta POWER contiene \$2,500. Usted usa este dinero para pagar su cuidado médico aprobado dentro del Healthy Indiana Plan.

¿De dónde viene el dinero en mi Cuenta POWER?

Si usted está en el plan HIP Plus, el estado paga la mayor parte de los \$2,500 en la Cuenta POWER y usted debe hacer pagos para su parte de la Cuenta POWER. Estos pagos se llaman contribuciones y están basados en sus ingresos. Cada mes recibirá una factura por el pago que tenga que hacer. Recuerde pagar su Cuenta POWER en su totalidad cada mes.

No se necesitan otros pagos, excepto si usa la ER para una situación que no sea de emergencia. Entonces, tendría un copago de \$8.

Si está en HIP Basic, el estado paga todos los \$2,500 en la Cuenta POWER y usted no paga una contribución mensual. Pero tiene un copago cada vez que vaya al médico, tenga una visita al hospital o reciba recetas. Estos copagos varían entre \$4 y \$75 y pueden costar más cuando se comparan con un pago mensual bajo con HIP Plus. Y HIP Basic tiene menos beneficios que HIP Plus, ya que no cubre cuidado de la visión, dental y quiropráctico.

Su contribución a la Cuenta POWER

Los miembros de HIP Plus hacen un pago mensual llamado contribución. La contribución a la Cuenta POWER o PAC se basa en sus ingresos. Así que, mientras más gane, mayor será su PAC. Vea la tabla de niveles de PAC a continuación para encontrar los montos mensuales de PAC.

Recargo por el uso de tabaco

Si usted usa tabaco, tiene los primeros 12 meses de su plan HIP para dejar de fumar. Si no lo hace, tendrá una PAC mayor después de los primeros 12 meses. A su pago de PAC se le agregará un cargo adicional del 50%. Vea la tabla de niveles de PAC para encontrar los montos mensuales de PAC con el Recargo por el uso de tabaco agregado.

El uso de tabaco incluye estos productos:

- Tabaco de mascar
- Puros
- Narguile
- Cigarrillos
- Pipas
- Rapé

Tenemos programas y beneficios para ayudarle a dejar de fumar. Incluso puede ganar dinero por dejar de fumar. Consulte la secciones *Recompensas Saludables (Healthy Rewards)* y *Servicios ofrecidos por Anthem* en este manual to conocer más.

Cuando comience los primeros 12 meses del año de beneficios de HIP, tendrá la oportunidad de decirnos si usa o no usa tabaco. En cualquier momento, si deja de usar tabaco, puede avisarnos llamando a los siguientes números:

- El agente inscripción al 877-GET-HIP-9 (877-438-4479) o
- Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

Si usted está identificado como consumidor de tabaco y considera que esto es un error, puede presentar una apelación ante nosotros para informarnos el motivo por el que considera que es un error. Vea la *Parte 6: Cómo resolver un problema con Anthem* en este manual para averiguar cómo hacerlo.

Tabla de niveles de PAC

Niveles federales de pobreza	PAC mensual miembro	PAC mensual cónyuge	PAC mensual miembro con recargo por el uso de tabaco	PAC mensual: un recargo por el uso de tabaco	PAC mensual: dos recargos por el uso de tabaco
Hasta 22%	\$1.00	\$1.00	\$1.50	\$1.00 y \$1.50	\$1.50
23% a 50%	\$5.00	\$2.50	\$7.50	\$2.50 y \$3.75	\$3.75
51% a 75%	\$10.00	\$5.00	\$15.00	\$5.00 y \$7.50	\$7.50
76% a 100%	\$15.00	\$7.50	\$22.50	\$7.50 y \$11.25	\$11.25
101% a 138%	\$20.00	\$10.00	\$30.00	\$10.00 y \$15.00	\$15.00

¿Qué ocurre si no paga puntualmente?

Si no recibimos su contribución a la Cuenta POWER en un plazo de 60 días de su fecha de vencimiento, se darán estos cambios:

- Si usted es considerado como médicamente delicado, será transferido al Plan HIP State Basic. Tendrá copagos que van de \$4 a \$75.
- Si no es médicamente delicado, podría perder su cobertura.

Límite de cinco por ciento de costos compartidos

Cada trimestre (o tres meses) de beneficios, usted no debe pagar más del 5% de los ingresos de su hogar para su Cuenta POWER y cualquier copago. Anthem rastreará sus pagos. Si hallamos que usted ha cumplido con su límite del 5%, su factura de PAC será fijada en \$1 o \$1.50 para fumadores, lo cual aún se espera que pague. Su monto de contribución regular y sus copagos iniciarán nuevamente al inicio del siguiente trimestre.

Sin embargo, si cree que ha pagado más del 5% de los ingresos de su familia para el trimestre en cuidado médico, llámenos inmediatamente a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711). Deberá mostrar un comprobante escrito del monto que pagó.

Si sus ingresos, el tamaño de su hogar o la información de contacto cambian

Como miembro de HIP, usted debe informar estos cambios dentro de 10 días de cuando ocurre el cambio:

- Se muda a otra dirección o cambia su dirección postal.
- Sus ingresos familiares o el tamaño de su familia cambian.
- 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.
- Otro cambio que considere que podría afectar su elegibilidad o beneficios para HIP.

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.

Cómo hacer un pago a su Cuenta POWER

Como miembro de HIP Plus, usted debe hacer pagos mensuales a su Cuenta POWER llamados contribuciones. Recibirá una carta de parte nuestra todos los meses llamada factura. Estos son las formas en que puede hacer su pago.

1. **Débito automático recurrente, a veces llamado un pago por ACH:** Los pagos se tomarán automáticamente de su cuenta corriente o cuenta de ahorros o incluso de su tarjeta de crédito todos los meses. Para solicitar un formulario de configuración, contacte a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) o también puede iniciar sesión en anthem.com/inmedicaid y programar sus pagos automáticos usted mismo.
2. **En línea a través de su banco:** Dígale a su banco si necesita ayuda para inscribirse en sus servicios de pago de facturas en línea. Espere por lo menos tres días hábiles para que su pago sea asentado.
3. **En línea a través de Anthem, a veces llamada transferencia electrónica:** Regístrese en anthem.com/inmedicaid.
4. **Correo:** Envíe el formulario de factura de la Cuenta POWER con su cheque o giro bancario a: Anthem Blue Cross Blue Shield P.O. Box 6431 Carol Stream, IL 60197-6431. Asegúrese de escribir su número de identificación del miembro en su pago. Asegúrese de enviar por correo los pagos con el cupón desprendible adjunto a su factura. Si está pagando por varios miembros de la familia con un cheque, incluya todos los cupones.
5. **MoneyGram:** Vaya a cualquier establecimiento de MoneyGram para hacer un pago en efectivo. Puede encontrarlos en lugares como Walmart o CVS. Hay una lista completa en línea en moneygram.com. Necesitará su número de identificación del miembro, el cual está ubicado en el frente de su tarjeta de identificación, el Nombre de la compañía, Anthem Healthy Indiana Plan; y/o el Código de recibo de cinco dígitos, 15204. Asegúrese de llevar el talonario de pago que viene adjunto a su factura. Este servicio no tiene costo.

6. **Teléfono:** Pague mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cheque electrónico llamando a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711). Espere por lo menos cinco días para que su pago sea asentado.
7. **Contribuciones de empleador/grupo sin fines de lucro:** Su empleador o un grupo sin fines de lucro, como una iglesia o fundación, puede pagar una parte o toda su contribución. Si ellos pagan una parte de su contribución, usted paga el resto. Los empleadores y los grupos sin fines de lucro pueden visitar anthem.com/Pay4HIP para conocer más. Su empleador también puede hacer sus pagos mediante deducción automática de la nómina. Su empleador puede llamar a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) para obtener más detalles.

¿Qué pasa si no pago mi Cuenta POWER?

Si su Cuenta POWER tiene un retraso de más de 60 días, usted podría perder algunos o todos sus beneficios. Mantenga sus beneficios pagando a tiempo.

Transferencia de crédito de la Cuenta POWER

El dinero que usted paga a su Cuenta POWER será suyo. Si queda dinero en la cuenta al final del año, puede utilizar este dinero para reducir su deuda si continúa en HIP.

Miembros de HIP Plus

Si usted recibe **determinados servicios de cuidado preventivo**, podría calificar para **duplicar** el monto del dinero que queda en su Contribución a la Cuenta POWER (PAC)! Esto se llama transferencia de crédito. Así que si su porción de dinero que queda al final de su año de beneficios es \$10, recibir el cuidado preventivo requerido puede ahorrarle hasta \$20 en lo que paga el siguiente año. *(Nota: el monto de su transferencia no puede ser mayor que el monto de lo que pagó).*

Miembros de HIP Basic

Si usted recibe su cuidado preventivo, podría transferirse a HIP Plus con un descuento cuando se determina que es elegible para otro periodo de beneficios y continúa en HIP. El descuento reduce su contribución mensual a la Cuenta POWER en su periodo de beneficios actual y sus pagos de la contribución mensual podrían quedar reducidos en HIP Plus por hasta 50%.

Solo tiene que recibir uno de los servicios preventivos de la lista a continuación (incluyendo visión y dental como preventivos). Pregúntele a su médico hoy sobre cómo recibir estos servicios con base en su edad y género:

Servicios de cuidado preventivo			
Examen físico anual	19 en adelante	Análisis de colesterol*	20 en adelante, cada 5 años
Vacuna contra la influenza	19 en adelante	Prueba de detección de diabetes*	35 en adelante
Visión	19 en adelante	Vacuna contra tétano, difteria, tos ferina (Tdap)*	20 en adelante, cada 10 años
Dental	19 en adelante	Prueba de detección de cáncer colorrectal (CRC)*	45 en adelante, Cada 10 años
Mamografía*	40 en adelante	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal (AAA)	65 en adelante si alguna vez fue fumador, una vez
Papanicolaou*	21 en adelante, cada 3 años	Prueba de detección de cáncer de próstata**	55 en adelante

* Estas son guías generales y podrían cambiar según las recomendaciones clínicas de su proveedor médico primario (PMP).

** La decisión de hacer una prueba para cáncer de próstata debe ser individual, las guías para pruebas de detección futuras dependen de los resultados de la prueba inicial y la guía clínica de su proveedor médico primario (PMP).

¿Me cobrarán por los servicios preventivos?



No. Usted recibe estos beneficios sin costo alguno para usted. El cuidado preventivo le ayuda a mejorar su salud y puede ayudarle a manejar su Cuenta POWER y ahorrar dinero. Al recibir cuidado preventivo gratuito y mantenerse saludable, usted podría:

- Usar menos su Cuenta POWER.
- Calificar para que los fondos restantes se transfieran y reduzcan la PAC del siguiente año.
- Ahorrar dinero en su cuidado médico.

Estado mensual de la Cuenta POWER

Recibirá un estado de la Cuenta POWER cada mes y este servirá como su explicación de beneficios (EOB). No es una factura. También puede ir a anthem.com/inmedicaid o a nuestra aplicación móvil e iniciar sesión para ver su estado de cuenta.

El estado de cuenta incluye:

- El monto que ha contribuido para su cuenta.
- El monto que el estado ha contribuido para su cuenta.
- Todas las reclamaciones que hemos pagado.
- El saldo de su Cuenta POWER.
- Cuáles reclamaciones fueron pagadas de los fondos de su Cuenta POWER.



Parte 2: Maneras de gozar de excelente salud



Elija su proveedor médico primario (PMP)

Al ingresar a Anthem, lo pondremos en contacto con un médico o PMP. También puede elegir el suyo al:

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

Su PMP es la primera persona a la que usted llama para todas sus necesidades médicas. Este le 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 o general, un médico que atiende a bebés, niños y adultos.
- Internista, un médico que atiende a adultos.
- Ginecólogo obstetra (OB-GYN), un médico que solo atiende a mujeres.
- Médico en una clínica, tal como un departamento de salud, centro de salud con calificación federal o clínica de salud rural.
- Enfermero especializado.
- Pediatra, un médico que atiende a miembros menores de 21 años.

Si necesita un directorio de proveedores o 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 proveedor que no está en su plan. Solo podemos aprobar a proveedores que sean parte de los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP), lo cual significa que son parte del plan estatal.

Si recibe un servicio de un médico que no está en nuestro plan o el servicio no está aprobado, será considerado un servicio fuera del plan. Esto no aplica a algunos servicios de autorreferencia. Podrá consultar a un médico que no esté en nuestro plan para una autorreferencia (Consulte la sección de *Servicios de autorreferencia* para ver más detalles).

¿Cómo encuentro un proveedor?



Nuestro directorio de proveedores y las herramientas de búsqueda de proveedores le dicen estas cosas:

- Los nombres y las direcciones de los proveedores del plan médico
- Los números de teléfono y el horario de atención
- Si el proveedor es hombre o mujer
- El idioma que hablan
- Los hospitales en los que pueden trabajar
- Si aceptan nuevos pacientes
- Su ubicación (por medio de un mapa en línea)
- Calificaciones profesionales
- Especialidad
- La escuela de medicina a la que asistieron
- Las residencias que completaron
- Estado de certificación en la junta médica

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, tales como para VIH, hepatitis C y/o 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 ayudarlo a elegir un proveedor para adultos. También podemos ayudarlo a transferir sus registros médicos. Llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

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

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



Programe un chequeo de salud

Llame al consultorio de su PMP con el fin de programar una cita para hacerse un chequeo dentro de los 60 días de ingresar a Anthem. Dígales que 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 ayudarlo a mejorar su salud o ayudarlo a permanecer sano.
- Programará las pruebas y servicios preventivos que sean necesarios.

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

Ofrecemos servicios de EPSDT para personas hasta los 21 años, incluyendo miembros de 19 y 20 años inscritos en cualquier producto de HIP. Usted o el miembro de su familia puede estar saludable si:

- Acude a su PMP para visitas de rutina y vacunas.
- Acude a su dentista y su oculista para hacerse chequeos.

Cómo proteger a su familia del envenenamiento por plomo

Si un niño inscrito en Medicaid está en riesgo de exposición por plomo, se debe hacer una prueba de detección del nivel de plomo en la sangre (BLL) entre los 9 a 15 meses, o lo más cercano posible a la cita del miembro. Los niños deben hacerse otra prueba de sangre entre los 21 a 27 meses, o lo más razonablemente cercano 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 hacerse un análisis de concentración de plomo en sangre lo más pronto posible. Usted o el miembro de su familia:

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

Si marcó una o más de las casillas de arriba, llame a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711) para conversar sobre hacerse un análisis de BLL.

Consulte las *Guías de salud preventiva* en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid) para conocer más sobre las visitas de control y las vacunas.

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.

Piense en tres para su identificación del miembro

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

1. **Lleve con usted su tarjeta de identificación del miembro en todo momento.** Su tarjeta de identificación muestra que usted es miembro de Anthem y muestra 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.** Solo tiene que iniciar sesión en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid). O puede llamar al 866-408-6131 (TTY 711).



Aprobación previa (una autorización de Anthem)

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

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

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

Si tiene preguntas, usted o su médico podrían llamarnos a Servicios para Miembros o a nuestra Línea de Enfermería 24/7 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 el 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 aprobación nuestra primero, tal vez tenga que pagar por los servicios.



Si desea cambiar su PMP, puede hacerlo rápidamente en línea en anthem.com/inmedicaid o en la aplicación móvil. Inicie sesión para acceder a su cuenta segura y cambiar su 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 del miembro. También podemos ayudarle a cambiar su PMP por teléfono llamando a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

Atención especializada

- Su PMP podría enviarlo a un especialista para recibir atención o tratamiento especializado.
- Su PMP lo ayudará a elegir un especialista que le brinde la atención que necesita. Quizás no necesite nuestra aprobación. Su PMP sabe cuándo pedir una aprobación.
- El personal del consultorio de su PMP puede ayudarlo. Pueden programar un día y hora para la visita al consultorio con un especialista.
- Dígle 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 aprobación antes de poder brindarle atención. Quizás también necesite una referencia de su PMP.

Referencia permanente

A veces Anthem deja que los miembros obtengan lo que se denomina una referencia permanente. Esto significa que si necesita 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 sea 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 Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

Servicios de salud conductual

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

- Servicios para paciente hospitalizado.
- Hospitalización parcial.
- Programa ambulatorio intensivo.
- Terapia individual, familiar y grupal.
- Análisis aplicado del comportamiento (ABA).
- Servicios de medicamentos.
- Pruebas psicológicas.

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

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



Para todos los adultos

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

Para mujeres

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

Para hombres

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

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). También puede preguntar acerca de cintas de audio sobre 300 temas de salud.

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 bajo Materiales para los miembros.



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.

Cómo conectarse con la administración de cuidados médicos

Los proveedores, enfermeros, trabajadores sociales y miembros o sus representantes podrían referirlo a administración de cuidados médicos en una de estas dos formas:

Teléfono: 866-902-1690 (TTY 711) • Fax: 855-417-1289

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

Si experimentó un evento crítico o un problema de salud que es complejo, lo 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 la administración de cuidados médicos complejos

Usamos los datos para saber qué miembros califican para nuestro programa de administración de cuidados médicos complejos. Lo pueden referir a administración de cuidados médicos complejos a través de lo siguiente:

- Línea de Enfermería 24/7
- Programa de cuidado para condiciones
- Planificador del alta
- Administración de la utilización
- Referencia al miembro o cuidador
- Su médico u otro proveedor

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 Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).

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 cualquier 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.

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 a su disposición sin costo de parte del equipo de la Unidad de cuidado centralizada de cuidado para condiciones (CCCCU). Nuestro equipo de enfermeros certificados, llamados administradores de cuidados médicos de la CCCC, le ayudará a entender su condición y a cumplir con sus metas de cuidado médico a través de educación, recursos y referencias a proveedores de cuidado.

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

- | | | | |
|---------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| • TDAH | • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | • Hipertensión | • Esquizofrenia |
| • Asma | • Insuficiencia cardíaca congestiva | • Trastorno depresivo complejo: adultos | • Anemia falciforme |
| • Autismo | • Diabetes | • Trastorno depresivo complejo: niños y adolescentes | • Trastorno por el uso de sustancias |
| • Trastorno bipolar | • VIH/sida | • Embarazo | |
| • Enfermedad arterial coronaria | | | |
| • Enfermedad renal crónica | | | |

Nuestros administradores de cuidados médicos también pueden ayudar con manejo del peso y servicios para dejar de fumar. Su administrador de cuidados médicos se ocupará de:

- Escucharlo y tomarse el tiempo para entender sus necesidades específicas.
- Ayudarlo a hacer un plan de salud para alcanzar sus metas de cuidado médico.
- Brindarle las herramientas, el apoyo y los recursos comunitarios que puedan ayudarlo a mejorar su calidad de vida.
- Entregar información de salud que puede ayudarlo a tomar mejores decisiones.
- Ayudarlo a coordinar su cuidado con sus proveedores.

Cómo ingresar

Si califica, le enviaremos una carta de bienvenida a un programa de Cuidado para condiciones. O, 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.

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 dmsself-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.

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 (salir del programa). También podría llamar a este número para dejarle un mensaje privado a su administrador de cuidados médicos las 24 horas del día.

Para más información, visite anthem.com/inmedicaid y seleccione **Manage Your Condition (Maneje su condición)** bajo la pestaña **Health & Wellness Resources (Recursos de salud y bienestar)**.

También puede llamar al 888-830-4300 o a la Línea de crisis de salud conductual al 833-874-0016.

Hogares de salud

Anthem y los Easter Seals de la Región Central de Indiana se enorgullecen de ofrecer el programa de Hogares de salud para miembros con Trastorno del espectro autista (TEA) de moderado a grave. Hogares de salud coordina el cuidado con el PMP del miembro, los especialistas físicos y conductuales, así como con las escuelas y los servicios sociales para ofrecer un apoyo completo.

Hogares de salud ayuda a los miembros con:

- Planificación del cuidado
- Habilidades del desarrollo
- Actividades de promoción de la salud
- Programas de cuidado para condiciones
- Apoyo de transición

Programa de trastornos del espectro autista

Las personas y las familias afectadas por el autismo pueden hablar con administradores de cuidados médicos de nuestro programa de trastornos del espectro autista (TEA). Ofrecemos un sistema de apoyo para ayudar a los miembros a entender el cuidado que está disponible. Nuestra meta es ayudar a las personas y a las familias a lograr confianza en la navegación por los recursos disponibles.

Programas para el trastorno de abuso de sustancias

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



¿Atención de urgencia o emergencia?

¿Cuál debo elegir?

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

¿Enfermo o herido? ¿A dónde debe ir?

• Cuidado fuera del horario normal

Una condición médica urgente no es una emergencia, pero necesita cuidado médico 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, incluso 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 ser mortal 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. Asegúrese de llamar a su PMP dentro 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 de nuestra área de servicio

Si usted necesita atención de emergencia mientras viaja fuera de nuestra área de servicio, siga estos pasos que lo ayudarán a asegurarse de estar cubierto:

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



Parte 3: Servicios de farmacia



Cómo abastecer sus recetas

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

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

Los beneficios de farmacia para los miembros de HIP incluyen:

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



Estos medicamentos recetados **no** se ofrecen:

- Medicamentos de venta libre (OTC) (a menos que estén especificados en el formulario o la 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.

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.
- Está recibiendo más de un medicamento de lo que normalmente se espera.
- Hay otros medicamentos que se deben probar primero.

Si se necesita una autorización, su médico deberá brindarnos detalles sobre su salud. 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.

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

Copagos de farmacia

Los miembros de HIP en el Plan Basic tienen estos copagos:

- \$4 por medicamentos preferidos
- \$8 por medicamentos no preferidos

No hay copago de farmacia para:

- Miembros de HIP Plus.
- Miembros del plan HIP Maternity.
- Miembros indígenas estadounidenses/nativos de Alaska.
- Miembros que han gastado el 5% de sus ingresos para copagos y/o contribuciones.
- Medicamentos proporcionados como suministro de emergencia.



Otras cosas que necesita saber sobre su medicamento

• Suministro para días de medicamentos

Los miembros de HIP Basic o HIP State Basic solo podrían recibir un suministro para hasta 30 días de un medicamento. Los miembros de HIP Plus o HIP State Plus podrían recibir un suministro para 30 días de medicamentos que no sean para tratamiento a largo plazo o un suministro para 90 días de medicamentos para tratamiento a largo plazo. Usted también puede recibir ese suministro para 90 días por correo o en la farmacia. Los miembros de HIP Plus y HIP State Plus pueden hacer que la farmacia programe sus reposiciones para 90 días para una sola fecha, de modo que usted pueda hacer un viaje a la farmacia para recoger todos sus medicamentos.

• 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.



- **Administración de terapia con medicamentos**

Ofrecemos un programa de Administración de terapia con medicamentos a través de nuestro programa de Entrenador personal para medicamentos a los miembros de HIP Plus que califican. Este ayuda a estar seguros de que usted reciba el mayor beneficio de sus medicamentos.

- **Apoyo de medicamentos para miembros**

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

Sus derechos de apelación

Si su solicitud de medicamento es denegada, 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 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.



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 visión

Llame a nuestro 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 las 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 el Healthy Indiana Plan (HIP). Tiene la opción de recibir los beneficios de Medicaid tradicional en lugar de HIP. Puede llamar al Agente de inscripción del Healthy Indiana Plan al 877-GET-HIP-9 (877-438-4497) para preguntas sobre cambio de su plan médico. El cambio no tiene costo alguno y puede recibir más beneficios de Medicaid tradicional que de HIP.

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 Anthem no cubrirá servicios que recibió antes de esa fecha.
- Elegir un proveedor médico primario (PMP) que pertenezca a la red y cambiar su PMP sin motivo o causa.

- Saber si su médico participa en un plan de incentivos para médicos a través de Anthem. Llámenos para conocer más al respecto.
- Participar en todas las decisiones sobre su cuidado médico. Esto incluye el derecho a rechazar tratamiento.
- Saber cuáles hospitales debe utilizar y a los que tiene acceso.
- 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 tratamientos 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 visión 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 quiere 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 bancarota 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 sexo o identidad de género
 - Su orientación sexual
 - Su raza
 - Su nacionalidad
 - Sus necesidades de idioma
 - El grado de su enfermedad, condición médica o discapacidad

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 recibe cuidado médico.
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias verdaderas.
- Hacer cualquier copago requerido.
- Hacer el pago de su contribución mensual a tiempo (si usted es miembro de HIP que se le requiere pagar).
- 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 pedir nuestra autorización para pagar 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, condición 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 el tratamiento:

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

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

Su año de beneficios: marque su calendario

Ahora, HIP coordina el plan médico que elija con el año calendario. Cada otoño, durante el periodo de selección de plan médico entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre, tendrá la oportunidad de escoger el plan médico con el que permanecerá todo el año, de enero hasta diciembre. Esto se denomina **año de beneficios**. Tendrá el mismo plan médico durante todo el año, incluso aunque deje HIP y regrese a lo largo del año. Si no escoge un nuevo plan, será reinscrito automáticamente siempre y cuando siga siendo elegible.

La buena noticia es que, si está conforme con Anthem, no tiene que hacer nada. Será reinscrito automáticamente con nosotros para el próximo año.

Si quiere hacer un cambio, puede llamar al agente de inscripción al **877-GET-HIP-9 (877-438-4479)** entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre para informarle que usted quiere escoger un nuevo plan médico para el próximo año de beneficios. Si no pudo participar en este periodo de selección de plan médico porque estaba en un programa distinto o no estaba inscrito completamente en HIP, tiene 30 días para elegir un nuevo plan. Solo debe llamar al agente de inscripción y decirle que quiere cambiar de plan médico porque no pudo participar del periodo de selección.

Esto no cambia su periodo de elegibilidad para el programa durante su redeterminación. Usted deberá seguir haciendo el proceso de redeterminación cada 12 meses. Esto se dará con base en cuál mes empezó con HIP.

Cómo elegir un nuevo plan médico

Los miembros de HIP pueden cambiarse a otro plan médico por cualquier motivo durante los primeros 60 días de la membresía en el plan médico o hasta hacer el primer pago de HIP Plus, lo que se dé primero, a menos que el miembro tenga un plan médico anterior ya asignado para el año calendario actual.

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

- Ha agotado el proceso interno de reclamos y apelaciones 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 de salud cerca de usted.
- Otra entidad de atención administrada (MCE) tiene un 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 preguntas, quiere cambiar de plan por causa justificada, solicitar el formulario de cambio de MCE, presentar un reclamo o si no está satisfecho con la manera en que manejamos un reclamo, contacte al Agente de inscripción del Healthy Indiana Plan al 877-GET-HIP-9 (877-438-4479).

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 reembolso por pagos que haya hecho por usted si otra compañía de seguro hizo 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 pidió 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 para leer sobre su derecho a privacidad. Este aviso se incluyó al final de este manual del miembro.

Sus registros médicos

Las leyes estatales y federales le permiten ver sus registros médicos. Pregunte a su PMP por sus registros primero. Si tiene problemas para obtener sus registros médicos de su médico, llame a Servicios para Miembros al 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 quiera listar los tipos de cuidado que quiere o no quiere recibir. Por ejemplo, algunas personas no quieren 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 podría cambiar o revocar su testamento vital en cualquier momento con solo informarle a su PMP o a otro proveedor de cuidado médico. Podría 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 un cuidado médico y 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 de Anthem. Esto garantiza que usted reciba cuidado que sea de buena calidad, útil y adecuado 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 un excelente cuidado. Hacemos esto al:

- Tener programas y servicios para ayudarle 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 brindar un mejor cuidado.

¿Quiere 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 por correo 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 médicos 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. Sus respuestas son anónimas. Esta información es usada para mejorar nuestros servicios y su cuidado. Si lo ayudamos, cuéntenoslo en la encuesta.

También puede ser parte de nuestro Comité de la Red Consultiva 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 se considera como 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.

Conozca más en fighthealthcarefraud.com.

La presentación de una tarjeta de identificación (ID) del miembro no garantiza la elegibilidad; los proveedores deben verificar el estatus de un miembro al consultar en línea o telefónicamente. Hay disponible apoyo en línea para consultas de 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 sobre cualquier tarjeta robada o perdida a la compañía lo más pronto posible. Los miembros deben revisar sus explicaciones de beneficios (EOB) para ver si hay algún error y luego contactar a Servicios para Miembros si hay algo incorrecto.

Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Si sospecha que un proveedor (por ejemplo: grupo de proveedores, hospital, médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.) o cualquier miembro (una persona que recibe beneficios) ha cometido fraude, desperdicio o abuso, usted tiene derecho a 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, quien denuncia el incidente se mantiene en estricta confidencialidad por parte de la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU).

Puede informar sus inquietudes:

- Visitando nuestro sitio de educación fighthealthcarefraud.com; en la parte superior de la página, seleccione “Report it (Infórmelo)” y complete el formulario de “**Report Waste, Fraud and Abuse (Denunciar desperdicio, fraude y abuso)**”.
- Llamando a la Línea directa de fraudes de la SIU al 866-847-8247.
- Llamando a Servicios para Miembros al 866-408-6131 (TTY 711).
- Enviando 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 hechos por personal inexperto o no calificado
- Declaración falsa de diagnóstico o servicios
- Uso excesivo
- 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 médico usando un código de procedimiento para un servicio más costoso que el que fue realizado realmente

Al denunciar 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.).
- Número de Medicaid del proveedor y el centro (si lo tiene).
- Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
- 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 del servicio del plan y no avisarnos
- Usar la tarjeta de identificación de otra persona

Al denunciar preocupaciones que incluyen 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 HIP.
- Se muda fuera de Indiana.
- Se inscribió por error.
- Se vuelve elegible para Medicare.

Puede cancelar su inscripción en HIP en cualquier momento. Si quiere seguir con sus beneficios de salud, pero cancelar su inscripción en Anthem, hay ciertas normas. (Consulte la sección denominada *Cómo elegir un nuevo plan médico*).





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 la aplicación móvil Sydney Health.
- 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. Podría 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 ayudarlo. 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](https://www.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 completado o carta, 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 quiere presentar una apelación sobre cómo resolvimos su problema, se puede solicitar una apelación en un plazo de 60 días calendario de la fecha de la carta de resolución del reclamo o la carta de denegación de servicio.

Envíe su apelación a:

Appeals Department

Anthem Blue Cross and Blue Shield

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466

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

También puede pedir una apelación llamando 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 reemplaza su derecho de 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 al Healthy Indiana Plan a partir de la fecha en que le comuniquemos que su apelación ha sido denegada. En un plazo de tres días hábiles después de recibir su solicitud, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos.

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

- Su derecho a solicitar 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 espera si la decisión no es la que esperó al principio.

Revisión externa independiente acelerada (apurada)

Usted podría pedirnos que se acelere su revisión externa independiente (EIR) si su salud lo necesita. Los miembros solo deben solicitar una revisión externa independiente acelerada por fax. Envíela por fax al **855-516-1083**.

Procesaremos su solicitud lo más pronto posible, pero a más tardar en 72 horas desde el momento en que recibimos su apelación. Le enviaremos una carta en un plazo de 24 horas después de tomar una decisión.

Proceso de audiencia imparcial estatal y apelación

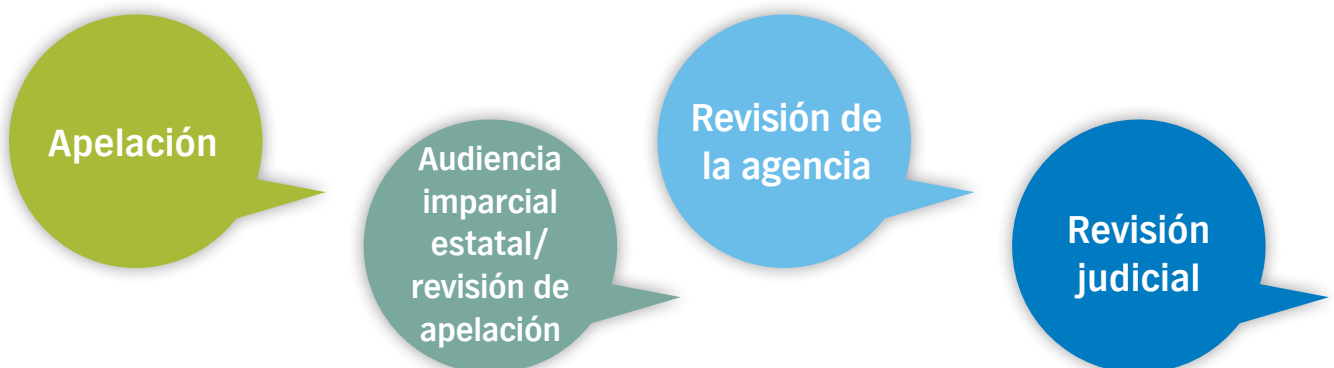
Si no está de acuerdo con lo que decidamos después de completar nuestro proceso de apelación, puede pedir una Audiencia imparcial estatal y una revisión de la apelación. Podría pedir esta revisión si nosotros:

- 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 el aviso de decisión del juez.

Recibirá un aviso de acción por escrito de la agencia de revisión. Si la decisión de la audiencia se revirtió o modificó, 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. REVÍSELO 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

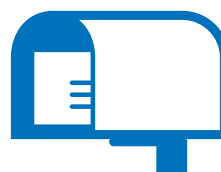
Para leer más información sobre cómo recopilamos y utilizamos su información, sus derechos de privacidad y detalles sobre otras leyes estatales y federales de privacidad, visite nuestra página web de Privacidad en <https://www.anthem.com/privacy>.

¿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](https://www.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 PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Contacte al número gratuito de 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., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

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 con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por:

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

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

Es importante comunicarnos con usted

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

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

Para obtener estos servicios, llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. O puede llamar a nuestro Coordinador de 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). Presente el reclamo por correo postal, correo electrónico, fax o teléfono:

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

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

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

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

Spanish

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

Arabic

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

Burmese

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

Chinese

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

Dutch

Avez-vous besoin d'aide pour vos soins de santé, pour parler avec nous ou pour lire ce que nous vous envoyons? Nous vous offrons notre matériel dans d'autres langues et formats, sans frais pour vous. Appelez-nous sans frais à 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

French

Brauchen Sie etwas Hilfestellung mit Ihrer Gesundheitsfürsorge, wenn Sie 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.

German

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

Hindi

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

Japanese

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

Korean

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

Pennsylvania
Dutch

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

Punjabi

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); TTY 711.

Russian

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.

Tagalog

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 vị hay không? Chúng tôi cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ và định dạng khác miễn phí. Hãy gọi chúng tôi theo số điện thoại miễn cước 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

Vietnamese

