



## **Guion de bienvenida de Healthy Indiana Plan (HIP) Plus para miembros por debajo del 100 del nivel federal de pobreza**

**Introducción:** [Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches]. Le hablo de parte de Anthem Blue Cross and Blue Shield, su proveedor de cobertura de salud de Healthy Indiana Plan, o HIP. ¿Podría hablar con [Member Name/the parent or guardian of Member Name]?

**Si es un número de teléfono equivocado:** Lo sentimos. Llamamos al número equivocado. Actualizaremos nuestros registros. Adiós. *Finalice la llamada.*

**Si no hay una respuesta, deje el siguiente mensaje de voz:**

“Le hablo de Anthem Blue Cross and Blue Shield, su proveedor de cuidado de la salud. Si no completó el cuestionario sobre necesidades de la salud, con gusto le ayudaremos a completarlo. Llámenos al 1-866-408-6131 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Nota: Por favor, repita el número para que puedan anotarlo.

**Si la respuesta es "sí":** *Registre el nombre de la persona si no es miembro. Anote el tipo de relación: persona con vínculo familiar (CFC), padre/madre/cuidador (PC), otro representante verificado de conformidad con la HIPAA.*

Antes de continuar, ¿podría confirmar [your/Member Name's] su nombre completo, fecha de nacimiento y número de identificación de Medicaid/ del miembro]?

*Si la persona no puede proporcionar un número de identificación, podemos solicitarle dos de los siguientes datos:*

- 1. Dirección*
- 2. Código postal*
- 3. Fecha anterior de prestación del servicio*
- 4. Nombre del proveedor*

**Si no se puede verificar la información:** Debido a las leyes de privacidad, no podemos hablar con usted acerca de la información de esta persona. ¿Cuándo sería un buen momento para hablar con [Member Name/the parent or guardian of Member Name]? *Anote el horario para volver a llamar. Muchas gracias por transmitir este mensaje y que tenga un buen día/una buena tarde. Adiós. Finalice la llamada.*

Bienvenido a la familia de Anthem. Como miembro del plan HIP Plus de Anthem, tiene acceso y cobertura para lo siguiente:

- Cuidado preventivo,
- Visitas al doctor,
- Medicamentos recetados,
- Cuidado dental,
- Cuidado de la vista,
- Transporte,
- Cuidado durante el embarazo,
- Hospitalización,
- Y muchos otros servicios de salud.

*Comience con las preguntas.*

¿Recibió el paquete de bienvenida que incluye artículos como el manual del miembro, un formulario de selección de proveedor de cuidado primario y un volante sobre el cuestionario sobre necesidades de la salud? *Anote la respuesta.*

¿Ha recibido [su tarjeta de identificación de Anthem/la tarjeta de identificación de Anthem de su hijo]? *Anote la respuesta.*

**Si la respuesta es afirmativa para todas las preguntas:** Asegúrese de tomarse unos minutos para revisar el paquete de bienvenida, y recuerde llevar consigo la tarjeta de identificación [suya/de su hijo] cuando [usted/su hijo] reciba servicios de cuidado de la salud. *Vaya a Pago/Información del PMP.*

**Si la respuesta es negativa para una pregunta o más:** Pronto debería recibirlo. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-408-6131 (TTY 711) si no recibe su [paquete de bienvenida/tarjeta de identificación] en el plazo de una semana o si su dirección ha cambiado desde que se registró. *Vaya a Pago/Información del PMP.*

**Pago/Información del PMP:** Quiero agradecerle por haber realizado el pago inicial que le permitió inscribirse en el plan HIP Plus. Sus pagos son aportes a su cuenta POWER; no olvide seguir realizando los pagos mensuales para su parte de la cuenta POWER.

Puede pagar de las siguientes maneras:

- Habilitando las transferencias automáticas desde una cuenta bancaria. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-408-6131 (TTY 711) para obtener un formulario;
- Iniciando sesión en [www.anthem.com/inmedicaid](http://www.anthem.com/inmedicaid) o a través de un pago en línea por medio de su banco;
- Enviando el pago a la dirección que aparece en su estado de cuenta mensual;
- Por medio de MoneyGram. Use **Anthem Healthy Indiana** como nombre de la empresa o el código de recepción de 5 dígitos **15204**. Puede encontrar MoneyGram en Walmart, CVS o en línea, en [www.moneygram.com](http://www.moneygram.com);
- Llamando a Servicios al Miembro al 1-866-408-6131 (TTY 711);
- Mediante contribuciones del empleador/organizaciones sin fines de lucro. Es importante que sepa que los empleadores o las organizaciones sin fines de lucro pueden optar por pagar una parte o la totalidad de su contribución anual a la cuenta POWER. Esto reduciría el monto mensual que debe pagar.

Si su pago se atrasa más de 60 días, su cobertura finalizará y, durante seis meses, no podrá volver a inscribirse en HIP.

Si tiene dinero en su cuenta POWER al finalizar el período de beneficios, el saldo restante se utilizará para reducir el monto que debe pagar al año siguiente. Además, el monto que se traspasa al año siguiente se duplica si usted recibe determinados servicios preventivos.

Recuerde recibir los servicios preventivos recomendados. Esto no tiene costo alguno para usted y no se cargará a su cuenta POWER. En el manual del miembro o en nuestro sitio web, [www.anthem.com/inmedicaid](http://www.anthem.com/inmedicaid), puede encontrar una lista de los servicios preventivos que califican para traspasar crédito. Para determinar qué servicios preventivos son adecuados para usted, hable con su proveedor de cuidado primario, o PMP.

Su proveedor de cuidado primario es [su hogar médico/el hogar médico de su hijo], esto quiere decir que debería comunicarse con su proveedor de cuidado primario para chequeos anuales importantes y cuando [usted necesite/su hijo necesite] algún servicio. Si todavía no lo hizo, llame a su proveedor de cuidado primario para concertar una cita a fin de conocerse y para que este conozca sus antecedentes médicos. Su proveedor de cuidado primario podrá ayudarlo mejor cuando se enferme si se conocieron cuando usted estaba sano.

En caso de una emergencia, debe llamar al 911 o ir a la sala de emergencias, o ER. Si no sabe si realmente es una emergencia, llame o visite a [su proveedor de cuidado primario/el proveedor de cuidado primario de su hijo] para que lo aconseje antes de ir a la sala de emergencias. También puede comunicarse con la 24/7 NurseLine (línea de ayuda de enfermería de 24 horas) de Anthem al 1-866-408-6131 (TTY 711) para hablar con uno de nuestros enfermeros. Un enfermero podrá asesorarlo y también encontrar centros de cuidados de urgencia para ayudarlo a [usted/su hijo] a

obtener el cuidado necesario. Si llama a nuestra 24/7 NurseLine antes de ir a la ER y el enfermero le dice que vaya a la ER, es posible que no deba abonar un copago.

Si necesita transporte para asistir a una cita con el doctor, puede programar el transporte gratuito llamando a LCP Transportation al 1-800-508-7230 (TTY 1-877-224-5785) dos días hábiles antes de la cita programada. O llame a Anthem al 1-866-408-6131 (TTY 711) para programar servicios gratuitos de transporte.

¿Acepta que nos comuniquemos con usted por correo electrónico si no podemos hacerlo por teléfono?

**Si la respuesta es "no":** *Vaya a Ayuda adicional.*

**Si la respuesta es "sí":** ¿Cuál es su dirección de correo electrónico? *Anote la dirección de correo electrónico. Vaya a Ayuda adicional.*

**Ayuda adicional:** ¿Hay algo más que pueda hacer por usted?

**Si la respuesta es "no":** *Vaya al cuestionario sobre necesidades de la salud.*

**Si la respuesta es "sí":** *Aborde la necesidad del miembro, luego vaya al cuestionario sobre necesidades de la salud.*

**Cuestionario sobre necesidades de la salud:** *A menos que el miembro le informe específicamente que ya completó el cuestionario sobre necesidades de la salud (HNS), es necesario que lo complete. Si el miembro ha completado el HNS, vaya a Mensaje de agradecimiento.*

OK. Le haré algunas preguntas relacionadas con la salud que conforman el cuestionario sobre necesidades de la salud. Sus respuestas ayudarán a que usted/su hijo tenga acceso al cuidado de la salud apropiado. Tenemos que hacerles a todos las mismas preguntas, por lo que es posible que algunas de ellas no se apliquen a [usted/su hijo]. No le llevará mucho tiempo y ganará \$10 en su tarjeta de recompensas de Anthem. Ya debe haber recibido su tarjeta de recompensas de Anthem por correo. Si no, debería llegar pronto. Anthem cargará \$10 en su tarjeta para que pueda usarlo en Walmart. Asegúrese de conservar la tarjeta; es posible que pueda obtener más recompensas en el futuro.

Comencemos con el cuestionario sobre necesidades de la salud.

*Comience con el cuestionario sobre necesidades de la salud. Al finalizar el cuestionario, vaya a Mensaje de agradecimiento.*

**Si el miembro se niega a completar el HNS en este momento:** Comprendo que no quiere realizar el cuestionario sobre necesidades de la salud en este momento. Pero recuerde que el cuestionario es importante para [su salud/la salud de su hijo]. Y obtendrá \$10. Así que le pedimos que complete el cuestionario lo antes posible. Lleve su tarjeta de recompensas de Anthem a la cabina de salud correspondiente en una Farmacia Walmart en su área y complete el cuestionario para ganar su recompensa. También puede completar el cuestionario en línea en el sitio [www.anthem.com/hns](http://www.anthem.com/hns). Una vez más, le damos la bienvenida a la familia de Anthem. ¡Que tenga un buen día! *Finalice la llamada.*

**Mensaje de agradecimiento:** Eso es todo lo que necesito. Gracias por tomarse el tiempo de hablar conmigo. Una vez más, le damos la bienvenida a la familia de Anthem. ¡Que tenga un buen día! *Finalice la llamada.*