

Manual del miembro

Indiana PathWays for Aging

Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan,
Hoosier Care Connect e Indiana PathWays for Aging



Indiana PathWays for Aging

Manual del miembro

Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan, Hoosier Care Connect
e Indiana PathWays for Aging

Para recibir este manual en otros formatos, como Braille, letra grande
o CD de audio, llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**
de lunes a viernes de 8 a.m. to 8 p.m. hora del Este.

Puede obtener más información sobre Anthem en nuestro sitio web en
[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid).

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 brindarle el programa de cuidado médico **Indiana PathWays for Aging**. Nos sentimos honrados de atender a los miembros de Hoosier Medicaid desde 2007. Ahora que forma parte de la familia de Anthem, estamos aquí para ayudarle a alcanzar sus metas personales de salud. Este manual del miembro le indicará cómo usar su nuevo plan médico y aprovechar al máximo sus beneficios.

Dentro, usted encontrará:

- Cómo funciona su plan médico de Anthem.
- Servicios que son parte de sus beneficios del plan.
- Programas para ayudarle a mantenerse bien.
- Números de teléfono útiles.
- Ayuda si no entiende algo o tiene un problema.
- Sus derechos y responsabilidades 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:**

- Active su cuenta en la aplicación móvil Sydney Health o en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid).
- Seleccione un médico y haga una cita para un chequeo.
- Complete la Evaluación de necesidades de salud con su coordinador de cuidado.

Además, recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación del miembro en todo momento. Muéstrela cada vez que necesite servicios médicos.

¡Gracias nuevamente por elegirnos como su plan médico!

Cordialmente,

Kimberly Roop, MD, MBA
Presidenta del plan

Indiana PathWays for Aging

Manual del miembro

Tabla de contenido

Bienvenido a Indiana PathWays for Aging	2
Trabajar con Anthem	3
Parte 1: Todo sobre su plan de PathWays	7
Coordinación de los servicios de Medicare y Medicaid	7
Coordinación de cuidado y coordinación de servicios	8
Servicios de cuidado y manejo de enfermedades	15
Programas y servicios cubiertos	18
Servicio de autorreferencia	26
Otros servicios	26
Servicios excluidos	27
Parte 2: Maneras de gozar de excelente salud	28
Cómo elegir a su PMP	28
Beneficios mejorados	33
Recompensas Saludables (Healthy Rewards) por estar y mantenerse saludable	35
Cuidado preventivo	36
Cuándo y dónde acudir para obtener cuidado	37
Línea de Enfermería 24/7	38
Cuidado fuera del horario normal	39
Atención de urgencia	39
Servicios de emergencia	39
Transporte	41
Salud conductual y trastorno por el uso de sustancias	42
Parte 3: Servicios de farmacia	43
Información de farmacia	43
Parte 4: Ayuda con servicios especiales	45
Asistencia en otros idiomas	45
Asistencia para la audición y el habla	46

Redeterminación.....	46
Manejar sus beneficios.....	47
Si tiene otro seguro.....	47
Cambiar a Medicare	47
Parte 5: Derechos y responsabilidades del miembro	48
Directivas anticipadas	52
Alcance y educación en relación con incidentes críticos	53
Parte 6: Cómo resolver un problema con Anthem	56
Cómo obtener ayuda.....	56
Reclamos y apelaciones	56
Cómo elegir un nuevo plan médico	60
Fraude, desperdicio y abuso	61
Índice	62
Palabras y acrónimos usados en este manual.....	62
Aviso de prácticas de privacidad	65

Bienvenido a Indiana PathWays for Aging

Indiana PathWays for Aging (PathWays) es un programa de cobertura médica de Indiana para Hoosiers de 60 años en adelante que son elegibles para Medicaid. Las investigaciones muestran que la mayoría de los adultos mayores, 75 por ciento o más, quieren envejecer en casa y en sus comunidades. Indiana PathWays for Aging hace posible que los Hoosiers envejeczan a su manera. Un hogar de ancianos puede ser la opción adecuada para algunas personas. Sin embargo, PathWays ofrece más opciones que permiten a las personas obtener el nivel de atención de un centro de enfermería en casa o en un entorno comunitario, mientras viven de forma independiente. Este manual le proporcionará información sobre cómo funciona Anthem y recursos importantes.

Contáctenos

Dirección postal:

Anthem Blue Cross and Blue Shield
Mailstop IN0205 C442
220 Virginia Ave.
Indianapolis, IN 46209-6227

En línea: **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)**

Horario de atención

Anthem está abierto al público de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Anthem está cerrado el día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King, Jr., el Día de los Caídos, el Día de la Independencia (4 de julio), el Día del Trabajo, el Día de Acción de Gracias y el día después del Día de Acción de Gracias, y el Día de Navidad.

Tecnología a su servicio

Anthem ofrece herramientas en línea para facilitarle el acceso a la atención y los servicios. Con nuestro sitio web seguro para miembros y nuestra aplicación móvil, puede manejar su cuidado médico con unos pocos clics. Simplemente visite nuestro sitio web en **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)** para configurar su cuenta segura. Una vez que esté registrado, puede:

- Elegir o cambiar médicos.
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación.
- Ver el estado de las reclamaciones.
- Ver su plan de salud.
- Comunicarse con Servicios para Miembros.
- Recibir mensajes/comunicaciones en su cuenta.

Es fácil y podrá hacer las cosas sin tener que esperar.

Trabajar con Anthem

Bienvenido a su manual del miembro de Anthem Blue Cross and Blue Shield Indiana PathWays for Aging (PathWays). **Lea esta guía rápida para obtener información sobre:**

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

Números de teléfono importantes

Área de servicio	Número de teléfono	Información
Servicios para Miembros	833-412-4405 (TTY 711)	Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Llame si tiene preguntas sobre: <ul style="list-style-type: none">• La cobertura de su plan médico de Anthem• Salud conductual• Su coordinador de cuidado o servicios• Beneficios de farmacia• Administración de la utilización
Línea de Enfermería 24/7	833-412-4405 (TTY 711)	Un enfermero está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Línea directa para crisis de salud conductual	844-721-1304 (TTY 711)	Hable con un profesional de la salud conductual certificado cuando esté atravesando una crisis de salud mental o de consumo de sustancias. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Línea directa de suicidio y crisis 988	988	Ofrece ayuda gratuita y confidencial las 24 horas, los 7 días de la semana, a quienes sufren una crisis suicida o angustia emocional.
Administración de la utilización (UM)	833-412-4405 (TTY 711)	Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Este. Llame si tiene preguntas sobre UM o una

Área de servicio	Número de teléfono	Información
		solicitud de aprobación. Puede pedir un intérprete. Si es fuera del horario normal, puede dejar un mensaje privado. El personal le devolverá la llamada al siguiente día hábil o a otra hora si así lo solicita. El personal le dirá su nombre, cargo y organización cuando haga o devuelva las llamadas.
Servicios de transporte	844-772-6632 (TTY 888-238-9816)	Llame para organizar el transporte a sus citas médicas. Se aceptan llamadas para reservaciones de rutina de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Se aceptan llamadas para reservaciones urgentes y para el mismo día las 24 horas, los 7 días de la semana. Se aceptan llamadas para cancelaciones, actualizaciones de estado y altas hospitalarias las 24 horas, los 7 días de la semana. Consulte Anthem para obtener más información sobre los servicios de transporte disponibles para usted en la página 36.
Relay Indiana	800-743-3333 (TTY 711)	Para los miembros con pérdida de audición o del habla, una persona capacitada les ayudará a hablar con alguien mediante un teléfono estándar.
Servicios para Miembros de Superior Vision	866-866-5641 (TTY 800-428-4833)	Llame para obtener información sobre sus beneficios de la vista y encontrar un proveedor en su área.

Área de servicio	Número de teléfono	Información
Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) de Indiana	800-403-0864	Llame para comunicar cualquier cambio de información, como un cambio en su número de teléfono, el tamaño de su familia, su dirección y sus ingresos.
Servicios dentales para Miembros	888-291-3762 (TTY 800-466-7566)	Encuentre un dentista en su área o infórmese sobre los beneficios dentales a su disposición.
Quit Now Indiana	800-784-8669	Servicio telefónico gratuito para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.
Programa del defensor estatal	800-622-4484	Llame a este número si cree o siente que puede estar en riesgo de abuso, maltrato personal y/o explotación, tiene problemas con Anthem y/o necesita servicios de protección para adultos (APS).
Agente de inscripción	87-PATHWAYS-4 (877-284-9294)	Llame si tiene preguntas sobre la inscripción o consejería sobre opciones.
Servicios de traducción o formato alternativo	833-412-4405 (TTY 711)	Llame para solicitar este manual en otros formatos como Braille, letra grande o CD de audio. Podemos traducir información de forma gratuita.

Cómo y cuándo informar los cambios

Anthem conserva su información en sus archivos por muchas razones. Es importante que su información esté actualizada. Siempre que tenga un cambio de información, deberá informarlo a Anthem. En algunos casos, también deberá informar sus cambios a la División de Recursos Familiares (DFR).

Informar los cambios a Anthem

Anthem debe tener actualizada su información de contacto. Pueden ser cosas como:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Cambio en su seguro (como obtener otro plan de seguro)

Informar cambios a la División de Recursos Familiares (DFR)

La División de Recursos Familiares debe estar actualizada sobre toda su información general. Si tiene un cambio en cualquiera de estos, debe informar a la DFR.

Puede llamar al **800-403-0864** para informar sus cambios a la DFR o ir en línea a **fssabenefits.in.gov**.

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Cambio en el tamaño de la familia
- Cambio en los ingresos

Parte 1: Todo sobre su plan de PathWays

Identificación del miembro

Como miembro de PathWays, recibirá una tarjeta de identificación del miembro que incluye su número de identificación del miembro de 12 dígitos. Su tarjeta de identificación del miembro es muy importante. Recuerde tener siempre con usted la tarjeta de identificación del miembro. Muéstrela cada vez que necesite servicios médicos. Recuerde estas tres cosas para su identificación del miembro:

- **Tenga siempre con usted la tarjeta de identificación del miembro.** Su tarjeta de identificación es muy importante. Muestra que usted es miembro de Anthem y que tiene el derecho de recibir cuidado médico.
- **Muestre esta tarjeta de identificación siempre que necesite servicios médicos.** Solo usted puede recibir servicios médicos con su tarjeta de identificación. No permita que nadie más use su tarjeta.
- **Si pierde su tarjeta, pida una tarjeta de reemplazo.** Inicie sesión en [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid). O puede llamar a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Periodo de selección del plan/Cambiar de plan médico

Con PathWays, debe permanecer en el plan médico elegido por un periodo de un año si sigue siendo elegible. Solo puede cambiar su plan médico de Anthem durante determinadas épocas del año o por determinados motivos.

Las personas tendrán la oportunidad de cambiar de plan médico:

- 1) En un plazo de 60 días desde el inicio de la cobertura,
- 2) En cualquier momento, en que sus planes de Medicare y Medicaid ya no están alineados (por ejemplo, se cancela su inscripción de un plan Medicare Advantage a otro durante el Período especial de inscripción [SEP] trimestral),
- 3) Una vez por año calendario por cualquier motivo,
- 4) En cualquier momento usando el proceso de causa justificada. Consulte la sección, *Reclamos y apelaciones*, "Motivos de causa justificada"; y
- 5) Además, durante un período de selección de plan, que se alinearán con la ventana de inscripción abierta de Medicare (mediados de octubre a mediados de diciembre) que entrará en vigencia el siguiente año calendario.

Coordinación de los servicios de Medicare y Medicaid

Anthem le ayudará a organizar todos sus servicios de Medicare y Medicaid, incluyendo:

- Cuidado para usted, independientemente de su sistema de prestación de servicios de Medicare o del paquete de beneficios del plan de Medicare. Esto incluye:
 - Medicare tradicional
 - Planes Medicare Advantage no alineados
 - Planes de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (C-SNPs)
 - Planes Institucionales de Necesidades Especiales (I-SNPs)
 - Planes Medicare Advantage/Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP)

Anthem ayudará a asegurar que:

- Los servicios cubiertos y proporcionados en PathWays se le entreguen sin cargo.
- Sea doblemente elegible para los servicios de Medicare y Medicaid.
- Reciba servicios cubiertos por Medicaid médicamente necesarios que pueden no estar cubiertos por Medicare.

Trabajaremos con los pagadores de Medicare, los planes Medicare Advantage y los proveedores de Medicare según sea necesario para organizar el cuidado y los beneficios que reciba. También trabajaremos con todas las agencias estatales y de servicios sociales y organizaciones comunitarias (CBO) pertinentes, según sea necesario, para identificar y atender mejor sus necesidades médicas y sociales.

Elección de Medicare

Una persona puede ser elegible tanto para Medicaid como para Medicare y recibir beneficios de ambos programas al mismo tiempo. Un Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP) es un tipo de plan de seguro médico para personas que tienen tanto Medicaid como Medicare. Si ese es su caso, es “doblemente elegible”.

- Un posible miembro que sea elegible para Medicare debe:
 - Inscribirse y permanecer inscrito en todas las partes de Medicare para las cuales el posible miembro es elegible (Medicare Parte A, Parte B y/o Parte D); u
 - Obtener todos los beneficios de Medicare Parte A, Parte B y Parte D, si es elegible.
- Si un miembro se vuelve elegible para Medicare después de la inscripción, debe inscribirse en todas las partes de Medicare para las cuales es elegible.
- Cuando pasa a ser elegible para Medicare, quedará inscrito automáticamente en el D-SNP de Anthem. Esto ayuda a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen juntos. Si no desea inscribirse en el D-SNP de Anthem, puede optar por obtener su cobertura de Medicare a través de otro plan o de Medicare Original. Se le enviará información sobre Medicare y el D-SNP de Anthem antes de que sea elegible para Medicare para que pueda elegir sus beneficios de Medicare.

Puede obtener información sobre los D-SNP comunicándose con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **800-452-4800** para hablar con un consejero. SHIP es un programa de consejería gratuito para personas con Medicare. Puede obtener ayuda personalizada en persona, por teléfono o virtualmente.

Coordinación de cuidado y coordinación de servicios

Anthem quiere asegurarse de que todos los miembros de PathWays puedan vivir, aprender, trabajar y disfrutar la vida en el entorno de su elección. Para la mayoría de

los miembros, eso significa permanecer en sus casas y en sus comunidades. Es posible que otros miembros prefieran residir en un centro de cuidado a largo plazo o de enfermería. Trabajaremos con usted, sus médicos y otras agencias involucradas en su cuidado para ayudar a coordinar los servicios que necesita, incluyendo los servicios prestados en su casa o la comunidad, para vivir de forma independiente el mayor tiempo posible. Esto se denomina coordinación de cuidado y servicios.

Un coordinador de cuidado le ayuda a manejar sus necesidades de salud física y mental. Su coordinador de cuidado se comunicará con usted para crear un plan de atención específico según sus preferencias y necesidades. Esto se denomina plan de atención individualizado (ICP). Su ICP incluirá objetivos, metas y pasos de acción específicos para satisfacer sus necesidades identificadas. Su coordinador de cuidado le hará un seguimiento mensualmente, trimestralmente o con más frecuencia, según sus necesidades. También pueden ayudarlo a responder preguntas sobre su cuidado médico y ayudarlo con sus proveedores. Su coordinador de cuidado es su persona de contacto principal para su plan de PathWays.

Un coordinador de servicios ayuda a los miembros de PathWays que reciben servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Este será su persona de contacto principal si tiene preguntas sobre sus servicios de cuidado a largo plazo. Le hará un seguimiento mensual, o con más frecuencia si es necesario. Su coordinador de servicios trabajará con usted para elaborar un Plan de servicios o un plan de apoyo que le ayude a acceder a los servicios de cuidado a largo plazo, así como a ayudas médicas, sociales, de vivienda, educativas y de otro tipo. Su Plan de servicios le ayudará a:

- Construir o mantener relaciones con sus familias y amigos.
- Vivir lo más independiente posible.
- Participar en actividades productivas, como el voluntariado o el empleo.
- Participar en la vida comunitaria.

Para ayudarlo a elaborar su Plan de servicios, su coordinador de servicios completará con usted una evaluación de la salud. Una evaluación de la salud es un conjunto de preguntas sobre sus conductas personales, eventos de cambio de vida, objetivos y prioridades de salud, coordinación de servicios y salud en general. Su Plan de servicios incluirá los servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) que mejor satisfagan sus necesidades de cuidado a largo plazo. No todos en PathWays necesitarán un plan de servicios. Los servicios en el hogar y la comunidad se prestan dondequiera que usted llame hogar para ayudarlo a permanecer seguro y tener la mejor calidad de vida. Ejemplos de servicios en el hogar y la comunidad podrían ser comidas entregadas a domicilio o un asistente que venga a ayudarlo a ducharse (Cuidado de asistente).

Ya sea que desee permanecer en su casa o ir a un centro de cuidado a largo plazo o de enfermería, puede comunicarse con su coordinador de cuidado o servicios para compartir sus dudas. Su coordinador de cuidado y/o servicios:

- Lo escuchará y se tomará el tiempo para entender sus necesidades específicas.

- Lo ayudará a preparar un plan de atención individualizado y un plan de servicios para alcanzar sus objetivos identificados.
- Lo conectará con los servicios, herramientas, apoyo y recursos comunitarios que pueden ayudarlo a mejorar su calidad de vida.
- Le proporcionará información que puede ayudarlo a tomar decisiones informadas.
- Lo ayudará a coordinar el cuidado con sus proveedores.

Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)

Los servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) son servicios disponibles para miembros elegibles que necesitan cuidado a largo plazo. Estos miembros eligen permanecer en su casa en lugar de vivir en una institución de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería. HCBS ayuda a una persona a ser lo más independiente posible y vivir en el entorno menos restrictivo posible mientras mantiene la seguridad en la comunidad. No todos los miembros de PathWays son elegibles para HCBS. Solo están disponibles para miembros que tienen una determinación de nivel de cuidado en un centro de enfermería (NFLOC). Para más información, contacte a su coordinador de cuidado.

Servicio	Definición del servicio
Servicio diurno para adultos	El servicio diurno para adultos (ADS) son programas grupales en la comunidad que brindan experiencias sociales y estructuradas fuera de la casa. El objetivo principal de ADS es ofrecer actividades sociales, de salud, diversión, supervisión, servicios de apoyo y cuidado personal. ADS también ofrece comidas como desayuno, almuerzo y refrigerios saludables según sea necesario. Su coordinador de servicios lo ayudará a determinar si ADS es adecuado para usted.
Cuidado familiar para adultos	En el Cuidado familiar para adultos (AFC), un miembro vive con un cuidador que no es pariente suyo y hasta otros tres (3) participantes que tienen discapacidades físicas y/o cognitivas. Los miembros viven en una casa propiedad del proveedor de AFC, alquilada o administrada por este, que es segura y está libre de riesgos para la salud, tiene privacidad y les permite hacer suya su sala de estar, y ofrece servicios las 24 horas, como supervisión de medicamentos (según lo permite la ley estatal) y ayuda con las actividades de la vida diaria.

Servicio	Definición del servicio
Vida asistida	El servicio de vida asistida es un tipo de ayuda en un entorno de vida en grupo. Viene con cuidado y servicios personales, asistencia en el hogar y la comunidad, tareas domésticas y servicios de acompañamiento. También ofrece actividades terapéuticas, sociales y recreativas, transporte no médico que no sea de emergencia y servicios las 24 horas, como supervisión de medicamentos (según lo permite la ley estatal) y cuidado de asistente.
Cuidado de asistente	Los servicios de Cuidado de asistente (ATTC) son servicios de cuidado directo y práctico para miembros que necesitan el nivel de cuidado de un centro de enfermería en casa incluyendo ayuda con las actividades de la vida diaria. Los servicios incluyen actividades como bañarse, cuidado del cabello, uso del baño, preparación de comidas, pago de facturas y transporte no médico. El miembro puede ser el empleador para ATTC dirigida por los participantes o elegir un representante para que sea el empleador en su nombre.
Administración de cuidados médicos	La Administración de cuidados médicos es un proceso de entender las necesidades del miembro a través de evaluación y planificación centradas en la persona. Esto incluye descubrir las fortalezas, necesidades, objetivos y gustos del miembro para ayudar a los miembros a desarrollar un plan de atención individualizado (ICP) y/o un plan de servicios adecuado para ellos. Este plan puede incluir recursos comunitarios, así como servicios pagados.
Cuidado familiar estructurado	<p>En el Cuidado familiar estructurado, el miembro vive con un cuidador principal que brinda cuidado y apoyo diarios según las necesidades del miembro. El cuidador principal puede ser o no un miembro de la familia pero debe convivir con el miembro en la misma casa.</p> <p>Los cuidadores deben estar calificados para cumplir con todas las guías reglamentarias federales y estatales. Pueden recibir capacitación como cuidadores para brindar el cuidado y el apoyo adecuados al miembro y obtener un pago por los servicios que brindan.</p> <p>El Cuidado familiar estructurado ayuda a los miembros a mantener su dignidad, respeto por sí mismos y privacidad al ofrecer atención de alta calidad en el hogar en lugar de en un centro de cuidados médicos y respaldar su independencia. Este servicio puede brindar opciones para los miembros que son elegibles para el nivel de cuidado de un centro de enfermería pero que pueden satisfacer sus necesidades</p>

Servicio	Definición del servicio
	en casa.
Transiciones comunitarias	Los Servicios de transición comunitaria (CTS) cubren los costos razonables de establecer un hogar para los miembros que se mudan de una institución a su propio hogar, donde están a cargo de sus gastos de manutención. Los costos razonables incluyen gastos como depósitos de seguridad, muebles esenciales para el hogar (por ejemplo, una cama, utensilios para comer, artículos para tareas domésticas), tarifas de servicios públicos y más.
Respuesta ante emergencias personales	Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) es un dispositivo electrónico que ayuda a los miembros a obtener ayuda las 24 horas, los 7 días de la semana en caso de emergencia. El dispositivo suele ser un botón de ayuda portátil pero también puede ser un dispositivo de seguimiento por video o GPS. Está programado para llamar a un centro de respuesta cuando se activa.
Coordinación integrada de cuidado médico	La Coordinación integrada de cuidado médico mejora la salud y la calidad de vida de los miembros al ayudar a los miembros, junto con sus médicos a manejar condiciones crónicas mediante servicios médicos y sociales. Estos servicios pueden incluir la creación de un plan de apoyo al cuidado médico, la prestación de servicios de enfermería especializada, la administración de medicamentos, la atención de transición entre entornos, la planificación anticipada de la atención y más.
Comidas entregadas a domicilio	Las Comidas entregadas a domicilio pueden incluir comidas nutricionalmente equilibradas, así como consejería nutricional personalizada y planificación de comidas según las necesidades del miembro.
Evaluación de modificación del hogar	Una evaluación de modificación del hogar revisa el hogar de un miembro para ver qué cambios físicos son necesarios para mantener al miembro seguro en su hogar.

Servicio	Definición del servicio
Modificación del hogar	<p>Las modificaciones del hogar son cambios físicos necesarios para mantener al miembro seguro en su hogar.</p> <p>Las modificaciones del hogar pueden incluir, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualizaciones en el baño, como instalar una ducha adaptada para silla de ruedas, barras de apoyo o un inodoro accesible. Interruptores y botones adaptativos para operar equipos médicos • Dispositivos de seguridad para el hogar, como alarmas en las puertas o un cabezal de ducha de mano • Rampa o silla elevadora
Asistencia en el hogar y la comunidad	<p>Los servicios de asistencia en el hogar y la comunidad ayudan con las tareas domésticas que los miembros no pueden hacer por sí mismos.</p> <p>Los servicios de asistencia en el hogar y la comunidad pueden incluir entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quitar el polvo y enderezar los muebles • Trapear y aspirar pisos y alfombras • Limpiar la cocina y el baño • Lavandería • Ayudar en la planificación y preparación de las comidas • Y más
Transporte	<p>Servicios ofrecidos para ayudar a los miembros en el programa de exención a recibir servicios de exención y otros servicios comunitarios no médicos, actividades y recursos. Estos se enumeran en el plan de servicios. Este servicio se ofrece además del transporte médico.</p>
Suplementos nutricionales	<p>Los suplementos nutricionales incluyen suplementos líquidos, como “Boost” o “Ensure” para apoyar la salud del miembro y su capacidad para vivir en la comunidad. Los suplementos debe pedirlos su proveedor.</p>
Control de plagas	<p>Los servicios de control de plagas previenen plagas como cucarachas, mosquitos, pulgas, chinches, ácaros, garrapatas, ratas o ratones en el hogar.</p>
Relevo	<p>Los servicios de relevo son servicios temporales u ocasionales que se prestan en lugar del cuidador habitual. El relevo puede tener lugar en el hogar o en la comunidad.</p>
Equipos y suministros médicos especializados	<p>Los equipos y suministros médicos especializados son artículos recetados por un médico que ayudan a los miembros a mantener su salud y seguridad para que puedan ser más independientes en casa.</p> <p>Los equipos y suministros médicos especializados pueden incluir:</p>

Servicio	Definición del servicio
	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas elevadoras • Dispensadores de medicamentos • Calcetines antirresbalantes • Dispositivos inteligentes activados por voz • Servicios de interpretación durante las reuniones de planificación de servicios
Modificaciones en vehículos	<p>Las Modificaciones en vehículos (VMOD) son cambios en un vehículo para ayudar a los miembros con un transporte seguro.</p> <p>Las modificaciones en vehículos pueden incluir entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevadores de silla de ruedas; • Anclajes para sillas de ruedas (si no se incluyen con el elevador); • Elevador de silla de ruedas/scooter; • Porta sillas de ruedas/scooter para el techo o la parte trasera del vehículo; • Techo elevado y aperturas de puertas elevadas; • Base de asiento de transferencia eléctrica.
Servicios de cuidado de asistente dirigidos por el participante	<p>Los servicios de cuidado de asistente dirigidos por el participante (PDACS) son cuando usted elige dirigir usted mismo sus servicios de cuidado de asistente. Esto le brinda más opciones y control sobre quién presta sus servicios de cuidado personal y cómo se presta su cuidado. Si usted elige PDACS, tendrá apoyos para ayudarlo a manejar algunas de las responsabilidades y podría designar a un representante para ayudarlo. Su coordinador de servicios le proporcionará materiales educativos acerca de esta opción para que pueda tomar una decisión informada sobre lo que es mejor para usted.</p>
Orientación para cuidadores	<p>La Orientación para cuidadores ofrece apoyo, planificación y recursos a los cuidadores informales de los miembros de Anthem. El objetivo de este servicio es reducir el estrés y el agotamiento del cuidador, mejorar las habilidades y capacidades del cuidador y ayudar al miembro de Anthem que recibe el cuidado a estar lo más sano e independiente posible.</p> <p>El beneficio de Orientación para cuidadores informales está disponible para los cuidadores informales de los miembros de Anthem que necesiten un nivel de cuidado de enfermería. El beneficio de Orientación para cuidadores informales se puede prestar virtualmente, por teléfono, por correo electrónico o a través de visitas en persona. No está</p>

Servicio	Definición del servicio
	disponible para las personas que reciben Cuidado familiar estructurado.

Apoyo para cuidadores

Anthem entiende el importante papel que desempeñan los cuidadores en la salud de nuestros miembros. Es por ello que ofrecemos orientación y apoyo a los cuidadores. Ayudamos a los cuidadores a atender las necesidades de nuestros miembros. También nos aseguramos de que los cuidadores tengan las herramientas y el apoyo que necesitan para mantenerse sanos. Si un cuidador necesita ayuda para tratar de balancear su trabajo con su vida familiar y sus responsabilidades como cuidador, controlar el estrés, mantener una vida social o prevenir el agotamiento, Anthem puede ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este para obtener más información.

Autodirección

La Autodirección es una forma de recibir cuidado asistencial que lo coloca en control. La opción de este servicio le permite contratar a los trabajadores que le brindan cuidado. Indiana PathWays for Aging le permite seleccionar una agencia para que le proporcione el cuidado de asistente, o puede elegir autodirigir sus servicios de cuidado de asistente. Esta opción se denomina Servicios de cuidado de asistente dirigidos por el participante (PDACS). Esto le brinda más opciones y control sobre quién brinda sus servicios de cuidado personal y cómo se brinda su cuidado. Si elige esta opción, tendrá apoyos que le ayudarán a manejar algunas de las responsabilidades y podrá designar a un representante para que le ayude. Su coordinador de servicios le proporcionará materiales educativos sobre esta opción para que pueda tomar una decisión informada sobre qué es lo mejor para usted.

Servicios de cuidado y manejo de enfermedades

Anthem tiene dos niveles de servicios de coordinación de cuidado: Administración de cuidados médicos y Administración de casos complejos. Ambos programas se describen a continuación.

Administración de cuidados médicos

El cuidado médico puede ser abrumador, pero estamos aquí para ayudarlo a tenerlo bajo control. Su coordinador de cuidado lo ayudará a:

- Crear un plan de salud hecho específicamente para sus necesidades.

- Responder preguntas.
- Llegar a los servicios que necesita.
- Coordinar con sus médicos y su sistema de apoyo.

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 casos complejos.

Administración de casos complejos

Los servicios de Administración de casos complejos están disponibles para adultos con necesidades médicas complejas. Los coordinadores de cuidado se reúnen con usted para conocer mejor sus necesidades médicas y utilizan la información sobre su historial médico para encontrar miembros que califican para nuestro programa de Administración de casos complejos. También se le puede remitir a la Administración de casos complejos a través de:

- Una referencia médica del programa de administración.
- Una referencia del planificador de altas.
- Una referencia de miembros o cuidadores.
- Una referencia de un profesional médico.
- Línea de Enfermería 24/7.

Los proveedores, enfermeros, trabajadores sociales y miembros o sus representantes pueden remitirle a la administración de casos complejos de las siguientes maneras:

- Teléfono: **866-902-1690 (TTY 711)**
- Fax: **855-417-1289**
- Aplicación móvil Sydney Health: centro de mensajes seguros o chat en vivo

Un coordinador de cuidado responderá a la solicitud enviada por fax dentro de un plazo de tres días hábiles.

La Administración de casos complejos es para miembros con:

- Tres o más estados de enfermedad que requieren la participación continua de especialistas para administrar y prestar una atención adecuada a la enfermedad;
- Dos o más estados de enfermedad “no controlados”, que se definen como estados de enfermedad que requieren atención inmediata, para los que el miembro no está recibiendo actualmente pruebas de detección, citas de seguimiento, cuidados, terapia y/o medicación apropiados para la enfermedad;
- Enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas (ADRP);
- Un diagnóstico de cáncer activo, o los estados de enfermedad “no controlada”/“no compensada” de insuficiencia cardíaca, EPOC o diabetes con una A1c superior al 9.0%;
- Necesidades de servicio de cuidado paliativo;
- Enfermedad mental grave;
- Trastorno de abuso de sustancias (SUD);
- Impedimento cognitivo significativo;

- Reclamaciones elevadas de más de cincuenta mil dólares (> \$50,000) en seis meses;
- Una determinación del nivel de cuidado en un centro de enfermería (NFLOC) y que reciben LTSS en un entorno domiciliario o comunitario; o bien
- Necesidades de estabilización de la vivienda.

La Administración de casos complejos también se aplica a los miembros dados de alta tras una hospitalización por trastorno psiquiátrico o por consumo de sustancias, durante un mínimo de 90 días calendario después de la hospitalización. Se le asignará un coordinador de cuidado para ayudarlo. El coordinador de cuidado le proporcionará información básica sobre su enfermedad, sugerencias sobre las preguntas que debe hacer a su médico y consejos sobre cómo mantenerse sano.

Si tiene alguno de estos problemas de salud u otro problema de salud especial o complejo, y desea obtener más información sobre la administración de casos complejos, llame al **866-902-1690**.

Programa de opciones correctas (RCP)

El Programa de opciones correctas es para miembros que necesitan ayuda con el uso adecuado de su cobertura médica. Su objetivo es garantizar que su cuidado médico se proporcione en el momento y lugar adecuados. Si está inscrito en este programa, le enviaremos una carta para informarle. Su equipo de expertos estará formado por un PMP, una farmacia y un coordinador de cuidado. Si tiene preguntas sobre el programa Opciones correctas, llame a la Administración de cuidados médicos al **866-902-1690**.

Defensor estatal/Servicios de protección de adultos (APS)

Anthem tiene un miembro del personal designado, llamado Defensor de Miembros/Coordinador de No Discriminación, que lo ayudará a trabajar con usted y con cualquier Defensor Estatal o trabajador de Servicios de protección de adultos (APS).

Si vive en un centro de cuidado a largo plazo u otro centro de vida asistida certificado, se le proporcionará información sobre la oficina del Defensor estatal de cuidado a largo plazo (LTC). También puede comunicarse directamente con el Defensor de LTC al **800-622-4484** o al **317-232-7134** o por correo electrónico a LongTermCareOmbudsman@ombudsman.IN.gov si tiene alguna duda.

Si lo desea, el Defensor estatal y/o los Servicios de protección de adultos pueden participar como miembro de su equipo de cuidado médico. Puede analizar sus deseos con su coordinador de cuidado o servicios o con el Defensor de Miembros de Anthem.

Programas y servicios cubiertos

Desde cuidado preventivo hasta servicios de la vista y farmacia, estamos aquí para ayudarlo a estar y mantenerse saludable. A continuación, más información sobre sus beneficios de PathWays.

Servicios ¹	Limitaciones/cobertura
Conferencias sobre el cuidado	Este es un momento para reunirse con sus coordinadores de cuidado/servicios, su familia o cuidador y sus proveedores de cuidados médicos para analizar sus necesidades médicas. Estas conferencias pueden realizarse en su hogar, por teléfono, virtualmente o en el lugar que usted elija.
Servicios de quiropráctica*	Hasta cinco visitas al año y hasta 50 tratamientos de medicina física terapéutica por año
Cuidado dental	<p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes bucales y una limpieza por año. • Una serie de radiografías de aleta de mordida y una serie completa de radiografías cada 3 años. • Tratamiento médicamente necesario. • Tratamiento de emergencias. • Examen bucal completo limitado a uno de por vida, por miembro, por proveedor, con un límite anual de 2 por miembro. • Cirugía de las encías agrandadas como consecuencia de un efecto secundario de un medicamento.
Entrenamiento de autoadministración para la diabetes	Dieciséis visitas por miembro por año. Se pueden preaprobar más visitas.
Servicios de farmacia	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos recetados • Artículos de venta libre (OTC) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que figuran en la lista de medicamentos de libre venta • Medicamentos autoinyectables (incluyendo insulina) • Agujas, jeringuillas, medidores de glucemia, tiras reactivas, lancetas y tiras reactivas de glucosa en orina • Medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar <p>Consulte la lista completa de medicamentos preferidos (PDL) en anthem.com/inmedicaid en la sección</p>

¹ En beneficios y servicios de Medicaid FFS Tradicional: *Aprobación previa requerida bajo ciertas circunstancias y **Aprobación previa siempre requerida

Servicios ¹	Limitaciones/cobertura
	<i>Beneficios de farmacia (Pharmacy Benefits).</i>
Medicamentos recetados	<p>Medicaid cubre medicamentos recetados si el medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos • No está designado por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) como menos que efectivo o idéntico, relacionado o similar a un medicamento menos que efectivo • No está excluido específicamente de la cobertura de Indiana Medicaid <p>Los siguientes medicamentos no están cubiertos por PathWays, pero sí están cubiertos por Cargo por servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para la hepatitis C • Agentes para la hemofilia • Tratamientos para la atrofia muscular espinal • Tratamientos para la distrofia muscular • Terapias CAR-T • Terapia genética duradera • Agentes para la fibrosis quística • Agentes para la anemia falciforme
Medicamentos no recetados	Medicaid cubre medicamentos no recetados (OTC, sin receta) en su formulario. Esto está disponible a través de un enlace del sitio web de IHCP en Programas de Cobertura Médica de Indiana — PBM (optum.com) .
Servicios de emergencia	Los servicios de emergencia y todos los servicios médicamente necesarios están cubiertos.
Servicios de la visión	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen cada dos años, a menos que sea médicamente necesario un cuidado más frecuente • Un par de anteojos cada cinco años • Lentes de contacto cuando sean médicamente necesarios y no para fines cosméticos
Suplementos alimentarios y suplementos nutricionales**	<p>La cobertura está disponible cuando ningún otro medio de nutrición es útil o razonable.</p> <p>Las necesidades nutricionales de rutina u ordinarias no están cubiertas.</p>
Servicios hospitalarios	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala de emergencia • Servicios para pacientes hospitalizados

¹ En beneficios y servicios de Medicaid FFS Tradicional: *Aprobación previa requerida bajo ciertas circunstancias y **Aprobación previa siempre requerida

Servicios ¹	Limitaciones/cobertura
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios y cirugías ambulatorias • Análisis de laboratorio y radiografías • Servicios de posestabilización • Transporte de ambulancia para emergencias
Servicios de salud en el hogar**	<p>La cobertura está disponible a través de agencias de salud en el hogar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada médicamente necesarios brindados por un enfermero registrado o un enfermero práctico certificado • Servicios de asistente de cuidado médico en el hogar • Servicios de terapia física, ocupacional y respiratoria • Servicios de patología del habla • Diálisis renal para personas confinadas en casa
Cuidado para enfermos terminales**	<p>El cuidado para enfermos terminales está disponible bajo Medicaid tradicional si se prevé el final de la vida por enfermedad en un plazo de seis meses. El cuidado incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos periodos consecutivos de 90 días calendario, seguido de • Un número ilimitado de periodos de 60 meses calendario <p>Los miembros que necesiten servicios para enfermos terminales deben cancelar su inscripción en Anthem PathWAYS e inscribirse en Medicaid tradicional.</p>
Servicios de laboratorio y radiología	<p>Los servicios deben ser ordenados por un médico u otro profesional aprobado para ello por la legislación estatal.</p>
Hospitalización de cuidado agudo a largo plazo	<p>Los servicios de cuidado agudo a largo plazo están cubiertos. Se requiere aprobación previa.</p>
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	<p>Los LTSS incluyen una amplia variedad de servicios para ayudar a los miembros a vivir de forma más independiente. Estos servicios ayudan con las necesidades personales y de cuidado médico y las actividades de la vida diaria, como por ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comer • Bañarse • Administrar medicamentos • Caminar • Cocinar • Transporte

¹ En beneficios y servicios de Medicaid FFS Tradicional: *Aprobación previa requerida bajo ciertas circunstancias y **Aprobación previa siempre requerida

Servicios ¹	Limitaciones/cobertura
	El cuidado se ofrece en el hogar, en entornos comunitarios o en centros, como hogares de ancianos.
Suministros y equipos médicos**	Los suministros, equipos y dispositivos médicos adecuados para su uso en el hogar están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Los suministros pueden incluir dispositivos protésicos, implantes, audífonos, dentaduras postizas, etc.
Servicios de salud mental/salud conductual: paciente hospitalizado**	Están cubiertos los servicios de salud mental y de salud conductual para pacientes hospitalizados. Los miembros que sean admitidos en un hospital psiquiátrico estatal deben cancelar su inscripción en PathWays.
Servicios de salud mental/salud conductual: paciente ambulatorio	Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de hospitalización parcial • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios • Terapia individual, grupal y familiar • Servicios de salud mental proporcionados por médicos, alas psiquiátricas de hospitales de cuidados intensivos, centros de salud mental para pacientes ambulatorios y psicólogos respaldados como proveedores de servicios de salud. • Servicios de salud conductual no proporcionados por los proveedores mencionados anteriormente, pero que incluyen servicios de salud mental, abuso de sustancias y dependencia de productos químicos prestados por proveedores especializados en salud mental.
Transporte que no sea de emergencia	Los servicios incluyen viajes ilimitados a: <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al médico y altas hospitalarias • Recogida de suministros médicos duraderos y de farmacia • Citas de renovación de Medicaid
Servicios prestados en un centro de enfermería** (Largo plazo)	Requiere una evaluación previa a la admisión para decidir el nivel de cuidado. La cobertura incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Habitación y comida • Cuidado de enfermería • Suministros y equipos médicos y no médicos • Equipo médico duradero • Servicios médicamente necesarios y de terapia razonables • Traslados a programas de servicios

¹ En beneficios y servicios de Medicaid FFS Tradicional: *Aprobación previa requerida bajo ciertas circunstancias y **Aprobación previa siempre requerida

Servicios ¹	Limitaciones/cobertura
	vocacionales/de habilitación
	Los miembros de PathWays que viven en un centro de enfermería durante 30 días seguidos o más pueden estar sujetos a responsabilidad del paciente. La responsabilidad del paciente es dinero que puede necesitar para contribuir a su cuidado mensual. La responsabilidad del paciente será determinada por el estado durante la inscripción inicial y la redeterminación anual. La Oficina de Política y Planificación de Medicaid (OMPP) será responsable de las actividades de recuperación del estado, si corresponde.
Servicios prestados en un centro de enfermería (Corto plazo)	Servicios para miembros en un centro de enfermería a corto plazo (es decir, por menos de 30 días calendario).
Servicios terapéuticos	Se cubren terapias físicas, del habla, ocupacionales y respiratorias. Los servicios deben ser solicitados por un M.D. o D.O. y proporcionados por un terapeuta o asistente calificado.
Trasplantes de órganos	La cobertura es de acuerdo a los estándares actuales de cuidado médico. Se requiere aprobación previa.
Ortodoncia**	No se aprueban procedimientos de ortodoncia, excepto en casos de deformidad craneofacial o paladar hendido.
Servicios médicos fuera del estado**	<p>Se requiere autorización previa, excepto para servicios de emergencia.</p> <p>El reembolso de Medicaid está disponible para lo siguiente proporcionado fuera de Indiana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado hospitalario general agudo • Servicios médicos • Servicios dentales • Servicios de farmacia • Servicios de transporte • Servicios terapéuticos • Servicios de podología • Servicios de quiropráctica • Equipos y suministros médicos duraderos • Servicios para enfermos terminales y • Servicios de diagnóstico
Servicios de proveedores*	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios razonables prestados por un M.D. o D.O. para cuidados diagnósticos, preventivos,

¹ En beneficios y servicios de Medicaid FFS Tradicional: *Aprobación previa requerida bajo ciertas circunstancias y **Aprobación previa siempre requerida

Servicios ¹	Limitaciones/cobertura
	<p>terapéuticos, rehabilitadores o paliativos, prestados dentro del alcance de la práctica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio del PMP. <p>Límites de cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio del PMP: máximo de 30 por año calendario por miembro, por proveedor, sin aprobación previa • Visitas al consultorio de pacientes nuevos: una por miembro, por proveedor, en los últimos tres años
Servicios de podología	Hasta seis visitas por año para cuidado de los pies
Servicios de posestabilización**	<p>Los servicios cubiertos incluyen la atención prestada en la sala de emergencia después de que su estado se estabilice o mejore, pero antes de salir de la sala de emergencia.</p> <p>Se requiere aprobación previa.</p>
Servicios de la Unidad de rehabilitación: paciente hospitalizado**	<p>La admisión a servicios de hospitalización se basa en los siguientes criterios, que muestran la incapacidad de funcionar de forma independiente con deterioro comprobado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función cognitiva • Comunicación • Continencia • Movilidad • Manejo del dolor • Función motora perceptual • Actividades de cuidado personal
Trastorno de abuso de sustancias (SUD) residencial**	<p>Se requiere aprobación previa para todas las estadías de SUD residenciales.</p> <p>El ingreso para estadías residenciales para OUD u otro tratamiento de SUD se basa en los siguientes criterios de colocación de pacientes de la Sociedad Estadounidense de Medicina de Adicciones (ASAM):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASAM Nivel 3.1 – Servicios residenciales de baja intensidad administrados clínicamente • ASAM Nivel 3.5 – Servicios residenciales de alta intensidad administrados clínicamente
Clínicas de salud rurales	<p>La cobertura está disponible para servicios proporcionados por un:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico • Asistente médico • Enfermero especializado

¹ En beneficios y servicios de Medicaid FFS Tradicional: *Aprobación previa requerida bajo ciertas circunstancias y **Aprobación previa siempre requerida

Servicios ¹	Limitaciones/cobertura
	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo clínico o • Trabajador social clínico
	<p>Si está confinado a su casa, los servicios se ofrecen solo en clínicas en áreas donde hay escasez de agencias de atención médica domiciliaria, según lo determina Medicaid.</p>
Dejar de fumar	<p>Anthem puede ayudarlo a dejar de fumar. Cubriremos un curso de cuidado de 12 semanas por 12 meses, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos recetados o de venta libre para ayudarlo a dejar de fumar, como parches o chicles de nicotina. • Servicios de consejería <p>También puede recibir ayuda a través de Quit Now Indiana al 800-QUIT-NOW. Visite anthem.com/AnthemRewards para descubrir cómo ganar dinero por dejar de fumar.</p> <p>Para encontrar más herramientas y recursos, visite nuestra página de <i>Salud y bienestar (Health and Wellness)</i> en anthem.com/inmedicaid. O llame a Servicios para Miembros al 833-412-4405 (TTY 711).</p>
Servicios para el trastorno por abuso de sustancias y servicios de tratamiento por uso de opioides*	<p>Anthem cubre apoyos de recuperación para el tratamiento por uso de sustancias, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de recuperación entre pares • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios • Hospitalización parcial • Tratamiento residencial • Tratamiento asistido por medicación <p>Algunos servicios requieren aprobación previa.</p> <p>También brindamos cobertura total para los servicios del Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los niveles de cuidado para el uso de metadona • Tratamiento asistido por medicación • Consejería asociada <p>Los servicios de OTP <u>no</u> requieren aprobación previa.</p> <p>Tenemos contratos con todos los proveedores de OTP certificados por la División de Salud Mental y Adicciones (DMHA) en todo Indiana.</p>

¹ En beneficios y servicios de Medicaid FFS Tradicional: *Aprobación previa requerida bajo ciertas circunstancias y **Aprobación previa siempre requerida

Servicio de autorreferencia

PathWays incluye algunos beneficios y servicios que están disponibles para los miembros mediante autorreferencia. Estos servicios de autorreferencia no requieren una referencia de su PMP ni aprobación. Puede recibir servicios de autorreferencia de cualquier proveedor del Plan de Cuidado Médico de Indiana (IHCP), incluso si no tiene contrato con Anthem, excepto ciertos servicios de salud conductual.

Los servicios de autorreferencia incluyen:

- Servicios dentales de rutina
- Cuidados quiroprácticos
- Capacitación de autocontrol de la diabetes
- Servicios de emergencia
- Atención de urgencia
- Cuidado de los ojos y la visión (excepto servicios quirúrgicos)
- Planificación familiar
- Administración de cuidados médicos para VIH/SIDA
- Servicios de podología
- Vacunaciones
- Servicios de salud conductual/psiquiátricos†

† Los proveedores de salud conductual que no son psiquiatras deben estar contratados por Anthem.

Los proveedores de salud mental y adicciones a los que un miembro puede autorreferirse dentro de la red de Anthem son:

- Clínicas de salud mental para pacientes ambulatorios
- Centros de salud mental comunitarios (CMHC)
- Psicólogos
- Psicólogos certificados
- Proveedores de servicios de salud en psicología (HSPP)
- Trabajadores sociales certificados (LSW)
- Trabajadores sociales clínicos certificados (LCSW)
- Enfermeros psiquiátricos
- Psicólogos escolares de práctica independiente
- Enfermeros de práctica avanzada (APN)
- Proveedores que tengan una maestría en trabajo social, terapia matrimonial y familiar o consejería de salud mental (bajo la Opción Clínica)

Otros servicios

Los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP) cubren algunos tipos de cuidado para los miembros. Estos tipos de servicios se denominan de exclusión (carve-out). Puede obtener estos servicios con cualquier médico inscrito en IHCP.

Los servicios de exclusión (carve-out) incluyen:

- Opción de rehabilitación de Medicaid (MRO): ofrece varios servicios de salud mental para ayudar a los miembros a lograr la mejor salud en la vida diaria.
- Servicios integrales de exención 1915(i): incluye servicios como coordinación de cuidado médico primario y conductual (BPHC) y servicios de habilitación y salud mental para adultos (AMHH) para miembros que puedan tener necesidades especiales.

Para obtener más información sobre estos servicios, hable con su coordinador de cuidado o llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Servicios excluidos

Los servicios a continuación están excluidos de la cobertura del programa PathWays, pero están disponibles bajo Medicaid tradicional u otros programas de exención.

Servicio	Descripción
Tratamiento psiquiátrico en un hospital estatal	A los miembros de PathWays que reciban tratamiento psiquiátrico en un hospital estatal se les cancelará su inscripción en PathWays para que puedan continuar recibiendo tratamiento.
Centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual	A los miembros de PathWays que sean admitidos en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) se les cancelará su inscripción en PathWays y se les inscribirá en Medicaid tradicional para que puedan continuar recibiendo cuidado.
Exención por lesión cerebral traumática	A los miembros de PathWays que sean elegibles para la Exención por lesión cerebral traumática se les cancelará su inscripción en PathWays y se los inscribirá en Medicaid tradicional para que puedan continuar recibiendo estos servicios.
Exención de integración y habilitación comunitaria	A los miembros de PathWays que sean elegibles para la Exención de integración y habilitación comunitaria se les cancelará su inscripción en PathWays y se los inscribirá en Medicaid tradicional para que puedan continuar recibiendo estos servicios.
Exención de apoyo familiar	A los miembros de PathWays que sean elegibles para la Exención de apoyo familiar se les cancelará su inscripción en PathWays y se los inscribirá en Medicaid tradicional para que puedan continuar recibiendo estos servicios.

Parte 2: Maneras de gozar de excelente salud

Cómo elegir a su PMP

Ahora que ha elegido Anthem, el siguiente paso es elegir un proveedor médico primario (PMP). Su PMP es la primera persona a la que llama para todas sus necesidades médicas. Le ayudará en cualquier momento, incluso fuera del horario normal y respetará sus creencias culturales y religiosas. Su PMP se ocupará de todas sus necesidades médicas coordinando:

- Chequeos y vacunas.
- Solicitudes para obtener una aprobación para proporcionarle servicios, si es necesario.
- Referencias a especialistas.
- Referencias para pruebas y servicios.
- Admisión a un hospital.

Su PMP puede ser un:

- Médico de familia o médico general (médico que trata a personas de todas las edades)
- Internista (un médico que trata a adultos)
- Ginecólogo (un médico que trata el sistema reproductor femenino)
- Médico clínico (en un departamento de salud, centro de salud o clínica de salud rural)
- Proveedor de práctica avanzada, incluyendo un enfermero o un asistente médico
- Un endocrinólogo (si esta principalmente involucrado en medicina interna)
- Geriatra (un médico que trata a adultos mayores)

Para seleccionar un médico o PMP, puede:

- Buscar en el Directorio de proveedores de Anthem para encontrar y elegir un PMP.
- Visite **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)** y seleccione *Encontrar un médico (Find a Doctor)*.
- Llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Directorio de proveedores

Anthem proporciona a sus miembros un Directorio de proveedores actualizado para ayudarle a encontrar un proveedor que pertenezca a la red de Anthem. El directorio se puede encontrar en **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)** y está listo para que lo busque en función de sus necesidades médicas. Nuestro Directorio de proveedores le informa sobre los médicos en su plan, incluyendo:

- Nombres, direcciones, números de teléfono y horario de atención.

- Género.
- Especialidades.
- Idiomas que hablan.
- Hospitales en los que trabajan.
- Si aceptan nuevos pacientes.
- Dónde están ubicados (usando un mapa en línea).
- Finalización de escuela y residencia médica.
- Logros profesionales.
- Estado de certificación de la junta.

Si necesita un Directorio de proveedores o ayuda para elegir un médico adecuado para usted, visite **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)** o llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Cómo cambiar su PMP

Es mejor mantener el mismo PMP. Este conoce sus necesidades de salud. Si decide acudir a un médico que no es su PMP y no ha obtenido antes nuestro visto bueno, es posible que tenga que pagar por los servicios.

Si desea cambiar su PMP, puede hacerlo rápidamente en línea en **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)** o en la aplicación móvil Sydney Health. 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 *Regístrese ahora* (*Register now*). Necesitará el número de identificación del miembro que figura en su tarjeta de identificación del miembro. También podemos ayudarlo a cambiar su PMP por teléfono llamando a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Proceso de amerindios/nativos de Alaska (AI/AN) para cancelar la inscripción en Atención administrada

Usted tiene la opción de recibir beneficios de Medicaid tradicional en lugar de PathWays. Puede llamar a la Línea de ayuda de Indiana PathWays for Aging al **87-PATHWAY-4 (877-284-9294)** si tiene preguntas sobre cómo cambiar su plan médico. No le costará nada cambiar y puede recibir más beneficios de Medicaid tradicional que de PathWays.

Los miembros AI/AN de Anthem pueden recibir servicios de un proveedor de cuidados médicos indígena si son elegibles, incluyendo proveedores dentro y fuera del estado. Los proveedores de cuidado médico indígena incluyen proveedores operados por:

- Servicio de Salud indígena (IHS)
- Organización tribal
- Organización indígena urbana
- Una tribu indígena

Además, si un proveedor de cuidados médicos indígena está en el plan de Anthem,

puede elegir ese proveedor como su PMP.

Línea de ayuda del programa

Indiana PathWays for Aging: **87-PATHWAY-4 (877-284-9294)**

Cómo cambiar su PMP

Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar un nuevo PMP cuando:

- Se ha mudado.
- Su médico se ha mudado o ya no pertenece a Anthem.
- No está satisfecho con el cuidado que recibe de su PMP.
- Alguien en el consultorio de su PMP lo ha tratado de forma grosera.
- Su médico no devuelve sus llamadas.
- Tiene problemas para recibir el cuidado que desea o que su PMP dice que necesita.

Llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Actualizaciones de la red del plan médico

Anthem publicará cualquier actualización de la red de proveedores al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio. Esto significa que si hay un cambio que podría afectar su cuidado, el plan médico le proporcionará la información en un plazo de 30 días hábiles.

Cómo acceder al cuidado

Un PMP es un proveedor médico primario. Su PMP es su socio de salud. Usted lo llamará primero cuando necesite cuidado médico. Trabjará con usted en todas sus necesidades médicas. Por lo general, su PMP podrá ayudarlo en todo lo que necesite. Si su PMP no puede tratar su problema de salud, le remitirá a otro lugar para que le atiendan.

Ver a un especialista

Su PMP puede enviarle a un especialista para que le brinde cuidado o tratamiento especial. Lo ayudará a elegir un especialista que le proporcione el cuidado que necesita. Es posible que necesite permiso de Anthem para ver a un especialista o recibir cierto cuidado. Su PMP sabe cuándo pedir permiso.

El personal del consultorio de su PMP puede ayudarlo a conseguir una cita con un especialista. Asegúrese de informar a su PMP y a su especialista todo lo que pueda sobre su salud. Si su especialista o cualquier otro proveedor no pertenece a la red de proveedores de Anthem, deberá obtener el permiso de Anthem antes de poder brindarle atención. También puede necesitar una referencia de su PMP.

Si tiene preguntas sobre el cuidado que su médico dice que necesita, es posible que desee una segunda opinión para asegurarse de que el plan de tratamiento es adecuado para usted. Para obtener una segunda opinión, hable con su PMP

o llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Cómo concertar una cita con el médico

Para concertar una cita, llame al consultorio de su PMP y solicítela. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación del miembro a la mano cuando llame. Dígalos que es miembro de Indiana PathWays for Aging y proporciónelos la información de su tarjeta de identificación del miembro.

Cuando vea a su PMP, este lo ayudará a entender sus necesidades médicas. En su primera cita, su PMP:

- Le hará preguntas sobre su salud actual y su historial médico.
- Le dará información sobre cómo mantener su salud.
- Programará las pruebas y los servicios de cuidado preventivo que necesite.

Acceso a HCBS y LTSS

Anthem proporcionará información sobre el programa Indiana PathWays for Aging a los miembros cuando se inscriban y durante todo el año. Los métodos de alcance incluyen:

- Contacto cara a cara sobre el terreno. Esto incluye talleres para nuevos miembros y de educación sobre salud
- Llamadas telefónicas
- Mensajes de texto
- Aplicación móvil, sitio web para miembros, correos electrónicos seguros, chat en vivo, blogs y videos
- Boletines informativos, manual del miembro y guías de inicio rápido

Encontrará más información en la sección de Coordinación de cuidado y servicios del manual del miembro.

Cuidado fuera de la red

Contratamos a médicos para que le proporcionen el cuidado cubierto por su plan. Llame a su PMP o a Servicios para Miembros para averiguar si necesita aprobación previa antes de acudir a un médico que no esté en su plan. También puede llamarnos o visitar nuestra página web para buscar un médico en su plan. Es posible que pueda ver a este médico fuera del plan por un servicio de autorreferencia. Consulte la sección *Servicios de autorreferencia* para obtener más detalles. Anthem no paga los costos de médicos fuera del plan en la mayoría de los casos. Solo podemos dar una aprobación previa para los que forman parte de los Programas de Cuidado Médico de Indiana (IHCP), lo que significa que forman parte del plan del estado.

Además de los casos de autorreferencia, existen otras situaciones en las que pagamos los servicios prestados fuera del plan. Estas situaciones incluyen:

- Servicios para los que tenía la aprobación previa de su aseguradora anterior. Respetaremos esas aprobaciones previas (a veces llamadas autorizaciones) durante al menos 90 días después de que se inscriba en nuestro plan.
- Si su PMP abandona nuestro plan, podrá seguir acudiendo a este mientras

trabajamos con usted para encontrar un nuevo PMP dentro de nuestro plan.

En el caso improbable de que no hayamos contratado a un proveedor que ofrezca los servicios que usted necesita en un radio de 60 millas de su domicilio, colaboraremos con usted para encontrar un proveedor, aunque este se encuentre 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 se aplica a algunos servicios de autorreferencia.

Cláusulas especiales de beneficios

Como miembro del programa Indiana PathWays for Aging, no se le cobrarán copagos por los servicios ni recibirá facturas de saldo de los proveedores por los servicios aprobados, una vez que se hayan cumplido todas las obligaciones del miembro.

Nuestro objetivo es facilitar a los miembros la obtención de la atención que necesitan. Esto incluye servicios fuera de la red (OON) si no hay disponible un proveedor de la red. Anthem sigue la orientación estatal para proporcionar atención OON con al menos 30 días calendario de antelación. Para recibir el pago de Anthem, un proveedor fuera de la red debe estar certificado por IHCP. Trabajaremos para educar a los proveedores OON, de la red y nuevos sobre las políticas y procesos de facturación y autorización previa de Anthem para simplificar el proceso para miembros y proveedores.

Beneficios mejorados

Además de sus beneficios regulares de PathWays, los miembros de PathWays pueden recibir beneficios adicionales solo por ser nuestro miembro.

Servicios de apoyo centrados en la persona	Detalles
Conexión de alimentos frescos	Elección de comidas entregadas a domicilio, cajas de productos frescos de granja o una membresía anual para la entrega de comestibles en línea.
Adultos saludables, Resultados saludables	Videos de ejercicios y acondicionamiento físico a pedido en línea, además de su elección de un kit de acondicionamiento físico para el hogar para aumentar la fuerza, la flexibilidad, mejorar la salud general y ayudarlo a permanecer en su hogar de manera segura.
Artículos de cuidado personal	Hasta \$50 en productos de cuidado personal de venta libre, incluyendo productos para el cuidado dental, de las uñas, de la piel y del cabello, artículos de lavandería y materiales para la prevención de gérmenes.
Kit de ayudas para la memoria	Libro de recuerdos para el cuidado de la memoria, etiquetas termoadhesivas, etiquetas decorativas, rotuladores y un reproductor mp3 con una tarjeta de regalo de música para ayudar a mejorar los síntomas del deterioro de la memoria.
Conexión de acompañamiento	Dos bocinas inteligentes con funciones de videollamada: una para usted y otra para su ser querido. Disponible para miembros en un centro de enfermería.
Ayudas de estilo de vida saludable	Una ayuda para un estilo de vida saludable al año, que incluye artículos como básculas digitales, almohadas lumbares y material para diabéticos.

Productos sensoriales	Hasta \$75 en libros para colorear, rompecabezas, juegos, manualidades, mantas con peso y otros productos sensoriales para ayudar a mejorar la memoria y la coordinación mano-ojo.
Ayuda con transiciones fluidas	Detalles
Artículos esenciales para el hogar	Puede elegir entre una tarjeta de \$50 para una tienda de segunda mano, una tarjeta de \$50 para una tienda de descuento o hasta \$50 en artículos esenciales para el hogar, como ropa de cama, artículos de cocina, pequeños electrodomésticos y más.
Capacitación en rehabilitación de la visión	Para miembros con impedimentos visuales. Servicios comunitarios y domiciliarios para ayudarle a permanecer seguro en casa.
Comidas posteriores al alta	Le llevamos a casa comidas adaptadas a sus necesidades médicas después de que vuelva de una hospitalización o de una estadía en un hogar de ancianos.
Beneficio de seguridad en el hogar	Un producto de seguridad en el hogar al año para ayudarle a prevenir accidentes y caídas. Elija entre artículos como detectores de monóxido de carbono, cajas de seguridad para medicamentos, detectores de humo, luces nocturnas y más.
Acceso a los servicios	Detalles
Elementos esenciales para el transporte:	Hasta seis viajes de ida y vuelta a la oficina del Seguro Social, reuniones del Comité CHANGE/CAC, centros de adultos mayores, programas de grupo, citas de renovación y clases de educación sobre salud. Opción de elegir entre una tarjeta de gasolina o una tarjeta de transporte compartido de hasta \$50 al año para desplazarse a otros lugares donde necesite ir.
Kit de herramientas digital de salud mental	Controle el estrés, mejore su estado de ánimo e inspírese con nuestros Recursos de bienestar emocional en línea y la Biblioteca de CommonGround.
Productos para el alivio de la EPOC	Seleccione un producto para aliviar la EPOC, como un kit vaporizador inhalador, un sistema compresor nebulizador de viaje, ropa de cama hipoalérgica, funda de almohada y colchón, y filtros de aire HEPA.
Conexión de teléfono inteligente para miembros	Apoyo y orientación para conseguir un teléfono inteligente y un plan para mantenerse en contacto con la familia, los amigos, los médicos y los servicios sociales.
Enlace de recursos comunitarios	Encuentre ayuda en su comunidad para alimentos, trabajo, vivienda y otras cosas que pueda necesitar. Visite anthem.com/inmedicaid para buscar recursos

	comunitarios cerca de usted.
--	------------------------------

Algunos beneficios están limitados a determinados miembros y es posible que tenga que realizar ciertas actividades para ser elegible. Los beneficios mejorados pueden cambiar o finalizar en cualquier momento. Vaya a [anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid) para obtener más información.

Recompensas Saludables (Healthy Rewards) por estar y mantenerse saludable

En Anthem, queremos que esté lo más saludable posible. Una salud excelente comienza con el cuidado preventivo. El cuidado preventivo puede incluir cualquier examen, prueba de detección o vacunaciones necesarias. Se trata del cuidado que recibe cuando no está enfermo de modo que su médico puede ayudarlo antes de que se enferme. Su salud es muy importante, queremos recompensarlo por cuidarla.

Existen muchos tipos de cuidado que puede obtener para ganar incentivos a través de nuestro programa Recompensas Saludables (Healthy Rewards). Hable con su médico sobre el cuidado preventivo que sea adecuado para usted. Le enviaremos mensajes de texto y de correo electrónico para informarle de los incentivos que le corresponden. La primera recompensa es por completar la Evaluación de necesidades de salud (HNS) en los 90 días siguientes a su inscripción. Puede completar la HNS con su coordinador de cuidado y ganar sus recompensas. Los nuevos miembros de Anthem recibirán más detalles sobre cómo completar la HNS y otras actividades saludables. Visite [anthem.com/AnthemRewards](https://www.anthem.com/AnthemRewards) para averiguar qué otras recompensas puede ganar.

Normas del programa Recompensas Saludables

- Medicaid debe ser su seguro primario.
- Debe ser miembro elegible de Anthem en el momento de utilizar la recompensa. Si hay un lapso en su cobertura después de obtener la recompensa, no podrá utilizarla.
- Sus Recompensas Saludables solo se pueden utilizar en los comercios participantes, como Amazon, DoorDash, Marshall's y TJ Maxx en Indiana.
- La compra de alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos, armas de fuego o medicamentos recetados no está permitida.
- Debe tener una dirección válida de correo electrónico.

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 (My Health Dashboard)* de Sydney Health, nuestra aplicación móvil. O llame a la línea de atención al cliente de Recompensas Saludables al **888-990-8681 (TTY 711)**.

Para obtener más información sobre estos programas, póngase en contacto con su coordinador de cuidado o llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Cuidado preventivo

Acudir al médico para recibir cuidado preventivo es muy importante. El cuidado preventivo incluye los servicios médicos que utiliza para chequear su salud con el fin de prevenir y detectar los primeros síntomas de una enfermedad. Le ayuda a mantenerse sano, especialmente a medida que envejece.

Las vacunas son inyecciones que protegen al organismo de enfermedades y dolencias. Algunas vacunas requieren vacunas de seguimiento o “refuerzos”. Estas vacunas se administran en determinados momentos y son necesarias para prevenir enfermedades y ayudarle a mantener la salud. Si no está seguro de tener todas las vacunas recomendadas, hable con su médico inmediatamente.

Todo el cuidado preventivo es pagado por Anthem. Le recomendamos que utilice todos los servicios de cuidado preventivo. Consulte la tabla a continuación para conocer los servicios de cuidado preventivo y las vacunas para hombres y mujeres adultos.

Servicios de cuidado preventivo	Mujeres de 50 años en adelante	Hombres de 50 años en adelante
Examen físico anual*	X	X
Análisis de glucosa en sangre*	X	X
Análisis de colesterol*	X	X
Prueba de detección de cáncer colorrectal	X	X
Papanicolaou*	X	
Mamografía de detección*	X	
Exámenes dentales*	X	X
Exámenes de la vista*	X	X
Análisis de VIH y ETS, tratamiento y consejería	X	X
Pruebas de detección de cáncer y otras condiciones relacionadas	X	X
Vacunaciones		
Vacuna contra la influenza*	X	X
Vacuna antineumocócica*	X	X
Refuerzo de tétanos, difteria y tos ferina	X	X

Vacuna contra el herpes zóster	X	X
Hepatitis B	X	X
Vacuna contra el COVID-19*	X	X

* Estos servicios generalmente se proporcionan una vez al año o según lo recomiende su médico.

Para obtener más información sobre vacunas, visite [cdc.gov/vaccines](https://www.cdc.gov/vaccines).

Cuándo y dónde acudir para obtener cuidado

Es importante saber cuándo y dónde acudir para recibir el cuidado médico que necesita. A veces, puede parecer difícil decidir adónde ir cuando usted o un miembro de su familia no se siente bien. Anthem tiene muchas opciones de cuidado. El cuadro a continuación muestra algunas opciones de cuidado y cuándo son la mejor opción para su uso.

Proveedor médico primario (PMP)	Chequeos y exámenes físicos, vacunaciones, dolores y molestias menores
Telesalud	Para problemas menores cuando no puede ver a su PMP en el consultorio. Telesalud consiste en consultar a su médico de forma remota, generalmente mediante una llamada de video o audio en su teléfono.
Clínica de atención de conveniencia	Para problemas menores cuando su PMP no está disponible.
Atención de urgencia	Para problemas que podrían convertirse en emergencias si no se tratan durante 24 horas. Si tiene una lesión que podría convertirse en una emergencia si no se trata en un plazo de 24 horas, necesita atención urgente. Llame a su PMP o a la Línea de Enfermería 24/7 al 833-412-4405 (TTY 711) si tiene preguntas.
Sala de emergencia (ER)	Emergencias mortales

Acceso a la atención

El cuadro a continuación le ayuda a comprender cuándo puede esperar conseguir una cita con su proveedor.

Tipo de proveedor	Categoría de cita	Estándares sobre citas
PMP	Rutina	En un plazo de 30 días calendario
	Urgente	En un plazo de 24 horas
	Emergencia	El número de teléfono de emergencia del PMP está disponible las 24 horas del día, los

		7 días de la semana
	Examen ginecológico de rutina/Nueva paciente	En un plazo de 30 días calendario
	Examen físico anual	En un plazo de 90 días calendario
Especialista	Rutina	En un plazo de 60 días calendario
	Urgente	En un plazo de 24 horas
	Emergencia	las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Salud conductual	Emergencia no mortal	En un plazo de 6 horas
	Urgente	En un plazo de 24 horas
	Emergencia	las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	Visita inicial para atención de rutina	En el plazo de 10 días hábiles
	Atención de rutina de seguimiento	En un plazo de 30 días calendario según la condición
	Cita de seguimiento de paciente ambulatorio	En un plazo de 7 días después del alta para la hospitalización de salud conductual como paciente hospitalizado

Línea de Enfermería 24/7

La Línea de Enfermería 24/7 es un servicio telefónico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendido por enfermeros registrados especialmente capacitados. Los servicios de intérprete están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para personas que no hablan inglés.

El acceso a la Línea de Enfermería 24/7 permite a los miembros acceder a servicios y capacitación de salud, optimizar su utilización y referir a servicios de salud comunitarios. La Línea de Enfermería 24/7 también puede ayudar a los miembros a decidir si se necesita acudir a la sala de emergencia.

La Línea de Enfermería 24/7 incluye:

- Acceso directo a un enfermero registrado que puede responder a sus preguntas sobre inquietudes relacionada con la salud, condiciones médicas, medicamentos recetados y servicios de salud locales.
- Notificaciones para que sus proveedores sepan de un contacto clínico con la Línea de Enfermería 24/7. Los informes de contacto de la Línea de Enfermería

24/7 están a disposición de Anthem para la referencia a coordinadores de cuidado y servicios.

Cuidado fuera del horario normal

La cobertura fuera del horario normal del proveedor médico primario (PMP) está a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Anthem mantiene estándares que su PMP debe seguir. Su PMP o proveedor designado responderá a su llamada telefónica fuera del horario normal en inglés y español. La cobertura fuera del horario normal de su PMP puede incluir un servicio de contestador automático o un servicio de llamadas compartido con otros proveedores médicos.

Una condición médica urgente no es una emergencia pero necesita atención médica en un plazo de 24 horas. No es lo mismo que una emergencia verdadera. Llame a su PMP si su estado es urgente y necesita ayuda médica en un plazo de 24 horas. Si no puede ponerse en contacto con su PMP, llame a la Línea de Enfermería 24/7, incluso en días feriados al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Atención de urgencia

Si tiene una lesión que podría convertirse en una emergencia si no se trata en un plazo de 24 horas, necesita atención de urgencia. Llame a su PMP o a la Línea de Enfermería 24/7 al **833-412-4405 (TTY 711)** si tiene preguntas. Los síntomas de atención de urgencia incluyen:

- Resfriado, influenza o dolor de garganta
- Dolor de oído
- Vómitos o diarrea
- Esguince común
- Pequeña fractura ósea
- Cortadas menores
- Asma/reacciones alérgicas leves
- Erupción cutánea sin fiebre

Servicios de emergencia

Una emergencia es una condición médica con síntomas graves que pueden poner en peligro su vida o causarle daños graves. Algunos ejemplos de problemas de salud que requieren tratamiento de urgencia son:

- Sangrado descontrolado, quemaduras mayores, ataques/convulsiones
- Desmayo, dificultad para respirar, dolor agudo en el pecho, vómito severo
- Casos de violación o abuso sexual
- Intoxicación
- Un accidente grave
- Fracturas de huesos

Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

No llame a Anthem antes de llamar al **911**. Tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro establecimiento para cuidado de emergencia. Las visitas a la sala de emergencia (ER) no requieren autorización previa para los servicios de emergencia o los cuidados posteriores a la estabilización.

Asegúrese de llamar a su PMP en un plazo de 24 horas después de acudir a la ER o si ha ingresado en el hospital. Su PMP concertará una visita con usted para cuidado de seguimiento.

Si está experimentando una crisis de salud mental, llame al **988** para la Línea Nacional de Prevención del Suicidio y Crisis o llame al **844-721-1304 (TTY 711)** para la Línea directa de crisis de salud conductual de Anthem. Los profesionales clínicos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hablar con usted.

Recibir atención de emergencia fuera de nuestra área de servicio

Si necesita atención de emergencia mientras viaja fuera de nuestra área de servicio, siga estos pasos para asegurarse de que está cubierto:

- Llame a su PMP (o pida al hospital que llame a su PMP) si necesita cirugía, admisión hospitalaria o cualquier otro servicio una vez que esté estable
- Muestre su tarjeta de identificación al hospital o al médico

Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su PMP. Si no puede ponerse en contacto con la oficina de su PMP, puede llamar a la Línea de Enfermería 24/7 al **833-412-4405 (TTY 711)**.

El enfermero puede ayudarlo a:

- Decidir si necesita ver a su médico
- Decidir si debe acudir a la sala de emergencia
- Responder preguntas generales sobre su salud

¿Qué son los cuidados posteriores a la estabilización?

Es el cuidado que recibe en la ER o en el hospital una vez que su estado es estable. Su médico lo examinará para asegurarse de que se encuentre lo suficientemente bien como para irse.

¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico?

En la mayoría de los casos, no debe recibir una factura de un proveedor. Sin embargo, es posible que deba pagar los cargos en los siguientes casos:

- Usted acordó por escrito con anticipación pagar el cuidado que no ofrece Anthem después de que nos solicitó nuestra aprobación.
- Usted acordó con anticipación por escrito pagar el cuidado de un proveedor que no trabaja con nosotros y no obtuvo nuestra aprobación con anticipación.

Si recibe una factura y cree que no debería tener que pagar los cargos, llame

a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**. Tenga la factura consigo cuando llame y díganos:

- La fecha del servicio.
- El monto que se está cobrando.
- El motivo por el cual se le facturó.

Transporte

PathWays incluye beneficios de transporte (traslados). Los traslados a los lugares enumerados a continuación se incluyen en el plan de PathWays a través de Anthem:

- Cualquier visita al médico o cita de cuidado médico
- Su farmacia
- Dar de alta de una estadía de hospitalización
- Citas urgentes (previa aprobación) y recurrentes

- Citas de redeterminación de la elegibilidad con el estado
- Centros de atención para adultos mayores, programas grupales y clases de educación sobre salud

Programe un traslado al menos dos días hábiles antes de su cita. Recuerde, si tiene una emergencia, llame al **911** o vaya directamente a la sala de emergencias más cercana. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**. Cuando necesite un traslado, siga estos pasos:

1. **Programe su traslado.** Llame a Servicios de Transporte de Anthem al **844-772-6632 (TTY 888-238-9816)** o [reserve en línea](#) al menos dos días hábiles completos con anticipación.
 - Se aceptan llamadas para reservaciones de rutina de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.
 - Se aceptan llamadas para reservaciones urgentes y para el mismo día las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Se aceptan llamadas para cancelaciones, actualizaciones de estado y altas hospitalarias las 24 horas, los 7 días de la semana.
2. **Programe su traslado.** Cuando reserve, infórmeles su número de identificación del miembro que figura en su tarjeta de identificación del miembro o fecha de nacimiento, la fecha y hora de su cita y si necesita ayuda adicional, como una silla de ruedas.
3. **Reserve su viaje de regreso.** Cuando su cita termina, llame a Servicios de Transporte de Anthem.

Después de recibir cuidado, solicite en el consultorio médico que llamen a la compañía de transporte para su viaje de regreso a casa. Si necesita que le surtan una receta en el consultorio antes de salir, trabaje con su médico para hacerlo antes de llamar a su conductor para el viaje a casa. Será necesario informar a su conductor sobre una parada en la farmacia cuando programe el viaje a casa.

Cuando utilice los servicios de traslado, siga estas normas:

- Espere al conductor en el lugar de recogida y devolución. El conductor solo puede esperar 15 minutos. Si espera demasiado, se irá y usted no podrá conseguir el traslado.
- Si debe cancelar su traslado, debe llamar al menos dos horas antes de la hora de recogida establecida.

Si es miembro de un Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP) de Anthem, tiene beneficios de transporte tanto a través de la parte de Medicare de su plan como de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros de PathWays al **833-412-4405 (TTY 711)** para obtener ayuda con sus necesidades de transporte específicas y para asegurarse de que su traslado se programe con el proveedor de servicios de transporte adecuado.

Los Servicios de Transporte de Anthem pueden ayudarle a descubrir qué opciones de transporte están disponibles en su área. Llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)** para conocer sobre:

- Servicios de recogida y devolución.
- Reembolso de gasolina y millaje.
- Boletos de autobús.
- Viajes de larga distancia.

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

Si sus planes cambian, llame a Servicios de Transporte de Anthem lo antes posible para informar al proveedor de transporte. Solo se brindan traslados a miembros que no tienen otro medio de transporte. Si tiene transporte confiable, acceso al transporte público o familiares y amigos que puedan llevarlo, debe utilizar estas opciones primero.

Número de teléfono del transporte: **844-772-6632 (TTY 888-238-9816)**

Salud conductual y trastorno por el uso de sustancias

La salud conductual es sobre cómo se siente y actúa. También se denomina salud mental. Su salud mental es muy importante. Todos los miembros de PathWays pueden recibir servicios de salud mental y trastornos por el uso de sustancias. Puede consultar a cualquier médico de la red sin una referencia para tratamiento ambulatorio. También puede consultar a cualquier psiquiatra inscrito en IHCP sin una referencia. Si tiene pensamientos de lastimarse a usted mismo o a otra persona, llame al **988** de inmediato para pedir ayuda. Si tiene preguntas, llame a la línea de ayuda de Anthem a continuación.

Cubrimos el cuidado para trastornos de salud mental y uso de sustancias para todos los miembros de PathWays. No necesita una referencia de su PMP para consultar a alguien para recibir estos servicios. Servicios para Miembros de Anthem puede ayudarle a descubrir qué opciones de proveedor están disponibles en su área. Cubrimos:

- Servicios para pacientes hospitalizados
- Hospitalización parcial
- Programa ambulatorio intensivo
- Terapia individual, familiar y grupal
- Servicios de medicación
- Pruebas psicológicas
- Servicios en la comunidad
- Tratamiento residencial para el trastorno de abuso de sustancias (SUD)
- Programas de tratamiento de opioides (OTP)
- Análisis conductual aplicado (ABA)
- Servicios móviles para crisis

Su proveedor de salud conductual o proveedor de tratamiento por uso de sustancias puede pedirle que firme una autorización de divulgación de información para compartir información con su PMP. Esto permitirá que sus proveedores hablen sobre sus condiciones médicas para garantizar que reciba la atención adecuada en el momento adecuado.

Si usted o alguien que conoce necesita apoyo ahora, llame o envíe un mensaje de texto al **988** o comience un chat en **988lifeline.org**. La Línea de Prevención del Suicidio y Crisis 988 lo conecta con un consejero de crisis capacitado que puede ayudar. Si tiene preguntas sobre los servicios de salud conductual, llame a Anthem a:

Línea directa para crisis de salud conductual: **844-721-1304 (TTY 711)**
Servicios para Miembros: **833-412-4405 (TTY 711)**

Parte 3: Servicios de farmacia

Información de farmacia

Anthem cubre los medicamentos que necesita. También puede ir a cualquier farmacia que acepte su plan médico de Anthem. Los medicamentos recetados, incluyendo inyecciones e infusiones, ciertos medicamentos de venta libre y suplementos de farmacia, son beneficios del programa PathWays.

Surtir sus recetas

- Su médico le recetará los medicamentos que pueda necesitar.
- Su médico se pondrá en contacto con su farmacia o podrá ir allí con su receta. Anthem trabaja con CarelonRx para manejar sus beneficios de farmacia.
- Debe utilizar una farmacia que acepte Anthem. Esto puede incluir farmacias

de pedido por correo. Puede encontrar farmacias de Anthem en nuestro Directorio de proveedores o llamando a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

- Sus beneficios de farmacia tienen una Lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL tiene los medicamentos que su plan paga siempre que tenga una receta. Esto incluye medicamentos de venta libre (OTC). Encuentre la PDL completa en **mss.anthem.com/in/insurance-plans/pharmacy-and-prescription-drugs.html**.

Los beneficios de farmacia para miembros de PathWays incluyen:

- Medicamentos recetados.
- Medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que figuran en la lista de medicamentos de venta libre.
- Medicamentos autoinyectables (incluyendo insulina).
- Agujas, jeringuillas, medidores de glucemia, tiras reactivas, lancetas y tiras reactivas de glucosa en orina.
- Medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Estos medicamentos recetados no se ofrecen:

- Medicamentos de venta libre (OTC) (a menos que se especifique en el formulario o PDL)
- Medicamento experimental o de investigación
- Medicamentos para motivos cosméticos
- Medicamentos para perder peso
- Medicamentos para hacer crecer el 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 necesita saber:

- Se deben administrar medicamentos genéricos cuando haya alguno disponible.
- Se pueden administrar medicamentos de marca si no existe un medicamento genérico para estos.
- La PDL le informará las excepciones a estas normas.
- Se deben usar medicamentos genéricos y preferidos para su condición, a menos que su médico le dé una razón médica para usar un medicamento diferente.

Autorización previa

Algunos medicamentos necesitan una autorización previa o una aprobación previa. Su médico debe solicitar una autorización si:

- Un medicamento figura como no preferido en la PDL.
- Se deben cumplir ciertas condiciones antes de recibir el medicamento.
- Está recibiendo más medicamento de lo que normalmente se espera.
- Hay otros medicamentos que se deben probar primero.

Si se necesita una autorización previa, 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:

- Es posible que necesite pruebas o ayuda con un medicamento.
- Es posible que pueda tomar un medicamento diferente.

Muestre su tarjeta de identificación a su proveedor. Tiene el número de teléfono para solicitudes de aprobación previa. Anthem decidirá en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud (sin incluir los domingos ni algunos días feriados) si se puede aprobar su solicitud de medicamento. Su médico será notificado.

Medicare Parte D

Los planes de beneficios de medicamentos de Medicare Parte D cubren los medicamentos recetados aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Para los miembros con beneficios completos y doblemente elegibles, Indiana Medicaid cubre los medicamentos recetados médicamente necesarios, reembolsables a nivel federal y estatal, que están excluidos de la cobertura de los CMS en los planes de beneficios de Medicare Parte D. Los medicamentos elegibles para la cobertura de Medicare Parte D no estarán cubiertos por Medicaid, incluso si el miembro rechaza la cobertura de la Parte D.

Parte 4: Ayuda con servicios especiales

Asistencia en otros idiomas

Si el inglés no es su idioma principal, Anthem puede proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Para solicitar asistencia, llame a Servicios para Miembros de Anthem.

Si es sordo o tiene dificultades auditivas, Anthem puede proporcionarle un intérprete del lenguaje americano de señas sin costo alguno para usted. Para solicitar ayuda, llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**. Puede obtener ayuda en su idioma o en lenguaje de señas cuando vaya al médico.

Anthem puede proporcionarle material de lectura en su idioma. Si necesita su manual del miembro y otra información del plan médico de otra manera, infórmenos. Por ejemplo, si necesita la información en otro idioma, con letra más grande, en Braille o en formato de audio, llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**. Anthem responderá a sus preguntas en su idioma.

Ofrecemos servicios y programas que satisfacen muchas necesidades lingüísticas y culturales y le ayudan a acceder a una atención de calidad. Nuestro servicio de intérpretes trabaja con más de 400 idiomas. Ofrecemos:

- Acceso a intérpretes telefónicos las 24 horas del día.
- Personal de Servicios para Miembros que habla otros idiomas.
- Lenguaje de señas e intérpretes cara a cara.
- Médicos que hablan otros idiomas.
- Un traductor o intérprete oral (por teléfono o cara a cara) cuando reciba servicios de cuidado médico.
- Materiales educativos sobre salud traducidos a distintos idiomas y otros formatos, como Braille, letra grande o CD de audio.

También ayudamos a garantizar que los servicios de interpretación oral estén disponibles para los miembros que buscan servicios relacionados con cuidado médico y LTSS en el consultorio de servicios de un proveedor. Esto incluye garantizar que los proveedores que tienen acceso las 24 horas del día a servicios relacionados con cuidado médico en sus centros de servicio o por teléfono (por ejemplo, departamentos de emergencia de hospitales, PMP) proporcionen a los miembros servicios de interpretación oral las 24 horas del día, ya sea a través de intérpretes o de servicios telefónicos. Por ejemplo, nos aseguraremos de que los proveedores de la red ofrezcan servicios TDD para miembros con discapacidad auditiva, intérpretes orales y firmantes.

Informe a su médico si necesita un intérprete de lenguaje de señas para sus visitas médicas. **Llame a Servicios para Miembros al menos con 72 horas de anticipación, si necesita un intérprete o traductor en la consulta de su PMP, en las consultas de otros proveedores de cuidados médicos o en agencias que presten apoyo a sus necesidades médicas.**

Ayuda de idioma

833-412-4405 (TTY 711)

Asistencia para la audición y el habla

Llame gratuitamente a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (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 los 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 lo protege de la discriminación por nuestra parte debido a una discapacidad. Si cree que lo han tratado de manera diferente debido a una discapacidad, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Redeterminación

Para continuar recibiendo cobertura médica, debe renovar sus beneficios. Esto se conoce como una redeterminación. Dependiendo de sus ingresos al final de cada año de su cobertura, es posible que deba demostrar que aún es elegible. Antes de que finalice su cobertura médica, la Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA) le enviará por correo una carta. La carta se denomina “Aviso de renovación”. Asegúrese de leer atentamente las instrucciones que vienen con su formulario de renovación. Es posible que deba firmar el formulario y devolverlo con cierta información. Comuníquese con la División de Recursos Familiares (DFR) al **800-403-0864** para hacer preguntas. Puede tomar alrededor de 45 días completar su proceso de redeterminación. Recibirá un aviso del DFR y de Anthem para recordarle sobre la redeterminación.

Anthem puede ayudarle en el proceso de redeterminación. Sin embargo, es importante mantener actualizados su dirección y número de teléfono para recibir avisos. Si su número de teléfono o dirección cambia, comuníquese con el DFR en línea en **fssabenefits.in.gov** o llame al **800-403-0864**.

Línea gratuita de la División de Recursos Familiares (DFR): 800-403-0864

Manejar sus beneficios

Otra opción para informar cualquier cambio es a través del Portal de beneficios de la FSSA. La FSSA ha desarrollado una herramienta en línea que le permitirá manejar sus beneficios, informar cambios, imprimir pruebas de elegibilidad y ver sus avisos/correspondencia. El Portal de beneficios se puede encontrar en **fssabenefits.in.gov/bp/#**.

Si tiene otro seguro

Llámenos al **833-412-4405 (TTY 711)** si tiene otros beneficios de salud. Esto nos ayuda a trabajar con su otra compañía de seguro para pagar correctamente las reclamaciones. Llámanos también si:

- Tiene una reclamación de compensación para trabajadores.
- Está esperando una decisión sobre una demanda por lesiones personales o negligencia médica.
- Tiene un accidente automovilístico.
- Pasa a ser elegible para Medicare.

En algunos casos, Anthem puede tener derecho a recuperar los pagos que realizó por usted si otra compañía de seguro realizó pagos por su cuidado médico. Infórmenos de inmediato si resultó herido en un accidente o si otra compañía realizó pagos por su cuidado médico. Deberá brindarnos información sobre lo sucedido. **Llame al departamento de Subrogación al 866-891-7397 (TTY 711).**

Cambiar a Medicare

Si usted pasa a ser elegible para el programa Medicare, debe solicitar Medicare. Esto incluye si tiene más de 65 años o tiene alguna discapacidad. Medicare lo ayudará a presentar su solicitud a medida que se acerque a su cumpleaños número 65. Si queda discapacitado, también existe la Discapacidad de Medicaid. Su plan

médico actual lo ayudará a solicitar la cobertura de discapacidad de Medicaid.

Cuando pasa de su plan médico actual a un programa de discapacidad o de Medicare, su fecha de inicio puede ser una fecha en el pasado. Cuando su cobertura cambia, es posible que reciba diferentes beneficios. La selección del plan se puede realizar en la solicitud de Medicare o llamando al agente de inscripción en un plazo 60 días después del inicio de la cobertura. Si no selecciona un plan, habrá un proceso de asignación dirigido por el Estado. La asignación de planes favorecerá la alineación del plan entre Medicare y Medicaid en la mayor medida posible. Se pueden considerar otros factores, como el proveedor residencial del miembro (si corresponde).

La inscripción abierta para Medicare es del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años. Durante el periodo de inscripción abierta, usted puede:

- Inscribirse, cancelar o cambiar a otro plan Medicare Advantage (o agregar o cancelar la cobertura de medicamentos).
- Cambiar de Medicare Original a un Plan Medicare Advantage o de un Plan Medicare Advantage a Medicare Original.
- Inscribirse, cancelar o cambiar a otro plan de medicamentos de Medicare si está en Medicare Original.

Parte 5: Derechos y responsabilidades del miembro

Derechos de los miembros

Usted y su proveedor pueden recibir una copia de sus Derechos y responsabilidades de miembro por correo, fax, correo electrónico o en nuestro sitio web en **anthem.com/inmedicaid**. Como miembro de este plan médico, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre Anthem, los servicios que brindamos, el programa de atención administrada Indiana PathWays for Aging, los médicos y las instalaciones de su plan, y sus derechos y responsabilidades. También se le notificará mediante llamada telefónica o correo si los beneficios, servicios o 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 **833-412-4405 (TTY 711)**.
- Usar edificios y servicios que cumplan con los estándares de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Esto significa que las personas con discapacidades o problemas físicos pueden acceder a los edificios médicos y utilizar servicios importantes.

- Obtener información sobre la estructura y operación de Anthem.
- Ser tratado con respeto y con la debida consideración por su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera adecuada para su condición y que pueda entender.
- Saber que la fecha en que se unió a Anthem es la fecha en que comienzan sus beneficios y Anthem no cubrirá los servicios que recibió antes de esa fecha.
- Elegir un proveedor médico primario (PMP) que sea parte de la red y cambiar su PMP sin causa ni motivo.
- Estar libre de restricciones a la libertad de elección entre los proveedores de la red.
- Saber si su médico participa en un plan de incentivos para médicos a través de Anthem. Llámenos para conocer más sobre esto.
- Participar en todas las decisiones sobre su cuidado médico. Esto incluye el derecho a tener y revisar un plan de salud y un plan de servicios, y el derecho a rechazar el tratamiento.
- Obtener una segunda opinión de un médico diferente.
- Recibir servicios cubiertos y cuidado médicamente necesario de manera oportuna y culturalmente competente.
- Tener un coordinador de cuidado al que pueda contactar directamente y que desarrollará un plan de salud con usted. Su coordinador de cuidado trabajará con usted, su cuidador, sus proveedores de cuidados médicos y otros proveedores de servicios para evaluar sus necesidades de cuidado médico y garantizar que se satisfagan.
- Tener un coordinador de servicios al que pueda contactar directamente y que desarrollará un plan de servicios con usted, si recibe servicios en el hogar y en la comunidad.
- Tener derecho a solicitar una audiencia imparcial si no se le da la opción de servicios de exención basados en el hogar y la comunidad en lugar del nivel de cuidado institucional, si se le niegan los servicios o los proveedores de su elección o si sus servicios son denegados, suspendidos, reducidos o cancelados. El derecho a solicitar una audiencia imparcial incluye proporcionar un aviso de acción.
- Saber qué hospitales debe utilizar y tener acceso a estos.
- Estar libre de cualquier restricción o privación utilizada como medida de fuerza, control, conveniencia o represalia como se establece en las regulaciones federales sobre el uso de restricciones y privación.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica. Y puede solicitar que se modifique o corrija, según lo establecido en las leyes de privacidad de cuidado médico estatales y federales.
- Tener conversaciones honestas con sus médicos sobre el tratamiento adecuado para su condición, a pesar del costo.
- Descubrir cómo decide Anthem si la nueva tecnología o tratamientos deben

ser parte de un beneficio.

- Hacer que Anthem, sus médicos y todos sus proveedores de cuidados médicos mantengan la privacidad de su historia clínica y la información de su seguro médico.
- Hacer que sus problemas se solucionen rápidamente. Esto incluye cosas que usted cree que están mal, así como también asuntos que tienen que ver con sus beneficios, el pago de servicios o la recepción de nuestra aprobación.
- 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 urgencia.
- Obtener servicios de intérprete sin costo si habla un idioma que no sea inglés o si tiene pérdida de audición, visión o del habla.
- Expresar quejas o apelaciones sobre Anthem, el plan o la atención que le brindamos.
- Solicitar información y otros materiales de Anthem (cartas, boletines) en otros formatos. Estos incluyen Braille, letra de gran tamaño o CD de audio, sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.
- Decirnos qué le gustaría cambiar sobre su plan médico de Anthem, incluyendo la política de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Cuestionar una decisión que tomamos sobre la atención que recibió de su médico. No se lo tratará de forma diferente si presenta una queja.
- Saber que Anthem puede realizar cambios en los beneficios de su plan médico, siempre y cuando se los informemos por escrito antes de que los cambios entren en vigencia.
- Saber que Anthem no reemplaza el seguro de compensación para trabajadores.
- Preguntar sobre nuestro programa de calidad y decirnos si le gustaría que se realicen cambios.
- Preguntarnos cómo hacemos revisiones de utilización y darnos ideas sobre cómo cambiarlas.
- Saber que no será responsable si Anthem se declara insolvente (en quiebra y no puede pagar sus facturas).
- Hacer una directiva anticipada.
- Saber que Anthem, sus médicos u otros proveedores de cuidados médicos 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 lingüísticas
 - El grado de su enfermedad, condición médica o discapacidad

Responsabilidades de los miembros

Como miembro de este plan médico, usted tiene la responsabilidad de:

- Informarnos a nosotros, a su médico y a sus otros proveedores de cuidados médicos cuando necesite ayuda, cómo prefiere que lo apoyen y sobre sus condiciones médicas lo mejor que pueda.
- Informar a su médico si no entiende lo que le dicen sobre su condición, su atención o lo que debe hacer.
- Seguir las normas del consultorio de su médico.
- Proporcionar información para ayudarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidados médicos a saber cómo satisfacer sus necesidades médicas.
- Tomar la iniciativa en el desarrollo de sus objetivos de tratamiento utilizando el apoyo que necesite.
- Cumplir con los planes de tratamiento (e instrucciones de cuidado) que usted, sus médicos y otros proveedores de cuidados médicos acuerdan o informarnos cuando sea necesario ajustar el plan para ayudarlo a alcanzar sus objetivos.
- Tratar a su médico y otros proveedores de cuidados médicos con respeto.
- Programar citas con su médico cuando sea necesario o comunicarse con nosotros para obtener ayuda según sea necesario.
- Cumplir con todas las citas programadas y llegar a tiempo.
- Llamar a su médico si no puede asistir a su cita.
- Siempre llame primero a su PMP para toda su atención médica (a menos que tenga una emergencia).
- Mostrar su tarjeta de identificación cada vez que reciba atención médica.
- Utilizar la sala de emergencia solo en casos de emergencia.
- Informar a Anthem y a la División de Recursos Familiares (**800-403-0864**) si:
 - Se muda.
 - Cambió su número de teléfono.
 - Tiene algún cambio en su seguro.
 - Sus ingresos cambian.
 - La cantidad de personas en su hogar cambia.

No discriminación

Anthem no participa, ayuda ni perpetúa la discriminación contra ninguna persona al brindar asistencia significativa a cualquier entidad o persona que discrimine por motivos de raza, color o nacionalidad al brindar ayuda, beneficios o servicios a los beneficiarios. Anthem no utiliza ni administra criterios que tengan el efecto de prácticas discriminatorias por motivos de género o identidad de género. Anthem no selecciona ubicaciones de sitios o instalaciones que tengan el efecto de excluir a las personas, negarles los beneficios o someterlas a discriminación por motivos de género o identidad de género. Además, en cumplimiento con la Ley de Edad, Anthem no puede discriminar a ninguna persona por motivos de edad, ni ayudar o perpetuar la discriminación por motivos de edad brindando asistencia significativa a ninguna agencia, organización o persona que discrimine por motivos de edad. Anthem brinda cobertura médica a nuestros miembros de forma no discriminatoria, de acuerdo con las leyes estatales y federales, independientemente de su género, identidad de género, raza, color, edad, religión, nacionalidad, discapacidad física o mental o tipo

de enfermedad o condición.

Los miembros que se comunican con nosotros con una acusación de discriminación son informados inmediatamente de su derecho a presentar un reclamo. Esto también ocurre cuando un representante de Anthem que trabaja con un miembro identifica un posible acto de discriminación. Se recomienda al miembro que presente un relato verbal o escrito del incidente, y se le ayuda a hacerlo si el miembro solicita asistencia. Documentamos, rastreamos y establecemos tendencias de todos los presuntos actos de discriminación.

También se aconseja a los miembros que presenten una queja por violación de los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- A través del portal de quejas de la OCR en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
- Por teléfono al: **800-368-1019 (TTY/TTD: 800-537-7697)**

Anthem proporciona herramientas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros. Anthem también ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés.

Si cree que Anthem no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de algún modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo o identidad de género, puede presentar un reclamo.

Igualdad de acceso a los programas en función del sexo

Anthem proporciona a las personas igualdad de acceso a los programas y actividades sanitarios sin discriminar por razón de sexo. Anthem también debe tratar a las personas de acuerdo con su identidad de género y tiene prohibido discriminar a cualquier persona o entidad por su relación o asociación con un miembro de una clase protegida (como raza, color, nacionalidad, género, identidad de género, edad o discapacidad).

Anthem no podrá denegar ni limitar los servicios de salud que estén ordinaria o exclusivamente disponibles para personas de un mismo sexo, a una persona transexual por el hecho de que se le haya asignado un sexo diferente al nacer, o porque la identidad de género o el sexo registrado sea diferente de aquel en el que los servicios de salud estén ordinaria o exclusivamente disponibles.

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son instrucciones que usted da sobre su futuro cuidado médico, en caso de que llegue un momento en que no pueda hablar o tomar decisiones por sí mismo. El hecho de tener unas instrucciones previas no le quita el derecho a decidir sobre sus opciones de atención médica actuales. La directiva anticipada también le permite nombrar a una persona para que tome decisiones

sobre su cuidado médico. Ayudan a su familia y a su médico a entender sus deseos. Con las directivas anticipadas, usted puede:

- Comunicar a su médico si desea o no utilizar máquinas de soporte vital.
- Comunicar a su médico si desea ser donante de órganos.
- Dar permiso a otra persona para que diga “sí” o “no” a sus tratamientos médicos.

Las directivas anticipadas solo se utilizan si usted no puede hablar por sí mismo. No le quita el derecho a tomar una decisión diferente si más adelante puede hablar por sí mismo. Puede hacer una directiva anticipada:

- Hablando con su médico y su familia
- Eligiendo a alguien para que hable o decida por usted, conocido como representante de cuidado médico
- Creando un poder legal

Tipos de directivas anticipadas reconocidas en Indiana

- Donación de órganos y tejidos
- Representante de cuidado médico
- Directivas anticipadas psiquiátricas
- Declaración y orden de no reanimar fuera del hospital y órdenes médicas de alcance del tratamiento (POST)
- Poder legal

Para más información sobre directivas anticipadas y encontrar formularios disponibles para usted, visite el Centro de Recursos de Calidad del Cuidado Médico de Indiana en in.gov/isdh/25880.htm.

Alcance y educación en relación con incidentes críticos

Un incidente crítico es un suceso que afecta a su salud, seguridad y bienestar. Los incidentes críticos pueden implicar sospechas de abuso, maltrato y/o explotación. Usted tiene derecho a:

- Informar incidentes críticos que afecten su salud y seguridad.
- No sufrir represalias por notificar un incidente crítico.
- Un proceso que garantice su seguridad inmediata.
- Entender los pasos de una investigación, incluyendo los plazos.
- Un seguimiento por parte de la entidad apropiada que lleve a cabo la investigación.
- Participar en debates sobre su cuidado y sobre cómo prevenir futuros riesgos.

Los proveedores, coordinadores de cuidado, coordinadores de servicios y demás personal de Anthem reciben capacitación sobre cómo reconocer y notificar incidentes críticos.

La información a continuación proporciona una descripción de los tres tipos de categorías de incidentes críticos, cómo puede realizar una denuncia y describe los

siguientes pasos del proceso después de realizar una denuncia.

Categorías de incidentes críticos y notificación

Existen tres tipos de categorías de incidentes críticos:

- Abuso, maltrato y explotación (ANE)
- Incidentes críticos de los servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Todos los demás incidentes críticos

Abuso, maltrato y explotación (ANE)

Usted tiene derecho a estar libre de abuso, maltrato y explotación. Es importante que sepa identificar los indicios de abuso, maltrato y explotación y cómo informarlos.

El abuso es cuando una persona, a sabiendas o intencionalmente:

- Toca a otra persona de manera grosera, irrespetuosa o enojada; o
- Coloca cualquier líquido o desecho corporal sobre otra persona.

El maltrato puede ocurrir cuando:

- Un adulto no puede cuidar de sí mismo ni recibir la atención necesaria, lo que pone en riesgo su salud o su vida; esto es “autoabandono”.
- Las necesidades básicas de un adulto dependiente no son cubiertas por un cuidador, causando daño o riesgo de daño a su salud o seguridad. El maltrato puede ser accidental debido a que el cuidador no brinda o no organiza la atención o los servicios que la persona necesita. El maltrato también puede ocurrir cuando el cuidador no satisface intencionalmente las necesidades del miembro.

La explotación de los servicios o bienes personales de un individuo puede ocurrir cuando:

- Otra persona utiliza imprudentemente, a sabiendas o intencionalmente los servicios o la propiedad sin permiso.
- Otra persona se aprovecha del trabajo o la labor de un individuo sin remuneración, o tiene control sobre las finanzas o la propiedad de un individuo sin permiso.
- Otra persona explota sexualmente a un individuo.

El estado de Indiana es un estado obligado a presentar informes. Esto significa que todos están obligados por ley a informar los casos de sospecha de negligencia, abuso, explotación o muerte inesperada de un adulto en peligro a los Servicios de Protección para Adultos (APS) o a las autoridades del orden público en un plazo de 24 horas después de la ocurrencia o del conocimiento de la ocurrencia. Si cree que es víctima de abuso, maltrato o explotación, puede llamar al **211** para hacer la denuncia, llamar a la línea directa de APS al **800-992-6978** o presentar una denuncia en línea aquí: aps-govcloud.my.site.com/APSONlineReport/s. Todos los informes están protegidos y se mantienen confidenciales. Si cree que alguien está en peligro inmediato, llame al **911** inmediatamente.

Incidentes críticos de los servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)

Los proveedores de servicios en el hogar y la comunidad tienen la responsabilidad de garantizar la salud, la seguridad y el bienestar de las personas a las que prestan servicios. Cualquier persona con responsabilidades directas de monitoreo de personas, incluyendo proveedores de HCBS, coordinadores de cuidado, coordinadores de servicios y otros miembros del personal de PathWays, tiene la responsabilidad de informar incidentes críticos, conocidos como ocurrencias inusuales. Puede encontrar una lista completa de incidentes críticos identificados como ocurrencias inusuales en el sitio web para miembros de Anthem.

Cuando ocurre un incidente crítico de HCBS, se debe realizar un informe dentro de las 48 horas posteriores al momento del incidente o al tener conocimiento del mismo. Los proveedores de HCBS deben notificar al coordinador de cuidado/servicios del miembro sobre un incidente crítico. Si le preocupa un incidente crítico y/o un informe, comuníquese con su coordinador de cuidado/servicio. Los informes de incidentes críticos se envían a través del sitio web de la División de Incidentes Denunciados de Envejecimiento en in.gov/fssa/da/provider-resources/provider-information/incident-reporting. Los miembros y cuidadores también pueden informar incidentes críticos en este sitio web.

Anthem rastrea incidentes y revisa y analiza esta información para identificar patrones, tendencias, indicadores de calidad de la atención y/o preocupaciones de salud y seguridad. Anthem revisa esta información durante las reuniones del comité de mejora de la calidad. Esta información también se proporciona a la Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA), junto con estrategias propuestas para abordar incidentes críticos. La FSSA proporciona un análisis de los patrones y tendencias de incidentes críticos en todo el estado para que se puedan identificar acciones de mejora adicionales.

Todos los demás incidentes críticos

Los incidentes críticos pueden ocurrir en lugares distintos del hogar y la comunidad. Los proveedores, coordinadores de cuidado, coordinadores de servicios y otros miembros del personal de PathWays informan incidentes críticos a la entidad correspondiente.

Cuando un coordinador de cuidado/servicio u otro personal de Anthem se da cuenta de un incidente que cae dentro de la categoría de “todos los demás incidentes críticos”, el coordinador de cuidado/servicio o el personal informa el incidente a la entidad correspondiente y toma medidas inmediatas para proteger su salud, seguridad y bienestar. Anthem cooperará con la entidad estatal que investiga el incidente. Si una entidad estatal notifica a Anthem sobre un incidente, su coordinador de cuidado/servicio tomará medidas inmediatas para proteger su salud, seguridad y bienestar. A medida que los hallazgos se compartan con su coordinador de cuidado/servicios, se tomarán las medidas necesarias para proteger aún más su salud, seguridad y bienestar, así como a cualquier otro miembro que pueda estar potencialmente en riesgo.

Encontrar apoyo y ayuda

Si usted o alguien que conoce siente que corre el riesgo de sufrir un incidente crítico, comuníquese con alguien en quien confíe para compartir sus preocupaciones. Pedir ayuda puede ser difícil, pero conectarse con otras personas en las que confía es el primer paso para garantizar que cuenta con el apoyo y la ayuda que necesita para vivir una vida de calidad. Conectarse o reconectarse con familiares o amigos es solo una forma de encontrar apoyo y ayuda. Otras formas de mantenerse conectado y promover el bienestar físico y mental pueden incluir adoptar una mascota o encontrar una organización religiosa o un centro comunitario.

Hay varios factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de experimentar un incidente crítico. Un cuidador bajo estrés o sintiéndose aislado puede aumentar este riesgo. Cuidar puede ser una actividad muy estresante que puede hacer que alguien se sienta aislado, ambivalente, irritable, preocupado, deprimido, triste o abrumado. Disponer de recursos y servicios como relevo, crear un sistema de apoyo más amplio y participar en grupos de apoyo puede ayudar a aliviar el estrés del cuidador. Su coordinador de cuidado/servicio puede proporcionar referencias y recursos locales adicionales. También se encuentran disponibles artículos y recursos sobre cuidados en el sitio web del Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, nia.nih.gov.

Parte 6: Cómo resolver un problema con Anthem

Cómo obtener ayuda

Es importante que reciba la mejor atención de Anthem y sus proveedores. Si tiene alguna duda o pregunta, puede llamar a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**. Servicios para Miembros puede ayudarle con cosas como:

- Encontrar un médico
- Encontrar cuidado y tratamiento
- Entender cómo funciona su plan médico de Anthem
- Responder preguntas sobre cualquier parte de su cuidado médico

No se lo tratará de forma diferente si llama con una queja o un reclamo.

Reclamos y apelaciones

Reclamos

Si tiene una queja o un problema con la atención que recibe, puede presentar un reclamo ante Anthem. Un reclamo puede ser una carta escrita o una llamada telefónica. Se puede presentar un reclamo en cualquier momento después de que ocurra un problema.

Primero puede hablar con su médico o proveedor si tiene alguna pregunta o duda sobre su atención. Ellos pueden trabajar con usted para solucionar el problema. Si el problema no se soluciona, puede llamar a Anthem.

Si tiene preguntas o dudas acerca de no recibir la atención que necesita, presentará una apelación ante Anthem. Puede presentar una apelación por escrito o llamando a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.

Proceso de reclamos

- Anthem enviará una carta de reconocimiento en un plazo de tres días hábiles posteriores a la presentación de un reclamo.
- El reclamo será revisado rápidamente, a más tardar en un plazo de 30 días después de su recepción.
- Si su reclamo es el resultado de una crisis de salud, solicite una revisión acelerada (más rápida) en un plazo de 48 horas.
- Una vez que se haya tomado una decisión, Anthem le enviará una carta por correo en su idioma principal.

Tiene cuatro formas de presentar un reclamo ante nosotros:

1. Llamar a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.
2. Llenar un formulario de reclamo que se encuentra en **[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)**.
3. Escribirnos una carta para informarnos sobre el problema. Estas son las cosas que debe decirnos lo más claramente posible: quién está involucrado en el reclamo, qué pasó, cuándo pasó, dónde pasó y por qué no está contento.

Envíe su carta o formulario completo, junto con cualquier documento, a:

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

4. O envíe por fax su carta o formulario completo, junto con cualquier documento al: **855-516-1083**.

Reclamos de causa justificada

Puede haber un momento en el que desee cambiar de plan médico de Anthem, pero no se encuentra en su tiempo de selección de plan. Es posible que pueda hacerlo debido a ciertos motivos llamados “causa justificada”. Si tiene uno de estos motivos, deberá presentar un reclamo por causa justificada ante Anthem para ver si puede cambiar de plan. Los siguientes son los motivos de “causa justificada” para cambiar de plan médico durante el año para el programa PathWays:

- Recibir una atención de mala calidad
- El plan no cubre los servicios necesarios debido a objeciones morales o religiosas
- El plan médico no presta los servicios cubiertos
- Incumplimiento por parte del plan médico de las normas establecidas de administración de la atención médica
- Barreras lingüísticas o culturales importantes

- Medidas correctivas de la FSSA contra el plan médico
- Acceso limitado a una clínica de atención primaria u otros servicios de salud dentro de una proximidad razonable a la residencia del miembro
- Una determinación de que el formulario de otro MCE es más consistente con las necesidades médicas existentes de un nuevo miembro
- El proveedor de atención primaria del miembro cancela su inscripción del MCE actual del miembro y se reinscribe con otro MCE de PathWays; u
- Otras circunstancias determinadas por la FSSA o su designado para constituir la mala calidad de la cobertura médica.

Si tiene un reclamo de “causa justificada” llame a Anthem al **833-412-4405 (TTY 711)**. Revisaremos su solicitud y responderemos sus preguntas.

Llame al **87-PATHWAY-4 (877-284-9294)** si desea ayuda para presentar un reclamo o cambiar su plan médico de Anthem.

Apelaciones

Si no está de acuerdo con alguna medida que deniegue o retrase su atención, puede presentar una apelación. Una apelación es solicitar una revisión porque no está de acuerdo con una decisión que ha tomado el Estado o Anthem. Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión. No tiene que pagar para presentar una apelación. También puede apelar si Medicaid o Anthem dejan de proporcionarle o de pagarle la totalidad o parte de un servicio de salud, suministro o medicamento con receta que usted cree que aún necesita.

- Si está en Medicaid y quiere apelar una decisión tomada sobre su cuidado médico, puede apelar por escrito o por teléfono a Anthem.
- Si está en el programa PathWays, debe ponerse en contacto con Anthem y seguir su proceso de apelación. Tiene 60 días calendario desde la fecha del problema para apelar.
- Si presenta una apelación, seguirá recibiendo los servicios que ya estaba recibiendo, siempre que presente la apelación rápidamente. Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de *Aviso de determinación adversa de beneficios*. Si la decisión de la apelación al plan no es favorable para usted, es posible que deba pagar los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Tiene tres formas de presentar una apelación ante nosotros:

1. Llamar a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)**.
2. Enviar por fax su apelación al: **855-516-1083**
3. Enviar su apelación a:

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

Audiencia imparcial estatal

Una vez que se haya tomado una decisión sobre su recurso, se le enviará una carta de *Aviso de resolución de apelación*. Esta carta le indicará el motivo de la decisión. Si considera que la decisión no es correcta, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede escribir una carta indicando al Estado por qué cree que la decisión es incorrecta. Asegúrese de incluir también su nombre y otros datos importantes, como las fechas de la decisión, que figuran en la carta.

Tiene tres formas de presentar una apelación ante la FSSA:

1. Enviar por fax su apelación al: **317-232-4412**
2. Enviar su apelación por correo electrónico a fssa.appeals@oalp.in.gov
3. Enviar su apelación por correo postal a:
Family and Social Services Administration
Office of Administrative Law Proceedings-FSSA Hearings
402 W. Washington St., Room E034
Indianapolis, IN 46204

Las apelaciones relativas a las decisiones de elegibilidad pueden enviarse a la oficina local de la División de Recursos Familiares (DFR). Para encontrar la oficina DFR más cercana, visite in.gov/fssa/dfr/2999.htm.

Si presenta una apelación, deberá hacerlo en el plazo de 120 días calendario después que ocurrió o va a ocurrir el problema. Si su apelación se refiere a un servicio que sigue utilizando, como el cuidado médico en el hogar, se le avisará al menos 10 días antes de que se interrumpa el servicio.

En la audiencia de apelación, puede hablar por sí mismo o contar con la ayuda o representación de un abogado, un amigo, un familiar o alguien de confianza que hable en su nombre. Se le mostrará todo el expediente de su caso médico. Se le mostrará todo el material utilizado por la FSSA, la oficina de su condado o el proveedor o plan médico que esté relacionado con su apelación y que se utilizó para tomar la decisión original.

Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, también puede solicitar una revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Usted o su representante autorizado deben solicitar la revisión de la IRO por escrito en un plazo de 120 días calendario a partir de la recepción de la carta con la decisión sobre la apelación. La IRO se llevará a cabo sin costo alguno para usted. La IRO tomará una decisión en un plazo de 15 días hábiles. La decisión de la IRO es vinculante, lo que significa que Anthem debe acatar su decisión. Para solicitar la Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente, póngase en contacto con Servicios para Miembros de Anthem.

Información que debe incluir al solicitar una Revisión externa:

- Nombre
- Número de identificación del miembro
- Número de teléfono en que se le puede localizar
- Motivo de su apelación
- Cualquier información que considere importante para su solicitud de apelación (por ejemplo, documentos, historias clínicas o cartas de proveedores).

Cómo elegir un nuevo plan médico

Puede cambiar de plan médico por cualquier motivo durante los primeros 90 días de membresía. También puede cambiar de plan médico de Anthem:

- Siempre que sus planes de Medicare y Medicaid no sean iguales.
- Una vez por año calendario, por cualquier motivo, en cualquier momento.
- Utilizando el proceso de causa justificada.
- Durante el periodo de selección del plan médico (de mediados de octubre a mediados de diciembre).
- Si es amerindio o nativo de Alaska (AI/AN) y decide no utilizar la atención médica administrada y cambiar a los beneficios estatales de pago por servicio.

Puede cambiar de plan médico por “causa justificada” en cualquier momento si:

- Ha agotado el proceso interno de reclamos de Anthem debido a que ha recibido una atención de mala calidad, o si hay otros casos que se determinen como de mala calidad.
- No podemos prestar los servicios cubiertos.
- No cumplimos con ciertas normas y prácticas médicas.
- Existe una falta de acceso a proveedores que saben cómo abordar sus necesidades médicas.
- Existen barreras lingüísticas o culturales.
- Tiene acceso limitado a una clínica de atención primaria u otros servicios de salud cerca de usted.
- Otra entidad de atención administrada (MCE) tiene una lista de medicamentos que es mejor para sus necesidades médicas.
- No tiene acceso a servicios médicamente necesarios ofrecidos por Anthem.
- No cubrimos un servicio por 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 obtener los servicios por separado será un riesgo para usted.
- Su proveedor médico primario (PMP) deja Anthem y se inscribe en otro MCE.
- Acción correctiva impuesta al contratista por la oficina.
- Otras circunstancias determinadas por la Oficina de Política y Planificación de Medicaid (OMPP) o la persona que esta designe para constituir beneficios de cuidado médico de mala calidad.

Cómo cambiar de plan médico

En determinados momentos cada año, puede optar por cambiar su plan médico de Anthem. Puede permanecer en su plan médico actual o cambiarse a uno diferente. Solo puede cambiar de plan médico durante el periodo de selección del plan o por causa justificada. Los miembros del Programa de opciones correctas no son elegibles para cambiar de plan.

Los miembros de PathWays pueden elegir su plan durante los primeros 90 días de cobertura. Esté atento al aviso sobre su periodo de selección de plan de PathWays.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cambiar su plan médico de Anthem o desea obtener el formulario de cambio de MCE para presentar una solicitud de cambio por escrito, llame a la Línea de ayuda de Indiana PathWays for Aging al **87-PATHWAY-4 (877-284-9294)**.

Fraude, desperdicio y abuso

Fraude, desperdicio y abuso significa romper las normas para una ganancia personal. El fraude puede ser cometido por proveedores, farmacias o miembros. Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de proveedores incluyen médicos u otros proveedores de cuidados médicos que:

- Recetan medicamentos, equipos o servicios que no son médicamente necesarios
- No prestan a los pacientes los servicios médicamente necesarios porque las tasas de reembolso son más bajas
- Facturan pruebas o servicios que no se han prestado
- Utilizan una codificación médica incorrecta a propósito para obtener más dinero
- Programan visitas posteriores más frecuentes de las que son médicamente necesarias
- Facturan por servicios más caros que los prestados
- Impiden que los miembros reciban los servicios cubiertos, lo que provoca una infrautilización de los servicios

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso en farmacia incluyen:

- No dispensar los medicamentos tal como están escritos
- Presentar reclamaciones por un medicamento de marca más caro que cuesta más, pero dar un medicamento genérico que cuesta menos
- Dispensar menos cantidad de la recetada y no informar al miembro de cómo obtener el resto del medicamento

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de los miembros incluyen:

- Uso indebido de servicios, como la venta de narcóticos recetados o el intento de obtener sustancias controladas de más de un proveedor o farmacia

- Cambiar o falsificar recetas
- Utilizar medicamentos que no necesita
- Compartir su tarjeta de identificación con otra persona
- No revelar que tiene cobertura de otro seguro médico
- Obtener equipos y suministros innecesarios
- Recibir servicios o medicamentos con la identificación de otra persona (usurpación de identidad)
- Dar síntomas y otra información errónea a los proveedores para obtener tratamiento, medicamentos, etc.
- Acudir repetidamente a la ER por problemas que no son emergencias

Los miembros de Medicaid que se demuestre que han abusado o hecho un uso indebido de sus beneficios cubiertos pueden:

- Ser obligados a devolver el dinero que hayamos pagado por servicios que se hayan considerado un uso indebido de los beneficios
- Ser procesados por un delito e ir a la cárcel
- Perder sus beneficios de Medicaid

Denuncias de fraude, desperdicio o abuso

Si cree que su médico, farmacia o un miembro está cometiendo fraude, desperdicio o abuso, debe comunicárselo a Anthem. Puede llamar a la línea de denuncias de fraude de Anthem, enviar un correo electrónico o llenar y enviar por correo un formulario. No tiene que decir su nombre si llama o escribe. Si no da su información personal, Anthem no podrá llamarle para pedirle otra información. No envíe información personal confidencial por correo electrónico. Su informe será confidencial en la medida en que lo permita la ley.

Líneas para denunciar el fraude

Llame gratuitamente al **800-403-0864** de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m. Seleccione la **opción 5**. Cuando se le indique, ingrese su código postal.

Fax: **317-234-2244**

Correo electrónico: **ReportFraud@fssa.IN.gov**

Dirección de correo postal para denuncias de fraude:

FSSA Compliance Division, Room E-414

402 W. Washington St.

Indianapolis, IN 46204

Índice

Palabras y acrónimos usados en este manual

Directiva anticipada	Una explicación por escrito de los deseos de una persona sobre tratamientos médicos. Esto garantiza que los deseos se cumplan si una persona no puede comunicárselo a un proveedor.
Examen físico anual	Visitas anuales a un proveedor médico primario (PMP) cada año para revisar su estado de salud. A menudo se denomina visita de bienestar, examen médico preventivo o chequeo.
Apelación	Una solicitud escrita o verbal para que se revoque una decisión.
Beneficio	Cobertura de servicios médicos que recibe un miembro de Medicaid para el tratamiento de enfermedades, lesiones u otras condiciones permitidas por el Estado.
Administración de cuidados médicos	Programa para miembros con condiciones médicas especiales que ayuda a los miembros a manejar sus condiciones mediante el contacto rutinario y la ayuda de su plan médico.
Coordinador de cuidado	Un coordinador de cuidado es una persona que puede ponerse en contacto con usted para crear un plan de salud personalizado basado en sus preferencias y necesidades. También pueden ayudarlo a responder preguntas sobre su cuidado médico y ayudarlo con sus proveedores.
Copago	Una forma de costos compartidos. Los copagos se refieren a un monto específico en dólares que una persona pagará por un servicio concreto, independientemente del precio cobrado por el servicio. El pago puede cobrarse en el momento del servicio o facturarse posteriormente.
Servicio cubierto	Servicios médicos obligatorios exigidos por los CMS y servicios médicos opcionales aprobados por el Estado que paga Medicaid. Ejemplos de servicios cubiertos son la cobertura de medicamentos recetados y las visitas al consultorio médico.
División de Recursos Familiares (DFR)	Una división de la Administración de Servicios Familiares y Sociales. La agencia estatal que ofrece ayuda con capacitación laboral, asistencia pública, asistencia nutricional suplementaria y otros servicios.

Miembro elegible	Persona certificada por el Estado como elegible para asistencia médica.
Explicación de Beneficios (EOB)	Una explicación de los servicios prestados por su proveedor y cualquier pago realizado para dichos gastos.
Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA)	Agencia paraguas responsable de administrar la mayoría de los programas de asistencia pública de Indiana; incluye la Oficina de Planificación de Políticas de Medicaid, la División de Envejecimiento, la División de Recursos Familiares, la División de Salud Mental y Adicciones y la División de Servicios de Discapacidad y Rehabilitación.
Reclamo	Una queja sobre el plan médico o los proveedores.
Evaluación de necesidades de salud (HNS)	Un cuestionario que los miembros deben llenar para que su plan médico conozca cualquier problema de salud. Esto permite que el plan médico puede asignar a los miembros los programas y servicios adecuados.
Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)	Los servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) son servicios para personas elegibles que deciden permanecer en su hogar como alternativa a residir en una institución de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería. Estos servicios ayudan a una persona a ser lo más independiente posible y vivir en el entorno menos restrictivo posible, manteniendo la seguridad en la comunidad. No todos los miembros de PathWays son elegibles para HCBS. Solo están disponibles para personas que tienen una determinación de nivel de cuidado en un centro de enfermería (NFLOC).
Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP)	Nombre utilizado para describir todos los programas de asistencia de salud pública de Indiana, como Medicaid, PathWays y CHIP.
Dentro de la red	Cuando un médico, hospital u otro proveedor acepta su plan de seguro médico, eso significa que están dentro de la red. También los llamamos proveedores participantes.
Entidad de Atención Administrada (MCE)	Organizaciones o planes médicos que supervisan la atención general de un paciente para garantizar un cuidado médico rentable y de calidad a sus miembros.
Número de identificación de Medicaid	Número único asignado a un miembro que es elegible para recibir servicios de Medicaid. Este número se encuentra en la parte frontal de su tarjeta de identificación del miembro.
Medicamento necesario	Servicios o suministros médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas, y que cumplen las normas aceptadas de la medicina.
Proveedor no participante	Profesional médico certificado que no ha firmado un contrato para prestar servicios. Puede tratarse de un médico, un hospital u otro proveedor.

Proveedor médico primario (PMP)	Un médico o enfermero de práctica avanzada, la mayor parte de cuya práctica se dedica a la medicina interna, medicina familiar/general y pediatría. Un ginecólogo/obstetra puede considerarse un médico de atención primaria.
Autorización previa (PA)	Autorización necesaria para proporcionar determinados servicios. El contratista de servicios médicos y los asesores médicos del Estado revisan las PA en función de la necesidad médica, la razonabilidad y otros criterios. La PA debe obtenerse antes de prestar el servicio para que los beneficios se presten dentro de un plazo determinado, excepto en algunos casos permitidos.
Coordinador de servicios	Un coordinador de servicios es una persona que trabajará con usted para crear un Plan de Servicios personalizado que le ayude a coordinar sus Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS). El Plan de servicios le ayudará a desarrollar un plan de atención de servicios y apoyos que satisfaga mejor sus necesidades y objetivos.
Plan de servicios	Un plan de servicios es un plan de apoyo, desarrollado por un coordinador de servicios, para ayudarle a obtener acceso a servicios de cuidado a largo plazo, así como apoyos médicos, sociales, de vivienda, educativos y otros. No todos en PathWays necesitarán un plan de servicios.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y compartirse legalmente su información médica. Si se usa su información, Anthem debe seguir las normas estatales y federales. Usted tiene derecho a saber qué se ha compartido.

Derechos

Usted tiene derechos como miembro de Indiana PathWays for Aging. Anthem debe seguir las normas sobre sus derechos. Sus derechos incluyen la capacidad de:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones
- Pedir que se corrijan sus expedientes médicos y de reclamos si cree que son incorrectos o no están completos
- Pedir comunicaciones privadas
- Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Dar consentimiento a Anthem para que hable con alguien en su nombre
- Tener la información necesaria para tomar decisiones informadas
- Solicitar un nuevo coordinador de cuidado o servicios
- Seleccionar a sus proveedores

- Encargarse de sus decisiones de cuidado médico
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. de la siguiente manera:
 - Enviando una carta a 200 Independence Ave. SW, Washington, D.C. 20201.
 - Llamando al **877-696-6775**.
 - Visitando su sitio web en **<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>**.

Opciones

Puede elegir qué información compartimos y con quién la compartimos. Tendrá que dar permiso por escrito para compartir.

Si no puede elegir, por ejemplo, mientras está inconsciente, Anthem puede compartir información si considera que es lo mejor para usted. Podemos ayudarlo a identificar a alguien de su confianza que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo.

Anthem no podrá compartir su información con otras personas a menos que usted dé su consentimiento por escrito. Puede tratarse de un familiar o un amigo íntimo que pague su cuidado.

Usos

Anthem usa su información para diferentes cosas. La usan para ayudarlo a recibir un mejor cuidado, para investigar y para cumplir la ley.

Responsabilidades

Su información está protegida de muchas maneras. Esto incluye su información escrita, hablada o disponible en línea. Anthem ha recibido capacitación sobre cómo proteger su información. Muy pocas personas pueden acceder a su información. Anthem está obligada por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud. Si se produce una infracción, Anthem se lo comunicará rápidamente.

Anthem debe cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debe entregarle una copia del mismo. Anthem no usará ni compartirá sus datos de forma distinta a la aquí indicada, a menos que usted se lo indique por escrito.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Informe a Anthem por escrito si cambia de opinión.

Do you need help with your healthcare, 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 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711.

¿Necesita ayuda con su cuidado médico, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Proporcionamos nuestros materiales en otros idiomas y formatos sin costo alguno para usted. Llámenos gratuitamente al 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711.

Spanish

هل تحتاج لمساعدة فيما يتعلق برعايتك الصحية أو تحتاج للحديث معنا أو قراءة ما نرسله لك؟ نوفر المواد الإرشادية بلغات وصيغ أخرى، دون أي تكلفة عليك. اتصل بنا على الرقم المجاني 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan) ؛(Hoosier Care) 844-284-1797 ؛(Indiana PathWays for Aging) 833-412-4405 ؛(Connect TTY 711 .

Arabic

သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်၍ဖြစ်စေ၊ ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ဆွေးနွေးရာတွင်ဖြစ်စေ၊ ကျွန်ုပ်တို့ပို့လိုက်သည့်စာကို ဖတ်ရှုရာတွင်ဖြစ်စေ အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။ ကျွန်ုပ်တို့၏အချက်အလက်စာရွက်စာတမ်းများကို အခြားဘာသာစကားများ၊ ပုံစံများဖြင့် သင့်အတွက် အခမဲ့ ပံ့ပိုးပေးပါသည်။ 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711 တွင် ကျွန်ုပ်တို့ထံ အခမဲ့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

Burmese

您在健康護理方面、與我們交流或閱讀我們寄送的材料時是否需要幫助？我們以其他語言和格式提供我們的資料，您無需支付任何費用。請撥打免費電話聯絡我們：866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan) ; 844-284-1797 (Hoosier Care Connect) ; 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging) ; TTY 711 。

Chinese

Hebt u hulp nodig bij uw gezondheidszorg, om met ons te praten of bij het leesmateriaal dat we u sturen? We verstrekken onze materialen in andere talen en indelingen zonder extra kosten voor u. Bel ons gratis op 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711.

Dutch

Avez-vous besoin d'aide pour vos soins de santé, pour communiquer avec nous ou pour lire les documents que nous vous envoyons ? Nous mettons gratuitement à votre disposition nos documents dans d'autres langues et formats. Appelez-nous gratuitement au 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan) ; 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging) ; TTY 711.

French

Benötigen Sie Hilfe bezüglich Ihrer Gesundheitsversorgung, möchten Sie mit uns sprechen oder haben Sie Probleme, die von uns zugesandten Materialien zu lesen oder zu verstehen? Wir stellen unsere Materialien kostenfrei in anderen Sprachen und Formaten bereit. Rufen Sie uns gebührenfrei an unter 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan), 844-284-1797 (Hoosier Care Connect), 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging), TTY 711.

German

क्या आपको अपनी स्वास्थ्य देखभाल, हमसे बातचीत करने या हमारी ओर से भेजी गई चीजों को पढ़ने में मदद चाहिए? हम अपनी सामग्री आपको दूसरी भाषाओं और फॉर्मेट में मुफ्त उपलब्ध कराते हैं। हमें टोल फ्री नंबर 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711 पर फ़ोन करें।

Hindi

ヘルスケアの受診、ご相談時の会話、配布物の読解にお困りではありませんか? 当院では無料の翻訳版資料をご用意しております。フリーダイヤルへお電話ください : 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711.

Japanese

의료 서비스, 당사와의 소통 또는 당사에서 보내는 자료 읽기와 관련해 도움이 필요하십니까? 자료를 다른 언어 및 형식으로 무료로 제공해드립니다. 수신자 부담 전화 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan), 844-284-1797 (Hoosier Care Connect), 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging), TTY 711으로 연락하십시오.

Korean

Brauchscht du Hilf fer Care griege, fer schwetze mit uns, odder fer Schtofft lese as mer dich schicke? Mir gewwe dich uffgschriwwener Schtofft in differnti Schprooche un Formats unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf uns uff fer nix an die 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711.

Pennsylvania Dutch

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ, ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੋ ਸਮੱਗਰੀ ਭੇਜਦੇ ਹਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਮੱਗਰੀ ਹੋਰਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਅਤੇ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਬਗੈਰ ਕਿਸੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਸਾਨੂੰ 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711 'ਤੇ ਟੈਲ ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Punjabi

Вам нужна помощь в получении медицинских услуг, вы хотите поговорить с нами или не можете прочитать присланные вам материалы? Наши материалы можно бесплатно получить на других языках и в другом формате. Позвоните нам по бесплатному телефону 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711.

Russian

Kailangan mo ba ng tulong sa iyong pangangalagang pangkalusugan, sa pakikipag-usap sa amin, o sa pagbabasa ng mga ipinadala namin sa iyo? Ibinibigay namin ang aming mga materyales sa iba pang wika at format nang wala kang babayaran. Tumawag sa amin nang libre sa 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711.

Tagalog

Quý vị có cần trợ giúp về dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trao đổi với chúng tôi hoặc đọc những tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị không? Chúng tôi cung cấp miễn phí cho quý vị các tài liệu của chúng tôi bằng các ngôn ngữ và định dạng khác. Hãy gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí 866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 844-284-1797 (Hoosier Care Connect); 833-412-4405 (Indiana PathWays for Aging); TTY 711.

Vietnamese



Anthem cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por ninguno de estos motivos:

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

Eso significa que no lo excluiríamos ni lo trataremos de forma diferente por estos motivos.

Es importante que podamos comunicarnos con usted

Ofrecemos estos servicios sin costo alguno para usted:

- Intérpretes calificados en lenguaje de señas
- Materiales escritos en letra grande, en audio, en formato electrónico y en 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** (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); **844-284-1797** (Hoosier Care Connect); **833-412-4405** (Indiana PathWays for Aging); **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). Preséntela por correo postal o por teléfono:

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

Teléfono: **866-408-6131 (TTY 711)** (Hoosier Healthwise; Healthy Indiana Plan)
844-284-1797 (TTY 711) (Hoosier Care Connect)
833-412-4405 (TTY 711) (Indiana PathWays for Aging)

¿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 EE. UU.:

- **En la web:** 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/civil-rights/filing-a-complaint/



index.html.



[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)

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