



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]. Le hablo 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 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 lo ayudaremos a completarlo. Por favor llámenos al 1-866-408-6131 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Por favor repita el número para que puedan anotarlo.

Si la respuesta es afirmativa: *Registre el nombre de la persona si no es miembro. Anote el tipo de contacto: 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 fecha de nacimiento y el número de identificación de [Medicaid/Subscriber]?

Si la persona no puede proporcionar un número de identificación, podemos solicitar 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 [buenos días/buenas tardes]. Adiós. Finalice la llamada.*

Si se verifica la información: Quiero informarle que esta llamada podría ser monitoreada y grabada por motivos de calidad y entrenamiento.

Bienvenido a la familia Anthem. Como miembro del plan HIP Plus de Anthem, tiene acceso a lo siguiente, lo cual además está cubierto por el plan:

- cuidado preventivo;
- visitas al doctor;
- medicamentos recetados;
- cuidado dental;
- cuidado de la vista;
- transporte;
- cuidado durante el embarazo;
- hospitalización;
- y muchos otros servicios de la 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.*

¿Recibió [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 [su tarjeta de identificación/la tarjeta de identificación de su hijo] cuando [reciba/su hijo reciba] servicios de cuidado de la salud. *Vaya a Pago/Información del PMP.*

Si la respuesta es negativa para una o más preguntas: Debería [recibirlo/recibirla/recibirlos] pronto. Por favor llame a Servicios al Miembro al 1-866-408-6131 (TTY 711) si no recibe [el paquete de bienvenida/la tarjeta de identificación] en el plazo de una semana o si cambió su dirección luego de 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 el débito automático 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 o a través de un pago en línea por medio de su banco.
- Enviando el pago a la dirección que figura en el estado de su 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 los servicios de MoneyGram en Walmart, en CVS o en línea, en www.moneygram.com.
- Llamando a Servicios al Miembro al 1-866-408-6131 (TTY 711).
- Por medio de aportes del empleador/de organizaciones sin fines de lucro. Es importante que sepa que los empleadores u organizaciones sin fines de lucro pueden optar por contribuir una parte o la totalidad de su contribución anual a la cuenta POWER. Esto reduciría el monto mensual que usted debe pagar.

Si su pago se atrasa más de 60 días, perderá sus beneficios de HIP Plus y bajará de categoría al plan HIP Basic. En el plan HIP Basic, no obtiene beneficios de cuidado de la visión ni de cuidado dental a menos que tenga 19 o 20 años o que sea elegible para recibir beneficios a través del plan estatal, y tiene que abonar copagos por los servicios que reciba. Su carta de bienvenida y su tarjeta de identificación le indican para qué beneficios califica.

Si le queda dinero en su cuenta POWER al final del periodo de beneficios, parte del saldo restante se transferirá al siguiente año para reducir el monto que deba pagar ese año. Si también obtiene ciertos servicios preventivos, el monto que se transfiera al año siguiente se duplicará.

Recuerde obtener los servicios preventivos recomendados. Esto no tiene costo para usted y no se le cobrará ningún cargo a su cuenta POWER. Puede encontrar una lista de los servicios preventivos requeridos en su manual del miembro o visitando nuestro sitio web en www.anthem.com/inmedicaid. Para determinar qué servicios preventivos son los indicados 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 [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 dirigirse a la sala de emergencias, o ER. Si no sabe si realmente es una emergencia, llame o visite [a su proveedor de cuidado primario/al proveedor de cuidado primario de su hijo] para que lo aconseje antes de dirigirse 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 brindarle consejos y encontrar centros de cuidados de emergencia para ayudar a que [usted/su hijo] reciba el cuidado que necesita. Si llama a nuestra

24/7 NurseLine antes de dirigirse a la sala de emergencias y el enfermero le dice que vaya a la sala de emergencias, es posible que no tenga que 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 su 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 negativa: *Vaya a Ayuda adicional.*

Si la respuesta es afirmativa: *¿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 negativa: *Vaya a Cuestionario sobre necesidades de la salud.*

Si la respuesta es afirmativa: *Resuelva la inquietud del miembro y luego vaya a 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), se le pide que lo complete. Si el miembro ya completó el HNS, vaya a Mensaje de agradecimiento.*

De acuerdo. Voy a hacerle algunas preguntas de salud para completar 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 las mismas preguntas a todos, 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 usarlos 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 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 de su zona y complete el cuestionario para ganar sus recompensas. También puede completar el cuestionario en línea en el sitio www.anthem.com/hns. Una vez más, le damos la bienvenida a la familia 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 Anthem. ¡Que tenga un buen día! *Finalice la llamada.*