



SUS DERECHOS COMO MIEMBRO DE HOOSIER HEALTHWISE, HEALTHY INDIANA PLAN O HOOSIER CARE CONNECT

Estamos para ayudarle a sentirse mejor, pero si no está conforme con Anthem Blue Cross and Blue Shield, usted puede:

- Presentar una queja ante Anthem.
- Apelar la resolución de una queja (si no está conforme con el resultado de la queja).
- Presentar una apelación ante Anthem por un servicio que:
 - Fue rechazado.
 - Fue aprobado parcialmente (esto incluye el tipo o el nivel de servicio).
 - Fue modificado.
 - Fue suspendido.
 - Fue aprobado y luego suspendido.
- Solicitar una revisión externa independiente (EIR) (si no está conforme con el resultado de la apelación de un servicio rechazado).
- Solicitar una audiencia estatal imparcial ante la Family Social Services Administration (FSSA) de Indiana **después** de utilizar nuestro proceso de apelación.

Derechos de apelación del recargo por uso de tabaco (solo para miembros de HIP):

Como miembro de HIP, si está identificado como consumidor de tabaco y piensa que esta información es errónea, puede pedir que la corrijan. Solo debe llamar a Anthem al 1-866-408-6131. También puede presentar una apelación si realizó el proceso de selección del plan de salud durante su segundo año de beneficios y todavía está identificado como consumidor de tabaco.

Quejas

Si no está conforme con nosotros o nuestros proveedores o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado, usted o la persona que designe como su representante pueden presentar una queja ante Anthem. Una queja es una solicitud para analizar un problema relacionado con la calidad de un cuidado o servicio. Puede presentar una queja llamándonos al 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise y Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711. También puede completar un formulario de queja o escribirnos una carta. Detalle claramente lo siguiente:

- Quién está involucrado en la queja.
- Qué sucedió.
- Cuándo sucedió.
- Dónde sucedió.
- Por qué no está conforme con sus servicios de cuidado de la salud.

Adjunte todos los documentos que puedan ayudarnos a analizar el problema. Puede encontrar formularios de queja en nuestro sitio web, www.anthem.com/inmedicaid, o en los lugares donde recibe cuidado (por ejemplo, en el consultorio de su doctor). Envíe el formulario completo o la carta a la siguiente dirección:

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

Investigaremos su problema y tomaremos una decisión dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que recibamos su queja. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los cinco días hábiles desde que tomemos la decisión.

Si usted considera que esperar 30 días calendario podría ser perjudicial para su salud, es posible que podamos darle una respuesta dentro de las 48 horas. Esto se denomina queja acelerada (rápida). En su solicitud, indíquenos por qué considera que esperar 30 días calendario podría ser perjudicial para su salud. Tomaremos una decisión e intentaremos comunicarnos con usted dentro de las 48 horas desde el momento en que recibamos su queja. También le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles desde que tomemos una decisión.

También es necesario que presente evidencia que pruebe su reclamación. Esto se debe realizar dentro de un plazo determinado. Un director médico revisa las solicitudes de quejas aceleradas. Si el director médico considera que esperar 30 días calendario no será perjudicial para su salud, le enviaremos una carta dentro de los dos días hábiles para informarle que completaremos su queja lo antes posible dentro de los 30 días calendario. También intentaremos comunicarnos por teléfono para informarle nuestra decisión.

Apelaciones de quejas

Si no está conforme con la decisión que tomamos respecto a su queja, puede apelarla. Puede solicitar la apelación de la queja llamándonos al 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise y Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711. También puede completar un formulario de queja o escribirnos una carta. Detalle claramente lo siguiente:

- Por qué apela nuestra decisión.
- Quién está involucrado en la queja.
- Qué sucedió.
- Cuándo sucedió.
- Dónde sucedió.
- Por qué no está conforme con sus servicios de cuidado de la salud.

Adjunte todos los documentos que puedan ayudarnos a analizar el problema. Puede encontrar formularios de queja en nuestro sitio web, www.anthem.com/inmedicaid, o en los lugares donde recibe cuidado (por ejemplo, en el consultorio de su doctor). Envíe el formulario completo o la carta a la siguiente dirección:

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

Debe solicitar la apelación de la queja dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la carta con la resolución de la queja. Programaremos una reunión con el Panel de Apelaciones de Quejas. El panel revisará su apelación. Podrá asistir a esta reunión en persona o por teléfono. Le enviaremos una carta con la fecha y la hora de la reunión. En la reunión, podrá presentar información que desee que el panel tenga en cuenta sobre la apelación de su queja. Usted tendrá 15 minutos para presentar su información.

El panel tomará una decisión dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que recibamos la apelación de su queja. Le enviaremos una carta con la decisión del panel de apelaciones dentro de los cinco días hábiles desde que el panel tome una decisión.

Apelaciones aceleradas de quejas

Si usted considera que esperar 30 días calendario podría ser perjudicial para su salud, es posible que podamos darle una respuesta dentro de las 48 horas. Esto se denomina apelación acelerada (rápida) de queja. En su solicitud, indíquenos por qué considera que esperar 30 días calendario podría ser perjudicial para su salud. **Envíe su solicitud acelerada por fax al 1-855-516-1083.**

También es necesario que presente evidencia que pruebe su reclamación. Esto se debe realizar dentro de un plazo determinado. Un director médico mira las solicitudes de apelaciones aceleradas. Si dicho director cree que la espera de los 30 días calendario no será perjudicial para su salud, le enviaremos una carta dentro de los dos días hábiles. En la carta le informaremos que completaremos su apelación tan pronto como podamos, dentro de los 30 días calendario. También intentaremos comunicarnos por teléfono para informarle nuestra decisión.

Programaremos una reunión con el Panel de Apelaciones de Quejas dentro de las 48 horas desde que recibamos la apelación de su queja. El panel revisará su apelación. Podrá asistir a esta reunión en persona o por teléfono. Lo llamaremos para informarle la fecha y la hora de la reunión. En la reunión, podrá presentar información que desee que el panel tenga en cuenta sobre la apelación de su queja. Usted tendrá 15 minutos para presentar su información.

El panel decidirá dentro de las 48 horas desde la fecha en que recibamos la apelación de su queja. Intentaremos comunicarnos por teléfono para informarle nuestra decisión. Le enviaremos una carta para informarle la decisión del panel de apelaciones dentro de los cinco días hábiles desde que tomemos una decisión.

Apelaciones de servicio

Puede solicitar una apelación si recibe una carta de notificación de acción donde se le informa que un servicio médico:

- Fue rechazado.
- Fue modificado.

- Fue aprobado y luego suspendido.
- No se brindó de manera oportuna.

Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la carta de notificación de acción. Las apelaciones deben presentarse por escrito y deben enviarse a la siguiente dirección:

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

Si necesita ayuda, llame al 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise y Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

Investigaremos los problemas y tomaremos una decisión dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que recibamos su apelación. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los cinco días hábiles desde que tomemos la decisión.

Apelaciones aceleradas de servicios

Si usted considera que esperar 30 días calendario podría ser perjudicial para su salud, es posible que podamos darle una respuesta dentro de las 48 horas. Esto se denomina apelación acelerada (rápida). En su solicitud, indíquenos por qué considera que esperar 30 días calendario podría ser perjudicial para su salud. **Envíe su solicitud acelerada por fax al 1-855-516-1083.**

Además, es necesario que presente evidencia que pruebe su reclamación. Esto se debe realizar dentro de un plazo determinado. Un director médico revisa las solicitudes de apelaciones aceleradas. Si dicho director cree que la espera de los 30 días calendario no será perjudicial para su salud, le enviaremos una carta dentro de los dos días hábiles. En la carta le informaremos que completaremos su apelación tan pronto como podamos, dentro de los 30 días calendario. También intentaremos comunicarnos por teléfono para informarle nuestra decisión. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los cinco días hábiles desde que tomemos la decisión.

Para todas las apelaciones de servicios

Si necesita más tiempo para enviarnos información, puede sumar hasta 14 días calendario al plazo de la apelación. También nosotros podríamos sumar hasta 14 días calendario al plazo de la apelación si necesitamos más información y la demora lo beneficia. Le enviaremos una carta con el motivo de la demora.

Usted, o la persona que designe como representante, puede ver el expediente de su caso. (Esto incluye la historia clínica u otros documentos que se tienen en cuenta durante nuestro proceso de apelación). En cualquier momento durante el proceso de apelación, podrá solicitarnos sin cargo una copia de la documentación que utilizamos para tomar la decisión, incluidos:

- Los términos de los beneficios

- Las pautas
- Las reglas
- Otras razones

Es posible que su doctor quiera hablar con el doctor encargado de la revisión. En ese caso, dígame a su doctor que se comunique con nuestro departamento de Administración de Utilización (UM) al:

- **1-866-408-6132 – Hoosier Healthwise**
- **1-844-533-1995 – Healthy Indiana Plan**
- **1-844-284-1798 – Hoosier Care Connect**

Es posible que siga gozando de sus beneficios mientras la apelación está pendiente si cumple **todas** estas condiciones:

- Usted solicitó la apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que le enviamos la carta de notificación de acción.
- La apelación está relacionada con un servicio que fue:
 - Retrasado.
 - Reducido.
 - Suspendido luego de su aprobación.
- Un proveedor aprobado solicitó los servicios.
- El primer periodo de cobertura de la primera aceptación no ha finalizado.
- Usted solicitó extender sus beneficios.

Si aceptamos que siga gozando de sus beneficios mientras la apelación está pendiente, estarán vigentes hasta que se presente alguna de las siguientes situaciones:

- Usted retire su solicitud de apelación.
- Pasen 10 días después de que le enviemos la carta de notificación de acción con nuestra decisión de mantener la primera denegación (a menos que usted solicite una audiencia estatal imparcial dentro de ese período de 10 días).
- Un funcionario de la audiencia estatal imparcial respalde nuestra denegación.
- Se cumpla el plazo de un servicio que fue aprobado anteriormente.

Podrían aplicarse cargos si el resultado final de su apelación ratifica la denegación. Si tiene alguna pregunta, llámenos al

1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

Revisión externa independiente

Usted o la persona que designe como su representante podrían solicitar una revisión externa independiente (EIR), si se cumplen las siguientes condiciones:

- Utilizó nuestro proceso de apelaciones.
- Recibió una carta de apelación en la que se le informó una de estas cosas:
 - Se rechazan sus servicios.
 - Se rechazan sus servicios por falta de necesidad médica.

- Aún se está investigando o analizando un servicio planificado.
-

Debe enviar su solicitud de EIR por escrito a la siguiente dirección:

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

Debe enviarnos su solicitud dentro de los 60 días calendario desde la fecha de la carta de apelación. Le enviaremos todos los registros que tengamos a un grupo de EIR que haya sido aprobado por el Departamento de seguros.

Si presenta información nueva que no pudimos revisar durante el proceso normal de apelaciones, la EIR se detendrá. Revisaremos esta nueva información y tomaremos una decisión. Le informaremos nuestra decisión dentro de los 15 días hábiles desde que recibamos la información. Si envió su solicitud para una EIR acelerada (rápida) **por fax al 1-855-516-1083**, revisaremos la información y le informaremos nuestra decisión dentro de las 48 horas desde que recibamos la información.

Si decidimos mantener la denegación, usted puede solicitar que continúe la EIR.

El grupo de EIR debe tomar su decisión dentro de los 15 días hábiles posteriores a la presentación de la solicitud. El grupo nos informará a usted y a nosotros dentro de las 72 horas desde que tome su decisión. Si solicitó una EIR acelerada, el grupo de EIR decidirá dentro de las 72 horas desde la presentación de la solicitud. El grupo nos informará a usted y a nosotros dentro de las 24 horas desde que tome su decisión.

Anthem debe acatar lo que se decida en la EIR. Le informaremos sobre cualquier medida que tomemos dentro de las 72 horas desde que el grupo de EIR tome la decisión. Si solicitó una EIR acelerada, le informaremos nuestras medidas dentro de las 24 horas desde que el grupo de EIR tome la decisión. Es posible que siga gozando de sus beneficios mientras la apelación está pendiente si cumple **todas** estas condiciones:

- Usted solicitó la apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que le enviamos la carta de notificación de acción.
- La apelación está relacionada con un servicio que fue:
 - Retrasado.
 - Reducido.
 - Suspendido luego de su aprobación.
- Un proveedor aprobado solicitó el servicio.
- El primer periodo de cobertura de la primera aceptación no ha finalizado.

Si aceptamos que siga gozando de sus beneficios mientras la apelación está pendiente, estarán vigentes hasta que se presente alguna de las siguientes situaciones:

- Usted retire su solicitud de apelación.

- Pasen 10 días después de que le enviemos la carta de notificación de acción con nuestra decisión de mantener la primera denegación (a menos que usted solicite una audiencia estatal imparcial dentro de ese período de 10 días).
- Un funcionario de la audiencia estatal imparcial respalde nuestra denegación.
- Se cumpla el plazo de un servicio que fue aprobado anteriormente.

Podrían aplicarse cargos si el resultado final de su apelación ratifica la denegación. Si tiene alguna pregunta, llámenos al

1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

Audiencia estatal imparcial

Si no está conforme con nuestra respuesta a su apelación, usted o la persona que usted designe como representante tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial ante la FSSA. Debe:

- En primer lugar, utilizar nuestro proceso de apelación.
- Enviar su solicitud por escrito dentro de los 60 días calendario desde la fecha en que reciba la notificación sobre la decisión de Anthem de rechazar su apelación.

Puede enviar su solicitud de una audiencia estatal imparcial a la FSSA por correo a la siguiente dirección:

**Hearings and Appeals Section, MS-04
Indiana Family Social Services Administration
402 W. Washington St., Room W392
Indianapolis, IN 46204-2273**

La FSSA se comunicará con usted para analizar su caso. La FSSA también determinará la fecha de la audiencia.

Es posible que siga gozando de sus beneficios mientras la audiencia está pendiente si cumple **todas** estas condiciones:

- Usted solicitó la audiencia dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que le enviemos la carta de notificación de acción de la apelación.
- La audiencia está relacionada con un servicio que fue:
 - Retrasado.
 - Reducido.
 - Suspendido luego de su aprobación.
- Un proveedor aprobado solicitó el servicio.
- El primer periodo de cobertura de la primera aceptación no ha finalizado.
- Usted solicitó extender sus beneficios.

Si aceptamos que siga gozando de sus beneficios mientras la audiencia está pendiente, estarán vigentes hasta que se presente alguna de las siguientes situaciones:

- Usted retire su solicitud de audiencia.
- Un funcionario de la audiencia estatal imparcial respalde nuestra denegación.

- Se cumpla el plazo de un servicio que fue aprobado anteriormente.

Podrían aplicarse cargos si el resultado final de su apelación ratifica la denegación. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711.

www.anthem.com/inmedicaid

**Prestamos servicios a Hoosier Healthwise,
Healthy Indiana Plan y Hoosier Care Connect**

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.