



# Manual del miembro

Nevada

---

844-396-2329 (TTY 711)

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



# Manual del miembro

## Nevada

844-396-2329 (TTY 711)

**[anthem.com/nvmedicaid](https://www.anthem.com/nvmedicaid)**

Encuentre un médico con su teléfono inteligente o tableta en **[anthem.com/nvmedicaid](https://www.anthem.com/nvmedicaid)**.

**1.º de enero de 2024**



Le damos la bienvenida a Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions. Nos complace que sea miembro de nuestro plan. Este manual le informa de qué manera funciona Anthem y cómo mantener a su familia saludable.

Es probable que ya haya recibido su tarjeta de identificación del miembro de Anthem. Si no fuera así, debería recibirla en unos días. Su tarjeta de identificación le indica la fecha de inicio de su membresía de Anthem. El nombre de su proveedor de atención primaria (PCP) también se encuentra en la tarjeta. Revise de inmediato su tarjeta de identificación. Si el nombre de su médico o cualquier otra información es incorrecta, llámenos al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con la información correcta. Si tiene un médico nuevo, programe una cita pronto con este profesional para hablar sobre sus necesidades de salud.

### **Beneficios que superan sus expectativas.**

Con Anthem, recibirá sus beneficios regulares de Medicaid y Nevada Check Up, además de beneficios adicionales diseñados para marcar una diferencia en su vida:

- ¿Necesita la ayuda de un médico a altas horas de la noche? Utilice LiveHealth® Online para una sesión de video con un médico en cualquier momento. Le puede ayudar con enfermedades leves, como resfriados, alergias, influenza o infecciones.
- ¿Tiene un hijo que tiene entre 5 y 14 años de edad? Puede inscribirlo en un Boys & Girls Club sin costo para usted. Los clubes ofrecen una gran variedad de actividades divertidas y educativas para niños. Es un lugar excelente para ir después de la jornada escolar.
- También ofrecemos en forma gratuita exámenes físicos de aptitud deportiva cada 12 meses para niños de 6 a 18 años de edad.

### **Estamos a tan solo una llamada o un clic.**

Cuando tenga preguntas o necesite ayuda, nuestro equipo está preparado y dispuesto a asistirlo. En nuestro sitio web hay muchas de las respuestas que necesita. Visite [anthem.com/nvmedicaid](https://www.anthem.com/nvmedicaid) para:

- Conocer más sobre sus beneficios.
- Elegir o cambiar su PCP.
- Utilizar nuestra herramienta **Encontrar cuidado médico (Find Care)** para buscar un médico por nombre, tipo o ubicación.
- Y mucho más.

También puede llamar a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico. Si tiene preguntas sobre salud y desea hablar con un enfermero registrado, llame a la Línea de Enfermería 24/7 al número de teléfono indicado anteriormente. Nuestro personal de enfermería está a su disposición en cualquier momento, de día o de noche.

Cordialmente,

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Nevada, Inc., un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Para actualizar su dirección o número de teléfono, llame a Nevada Medicaid al:

- Carson City: **775-684-3651**
- Elko: **775-753-1191**
- Las Vegas: **702-668-4200**
- Reno: **775-687-1900**

## **Preguntas frecuentes**

1. ¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?  
Consulte la sección **Cómo cambiar de proveedor de atención primaria**.
2. ¿Dónde encuentro una lista de proveedores de salud conductual?  
Consulte la sección **Dónde encontrar una lista de proveedores de la red de Anthem** o visite [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid).
3. Mi hijo necesita algo que hacer después de la escuela y durante el verano. ¿Puede Anthem ayudarlo?  
Consulte la sección **Servicios especiales de Anthem para una vida sana**.
4. Como miembro adulto, ¿Anthem cubre mi atención? Consulte la sección **Atención de bienestar para adultos**.
5. ¿Qué sucede si no tengo transporte para acudir a mi cita con el médico? Consulte la sección **Transporte**.
6. No tengo teléfono. ¿Cómo puedo comunicarme con Anthem o mis médicos? Consulte la sección **Beneficios adicionales de Anthem**.
7. ¿Cómo puedo averiguar si mis medicamentos fueron aprobados o requieren autorización? Consulte la sección **Medicamentos**.
8. ¿Cómo puedo recibir otra copia de mi tarjeta de identificación?  
Consulte la sección **Visite el sitio web**, la sección **Descargue la aplicación Sydney Health** o la sección **Su tarjeta de identificación de Anthem**.

## **MANUAL DEL MIEMBRO DE ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD HEALTHCARE SOLUTIONS**

**Desert Canyon, Building 9  
9133 W. Russell Road  
Las Vegas, NV 89148  
844-396-2329 (TTY 711)  
[anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid)**

**Le damos la bienvenida a Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions.** Usted recibirá la mayoría de sus beneficios de Medicaid y Nevada Check Up a través de Anthem. En este manual del miembro se le indicará cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

## Índice

<b>¡LE DAMOS LA BIENVENIDA A ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD HEALTHCARE SOLUTIONS!</b> .....	1
<b>Su nuevo plan médico</b> .....	1
<b>Cómo encontrar ayuda</b> .....	1
<b>Llame a Servicios para Miembros</b> .....	1
<b>Llame a la Línea de Enfermería 24/7 de Anthem</b> .....	2
<b>Visite el sitio web</b> .....	2
<b>Descargue la aplicación Sydney Health</b> .....	2
<b>Números de teléfono importantes</b> .....	3
<b>Acerca de este manual del miembro</b> .....	3
<b>Su tarjeta de identificación de Anthem</b> .....	4
<b>SUS PROVEEDORES</b> .....	5
<b>Cómo seleccionar un proveedor de atención primaria</b> .....	5
<b>Dónde encontrar una lista de proveedores de la red de Anthem</b> .....	6
<b>Consulta a un proveedor fuera del plan</b> .....	6
<b>Si el consultorio de su proveedor de atención primaria se traslada, cierra o deja de formar parte del plan de Anthem</b> .....	7
<b>Cómo cambiar de proveedor de atención primaria</b> .....	7
<b>Si su PCP pide que lo cambien a otro PCP</b> .....	7
<b>Si quiere consultar a un proveedor que no es su PCP</b> .....	7
<b>Segundas opiniones</b> .....	8
<b>Cómo elegir un ginecólogo obstetra</b> .....	8
<b>Visitas a un especialista</b> .....	8
<b>CÓMO RECIBIR CUIDADO MÉDICO</b> .....	9
<b>Cómo programar una cita con su PCP</b> .....	9
<b>Devolución de llamadas fuera del horario normal</b> .....	10
<b>Qué llevar a la cita</b> .....	10
<b>Cómo cancelar una cita</b> .....	11
Transporte.....	11
Si tiene una emergencia y necesita transporte, llame al 911 para pedir una ambulancia.....	11
<b>Acceso para miembros con necesidades especiales</b> .....	11
<b>¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?</b> .....	11
<b>BENEFICIOS Y PRIMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD</b> .....	12
<b>Beneficios de Anthem</b> .....	12

<b>Autorización previa (aprobación previa)</b> .....	<b>12</b>
<b>CÓMO TOMAMOS LAS DECISIONES RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>Servicios cubiertos por Anthem</b> .....	<b>14</b>
<b>Beneficios adicionales de Anthem</b> .....	<b>40</b>
<b>Primas de Nevada Check Up</b> .....	<b>44</b>
<b>SERVICIOS CUBIERTOS POR NEVADA CHECK UP O NEVADA MEDICAID</b> .....	<b>44</b>
<b>SERVICIOS QUE NO NECESITAN UNA REFERENCIA</b> .....	<b>45</b>
<b>SERVICIOS OFRECIDOS POR ANTHEM AL TRANSFERIRSE A/DE OTRA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA O MEDICAID DE CARGO POR SERVICIO</b> .....	<b>46</b>
<b>SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ANTHEM, NEVADA CHECK UP O MEDICAID DE CARGO POR SERVICIO</b> .....	<b>46</b>
<b>NUEVA TECNOLOGÍA</b> .....	<b>46</b>
<b>DISTINTOS TIPOS DE CUIDADO MÉDICO</b> .....	<b>47</b>
<b>Atención de rutina, de urgencia y de emergencia: ¿cuál es la diferencia?</b> .....	<b>47</b>
<b>Atención de rutina</b> .....	<b>47</b>
<b>Cuidado de urgencia</b> .....	<b>47</b>
<b>Atención de emergencia</b> .....	<b>48</b>
<b>ATENCIÓN DE BIENESTAR PARA NIÑOS Y ADULTOS</b> .....	<b>49</b>
<b>Atención de bienestar para niños: el programa Niños Saludables</b> .....	<b>50</b>
<b>Cuándo debe su hijo realizar las visitas del programa de Niños Saludables</b> .....	<b>50</b>
<b>Prueba de detección de plomo en sangre</b> .....	<b>51</b>
<b>Examen de la vista</b> .....	<b>51</b>
<b>Examen de diagnóstico de audición</b> .....	<b>51</b>
<b>Vacunas</b> .....	<b>51</b>
Cronograma de vacunación recomendado para niños y adolescentes hasta los 18 años:.....	<b>52</b>
<b>Cuidado de bienestar para adultos</b> .....	<b>53</b>
<b>TIPOS ESPECIALES DE CUIDADO MÉDICO</b> .....	<b>53</b>
<b>Cuidado de los ojos</b> .....	<b>53</b>
<b>Salud conductual (salud mental/trastorno de abuso de sustancias)</b> .....	<b>54</b>
<b>Programa de restricción</b> .....	<b>55</b>
<b>Servicios de planificación familiar</b> .....	<b>56</b>
<b>Medicamentos</b> .....	<b>56</b>
<b>Cuidado especial para miembros embarazadas</b> .....	<b>57</b>
<b>Cuando queda embarazada</b> .....	<b>59</b>

Después de tener a su bebé:.....	60
<b>ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS .....</b>	<b>60</b>
<b>SERVICIOS ESPECIALES DE ANTHEM PARA UNA VIDA SANA.....</b>	<b>64</b>
Información de salud .....	64
Health A to Z .....	64
Clases de educación sobre salud .....	65
Eventos comunitarios.....	65
Violencia doméstica.....	65
<b>MENORES.....</b>	<b>66</b>
<b>DIRECTIVAS ANTICIPADAS (TESTAMENTO VITAL O PODER DE REPRESENTACIÓN DURADERO) .....</b>	<b>66</b>
<b>RECLAMOS Y APELACIONES MÉDICAS .....</b>	<b>68</b>
Reclamos .....	68
Apelaciones médicas .....	69
Apelaciones aceleradas .....	71
Apelaciones sobre pagos a proveedores .....	72
Audiencias imparciales .....	72
<b>OTRA INFORMACIÓN .....</b>	<b>73</b>
Si se muda o cambia la cantidad de integrantes de la familia.....	73
Cómo renovar sus beneficios de Medicaid o Nevada Check Up a tiempo .....	74
Si ya no es elegible para Medicaid o Nevada Check Up .....	74
Cómo cancelar la inscripción en Anthem .....	74
Razones por las cuales puede cancelarse su inscripción en Anthem .....	76
Razones por las cuales no puede cancelarse su inscripción en Anthem.....	76
Si recibe una factura o su proveedor de atención primaria le cobra un cargo .....	77
Si tiene otro seguro médico (coordinación de beneficios).....	78
Cambios en su cobertura de Anthem .....	78
Cómo notificar a Anthem sobre cambios que considera que debemos hacer.....	78
Cómo mide Anthem la calidad de su atención.....	79
De qué forma paga Anthem a los proveedores.....	80
<b>SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE ANTHEM .....</b>	<b>80</b>
Sus derechos.....	80
Sus responsabilidades .....	81
<b>CÓMO DENUNCIAR A UNA PERSONA QUE HACE USO INDEBIDO DEL PROGRAMA DE MEDICAID O NEVADA CHECK UP .....</b>	<b>82</b>
Términos importantes.....	82
Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso .....	82

<b>Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso (FWA) por parte de los proveedores: .....</b>	<b>83</b>
<b>Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de los inscritos.....</b>	<b>83</b>
<b>Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA.....</b>	<b>87</b>

# **¡LE DAMOS LA BIENVENIDA A ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD HEALTHCARE SOLUTIONS!**

## **Su nuevo plan médico**

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions proporciona sus beneficios de Medicaid y/o Nevada Check Up. Somos el plan médico que lo ayudará a aprovecharlos al máximo. Al trabajar con usted y sus médicos, le ayudaremos a que se sienta mejor y a mantenerse saludable.

Ofrecemos cobertura médica a las personas que viven en los condados urbanos de Clark y Washoe.

El estado nos exige que le facilitemos la información a continuación.

Tenga en cuenta que Medicaid puede recuperar todos los pagos mensuales que Medicaid hace a Anthem con una reclamación contra su patrimonio si cubrimos los servicios incluidos en el plan de Nevada para la recuperación de patrimonio\* y usted cumple una de las siguientes condiciones:

- Tiene 55 años o más
- Está hospitalizado en un centro médico.

Medicaid no puede recuperar los pagos del patrimonio de miembros de Medicaid fallecidos si existe:

- Un cónyuge supérstite.
- Un hijo menor de 21 años.
- Un hijo de cualquier edad con alguna discapacidad o ceguera.

Los copagos de Medicare Parte A y B pagados después del 1.º de enero de 2010 tampoco pueden recuperarse. Para obtener más información, visite [dwss.nv.gov](http://dwss.nv.gov) o llame al número gratuito **800-992-0900**.

\*Conforme a la sección 3810 del Manual de Medicaid Estatal de los Centros de Medicare y Medicaid.

## **Cómo encontrar ayuda**

### **Llame a Servicios para Miembros**

Estamos para ayudarle. Llámenos al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico si:

- Tiene alguna pregunta sobre nuestro plan médico o sus beneficios.
- Necesita ayuda para recibir atención o encontrar un proveedor del plan.
- Necesita un intérprete que le ayude a comunicarse con su médico en su idioma nativo, es sordo o tiene problemas de audición.
- Quiere hacernos sugerencias sobre cómo podemos mejorar su plan médico.
- Quiere participar en un comité para ayudar a mejorar los servicios médicos y la educación para la comunidad.

## Llame a la Línea de Enfermería 24/7 de Anthem

Llame a la Línea de Enfermería 24/7 al 844-396-2329 (TTY 711) en cualquier momento, de día o de noche. Nuestros enfermeros pueden ayudarle si tiene preguntas relacionadas con la salud o necesita asesoramiento sobre lo siguiente:

- Qué debe hacer para cuidarse antes de ver a su médico.
- Con qué urgencia necesita recibir atención por una enfermedad.
- Cuándo acudir a la sala de emergencia o a un centro de atención de urgencia.
- Cómo puede recibir la atención que necesita.

## Visite el sitio web

Visite nuestro sitio web: [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid). Hemos hecho algunas actualizaciones y mejoras. Usted puede hacer lo siguiente:

- Elegir o encontrar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de Anthem.
- Cambiar de PCP.
- Solicitar una tarjeta de identificación.
- Actualizar su dirección o número de teléfono. También puede llamar a Nevada Medicaid al:
  - Carson City: **775-684-3651**.
  - Elko: **775-753-1191**.
  - Las Vegas: **702-668-4200**.
  - Reno: **775-687-1900**.
- Descargar o solicitar el manual del miembro o el directorio de proveedores.
- Informarse sobre los programas y servicios comunitarios.
- Hacer preguntas o comentarios que ayuden a mejorar los servicios de Anthem.
- Informarse sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Informar casos de fraude, desperdicio y abuso.
- Leer sobre lo que hacemos para mantener segura su información privada y recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Anthem. En este aviso, se detalla cómo se puede usar e intercambiar su información médica, y cómo usted puede obtener acceso a esta información.
- Informarse sobre procedimientos de administración farmacéutica.

## Descargue la aplicación Sydney Health

Ahora usted puede acceder a su tarjeta de identificación del miembro de Anthem y encontrar médicos en nuestra red desde su teléfono inteligente o tableta. Solo tiene que descargar la aplicación Sydney Health. Con Sydney, usted puede presentar, enviar por correo electrónico o fax su tarjeta de identificación del miembro a su médico, farmacia u hospital. También puede utilizar nuestro verificador de síntomas interactivo y analizar información de salud y bienestar. Es rápida. Es gratuita. Y lo mejor de todo es que es segura. Solo necesitará su código postal y número de identificación de Anthem, que está impreso en su tarjeta de identificación, para usar estos servicios.

Para descargar la aplicación, vaya a App Store<sup>®</sup> o Google Play<sup>™</sup>, o visite nuestro sitio web en [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid).

## Números de teléfono importantes

Nombre	Descripción	Número de teléfono
Emergencias	Llame o diríjase a la sala de emergencia del hospital más cercano.	<b>911</b>
Línea de Enfermería 24/7	Reciba asesoramiento médico o hable con un enfermero registrado sobre preguntas o asuntos relacionados con la salud que no sean de emergencia.	<b>844-396-2329</b> (TTY 711)
Servicios para Miembros de Anthem	Reciba un manual del miembro, actualice su tarjeta de identificación del miembro, encuentre un nuevo proveedor, programe una cita y mucho más.	<b>844-396-2329</b> (TTY 711)
Atención de salud conductual	Encuentre información sobre la atención de la salud conductual.	<b>844-396-2331</b> (TTY 711)
Administración de casos	Llame a Servicios para Miembros para que lo comuniquen con un administrador de casos.	<b>844-396-2329</b> (TTY 711)
Programas de Manejo de Enfermedades	Si tiene una condición crónica, hable con un administrador de casos de un programa de Manejo de Enfermedades.	<b>888-830-4300</b> (TTY 711)
EyeQuest®	Obtenga información sobre sus beneficios de la visión.	<b>888-300-9025</b> (TTY 800-466-7566)
MTM	Coordine el transporte para acudir a citas y tratamientos médicamente necesarios (no disponible para los miembros de Nevada Check Up).	Sin cargo al <b>844-879-7341</b>
Nevada Check Up	Reciba información sobre la elegibilidad y los requisitos de primas para el programa Nevada Check Up.	Número gratuito dentro del estado: <b>877-543-7669</b> (KIDS NOW)  Número gratuito fuera del estado: <b>800-992-0900</b>
Nevada Medicaid	Obtenga más detalles sobre la elegibilidad para acceder al programa de Medicaid y otra información.	<b>775-684-7200</b> (Norte) <b>702-486-1646</b> (Sur) Número gratuito: <b>800-992-0900</b>

### Acercas de este manual del miembro

Este manual lo ayudará a entender su plan médico. El otro lado del manual está en inglés. Si tiene preguntas, necesita ayuda para entender o leer alguna parte de este manual o desea este material en otro idioma, llámenos. Nosotros le avisaremos cuándo puede estar disponible.

También puede solicitar este manual del miembro en estos formatos:

- Letra grande
- Audio
- En braille

Cuando haya cambios en los beneficios u otros cambios que afecten su atención y sus servicios, le avisaremos en una de las siguientes formas:

- Le enviaremos una carta.
- Le enviaremos un aviso para que lo conserve con su Manual del miembro.
- Actualizaremos el sitio web para miembros en **anthem.com/nvmedicaid**.

## Su tarjeta de identificación de Anthem

Si aún no tiene la tarjeta de identificación de Anthem, la recibirá pronto.

- Llévela con usted en todo momento.
- Muéstresela al médico, hospital o farmacia que visite.

Esta tarjeta lo identifica como miembro de Anthem.

The image shows a template for an Anthem Nevada Check Up identification card. It features the Anthem logo and the text 'Check Up' in the top right corner. Below this, there are two columns: 'Member ID' on the left and 'Primary Care Provider (PCP):' on the right. Each column has a horizontal line for text entry. In the bottom left corner, there are three lines of text: 'Check Up ID:', 'Effective Date:', and 'Date of Birth:'.

**Tarjeta de identificación de Nevada Check Up**

The image shows a template for an Anthem Nevada Medicaid identification card. It features the Anthem logo and the text 'Medicaid' in the top right corner. Below this, there are two columns: 'Member ID' on the left and 'Primary Care Provider (PCP):' on the right. Each column has a horizontal line for text entry. In the bottom left corner, there are three lines of text: 'Medicaid ID:', 'Effective Date:', and 'Date of Birth:'.

**Tarjeta de identificación de Nevada Medicaid**

En su tarjeta de identificación de Anthem figura:

- El nombre y el número de teléfono de su PCP.
- Su número de Medicaid o Nevada Check Up.
- La fecha en que se hizo miembro de Anthem.
- Números de teléfono importantes.

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de Anthem, llámenos de inmediato al 844-396-2329 (TTY 711). Le enviaremos una nueva.

### **Para miembros que no hablan inglés:**

- Podemos ayudar en muchos idiomas y dialectos distintos.
- Le facilitaremos un intérprete para que lo ayude a hablar con sus médicos durante las citas. Llame a Servicios para Miembros al menos 24 horas antes de su cita.

### **Para miembros sordos o con problemas de audición:**

- Llame al **711** para comunicarse con Servicios para Miembros.
- Si necesita un intérprete de lenguaje de señas para su visita al médico, llámenos al menos cinco días hábiles antes de la cita. Nosotros programaremos y pagaremos el servicio.

## SUS PROVEEDORES

### Cómo seleccionar un proveedor de atención primaria

Todos nuestros miembros deben tener un proveedor de atención primaria (PCP) en el plan de Anthem. Su PCP es su médico habitual que lo verá para atender todas sus necesidades médicas básicas, como chequeos anuales, enfermedades leves o referencias a especialistas. Se encargará de lo siguiente:

- Conocerlo y estar al tanto de su historial de salud.
- Brindarle todos los servicios básicos de salud y derivarlo a otros médicos u hospitales cuando necesite atención especial.
- Ayudarlo a recibir la atención indicada.

Cada miembro de Anthem debe elegir un PCP dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Si no lo hizo, nosotros le asignamos uno. Le asignamos uno que estuviera cerca de su casa. El nombre y el número de teléfono de su PCP aparecen en su tarjeta de identificación de Anthem. También puede elegir un centro de atención primaria (PCS), como un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC), y recibir cuidado médico de un médico del PCS. Es importante que programe una cita con su PCP en los primeros 90 días de haberse inscrito en Anthem. Es necesario que hable con el profesional sobre su historial de salud y sus medicamentos lo antes posible.

Si no está satisfecho con el PCP que le asignamos, puede elegir otro en cualquier momento. Simplemente busque en el directorio de proveedores que venía con su paquete de nuevo miembro o ingrese en [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid). Nuestra herramienta de búsqueda le permite buscar proveedores por nombre, ubicación y especialidad. ¿Necesita ayuda? Llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico, y nuestro equipo de Concierge estará encantado de ayudarlo a encontrar proveedores y programar citas. Independientemente de cómo haga el cambio (en línea o por teléfono) le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro.

Si ya tiene un PCP, puede revisar el directorio de proveedores para ver si ese proveedor está en nuestra red. Si es así, puede avisarnos que desea seguir con este profesional llamando a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico. Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes, siempre y cuando esté en la red de Anthem:

- Médico general o de familia
- Asistente médico
- Internista
- Enfermero practicante certificado
- Pediatra
- Obstetras/ginecólogos (durante el embarazo)
- Especialista (para personas que tienen una discapacidad, condiciones crónicas o complejas)

También puede elegir un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) como su PCP si quisiera.

No es necesario que usted y sus hijos tengan el mismo PCP. Si está embarazada, le asignaremos a su hijo recién nacido el mismo PCP que tienen los otros hijos cubiertos de la familia.

Es posible que se le permita tener un especialista o una clínica operada por el Estado como PCP si tiene lo siguiente:

- Discapacidad.
- Condición crónica.
- Condición compleja.

El especialista debe estar de acuerdo en asumir la responsabilidad de su atención como PCP. Los miembros con discapacidades tienen treinta (30) días calendario adicionales para seleccionar un PCP. Si no escoge un PCP, le asignaremos uno automáticamente. Puede pedirnos cambiar de PCP en cualquier momento.

## **Dónde encontrar una lista de proveedores de la red de Anthem**

Además de este manual del miembro, le entregaremos un directorio de proveedores. El directorio de proveedores está incluido en su paquete de nuevo miembro. En el directorio de proveedores se detallan los proveedores de atención primaria (PCP), proveedores de salud conductual, especialistas, optometristas, quiroprácticos, farmacias y hospitales que trabajan con Anthem. En el directorio se indica si el proveedor acepta nuevos pacientes y si está certificado por el Colegio de Médicos.

En el directorio también se detalla lo siguiente:

- Las direcciones de los consultorios
- Los números de teléfono de los consultorios
- El horario de atención
- Los idiomas que se hablan en los consultorios

Si no recibió un directorio de proveedores, llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711). Le enviaremos un directorio nuevo. También puede buscar un proveedor en línea si ingresa en [anthem.com/nvmedicaid](https://www.anthem.com/nvmedicaid) y selecciona **Encontrar cuidado médico (Find Care)**.

## **Consulta a un proveedor fuera del plan**

Es posible que a veces tenga que consultar a un proveedor que no es parte de la red de Anthem. Si usted estaba enfermo o se lesionó antes de inscribirse en Anthem, y estaba consultando a un PCP que no pertenece a nuestra red, infórmenos sobre la atención que estaba recibiendo. En algunos casos, podrá seguir consultando a este PCP mientras escoge uno nuevo de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) para obtener más información. Anthem trabajará con usted y con el PCP para brindarle una transición fluida a su nuevo PCP.

Es importante que programe una cita con su médico en los primeros 90 días de haberse inscrito en nuestro plan. Es necesario que hable con su PCP sobre su historial de salud y sus medicamentos lo antes posible.

Si requiere atención médicamente necesaria que no está disponible a través de un proveedor del plan y su PCP solicita los servicios, Anthem le brindará esos servicios sin costo alguno para usted, siempre y cuando se requieran los servicios que usted necesita y estos no estén disponibles con un proveedor del plan.

Para consultar a un proveedor fuera del plan, usted o su médico tendrán que solicitar primero nuestra aprobación.

## **Si el consultorio de su proveedor de atención primaria se traslada, cierra o deja de formar parte del plan de Anthem**

El consultorio de su PCP podría mudarse, cerrar o retirarse de nuestro plan. Si esto sucede, nosotros:

- Le enviaremos una notificación por escrito en 15 días calendario tras la recepción del aviso de finalización del proveedor; en algunos casos, podrá seguir consultando a este PCP mientras escoge uno nuevo.
- Trabajaremos con usted y su PCP para brindarle una transición fluida a su nuevo PCP.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo PCP si nos pide ayuda llamado a Servicios para Miembros.
- Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de cinco días hábiles después de que haya elegido un nuevo PCP.

## **Cómo cambiar de proveedor de atención primaria**

Si necesita cambiar de PCP, puede seleccionar otro de la red. Para cambiar su PCP, estas son sus opciones:

- Busque en el directorio de proveedores de Anthem que venía con su paquete de nuevo miembro.
- Visite [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid) para buscar un nuevo PCP o ver el directorio de proveedores en línea.
- Llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) para obtener ayuda.

Cuando pida cambiar de PCP:

- Podemos hacer el cambio el mismo día que lo pide.
- El cambio entrará en vigencia al día siguiente.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo en un plazo de cinco días hábiles después de que se haya cambiado su PCP.

## **Si su PCP pide que lo cambien a otro PCP**

Su PCP puede pedir que lo cambien a otro profesional. Podría hacerlo en estos casos:

- Si su PCP no tiene la experiencia adecuada para tratar su caso.
- Si la asignación de su PCP se hizo por error (p. ej., si a un adulto se le asigna un pediatra).
- Si usted no cumple con sus citas y no llama para avisar al PCP ni programa una nueva cita.
- Si usted no cumple sus indicaciones médicas en repetidas ocasiones.
- Si su PCP está de acuerdo con que un cambio es lo mejor para usted y sus necesidades médicas.

Si su PCP pide que lo cambien a otro PCP por alguno de estos motivos, comuníquese con Servicios para Miembros para pedir ayuda para encontrar un nuevo PCP o consulte el Directorio de proveedores.

También puede usar la herramienta en línea **Encontrar cuidado médico (Find Care)** en [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid).

## **Si quiere consultar a un proveedor que no es su PCP**

Si desea consultar a un proveedor que no sea su PCP, hable con su PCP primero. Es posible que le dé una referencia para que consulte a otro proveedor.

Lea la sección sobre **Especialistas** para obtener más información sobre las referencias. También lea la sección **Servicios que no necesitan una referencia** para conocer más detalles.

## Segundas opiniones

Los miembros de Anthem tienen derecho a pedir una segunda opinión sobre cualquier tratamiento o diagnóstico sin costo alguno. Puede solicitar una segunda opinión de un proveedor de la red o uno fuera de la red, si no hay un proveedor de la red disponible. Pídale a su PCP que le solicite una segunda opinión. Llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) si necesita ayuda para encontrar un proveedor para una segunda opinión.

## Cómo elegir un ginecólogo obstetra

- Las miembros pueden consultar a un ginecólogo obstetra de la red. Estos servicios no tienen costo adicional para las miembros e incluyen lo siguiente:
- Visitas de bienestar.
- Atención prenatal.
- Planificación familiar.

No necesita una referencia para consultar a un proveedor de planificación familiar calificado, incluso si este profesional no pertenece a la red de Anthem.

Es posible que su PCP pueda brindarle la atención de ginecología y obstetricia. De no ser así, deberá consultar a un ginecólogo obstetra de la red. Para encontrar un ginecólogo obstetra en la lista de proveedores de la red:

- Busque en el directorio de proveedores de Anthem que venía con su paquete de nuevo miembro.
- Consulte nuestro directorio de proveedores en línea en [anthem.com/nvmedicaid](https://www.anthem.com/nvmedicaid).
- Llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico.

Mientras esté embarazada, su ginecólogo obstetra puede ser su PCP. Los enfermeros de la Línea de Enfermería 24/7 pueden ayudarla a decidir si debe consultar a su PCP o a un ginecólogo obstetra.

Si está embarazada cuando se inscribe en Anthem y su actual proveedor no forma parte del plan de Anthem, es posible que usted pueda continuar recibiendo atención de ginecología y obstetricia de su proveedor actual. Esto se conoce como continuidad de la atención. Comuníquese con Servicios para Miembros para más información.

## Visitas a un especialista

Su PCP puede ocuparse de la mayoría de sus necesidades médicas, pero usted también puede necesitar atención de otros tipos de proveedores. Nuestro plan cuenta con distintos tipos de proveedores que brindan otra atención médicamente necesaria. Estos proveedores se llaman especialistas porque tienen capacitación en áreas especiales de la medicina.

Estos son algunos ejemplos de especialistas:

- Alergistas (médicos que tratan alergias)
- Dermatólogos (médicos de la piel)
- Cardiólogos (médicos del corazón)

Si necesita ver a un especialista, su PCP le dará una referencia. En el formulario de referencia, se indica qué tipo de atención de la salud necesita. Recuerde llevar el formulario de referencia con usted cuando vaya al especialista.

En algunos casos, no se necesita una referencia. Lea la sección **Servicios que no necesitan una referencia** de este manual para conocer más detalles.

A veces, un especialista puede desempeñarse como su PCP. Esto puede ocurrir si tiene una necesidad médica especial que requiere el cuidado de un especialista. Si considera que tiene necesidades médicas especiales, puede hacer lo siguiente:

- Hable con su PCP.
- Llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711).

Si usted recibe atención de un especialista que no forma parte de nuestro plan cuando se inscribe en Anthem, avísenos. En algunos casos, usted podrá seguir consultando a este profesional hasta que pueda cambiar a un especialista del plan de Anthem. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Si actualmente recibe atención de un especialista que esté trasladando o cerrando su consultorio, o que ya no participe en nuestro plan, haremos lo siguiente:

- Lo llamaremos o le enviaremos una carta en el plazo de 15 días calendario posterior a la recepción del aviso de finalización del proveedor. En algunos casos, podrá seguir viendo a este especialista mientras escoge uno nuevo. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información de este tema.
- Trabajaremos junto a usted y su PCP para brindarle una transición fluida a su nuevo especialista.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo especialista si lo necesita.

## CÓMO RECIBIR CUIDADO MÉDICO

### Cómo programar una cita con su PCP

Es importante visitar a su PCP para hacerse chequeos periódicos, llamados visitas de bienestar, y para recibir atención cuando esté enfermo. Llame al consultorio de su PCP siempre que necesite atención.

El número de teléfono está en su tarjeta de identificación de Anthem.

Si le asignamos un nuevo PCP al inscribirse en Anthem, es importante que programe una visita de bienestar dentro de los 90 días calendario. Si su PCP no cambió al inscribirse, llámelo para consultar si es momento de hacerse un chequeo. Si es así, programe una visita al PCP lo antes posible.

Las visitas de bienestar pueden ayudarle a mantenerse saludable y permitir que su PCP lo atienda mejor cuando se enferme. Cuando no se sienta bien, llame al consultorio de su PCP. Infórmeles sus síntomas, y le dirán con qué urgencia deben atenderlo. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico.

<b>Tiempos de espera para las citas</b>	
<b>Emergencias</b> (Llame al 911 o diríjase al hospital más cercano)	De inmediato
<b>Visitas al PCP</b>	
Atención de urgencia	El mismo día
Medicamente necesarias	En un plazo de dos días calendario
Atención de rutina	En un plazo de dos semanas

<b>Tiempos de espera para las citas</b>	
<b>Visitas a especialistas</b>	
Citas de emergencia	En un plazo de veinticuatro (24) horas desde la referencia
Atención de urgencia	En un plazo de tres días calendario desde la referencia
Atención de rutina	En un plazo de 30 días calendario desde la referencia
<b>Salud conductual</b>	
Emergencia que no sea mortal	En un plazo de seis horas
Atención de urgencia	En un plazo de 48 horas
Visita inicial para citas de rutina	En un plazo de 10 días hábiles
<b>Visitas de atención prenatal</b>	
Primer trimestre	En un plazo de siete días calendario
Segundo trimestre	En un plazo de siete días calendario
Tercer trimestre	En un plazo de tres días calendario
Embarazos de alto riesgo	En un plazo de tres días calendario o de inmediato en caso de emergencia.

## **Devolución de llamadas fuera del horario normal**

Queremos que pueda recibir atención en cualquier momento. Cuando el consultorio de su PCP esté cerrado, su PCP debe tener un contestador automático o un servicio de contestador para recibir las llamadas. El servicio de contestador enviará su llamada al PCP o al médico de guardia o le indicará que el proveedor se comunicará con usted en el plazo de una (1) hora. Cuando se use un contestador automático fuera del horario normal, el contestador automático le indicará un proceso para comunicarse con un proveedor fuera del horario normal. Para los asuntos de emergencia, el servicio de contestador y el contestador automático le indicarán que llame al 911 o que acuda a la sala de emergencia más cercana. Hable con su PCP y programe una cita.

## **Qué llevar a la cita**

Cuando visite a su proveedor, asegúrese de tener lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de Anthem.
- Los medicamentos que esté tomando.
- Preguntas que quiera hacer.

Si la cita es para su hijo, asegúrese de llevar:

- Las tarjetas de identificación de su hijo.
- Los registros de vacunación de su hijo.
- Los medicamentos que esté tomando su hijo.

## Cómo cancelar una cita

Si programa una cita y luego no puede asistir, es importante que:

- Cancele la cita al menos con 24 horas de anticipación. Puede llamar al consultorio del médico o llamar a Servicios para Miembros y solicitar que cancelemos su cita. Así, otra persona podrá programar una cita en ese horario.
- Programe una nueva cita cuando llame para cancelar.

Su PCP puede pedir que lo cambien a un nuevo PCP si usted se ausenta con frecuencia sin cancelar las citas.

## Transporte

Si necesita transporte hacia y desde sus citas médicas para visitas de rutina, llame al número gratuito de MTM al **844-879-7341**. Puede llamar para programar transporte de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. Llame a MTM lo más pronto posible y al menos cinco días hábiles antes de su cita programada. MTM trabajará con usted para encontrar el transporte adecuado y puede consultar con su proveedor de cuidados médicos. El servicio de transporte que no es de emergencia solo está disponible para beneficiarios de Medicaid. Los miembros de Nevada Check Up no son elegibles para este servicio.

Si tiene una emergencia y necesita transporte, llame al 911 para pedir una ambulancia.

- Asegúrese de indicarle al personal del hospital que es miembro de Anthem.
- Comuníquese con su PCP apenas pueda. Su PCP puede hacer lo siguiente:
  - Coordinar un tratamiento en curso.
  - Ayudarle a recibir el cuidado hospitalario que necesite.

## Acceso para miembros con necesidades especiales

Los proveedores y hospitales del plan de Anthem deben ayudar a los miembros con discapacidades a recibir la atención que necesitan. Si usa silla de ruedas, andador u otro dispositivo de ayuda y necesita asistencia para ingresar al consultorio:

- Asegúrese de que el personal del consultorio sepa esto antes de que usted llegue a la cita. Esto los ayudará a prepararse para su visita.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para hablar con el médico sobre sus necesidades especiales.

## ¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?

Su PCP le ayudará a recibir servicios médicamente necesarios. Los **servicios de salud médicamente necesarios** tienen estas características:

- Son necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una enfermedad, lesión o condición.
- Son necesarios para recuperar o mejorar la capacidad de realizar las actividades y las tareas de la vida diaria.
- Son acordes con los síntomas o el diagnóstico de la enfermedad o la lesión tratada.
- Son acordes con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados, entre los que se incluyen los siguientes:
  - Guías y estándares que tienen el respaldo de organismos profesionales gubernamentales o de cuidado médico.

- No son experimentales (no son nuevos ni carecen de ensayos), a menos que se los identifique como una excepción.
- Son seguros y efectivos para el miembro (Medicaid y Nevada Check Up solo cubrirán artículos y servicios que sean necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con una malformación). Esto no incluye procedimientos cosméticos.
- No son principalmente para la conveniencia del miembro, el cuidador del miembro o el proveedor.
- No tienen fines estéticos.

Como miembro de Anthem, usted y su médico decidirán qué plan de tratamiento es mejor para usted. Si los servicios que recibe no lo están ayudando, es posible que se interrumpan o cambien a otros que satisfagan mejor sus necesidades. Los servicios también se interrumpen cuando no son médicamente necesarios.

## **BENEFICIOS Y PRIMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD**

### **Beneficios de Anthem**

Consulte la tabla de Servicios cubiertos de Anthem en la página 37 para obtener un resumen de los servicios y beneficios de cuidado de salud que ofrece Anthem. Su PCP le proporcionará el cuidado que necesite o lo referirá a otro proveedor.

En el caso de algunos beneficios, los miembros deben tener cierta edad o cierto tipo de problema de salud. En algunos casos, el PCP puede necesitar una aprobación previa de Anthem antes de que usted reciba un beneficio. Su PCP trabajará con nosotros para obtener la aprobación. Si no aprobamos un servicio, su PCP podrá brindarle otro servicio.

No hay copagos ni deducibles para ningún servicio cubierto.

Si tiene preguntas o no está seguro de si Anthem ofrece un beneficio determinado, llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico.

### **Autorización previa (aprobación previa)**

Algunos servicios y beneficios de Anthem necesitan autorización previa (aprobación previa). Esto significa que su PCP debe solicitar a Anthem que apruebe los servicios o beneficios. Los servicios de emergencia, los servicios posteriores a la estabilización y la atención de urgencia no necesitan aprobación previa.

Anthem cuenta con un equipo de revisión de utilización que analiza las solicitudes de autorización previa. Este equipo:

- Decidirá si el servicio es necesario y si Anthem lo cubre.
- Dentro de los 14 días calendario después de haber recibido la solicitud y la información clínica de su PCP. Informaremos nuestra decisión a su PCP por teléfono o fax.

Su PCP puede solicitar una revisión acelerada si una demora podría afectar gravemente a su salud. Le avisaremos a su médico nuestra decisión dentro de las 72 horas de la recepción de la solicitud.

A veces, se necesita tiempo adicional para que los proveedores envíen más información necesaria antes de que podamos tomar una decisión. En esos casos, se proporcionarán 14 días calendario adicionales.

Si decidimos que no pagaremos la atención, o los servicios aprobados cubren montos menores al monto solicitado o son inferiores al tipo solicitado, usted o su médico pueden apelar. Para obtener más información sobre el proceso de apelación, consulte la sección **Reclamos y apelaciones médicas**. Si usted presenta una apelación, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días. Si tiene alguna pregunta o no está seguro de si ofrecemos un beneficio determinado, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Para obtener una lista de los servicios que cubrimos, consulte la sección **Servicios cubiertos** por Anthem.

## **CÓMO TOMAMOS LAS DECISIONES RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN**

A veces necesitamos hacer una revisión de la atención y los servicios para asegurarnos de que sean médicamente necesarios. Esto se denomina administración de la utilización (UM). Nuestro proceso de UM sigue los estándares del Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA). Todas las decisiones de UM se toman en función de las necesidades médicas y los beneficios actuales de los miembros.

No instamos a los proveedores a que infrutilicen los servicios. Además, no creamos barreras para recibir atención de la salud. Los profesionales clínicos no reciben recompensas por limitar o negar atención. Los revisores clínicos de Anthem utilizan guías de prácticas clínicas para determinar los tratamientos y servicios necesarios.

A continuación, se detallan algunos de los beneficios que cubrimos. Si algún servicio no figura en la lista, consulte a su proveedor o contáctenos.

Algunos servicios tienen limitaciones en la cantidad de visitas a proveedores, o de suministros y equipos. Tenemos un proceso para revisar las solicitudes que usted o su proveedor envíen con respecto a visitas o suministros adicionales. También tenemos un proceso para revisar las solicitudes sobre servicios no cubiertos, cuando sean médicamente necesarios.

Recuerde llamarnos antes de recibir servicios médicos o solicite ayuda a su PCP. Es posible que necesite una referencia de su PCP o nuestra aprobación antes de que pueda recibir algunos servicios. Si no obtiene el formulario de referencia o la aprobación previa requeridos, algunos servicios podrían no tener cobertura ni pagarse. Cuando usted o su proveedor solicitan una atención determinada que requiere aprobación previa, nuestro equipo de revisión de utilización decide si el servicio es médicamente necesario y si está cubierto por Anthem.

Algunos de los servicios detallados a continuación pueden necesitar una aprobación previa. Solicite a su proveedor más información o contáctenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico. Para hablar con un representante de UM, llame al 844-396-2329 (TTY 711).

**\*Anthem no cubre pruebas, medicamentos ni tratamientos que sean experimentales**, como un tratamiento nuevo que esté en periodo de prueba o para el que no se haya comprobado la eficacia, a menos que se identifiquen como una excepción.

## Servicios cubiertos por Anthem

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<p><b>SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DE ALERGIAS</b></p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento: la inmunoterapia (comúnmente llamada inyecciones antialérgicas) es eficaz para el tratamiento de pacientes con alergias. Se basa en la creencia de que las personas que reciben las inyecciones de un alérgeno específico ya no serán sensibles a dicho alérgeno.</li> <li>• Pruebas: las pruebas de alergias se utilizan para determinar a qué es alérgica una persona. Hay muchos métodos de pruebas de alergia. Los tipos más comunes incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pruebas en la piel</li> <li>– Pruebas por eliminación</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO (ABA)</b></p>	<p>El análisis conductual aplicado (ABA) es un modelo de intervención conductual para tratar niños con trastorno del espectro autista (ASD). Se ofrece este análisis a las personas elegibles para Medicaid menores de 21 años según los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). Los servicios de ABA incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación</li> <li>• Evaluación/reevaluación</li> <li>• Plan de intervención como tratamiento con metas objetivas mensurables</li> <li>• Objetivos focalizados (basados en datos)</li> <li>• Capacitación en comunicación funcional</li> <li>• Habilidades de autocontrol</li> <li>• Habilidades de adaptación para la vida diaria</li> <li>• Habilidades cognitivas</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Equipo médico duradero (DME)</li> <li>• Dispositivo generador de voz (SGD)</li> <li>• Habilidades orales</li> <li>• Habilidades del lenguaje</li> <li>• Juego con pares</li> </ul>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO (ABA) (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades sociales</li> <li>• Habilidades prevocacionales y vocacionales</li> <li>• Capacitación para padres</li> <li>• Educación familiar</li> <li>• Consejería familiar</li> <li>• Administración de casos</li> </ul>
<b>CIRUJANO AUXILIAR</b>	<p>Un cirujano auxiliar presta asistencia al cirujano principal durante una cirugía. Estos servicios están cubiertos para procedimientos que reúnen los requisitos.</p>
<b>DISPOSITIVOS DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA/ASISTIDA</b>	<p>Son dispositivos, como sintetizadores del habla, que ayudan a los miembros con habilidades limitadas de comunicación vocal u oral a comunicar lo que piensan.</p>
<b>SERVICIOS DE AUDIOLOGÍA</b>	<p>Estos servicios ayudan a decidir si una persona puede oír dentro de un rango normal y, en caso de que no sea así, qué partes de la audición se modificaron y en qué grado. Si un audiólogo diagnostica pérdida de la audición, aconsejará qué opciones podrían ayudar al paciente (p. ej.: audífonos, implantes cocleares, cirugía). Anthem cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos médicamente necesarios.</li> <li>• Audífonos y suministros hechos durante un chequeo del programa Niños Saludables (Healthy Kids) para miembros menores de 21 años según los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT).</li> </ul> <p>Se aplican ciertos límites.</p>
<b>CIRUGÍA BARIÁTRICA/CIRUGÍA POR OBESIDAD</b>	<p>La medicina bariátrica es una rama de la medicina que ayuda a prevenir, controlar y tratar la obesidad.</p> <p>La cirugía por obesidad/cirugía bariátrica es un método para perder peso que se limita a personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad y necesidad médica.</p> <p>Anthem cubrirá los servicios hasta los límites que se detallan en el programa de Medicaid y Nevada Check Up.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p><b>SALUD CONDUCTUAL</b></p>	<p>Los servicios cubiertos hasta los límites detallados en los programas Nevada Medicaid y Nevada Check Up incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención en situaciones de crisis destinada a miembros que atraviesen una crisis psiquiátrica para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir síntomas.</li> <li>• Ayudar a estabilizar y restablecer a la persona a su anterior nivel de funcionalidad.</li> </ul> </li> <li>• Estabilización de crisis para ayudar a una persona en crisis a volver a su anterior nivel de funcionalidad.</li> <li>• Indicación de terapia electroconvulsiva (ECT) para tratar una enfermedad mental grave. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desintoxicación/dependencia de productos químicos en un hospital. Servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientados a restablecer el bienestar mental y físico de personas que abusan de drogas o alcohol.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>*Se aplican ciertos límites según lo determinado por los programas Nevada Medicaid y Nevada Check Up.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales para pacientes internados prestados en un entorno de hospitalización por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psiquiatras</li> <li>• Psicólogos</li> <li>• Trabajadores sociales clínicos</li> <li>• Terapeutas</li> <li>• Médicos clínicos o especialistas</li> <li>• Enfermeros practicantes certificados</li> </ul> </li> <li>• Programa ambulatorio intensivo para tratar la dependencia de productos psiquiátricos y químicos con estas características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reúne varias veces por semana para al menos tres horas de servicios de salud mental o por abuso de sustancias/alcohol.</li> <li>• Tiene el objetivo de mejorar el nivel de funcionalidad de la persona para evitar una recaída o la admisión en un hospital.</li> </ul> </li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p><b>SALUD CONDUCTUAL (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento asistido con medicamentos (MAT), como el programa de mantenimiento con metadona, para el tratamiento de la adicción a la heroína.</li> <li>• La neuroterapia (también llamada neuroretroalimentación o biorretroalimentación electroencefalográfica [EEG]) es un proceso que observa el sistema nervioso central y el cerebro. Esto permite una mejor comprensión de las posibles irregularidades presentes en el cerebro, y el tratamiento puede capacitar al cerebro para que corrija tales irregularidades. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de observación hospitalaria.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de desintoxicación y/o rehabilitación ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientados a restablecer el bienestar mental y físico de personas que abusan de drogas o alcohol.</li> </ul> </li> <li>• Los servicios ambulatorios de salud mental/por abuso de sustancias incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos y terapéuticos básicos.</li> <li>• Servicios en situaciones de crisis.</li> <li>• Revisión y diagnóstico de atención.</li> <li>• Terapia individual, familiar y/o grupal, a menos que forme parte de un examen médico de los EPSDT.</li> <li>• Administración de medicamentos. Usted puede recibir estos servicios de médicos, psicólogos u otros profesionales de salud mental autorizados.</li> </ul> </li> <li>• Programas de tratamiento parcial hospitalario, psiquiátrico y de dependencia de productos químicos con estas características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ofrecen de lunes a viernes durante al menos seis horas por día.</li> <li>• Se prestan en un hospital en un entorno ambulatorio.</li> </ul> </li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p><b>SALUD CONDUCTUAL (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prestan en un hospital en un entorno ambulatorio.</li> <li>• Ofrecen una variedad de servicios de tratamiento psiquiátrico y por abuso de sustancias.</li> <li>• Proporcionan cuidado hospitalario parcial como alternativa a la atención psiquiátrica o por abuso de sustancias para pacientes internados.</li> <li>• Servicios de rehabilitación psicosocial/capacitación en habilidades básicas que ayudan a alcanzar o mantener los mayores niveles de funcionalidad de una persona.</li> <li>• Aprovechan al máximo sus fortalezas personales.</li> <li>• Elaboran formas de enfrentar y manejar áreas de debilidad.</li> <li>• Crean un entorno de apoyo en donde desempeñarse.</li> <li>• Pruebas psicológicas y neuropsicológicas que usan los psicólogos para evaluar este tipo de cosas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Claridad diagnóstica de salud conductual</li> <li>• Características/preocupaciones de personalidad</li> <li>• Déficits y necesidades de aprendizaje y funcionales</li> </ul> </li> </ul> <p>Estas pruebas pueden emplearse para determinar un diagnóstico de salud mental. Los servicios cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas neuropsicológicas</li> <li>• Pruebas neuroconductuales</li> <li>• Pruebas psicológicas</li> <li>• Centros de tratamiento residencial (RTC)</li> <li>• Salud mental para niños y adolescentes que no requieren cuidado de pacientes hospitalizados agudo</li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p><b>SALUD CONDUCTUAL (continuación)</b></p>	<p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual, grupal y familiar</li> <li>• Administración de medicamentos</li> <li>• Tratamiento médico</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Alojamiento y comida</li> <li>• Tratamiento activo</li> <li>• Servicios psiquiátricos</li> <li>• Servicios psicológicos</li> <li>• Servicios terapéuticos y de modificación conductual</li> <li>• Terapia individual, grupal, familiar, recreativa y ambiental</li> <li>• Servicios de enfermería</li> <li>• Todos los medicamentos</li> <li>• Visitas familiares trimestrales patrocinadas por los RTC</li> <li>• Servicios psicoeducativos y proyectos laborales supervisados.</li> </ul> <p>Medicaid y Nevada Check Up cubren la admisión, la tarifa por habitación diaria y los servicios auxiliares.</p>
<p><b>BIORRETROALIMENTACIÓN (COMO PARTE DE LA NEUROTERAPIA)</b></p>	<p>La <b>neuroterapia</b> (también llamada neurorretroalimentación o biorretroalimentación de EEG) es un proceso que observa el sistema nervioso central y el cerebro. Esto permite una mejor comprensión de las posibles irregularidades presentes en el cerebro, y el tratamiento puede capacitar al cerebro para que corrija tales irregularidades. Anthem cubre la neuroterapia médicamente necesaria cuando la proporciona un profesional de salud mental calificado (QMHP) autorizado dentro del alcance de su práctica.</p> <p>El tratamiento por <b>biorretroalimentación</b> ayuda a capacitar a las personas para que manejen la salud por su cuenta mediante las señales de su cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los terapeutas físicos pueden utilizar este tratamiento para ayudar a las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular a mejorar el movimiento en los músculos paralizados.</li> <li>• Los especialistas pueden utilizarlo para ayudar a los pacientes a manejar el dolor.</li> </ul>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>BIORRETROALIMENTACIÓN (COMO PARTE DE LA NEUROTERAPIA) (continuación)</b>	<p>Psicólogos u otros profesionales de salud mental autorizados pueden usarlo para ayudar a las personas a autocontrolarse mediante la conciencia de sus estados físicos cuando se desencadenan ciertos síntomas de salud conductual.</p> <p>— Un técnico certificado en biorretroalimentación podrá asistir en el tratamiento de biorretroalimentación, pero un QMHP debe prestar el servicio de psicoterapia relacionado. Se aplican ciertos límites.</p>
<b>ADMINISTRACIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS</b>	<p>Anthem cubre la administración de sangre o productos sanguíneos a través de inyecciones en una vena o arteria.</p>
<b>INYECCIONES DE BÓTOX</b>	<p>Los servicios cubiertos incluyen tratamientos para la debilidad de los miembros como resultado de una lesión cerebral o de médula espinal, incluida la parálisis cerebral.</p> <p>No está cubierto el tratamiento con fines estéticos.</p>
<b>ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS</b>	<p>La administración de cuidados médicos está diseñada para responder a las necesidades de un miembro, cuando su diagnóstico o condición requieran atención y tratamiento durante periodos prolongados.</p> <p>Cuando un miembro está en un programa de administración de cuidados médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un administrador de cuidados médicos de Anthem le ayuda a identificar los entornos en los que podrá recibir atención.</li> <li>• Un proveedor, en representación del miembro, puede solicitar que el miembro forme parte del programa. El administrador de cuidados médicos trabajará con el miembro y los proveedores del miembro para decidir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El nivel y los tipos de servicios necesarios.</li> <li>• Otros entornos donde puede brindarse atención.</li> <li>• Los equipos y/o suministros necesarios.</li> </ul> </li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p><b>ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios comunitarios cercanos. La comunicación necesaria entre el miembro y el equipo de cuidado médico del miembro, como el PCP y los especialistas.</li> </ul> <p>Los administradores de cuidados médicos le realizarán al miembro pruebas de detección y utilizarán las herramientas de evaluación para poder identificar las necesidades de atención integral y las deficiencias en el cuidado.</p> <p>La evaluación integral de salud incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una variedad de preguntas para identificar y evaluar los siguientes aspectos del miembro: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de atención inmediata y servicios prestados actualmente.</li> <li>• Condiciones físicas.</li> <li>• Condiciones de salud conductual, incluido el estado de abuso de sustancias.</li> <li>• Limitaciones funcionales.</li> </ul> </li> <li>• Preferencias culturales.</li> <li>• Determinantes sociales de las necesidades de salud, como finanzas, vivienda o necesidades de transporte.</li> <li>• Necesidades de recursos comunitarios.</li> <li>• Apoyos disponibles implementados, como cuidadores.</li> <li>• Necesidades de salud especiales.</li> <li>• Exposición a experiencias desfavorables o situaciones traumáticas durante la niñez.</li> <li>• Plan de tratamiento actual.</li> <li>• Entrevistas telefónicas y por video, o visitas a domicilio para recolectar y evaluar la información recibida de los miembros o sus representantes; para completar la evaluación. Los administradores de cuidados médicos también recibirán información de estas fuentes:</li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<b>ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El PCP y los especialistas del miembro.</li> <li>• Otros miembros clave del equipo de tratamiento, como agencias del Estado u organizaciones comunitarias.</li> <li>• Los familiares, si corresponde, como un representante legal del miembro.</li> </ul> <p><b>Plan de salud personalizado</b></p> <p>Los administradores de cuidados médicos utilizarán la información para ayudar a los miembros y a su equipo de cuidado médico a decidir cuáles son los servicios necesarios de administración de cuidados médicos.</p> <p>El administrador de cuidados médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabaja con el miembro, su familia y/o su representante (cuando corresponda) y sus proveedores para desarrollar y establecer el plan de salud adecuado.</li> <li>• Ayudará a identificar las necesidades del miembro en cuanto a servicios de apoyo social, educativo, terapéutico y otros servicios de apoyo no médicos, así como las fortalezas y las necesidades del miembro y de su familia.</li> </ul> <p>Cuando sus necesidades no médicas sean complejas, los administradores de cuidados médicos trabajarán con estos profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores sociales</li> <li>• Navegadores de pacientes</li> <li>• Trabajadores de salud comunitarios</li> <li>• Organizaciones comunitarias</li> <li>• Especialistas de apoyo de pares</li> </ul> <p>Los defensores de los miembros o especialistas de alcance comunitario podrán intentar comunicarse con los miembros para que reciban servicios de administración de cuidados médicos.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<b>ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS (continuación)</b>	<p>Si un miembro está recibiendo servicios de administración de cuidados médicos de otras fuentes (p. ej., una organización de servicios comunitarios), el plan de salud definirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso de administración de los aspectos médicos, de salud conductual y/o por abuso de sustancias, y los aspectos sociales de la atención.</li> <li>• Las funciones de cada persona presente en el equipo de cuidado médico.</li> </ul> <p>Es posible que se necesite una autorización de divulgación firmada por el miembro en determinadas situaciones para hablar claramente de inquietudes específicas relacionadas con la salud con el equipo de cuidado médico del miembro, incluido su PCP.</p>
<b>QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA</b>	<p>La <b>quimioterapia</b> es el uso de medicamentos para matar bacterias, virus, hongos y, con más frecuencia, células cancerígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede destruir células cancerígenas en lugares muy distantes de la zona del cáncer inicial.</li> <li>• Más de la mitad de las personas con diagnóstico de cáncer reciben quimioterapia.</li> </ul> <p>Un <b>régimen de quimioterapia</b> es un plan y programa de tratamiento que incluye medicamentos para combatir el cáncer y medicamentos para ayudar a tolerar la finalización del tratamiento contra el cáncer en la dosis o programa completo.</p> <p>La <b>radioterapia</b> es el uso de un determinado tipo de energía, llamada radiación de ionización, para matar células cancerígenas y reducir tumores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En algunos casos, el objetivo del tratamiento de radiación es destruir un tumor entero.</li> <li>• En otros casos, el objetivo es reducir un tumor y aliviar los síntomas.</li> </ul> <p>En ambos casos, los médicos planifican el tratamiento para salvar la mayor cantidad de tejido sano posible.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<b>SERVICIOS DE QUIROPRÁCTICA</b>	<p>Para miembros de Medicaid menores de 21 años y miembros de Nevada Check Up hasta que cumplen 19 años.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de quiropráctica necesarios por motivos médicos cuando se derivan a un quiropráctico como parte del chequeo del programa Niños Saludables y cuando el médico que refiere diagnostica una subluxación de la columna.</p>
<b>CIRCUNCISIÓN</b>	<p>La circuncisión es un beneficio cubierto.</p> <p>No se necesita autorización previa si el miembro es menor de un año. A partir del año de edad, se requiere autorización previa.</p>
<b>CLÍNICAS</b>	<p>Los <b>Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC)</b> ofrecen servicios preventivos o para tratar una enfermedad o condición crónica.</p> <p>Las <b>clínicas de salud rurales (RHC)</b> ofrecen servicios preventivos.</p> <p>Los miembros pueden recibir servicios cubiertos en estos centros de los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos</li> <li>• Psicólogos clínicos</li> <li>• Enfermeros especializados</li> <li>• Trabajadores sociales clínicos</li> <li>• Asistentes médicos</li> <li>• Nutricionistas registrados</li> <li>• Enfermeras parteras certificadas</li> <li>• Profesionales en nutrición</li> <li>• Enfermeros a domicilio</li> <li>• Trabajadores de salud comunitaria</li> <li>• Higienistas dentales</li> <li>• Doulas</li> <li>• Ópticos</li> <li>• Optometristas</li> <li>• Terapeutas matrimoniales y familiares certificados</li> <li>• Podólogos</li> <li>• Radiología</li> </ul> <p><b>Puede recibir estos servicios sin una referencia de su PCP.</b></p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<b>IMPLANTES COCLEARES</b>	<p>Estos dispositivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudan a captar, analizar y decodificar sonidos.</li> <li>• Ayudan a una persona a identificar y a conocer los sonidos.</li> <li>• Brindan asistencia en la comunicación a personas que tienen un problema grave de audición.</li> </ul>
<b>PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COSMÉTICOS/PLÁSTICOS/ RECONSTRUCTIVOS</b>	<p>La <b>cirugía cosmética</b>, que se lleva a cabo para modificar estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar el aspecto y la autoestima de una persona, no es un beneficio cubierto.</p> <p>La <b>cirugía reconstructiva</b>, que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma o lesión, infección, tumores o enfermedades, puede estar cubierta. La cirugía reconstructiva generalmente se lleva a cabo para mejorar la funcionalidad, pero en algunos casos puede llevarse a cabo para ayudar a acercarse a un aspecto normal. Esto puede incluir reparación de paladar hendido, reconstrucción de senos, etc. Los servicios de cirugía reconstructiva cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía de reparación inmediata de una lesión provocada por un accidente.</li> <li>• Cirugía para mejorar una parte del cuerpo con malformaciones para mejorar su funcionalidad.</li> </ul>
<b>SERVICIOS DENTALES</b>	<p>Llame a LIBERTY Dental al <b>866-609-0418</b> o visite <a href="http://LibertyDentalplan.com/nvmedicaid">LibertyDentalplan.com/nvmedicaid</a> para obtener información sobre cómo recibir servicios dentales.</p>
<b>DERMATOLOGÍA</b>	<p>La dermatología es la ciencia que trata la piel y su estructura, función y enfermedades, incluido el cabello y las uñas. Anthem cubre este servicio.</p>
<b>SERVICIOS PARA LA DIABETES</b>	<p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección, que consisten en pruebas de laboratorio para miembros que tengan determinados factores de riesgo de desarrollar diabetes o que tengan un diagnóstico de prediabetes.</li> </ul>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<p><b>SERVICIOS PARA LA DIABETES (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación para enseñarles a los miembros a manejar la diabetes por su cuenta. El programa incluye lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrucciones sobre cómo controlar la glucosa en sangre por su cuenta.</li> <li>• Capacitación sobre dieta y ejercicio.</li> <li>• Un plan de tratamiento con insulina específicamente para la persona que es insulino dependiente.</li> <li>• Razones por las que los pacientes utilizan las habilidades de control por su cuenta.</li> <li>• Suministros para hacer la prueba por su cuenta y medir sus niveles de glucosa en sangre para controlar y monitorear la diabetes, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucómetros</li> <li>• Jeringas</li> <li>• Lancetas</li> <li>• Agujas</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b></p>	<p>Las pruebas de diagnóstico incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio y radiología, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis bioquímico de sangre.</li> <li>• Análisis patológicos: microbiología y otras pruebas que usen especímenes físicos tales como tejido, orina o sangre.</li> <li>• Densitometría ósea o estudios de masa ósea.</li> <li>• Pruebas para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).</li> <li>• Pruebas de detección de plomo en sangre.</li> <li>• Prueba del antígeno prostático específico (PSA).</li> <li>• Estudios del sueño.</li> <li>• Servicios de radiografías ambulatorios.</li> <li>• Pruebas previas a la hospitalización.</li> <li>• Procedimientos para la prueba de detección de cáncer colorrectal.</li> <li>• Tomografías por emisión de positrones (PET).</li> </ul> </li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<b>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de medicina nuclear incluyen procedimientos y pruebas que se llevan a cabo en un laboratorio de radioisótopos con materiales radiactivos como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomografía computarizada (CT)</li> <li>• Resonancia magnética nuclear (MRI)</li> <li>• Pruebas cardíacas</li> </ul> </li> </ul>
<b>SERVICIOS DE DIÁLISIS</b>	<p>Los servicios de diálisis se realizan para eliminar materiales tóxicos y mantener el equilibrio del líquido en caso de un funcionamiento deficiente de los riñones. Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálisis en el hogar manejada por el paciente o el representante del paciente con la orientación de una clínica independiente.</li> <li>• Servicios recibidos en un hospital para pacientes internados o ambulatorios.</li> </ul>
<b>EQUIPO MÉDICO DESCARTABLE</b>	<p>Anthem cubre los suministros descartables médicamente necesarios que generalmente no serían útiles para una persona que no tuviera una enfermedad o lesión. Los miembros deben consultar a su PCP si necesitan equipo médico descartable.</p>
<b>SERVICIOS DE DOULA</b>	<p>Una doula es una profesional no médica capacitada que proporciona información y ofrece apoyo emocional y físico durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto. Puede ofrecer servicios en el hogar, en el consultorio, en el hospital o en centros de maternidad independientes. Estos servicios están cubiertos con ciertas limitaciones.</p>
<b>MEDICAMENTOS/INYECTABLES/ PRODUCTOS BIOLÓGICOS</b>	<p>Un <b>medicamento</b> es una sustancia (medicina) que puede utilizarse para modificar los procesos químicos del cuerpo. Los <b>medicamentos inyectables</b> son medicamentos administrados por un profesional de la salud o que el paciente puede autoadministrarse. Estos medicamentos pueden ser insulina, hormonas para el crecimiento, etc.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p><b>MEDICAMENTOS/INYECTABLES/ PRODUCTOS BIOLÓGICOS (continuación)</b></p>	<p>Los medicamentos de <b>venta libre</b> son los que se compran sin la receta de un médico.</p> <p>Los <b>productos biológicos</b> en medicina hacen referencia a sustancias elaboradas a partir de un organismo vivo o sus productos.</p> <p>Los productos biológicos se utilizan para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad (por ejemplo, las vacunas).</p> <p>Anthem no cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes utilizados para perder peso.</li> <li>• Agentes utilizados para promover la fertilidad.</li> <li>• Agentes utilizados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.</li> <li>• Medicamentos poco efectivos.</li> <li>• Medicamentos experimentales, a menos que sean una excepción.</li> <li>• Agentes utilizados para tratar la impotencia/disfunción eréctil.</li> </ul> <p>Anthem tiene una lista de medicamentos recetados comúnmente. Su PCP o especialista, o el de su hijo, puede escoger de esta lista medicamentos para ayudarlo a sentirse mejor. Esta lista se denomina lista de medicamentos preferidos (PDL). Forma parte del formulario de Anthem. Los medicamentos deben estar aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Los medicamentos deben tener un acuerdo de reembolso de Medicaid con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos cubiertos en la PDL incluyen medicamentos recetados y algunos de venta libre.</li> <li>• Todos los proveedores de la red de Anthem tienen acceso a esta lista de medicamentos.</li> <li>• Su PCP o especialista, o el de su hijo, debe usar esta lista cuando haga una receta.</li> <li>• Ciertos medicamentos de la PDL de Anthem necesitan aprobación previa.</li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p><b>MEDICAMENTOS/INYECTABLES/ PRODUCTOS BIOLÓGICOS (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los medicamentos que no figuran en la PDL de Anthem necesitan aprobación previa.</li> <li>• Consulte la sección Medicamentos bajo el título <b>Tipos especiales de cuidado médico.</b></li> <li>• Esta es una lista de cosas para recordar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anthem cubre un suministro de medicamentos recetados para hasta 30 días en farmacias minoristas.</li> <li>- Puede surtir sus recetas en cualquier farmacia dentro de la red.</li> <li>- Las farmacias dentro de la red incluyen la mayoría de las principales cadenas de farmacias y muchas farmacias comunitarias independientes.</li> <li>- CVS, Walmart, Raley's Pharmacy, Smith's Pharmacy, Save Mart Pharmacy y Rite Aid son parte de nuestro plan y aceptarán su tarjeta de identificación de Anthem.</li> <li>- Walgreens no está en el plan de Anthem.</li> <li>- Puede encontrar una lista de farmacias dentro de la red en el directorio de proveedores que recibió con su paquete de nuevo miembro.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame sin cargo a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en <a href="http://anthem.com/nvmedicaid">anthem.com/nvmedicaid</a>.</b></p>
<p><b>EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)</b></p>	<p>El equipo médico duradero tiene estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se usa con fines médicos.</li> <li>• Se adapta para uso domiciliario.</li> <li>• Puede tolerar el uso repetido.</li> </ul> <p>Los servicios cubiertos según lo determinado por Nevada Medicaid y el programa Nevada Check Up incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinados equipos médicamente necesarios (p. ej., muletas, sillas de ruedas, respiradores, etc.).</li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<b>EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos que generalmente no serían útiles para una persona sin una enfermedad o lesión.</li> </ul> <p>Los miembros deben consultar a su PCP si necesitan equipo médico duradero.</p> <p>Anthem no cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos de recreación personal ni de ejercicio físico.</li> <li>• Productos de higiene o de cuidado personal.</li> <li>• Artículos para el hogar como acondicionadores de aire o ventiladores de techo.</li> <li>• Productos ambientales.</li> <li>• Dispositivos TDD.</li> </ul>
<b>SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA (ECI)</b>	<p>Estos servicios ofrecen asistencia a las familias con hijos que tengan discapacidades y retrasos del desarrollo, desde su nacimiento hasta la edad escolar.</p> <p>El programa ofrece pruebas de detección y métodos de referencia a recursos que respaldan a las familias a la hora de ayudar a que los niños afectados alcancen su potencial mediante servicios del desarrollo.</p>
<b>SERVICIOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (EPSDT) (MEDICAID); EXÁMENES MÉDICOS EN BEBÉS Y NIÑOS (NEVADA CHECK UP)</b>	<p>El programa de EPSDT cubre servicios de pruebas de detección y de diagnóstico para determinar las necesidades médicas y otras medidas para corregir o mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defectos físicos o mentales.</li> <li>• Condiciones crónicas descubiertas en miembros de Medicaid menores de 21 años y miembros de Nevada Check Up hasta que cumplen 19 años.</li> </ul> <p><b>Este programa se conoce como “Niños Saludables (Healthy Kids)” en Nevada.</b></p> <p>Los servicios cubiertos para miembros de Medicaid menores de 21 años y miembros de Nevada Check Up hasta que cumplen 19 años incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección médicas completas, entre ellas:</li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<b>SERVICIOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (EPSDT) (MEDICAID); EXÁMENES MÉDICOS EN BEBÉS Y NIÑOS (NEVADA CHECK UP) (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de salud y desarrollo completos con evaluación tanto para el desarrollo físico como de salud mental.</li> <li>• Examen físico completo.</li> <li>• Vacunas correspondientes según la edad y el historial de salud.</li> <li>• Análisis de laboratorio, incluida una evaluación de niveles de plomo en la sangre.</li> <li>• Educación sobre salud.</li> <li>• Examen de diagnóstico de visión.</li> <li>• Examen de diagnóstico de audición.</li> </ul> <p>Otros servicios de EPSDT, atención y pruebas de detección para miembros embarazadas menores de 21 años no están cubiertos.</p>
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>	<p>Los servicios de emergencia incluyen servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios prestados por un proveedor calificado para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Consulte la sección <b>Distintos tipos de cuidado médico en Atención de emergencia</b> para obtener más información.</p>
<b>NUTRICIÓN ENTERAL</b>	<p>La nutrición enteral, también llamada alimentación mediante una sonda, es una forma de hacer llegar alimento por medio de una sonda colocada en la nariz, el estómago o el intestino delgado.</p> <p>La nutrición enteral está cubierta para algunas condiciones. Se requieren autorización previa y una revisión de necesidad médica.</p>
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<p>Anthem cubre los servicios de planificación familiar para miembros en edad fértil. Los miembros pueden recibir servicios de planificación familiar de proveedores dentro o fuera del plan. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación</li> <li>• Consejería</li> <li>• Exámenes físicos</li> <li>• Dispositivos, implantes, medicamentos y suministros de control de natalidad</li> </ul>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR (continuación)</b>	<p>Los miembros no necesitan una referencia para los servicios de planificación familiar. Consulte la sección <b>Servicios de planificación familiar</b> en <b>Tipos especiales de cuidado médico</b> para obtener más información.</p> <p>Los siguientes servicios no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligaduras de trompas y vasectomías para las personas que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son menores de 21 años</li> <li>• No son mentalmente competentes</li> <li>• Están institucionalizadas</li> </ul> </li> <li>• Reversión de la esterilización</li> <li>• Abortos (estos servicios no están incluidos en la planificación familiar, pero pueden estar cubiertos bajo ciertas condiciones; por ejemplo, para resguardar la vida de la madre, por caso de violación o incesto, o si son médicamente necesarios. Su proveedor le explicará estos servicios y le pedirá que firme un formulario de consentimiento).</li> </ul>
<b>SERVICIOS DE GASTROENTEROLOGÍA</b>	<p>La gastroenterología es una rama de la medicina que se ocupa de la estructura, funciones, enfermedades y patologías del estómago y los intestinos.</p> <p>Los servicios de gastroenterología pueden estar cubiertos con o sin autorización previa según el tipo de servicio que se necesite. Llame a Servicios para Miembros para recibir ayuda.</p>
<b>SERVICIOS DE CAMBIO DE GÉNERO</b>	<p>Los servicios médicos para pacientes transgénero cubren el tratamiento de la disforia de género. El tratamiento incluye las modalidades hormonal y quirúrgica, y la psicoterapia en función de la necesidad médica.</p> <p>La cirugía de reconstrucción genital está cubierta para receptores que cumplan con los criterios de elegibilidad conforme a las leyes federales y de Nevada.</p>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>EXÁMENES GENÉTICOS Y DE ADN</b>	<p>Los exámenes genéticos y de ADN se consideran médicamente necesarios para establecer un diagnóstico de enfermedades hereditarias cuando se cumplen ciertas condiciones.</p> <p>Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la existencia de un trastorno genético.</li> <li>• Diagnóstico de tales trastornos.</li> <li>• Consejería y seguimiento de los miembros de los que se sepa o se suponga que tienen trastornos.</li> </ul> <p>Anthem no cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico prenatal para conocer el sexo del bebé, a menos que exista una razón para una enfermedad genética.</li> <li>• Kits para hacer pruebas en el hogar.</li> <li>• Estudios genéticos para detectar trastornos de hendidura.</li> <li>• Estudios genéticos experimentales, a menos que se los identifique como una excepción.</li> <li>• Determinación del tipo de sangre para pruebas de paternidad.</li> </ul>
<b>ATENCIÓN PARA VIH/SIDA</b>	<p>Anthem cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de diagnóstico estándares para diagnosticar una infección por VIH.</li> <li>• Medicamentos para tratar la infección por VIH.</li> </ul> <p>Anthem no cubre tratamientos ni estudios experimentales o de investigación, a menos que se los identifique como una excepción.</p>
<b>CUIDADO MÉDICO EN EL HOGAR</b>	<p>Anthem cubre servicios de cuidado de salud en el hogar médicamente necesarios que se presten en el hogar de un miembro si los servicios están claramente definidos como parte de un plan de atención aprobado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de cuidado personal</li> <li>• Evaluación del entorno del hogar</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> <li>• Servicios de asistente de cuidado médico en el hogar</li> </ul>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>CUIDADO MÉDICO EN EL HOGAR (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de nutricionista</li> <li>• Terapia respiratoria</li> <li>• Fisioterapia (se aplican restricciones)</li> <li>• Terapia ocupacional (se aplican restricciones)</li> <li>• Terapia del habla (se aplican restricciones)</li> </ul>
<b>INFUSIÓN EN EL HOGAR/NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (TPN)</b>	<p>Servicios prestados por un enfermero certificado para administrar medicamentos, fluidos intravenosos o nutrición parenteral total (TPN) a través de un catéter intravenoso.</p> <p>La TPN se administra a personas que no pueden absorber nutrientes mediante el tubo intestinal.</p>
<b>ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS</b>	<p>Anthem cubre el cuidado hospitalario para pacientes internados médicamente necesario con condiciones que así lo requieran.</p> <p>Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alojamiento y comida</li> <li>• Servicios de enfermería y proveedores</li> <li>• Servicios terapéuticos o de diagnóstico</li> <li>• Tratamientos y suministros médicos o quirúrgicos</li> <li>• Medicamentos que se administren mientras esté en el hospital</li> </ul>
<b>SERVICIOS HOSPITALARIOS AMBULATORIOS</b>	<p>Anthem cubre servicios hospitalarios ambulatorios.</p>
<b>TERAPIA DE OXÍGENO HIPERBÁRICO (HBO)</b>	<p>Anthem cubre ciertas condiciones crónicas y agudas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación por monóxido de carbono</li> <li>• Embolia gaseosa o aérea</li> <li>• Inhalación de humo</li> <li>• Envenenamiento agudo con cianuro</li> <li>• Enfermedad por descompresión</li> <li>• Ciertos casos de pérdida de sangre o anemia en que el aumento del oxígeno puede ayudar a equilibrar la deficiencia de sangre</li> <li>• Heridas complicadas</li> </ul> <p>La terapia de HBO tópica no tiene cobertura.</p>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>HISTERECTOMÍA</b>	Anthem cubre las histerectomías médicamente necesarias. Su proveedor le pedirá que firme un formulario de consentimiento. Una histerectomía realizada con el único fin de esterilización no tiene cobertura.
<b>SERVICIOS DE NUTRICIÓN/ NUTRICIONISTA</b>	<p>Anthem cubre los servicios médicamente necesarios para tratar problemas relacionados con la nutrición para los beneficiarios de Medicaid.</p> <p>Para recibir servicios relacionados con la nutrición o un nutricionista, los miembros deben tener solicitudes escritas de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero registrado de práctica avanzada (APRN). Un nutricionista registrado debe diseñar y aprobar el tratamiento. Se aplican ciertas limitaciones reglas de autorización.</p>
<b>CENTRO MÉDICO DE REHABILITACIÓN U HOSPITAL DE ESPECIALIDADES</b>	<p>Anthem cubre servicios médicamente necesarios prestados en hospitales de rehabilitación independientes o una unidad de rehabilitación de un hospital general.</p> <p>Anthem también cubre la atención prestada en un hospital independiente de atención de condiciones agudas a largo plazo o una unidad de atención de condiciones agudas a largo plazo de un hospital general.</p>
<b>SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA/ OPTOMETRÍA (SERVICIOS DE LA VISIÓN)</b>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista completo cada 12 meses.</li> <li>• Exámenes de refracción.</li> <li>• Marcos.</li> <li>• Lentes.</li> <li>• Armado, evaluación en la entrega y ajuste de anteojos.</li> <li>• Exámenes de seguimiento.</li> <li>• Lentes de contacto (en ciertas circunstancias).</li> </ul> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista completo cada 12 meses.</li> <li>• Exámenes de refracción.</li> <li>• Marcos.</li> <li>• Lentes.</li> <li>• Armado, evaluación en la entrega y ajuste de anteojos.</li> </ul>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA/ OPTOMETRÍA (SERVICIOS DE LA VISIÓN) (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de seguimiento.</li> <li>• Lentes de contacto (en ciertas circunstancias).</li> </ul>
<b>CIRUGÍA AMBULATORIA</b>	Anthem cubre la cirugía ambulatoria que sea médicamente necesaria.
<b>SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL</b>	<p>Anthem cubre servicios de cuidado personal que se ofrecen a miembros que necesitan ayuda con actividades de la vida diaria y cumplen los requisitos de elegibilidad. Estos servicios se proporcionan en determinadas ocasiones y según se detalla en el programa de Nevada Medicaid.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda para bañarse, arreglarse o vestirse.</li> <li>• Ayuda con las necesidades para ir al baño.</li> <li>• Ayuda para trasladar y posicionar a personas que no pueden caminar.</li> <li>• Ayuda para caminar.</li> <li>• Ayuda para comer.</li> <li>• Ayuda para tomar medicamentos.</li> </ul> <p>Los siguientes servicios no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas que una persona pueda hacer</li> <li>• Servicios prestados por cuidadores voluntarios</li> <li>• Tareas que no estén en el plan de servicio aprobado</li> <li>• Servicios para mantener el hogar</li> <li>• Servicios prestados a una persona que no sea el receptor previsto</li> <li>• La atención debe prestarse a través de un profesional médico aprobado por el estado</li> </ul>
<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>	<p>Anthem cubre la atención médicamente necesaria que preste uno de los siguientes profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera partera certificada.</li> <li>• Enfermero especializado, registrado y certificado.</li> <li>• Enfermero anestesista.</li> <li>• Médico/osteópata.</li> <li>• Asistente médico.</li> </ul> <p>Pregunte a su PCP si considera que tiene que consultar a uno de estos proveedores.</p>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>SERVICIOS DE PODOLOGÍA</b>	Anthem cubre la atención de podología médicamente necesaria para todas las personas elegibles de Medicaid.
<b>CUIDADOS POSTERIORES A LA ESTABILIZACIÓN</b>	Los servicios de cuidados posteriores a la estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que usted recibe después de recibir atención médica de emergencia. Estos servicios son para ayudar a mantener estable su condición después de tener una emergencia.
<b>TERAPIA DE REHABILITACIÓN (FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA DEL HABLA)</b>	Anthem cubre la terapia para tratar una enfermedad o lesión que evita que las personas realicen las actividades de la vida diaria. La terapia se presta solo para problemas que se prevé puedan mejorar en un periodo razonable. No se cubre la terapia solo para fines de ejercitación o acondicionamiento físico.
<b>CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</b>	Anthem cubre los primeros 180 días de atención médicamente necesaria en un centro de enfermería. El día 181, se cancelará la inscripción del miembro (usted) en Anthem. El resto de su estadía estará cubierta por Nevada Check Up o Nevada Medicaid.
<b>PROGRAMAS/SUMINISTROS PARA DEJAR DE FUMAR</b>	<p>Anthem cubre productos para ayudarlo a dejar de fumar, entre ellos, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parches de venta libre (OTC)</li> <li>• Gomas de mascar</li> <li>• Pastillas</li> <li>• Inhaladores</li> <li>• Tabletas</li> </ul> <p>Estos productos están disponibles con una receta de su PCP. Estos productos no requieren autorización previa. Se aplican ciertas limitaciones.</p>
<b>ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES</b> <b>*Determinaciones de SED o SMI</b>	<p>Anthem cubre servicios de administración de cuidados médicos especiales para los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos con necesidades médicas especiales</li> <li>• Niños con necesidades médicas especiales</li> <li>• Niños y adolescentes que tengan un trastorno emocional grave (SED)*</li> <li>• Adultos con una enfermedad mental grave (SMI)*</li> </ul>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p><b>ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebés y niños pequeños con retrasos del desarrollo</li> </ul> <p>Un administrador de cuidados médicos le ayudará a hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar y evaluar las necesidades de atención de la salud.</li> <li>• Desarrollar un plan de atención.</li> <li>• Recibir referencias y servicios necesarios.</li> <li>• Coordinar servicios entre PCP y especialistas.</li> <li>• Controlar la atención y el seguimiento.</li> </ul> <p><b>Un proveedor calificado de Anthem debe realizar la determinación del diagnóstico de SED o SMI.</b></p> <p><b>Al momento de la determinación, los miembros de Medicaid</b> que tengan un diagnóstico de SED o SMI pueden optar por cancelar la inscripción en Anthem y seguir recibiendo beneficios mediante Medicaid.</p> <p>Los <b>miembros de Nevada Check Up</b> con un diagnóstico de SED o SMI no tienen la opción de cancelar la inscripción y seguirán recibiendo los servicios cubiertos a través de Anthem.</p> <p>Se evaluará en forma anual a los miembros de Medicaid y Nevada Check Up que tengan un diagnóstico de SED o SMI y se hará una nueva determinación. Si la evaluación no da como resultado una redeterminación de SED o SMI, se volverá a inscribir al miembro de Medicaid que optó por cancelar la inscripción en Anthem a partir del primer día del mes siguiente posible.</p>

<b>SERVICIO CUBIERTO</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>CAMAS GIRATORIAS</b>	Una cama giratoria es una cama en un hospital rural o de acceso crítico que puede utilizarse para ofrecer cuidado hospitalario estándar o cuidado especializado de enfermería. Anthem cubre los primeros 45 días de atención en una cama giratoria en un hospital para casos agudos, cuando esta sea médicamente necesaria. Si la estadía supera los 45 días, se cancelará la inscripción del miembro en Anthem. El resto de la estadía estará cubierta por Nevada Check Up o Medicaid.
<b>TELESALUD (LiveHealth Online)</b>	LiveHealth Online le permite consultar a un médico mediante una sesión de video en su teléfono inteligente, tableta o computadora con una cámara web. Las sesiones de video son privadas y seguras. Es una forma cómoda de consultar al médico cuando sea tarde a la noche, no pueda concurrir al consultorio del médico o necesite una cita rápidamente.
<b>ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ)</b>	Cubierto para beneficiarios menores de 20 años. Un dentista o un médico puede prestar servicios para la articulación temporomandibular. Se cubre la cirugía para corregir una amplia variedad de enfermedades, lesiones y defectos en la cabeza, el cuello, la cara, la mandíbula y los tejidos duros y blandos de la mandíbula inferior y la zona de la cara.
<b>TRASPLANTES</b>	<p>Anthem cubre los siguientes trasplantes para adultos elegibles de Medicaid (de 21 años en adelante) cuando sean médicamente necesarios y no sean experimentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Córnea</li> <li>• Riñón</li> <li>• Hígado</li> <li>• Médula ósea</li> </ul> <p>Anthem cubre cualquier trasplante médicamente necesario que no sea experimental para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembros de Medicaid menores de 21 años.</li> <li>• Miembros de Nevada Check Up hasta que cumplen 19 años.</li> </ul>

## Beneficios adicionales de Anthem

Ofrecemos beneficios adicionales solo para nuestros miembros. Estos beneficios adicionales se denominan servicios de valor agregado e incluyen:

- Membresías gratuitas en Boys & Girls Club para niños de 5 a 14 años.
- Exámenes de aptitud física gratuitos cada 12 meses de un PCP del plan para niños de 6 a 18 años.
- Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New Life<sup>SM</sup>): programa de educación y recompensas para todas las miembros embarazadas.
- Programa My Advocate®: programa de pruebas de detección y educación sobre salud para miembros embarazadas.
- Programa Libros para Bebés (Books for Babies): tarjeta de regalo de \$35 para comprar libros para mamás embarazadas o primerizas, o niños de hasta 24 meses.
- Línea de Enfermería 24/7: para hablar con un enfermero registrado sobre sus preguntas e inquietudes médicas en cualquier momento, de día o de noche.
- LiveHealth® Online: “consulte” a un médico mediante una sesión de video en cualquier momento, de día o de noche, para encontrar ayuda cuando necesite una cita con rapidez o para recibir atención rápida por enfermedades leves, como resfriados, alergias, influenza o infecciones.
- Teléfono celular gratuito con minutos, datos y mensajes de texto mensuales gratuitos.
- Programa Recompensas Saludables (Healthy Rewards) de Anthem: reciba dinero en la tarjeta de débito por tomar decisiones que sean buenas para su salud.
- Programa integral para dejar de fumar: nuestro programa incluye orientación, información escrita y en línea, y terapia de reemplazo de nicotina (NRT) proporcionada en su hogar.
- Kits de higiene dental gratuitos para tener dientes sanos.
- Mejora en el departamento de Servicios para Miembros: los representantes ofrecen una asistencia personalizada para referencias y programan las citas para ayudarle a que visite el médico cuando necesite atención.
- Entrega de medicamentos en el hospital: se le entregan medicamentos cuando lo dan de alta de un entorno hospitalario.
- Asistencia de atención de transición para ofrecerle ayuda adicional con la transición del hospital a su casa.
- Asistencia para diploma GED/HiSet: los miembros reciben una tarjeta de regalo para cubrir el costo de los exámenes de desarrollo educativo general (GED) o los exámenes de equivalencia de la escuela secundaria (HiSET). A partir de los 17 años
- Asistencia con su identificación: si perdió su tarjeta de residencia, su documento de identificación o su certificado de nacimiento, nuestros administradores de casos de salud conductual le ayudarán a recibir una copia de los documentos originales y cubriremos los costos de reemplazo.
- Enlace de recursos comunitarios: un recurso en línea que le ayuda a encontrar programas comunitarios, beneficios y servicios locales disponibles.
- Asistencia de vivienda de emergencia: recursos de prevención de la falta de hogar y apoyo de vivienda de emergencia para las personas que califican.
- Tarjeta de membresía Dorada de Costco (una por familia).
- Programa en línea de Active&Fit: el programa ofrece a los miembros elegibles una biblioteca de recursos útiles con más de 1,000 cursos, clases, artículos, videos y consejos orientados a la salud basados en información clínica actualizada. Para miembros de 17 años en adelante.

- WW<sup>®</sup> (anteriormente conocido como Weight Watchers<sup>®</sup>): los miembros pueden recibir un cupón de WW válido para el cargo de inscripción y 13 semanas de clases. Para miembros de 17 años en adelante.
- Sacaleches eléctrico: para mamás embarazadas seis meses antes del parto y mamás primerizas hasta seis meses después del parto que tengan intenciones de amamantar. Este beneficio también cubre a los bebés de hasta 6 meses.
- Productos de cuidado femenino para las miembros de 10 a 18 años y mujeres sin hogar.
- Las miembros elegibles reciben una tarjeta de regalo de \$75 para comprar productos de higiene femenina como los siguientes:
  - Ropa interior para el periodo
  - Toallitas higiénicas
  - Tampones
  - Gel de ducha
  - Bolsos discretos
  - Protectores diarios
  - Analgésicos
- Clases de natación: los miembros elegibles reciben una tarjeta de regalo de \$120 para poder cubrir los costos de las clases de natación.  
*Límite de una tarjeta por miembro de por vida.* Este beneficio es para los miembros menores de 18 años, y se debe completar una visita de control médico pediátrico.

### **Kit contra la pandemia de influenza**

Muchos de nuestros miembros enfrentan obstáculos para prepararse para la temporada de influenza. Estos pueden incluir factores económicos, de movilidad o de transporte. Habrá kits contra la pandemia de influenza disponibles para todos nuestros miembros. Los kits incluirán:

- Mascarillas, 10 u.
- Desinfectante
- Toallitas Sani-Hands, con alcohol, en paquetes individuales, 8" x 5.3"

Un kit por miembro. Un padre no cubierto puede solicitar un kit para su hijo si Anthem cubre al niño.  
 Un kit por año

### **Manejo del dolor no farmacológico**

La terapia del dolor no farmacológica se refiere a las intervenciones que no implican el uso de medicamentos para tratar el dolor. Los artículos del catálogo pueden incluir: masajeadores de mano, unidades de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), masajeadores Theracane, sales de Epsom, aceites y lociones para masajes, crema de lidocaína, compresas frías/calientes, colchonetas de yoga, etc.

Los miembros pueden comprar hasta \$100 en dispositivos terapéuticos para manejar el dolor.

Los miembros elegibles son aquellos que tienen un diagnóstico clínico relacionado con el dolor crónico. Límite de un paquete por hogar de por vida.

## **Salud materna: Programa de comidas**

Las miembros que califican o son identificadas pueden recibir hasta dos comidas por día por 14 días, es decir, 28 comidas por miembro en total. Las comidas son personalizadas para mejorar la recuperación para cada miembro. Ofrecemos opciones bajas en sodio y en grasas, aptas para personas con diabetes, sin gluten, vegetarianas, adecuadas para el riñón y en puré. Las miembros embarazadas con diabetes califican para entrega de comidas durante 10 semanas.

Anthem proporcionará comidas entregadas a domicilio, personalizadas médicamente para las miembros embarazadas que están en reposo absoluto, miembros posparto o miembros que fueron dadas de alta recientemente. Las comidas se entregan a domicilio. No podemos entregar comidas a las miembros que no tengan vivienda en este momento.

## **Salud conductual juvenil: suscripción a una aplicación de meditación**

Para ayudar a los jóvenes a mejorar su estado de salud mental, Anthem otorgará un año de suscripción a la aplicación de meditación. Los miembros pueden acceder a meditaciones adecuadas para su edad y a facilitadores del sueño a fin de tranquilizar la mente y relajar el cuerpo, lo que ayuda a reducir el estrés y la ansiedad. Este recurso proporciona a nuestros miembros adolescentes y jóvenes herramientas para llevar una vida más feliz. Se ofrece en español, alemán, francés, portugués, japonés y coreano. Los miembros elegibles menores de 26 años pueden recibir una suscripción anual a la aplicación de meditación.

## **Bienestar emocional**

Los miembros de 13 años o mayores tienen acceso a nuestro recurso para el bienestar emocional, una comunidad virtual a la cual se puede acceder a través de Internet o de un dispositivo móvil y diseñada para ayudar a los miembros a hacer frente a problemas de salud emocional, como la depresión, la ansiedad y el estrés, el dolor crónico, el insomnio y el control del consumo de alcohol o drogas.

## **Paquete de artículos esenciales para el bebé**

Las mamás embarazadas, mamás primerizas y/o bebés de hasta 12 meses de edad pueden recibir una tarjeta de regalo de \$200 para la compra de artículos básicos para bebés como los siguientes:

- Biberones y suministros para la lactancia
- Leche de fórmula y comida para bebé
- Pañales, toallitas húmedas y cremas
- Bañeras
- Asiento para el automóvil
- Coches de bebé
- Cuna portátil

## **Frutas y vegetales frescos**

Los miembros reciben una tarjeta para la compra de alimentos saludables por un valor de \$150 para comprar productos frescos en tiendas o en línea.

*Una tarjeta por hogar por año*

### **Kit de cuidado personal para jóvenes en tutela temporal**

Los miembros elegibles pueden recibir un pase de cuidado personal y una caja de cuidado personal para ayudar a educar y establecer habilidades de cuidado personal adecuadas. El pase de cuidado personal se puede utilizar como forma de pago únicamente en salones de belleza y barberías. La caja de cuidado personal incluirá productos de cuidado del cabello específicos para etnias apropiados para jóvenes junto con un libro sobre cómo cuidar el cabello con textura.

Todos los jóvenes/adultos jóvenes en tutela temporal son elegibles hasta los 26 años.

### **Beneficio de transporte de salud materna**

Anthem proporcionará un pase de autobús por un mes para ayudarles con sus necesidades de transporte. Los miembros que no tienen acceso al autobús pueden optar por elegir entre una tarjeta para Uber por \$50 o una tarjeta para combustible por \$50. Las madres recientes o los bebés y los niños hasta los 5 años pueden obtener el beneficio. Una vez por año.

### **Certificación de la industria**

Anthem cubrirá el costo de los exámenes para certificaciones de la industria en campos tales como educación de la primera infancia, bases de la lectura, educación de negocios, ciencias de la computación, educación tecnológica, lengua y literatura inglesa, salud y marketing.

Limitado para miembros recientemente graduados de la escuela secundaria (o receptores de GED/HiSET), graduados recientes de una escuela vocacional/universidad y miembros que se reinserstan en la sociedad después del encarcelamiento. Una por año.

### **Paquete básico de Internet**

Los miembros recibirán una asignación de hasta \$300 para ayudar a cubrir los costos de servicios de Internet.

Con el objetivo de ayudar a garantizar que los miembros tengan acceso a Internet para actividades educativas u oportunidades de empleo, los miembros elegibles pueden recibir hasta \$300 para cubrir el costo de servicios de Internet. El dinero puede utilizarse para comprar módems, enrutadores y cualquier equipo adicional que sea esencial para obtener (o reforzar) una conexión a Internet, así como para cubrir los gastos por servicios mensuales. Los miembros que no tienen acceso a Internet actualmente, también pueden usar los fondos para los cargos de instalación y configuración.

Los miembros deben haber estado en prisión dentro de los 12 meses anteriores. Los miembros que se encuentran en un programa de reinserción y están buscando empleo o desean continuar su educación son elegibles para este beneficio. Uno de por vida.

### **Programa de computadora portátil gratuita**

Disponible para miembros en transición desde el encarcelamiento y que buscan empleo o educación. Los miembros podrán recibir una computadora portátil gratuita para ayudar con la búsqueda de empleo y de educación. Los miembros deben haber estado en prisión dentro de los 12 meses anteriores. Uno de por vida.

### **Servicios de tutorías virtuales: ULearn, Elevation Strategic Solutions**

Los miembros pueden obtener ayuda en lengua y literatura, matemáticas, ciencia, estudios sociales e idioma extranjero para aumentar la confianza, los logros y la preparación académica.

Asignación máxima de 24 horas por miembro por año, ULearn, Elevation Strategic Solutions. Limitada a miembros de 8 a 17 años. Los miembros deben estar en riesgo de no aprobar un grado (o una asignatura individual) para ser elegibles o cualquier miembro en el sistema de justicia juvenil.

### **Kit de transición para una nueva vida**

Para apoyar a los miembros en la transición desde un entorno institucional a una vivienda. Proporcionaremos un kit para ayudar al miembro a acomodarse.

Los kits incluyen:

- Suministros de primeros auxilios, como vendas y ungüentos
- Pasta dental, cepillo de dientes de viaje, enjuague bucal, hilo dental
- Tarjeta de regalo de Subway de \$15
- Manta de emergencia

### **Ayuda para pagar el cargo de solicitud de ingreso a la universidad**

Los miembros mayores de 17 años recibirán \$50 para ayudar a pagar el cargo de solicitud de ingreso a la universidad.

### **Membresía del gimnasio**

Los miembros elegibles mayores de 18 años con un diagnóstico clínico primario o secundario de obesidad o diabetes/prediabetes recibirán una asignación de hasta \$50 para ayudar a cubrir los costos de una membresía en un gimnasio.

Le ofrecemos estos beneficios para ayudarles a usted y a su familia a mantenerse saludables, y para agradecerle por elegir a Anthem como su plan de seguro médico.

### **Primas de Nevada Check Up**

Una prima es un pago trimestral que usted hace para cubrir la cobertura médica para su hijo. Solo los miembros de Nevada Check Up pagan primas. Los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska no pagan primas.

Recuerde, si usted tiene una prima trimestral y no la paga, se cancelará la inscripción de su hijo. Esta prima se destinará al costo compartido familiar. Su costo compartido familiar se basa en el ingreso familiar total. Para obtener más información sobre primas, llame al programa Nevada Check Up al **775-684-3777** o a la línea gratuita al **800-992-0900**. También puede visitar el sitio web de la División de Políticas y Financiamiento del Cuidado Médico en <http://dhcfnv.gov/Pgms/CPT/NevadaCheckUp/NCUMAIN/>.

## **SERVICIOS CUBIERTOS POR NEVADA CHECK UP O NEVADA MEDICAID**

Algunos servicios están cubiertos por Nevada Check Up o Medicaid en lugar de Anthem. No necesita una referencia para estos servicios.

Estos se llaman servicios excluidos e incluyen:

- Cuidado médico diurno para adultos
- Niños colocados en guarda fuera de su hogar
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad\*

- Hospicio\*
- Centros de servicios de salud para indígenas estadounidenses y clínicas tribales
- Centros de atención intermedia para miembros con discapacidades intelectuales\*
- Transporte médico terrestre de emergencia (GEMT)
- Transporte que no sea de emergencia (solo disponible para miembros de Medicaid)\*\*
- Transporte seguro para servicios de salud conductual que no sean de emergencia
- Estadías en centros de enfermería a partir del día calendario 181.\* Los primeros 180 días calendario están cubiertos por Anthem.
- Estadías en cama giratoria en hospitales de cuidado agudo a partir del día calendario 46\*
- Evaluaciones/pruebas de detección para determinar el nivel de atención adecuado antes de la admisión a un centro de tratamiento residencial para miembros de Medicaid\*
- Servicios de salud escolares (Anthem los cubre cuando los presten centros de salud calificados federalmente o clínicas de salud rurales)
- Administración de casos dirigida (TCM)
- Servicios de ortodoncia
- Limitaciones de medicamentos de farmacia

Si tiene preguntas sobre cómo recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem llamando al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico. Podemos ayudarle.

\*Se cancelará la inscripción en Anthem de los miembros que reciban estos servicios; estas personas recibirán beneficios de cuidado médico directamente de Nevada Check Up o de Medicaid de cargo por servicio.

\*\*El transporte que no sea de emergencia está disponible para beneficiarios de Medicaid a través del proveedor de transporte del Estado, MTM. Desde el 24 de agosto de 2011, el servicio de transporte que no sea de emergencia ya no está disponible para beneficiarios de Nevada Check Up.

## **SERVICIOS QUE NO NECESITAN UNA REFERENCIA**

Siempre conviene solicitarle a su proveedor de atención primaria (PCP) una referencia para cualquier servicio cubierto por Anthem. Usted puede recibir los siguientes servicios sin una referencia:

- Atención de la salud conductual
- Cuidados proporcionados por un enfermero o un asistente del PCP de su plan.
- Atención de emergencia
- Exámenes de la vista de un proveedor de cuidados médicos (optometrista)
- Servicios de planificación familiar de cualquier proveedor de planificación familiar calificado
- Visitas del programa Niños Saludables a un proveedor del plan
- Atención prenatal de un obstetra o un enfermero obstetra certificado del plan
- Exámenes anuales de un ginecólogo obstetra del plan

## **SERVICIOS OFRECIDOS POR ANTHEM AL TRANSFERIRSE A/DE OTRA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA O MEDICAID DE CARGO POR SERVICIO**

Cuando se transfiere de otra organización de atención administrada (MCO) o de Medicaid de cargo por servicio:

- Respetaremos los servicios y las recetas aprobados por su anterior proveedor de Medicaid mientras su atención se encuentre en transición.
- Evaluaremos y haremos la transición de los servicios en curso a proveedores del plan si es necesario.
- Coordinaremos con sus anteriores proveedores en caso de que no pueda hacerse la transición de la atención.

Cuando se transfiere a otra MCO o a Medicaid de cargo por servicio:

- Comunicaremos los servicios que aprobamos a su nuevo proveedor de Medicaid.
- Nuestro personal de enfermería comunicará los tratamientos y la atención actuales a su nuevo proveedor de Medicaid.

Llame a Servicios para Miembros de Anthem al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico para informarnos sus necesidades de transición. Le asignaremos un enfermero para que le ayude a coordinar su atención mientras se incorpora a Anthem.

## **SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ANTHEM, NEVADA CHECK UP O MEDICAID DE CARGO POR SERVICIO**

Lo siguiente no está cubierto:

- Cualquier servicio experimental, como un tratamiento nuevo que está en periodo de prueba o cuya eficacia no se ha comprobado, a menos que se haya otorgado una excepción con revisión de necesidad médica
- Nada que no sea médicamente necesario
- Esterilización de miembros menores de 21 años o miembros que estén institucionalizados o no sean mentalmente competentes
- Servicios fuera de la red que no son de emergencia (a menos que se obtenga autorización previa)
- Abortos optativos

Si decide recibir un servicio que no está cubierto, usted deberá pagarlo. Su proveedor podría pedirle que firme un formulario. Este formulario le indica a su proveedor que usted entiende y acepta pagar por el servicio.

## **NUEVA TECNOLOGÍA**

Los avances en tecnologías médicas aportan nuevos tratamientos al mercado todo el tiempo. Queremos asegurarnos de que tenga acceso a tratamientos médicos y de salud conductual que sean seguros y eficaces. Por eso, revisamos su seguridad y eficacia para asegurarnos de que funcionen como deberían hacerlo.

En nuestro proceso de revisión, usamos lo siguiente:

- Publicaciones científicas

- Revistas médicas revisadas por expertos
- Guías con reconocimiento nacional de sociedades acreditadas de especialidades médicas
- Estándares actuales de la comunidad médica
- Organismos reguladores gubernamentales, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Médicos expertos en la condición para la cual se desarrolló el nuevo tratamiento

## **DISTINTOS TIPOS DE CUIDADO MÉDICO**

### **Atención de rutina, de urgencia y de emergencia: ¿cuál es la diferencia? Atención de rutina**

En la mayoría de los casos, cuando necesita recibir cuidado médico, usted visita a su PCP. Este tipo de cuidado se conoce como **atención de rutina**. Algunos ejemplos son la mayoría de las enfermedades y lesiones leves, y los chequeos regulares. Debería poder consultar a su PCP en un plazo de dos semanas para recibir atención de rutina.

Su PCP también le proporciona atención que puede prevenir que se enferme. Esto se conoce como atención de bienestar e incluye chequeos, vacunas y pruebas de detección. En este manual, consulte la sección **Atención de bienestar para niños y adultos**.

### **Atención de urgencia**

- Algunas enfermedades y lesiones no son emergencias, pero se pueden convertir en emergencias si no se tratan en un plazo de 24 horas. Este tipo de atención se denomina **atención de urgencia**. Por ejemplo:
- Vómitos y diarrea
- Quemaduras o cortes menores
- Dolores de oído
- Dolores de cabeza
- Dolor de garganta
- Fiebre superior a 101 grados Fahrenheit
- Esguinces/distensiones musculares y dolor articular
- Dolores de espalda
- Dolor al orinar
- Tos, resfriados e influenza

Si necesita atención de urgencia:

- Llame a su PCP. El profesional le dirá qué hacer.
- Siga las instrucciones de su PCP. Puede decirle que vaya a estos lugares:
  - A su consultorio de inmediato.
  - A algún otro consultorio para recibir atención de inmediato.
  - A un centro de atención de urgencia. Puede encontrar centros de atención de urgencia con la herramienta Encontrar cuidado médico (Find Care) en **[findcare.anthem.com/search-providers](https://findcare.anthem.com/search-providers)**.
- Utilice LiveHealth Online en [LiveHealthonline.com](https://LiveHealthonline.com).

También puede llamar a la Línea de Enfermería 24/7 al 844-396-2329 (TTY 711) si necesita

asesoramiento sobre la atención de urgencia. Usted debería poder ver a su PCP en un plazo de dos días para una cita de atención de urgencia.

## **Atención de emergencia**

¿Qué es una emergencia? Una emergencia es cualquier evento que podría ocasionarle un daño muy grave o la muerte si no se trata de inmediato. Esto significa que alguien con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede inferir que el problema puede ser una amenaza para su vida o provocarle un daño grave a usted o a su bebé por nacer si está embarazada. Estos son algunos ejemplos de los problemas que casi siempre constituyen emergencias:

- Dificultad para respirar
- Dolor en el pecho
- Pérdida del conocimiento
- Sangrado profuso que no se detiene
- Quemaduras graves
- Sacudidas, llamadas convulsiones
- Imposibilidad de caminar o hablar
- Crisis de salud mental o sensación de querer hacerse daño a sí mismo o a otra persona

### **Si tiene una emergencia, tome alguna de las siguientes medidas:**

- Llame al 911.
- Acuda a la sala de emergencia del hospital más cercano. No es necesario que el hospital forme parte del plan de Anthem para que usted reciba atención de emergencia. Usted podrá continuar recibiendo atención hasta que su salud se haya estabilizado.
- Acuda a un centro de atención de urgencia.

Usted debería poder ver a un médico inmediatamente. No necesita una referencia de su PCP ni de otro proveedor para recibir atención de emergencia.

Si desea asesorarse sobre la atención de emergencia, llame a su PCP o a nuestra Línea de Enfermería 24/7 al 844-396-2329 (TTY 711). El tratamiento para emergencias médicas no necesita aprobación previa de parte de Anthem.

Después de su visita a la sala de emergencia, es importante que llame a su PCP tan pronto como sea posible. Si no puede llamarlo, pídale a otra persona que lo haga por usted.

Es posible que necesite recibir atención adicional para estabilizar su condición después de una emergencia. Este tipo de atención se denomina cuidados posteriores a la estabilización. Los cuidados posteriores a la estabilización son servicios cubiertos, a menos que usted se encuentre fuera del estado y/o fuera de la red.

### **Cómo recibir atención de la salud si el consultorio de su médico está cerrado**

Salvo en caso de emergencia o cuando necesite atención que no requiera una referencia, siempre debe llamar a su PCP **antes** de recibir cuidado médico. Si llama al consultorio de su PCP y está cerrado, deje un mensaje con su nombre y número de teléfono para que le devuelvan la llamada. Si no se trata de una emergencia, alguien debería devolverle la llamada a la brevedad para indicarle qué hacer. También puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la Línea de Enfermería 24/7 y hablar con un enfermero las 24 horas, los siete días de la semana.
- Utilizar LiveHealth Online para una sesión de video con un médico en cualquier momento, de día o de noche, y recibir atención rápida para enfermedades leves, como resfriados, alergias, influenza o infecciones.
- Llamar a atención de urgencia móvil para una visita a su hogar el mismo día; llamar a Servicios para Miembros al **844-396-2329** para obtener información sobre qué proveedores están disponibles en su área.
- Llamar a nuestra Línea de crisis de salud conductual 24/7 al **844-396-2331**, disponible las 24 horas, los siete días de la semana.
- Si cree que necesita servicios de emergencia, llame al 911 o vaya de inmediato a la sala de emergencia más cercana.

### **Cómo recibir atención de la salud fuera de la ciudad**

- Si necesita servicios de emergencia cuando está fuera de la ciudad, vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano o llame al 911.
- Si necesita atención de urgencia:
  - Llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, deje un número de teléfono donde puedan comunicarse con usted. Alguien le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
  - Siga las instrucciones de su PCP. Es posible que le diga que reciba atención de inmediato.
  - Llame a la Línea de Enfermería 24/7.
  - Llame a nuestra Línea de crisis de salud conductual las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si necesita atención de rutina, como un chequeo o la reposición de una receta:
  - Llame a su PCP.
  - Llame a la Línea de Enfermería 24/7.

**\* Si está fuera de los Estados Unidos y recibe servicios médicos, estos no estarán cubiertos por Anthem, Nevada Check Up ni Medicaid de cargo por servicio.**

### **Cómo recibir atención de la salud si no puede salir de su casa**

Si no puede salir de su casa, encontraremos una forma de ayudarlo a cuidarse. Llame de inmediato a Servicios para Miembros. Lo pondremos en contacto con un administrador de casos, que lo ayudará a recibir la atención médica que necesite.

## **ATENCIÓN DE BIENESTAR PARA NIÑOS Y ADULTOS**

Todos los miembros de Anthem deben realizar visitas regulares de bienestar, incluidos chequeos y pruebas de detección, con su proveedor de atención primaria (PCP). El PCP le proporcionará atención según pautas aceptadas a nivel nacional. Durante la visita de bienestar, el PCP podrá detectar problemas antes de que empeoren. Dentro de los primeros 90 días como miembro de Anthem, programe una cita para ver a su PCP.

## **Cuando usted o su hijo faltan a una de sus visitas de bienestar**

Si usted o su hijo no van a una visita de bienestar a tiempo:

- Programe una cita con su PCP apenas pueda.
- Llame a Servicios para Miembros de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico al 844-396-2329 (TTY 711) si necesita ayuda para programar la cita.

Si su hijo no visitó al PCP a tiempo, le enviaremos una tarjeta para recordarle que debe realizar la visita de control pediátrico de su hijo.

## **Atención de bienestar para niños: el programa Niños Saludables**

Todos los servicios del programa Niños Saludables, el *programa de servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) de Nevada*, se proporcionan sin costo para los miembros.

### **Por qué los controles médicos pediátricos son importantes para los niños**

Los niños necesitan más visitas de bienestar que los adultos. Estas visitas de bienestar para niños se llaman visitas del programa Niños Saludables.

Niños Saludables es un programa para:

- Miembros de Medicaid hasta que cumplen 21 años.
- Miembros de Nevada Check Up hasta que cumplen 19 años.

Los bebés deben visitar a su PCP al menos siete veces durante su primer año y con mayor frecuencia si se enferman. Si su hijo tiene necesidades especiales o una condición como asma o diabetes, uno de nuestros coordinadores de cuidado puede ayudarle a recibir chequeos, análisis y vacunas.

Su hijo puede recibir chequeos del programa Niños Saludables a través de su PCP o de cualquier proveedor del plan. Estas visitas del programa Niños Saludables incluyen:

- Una revisión integral del crecimiento físico y mental, y del desarrollo de su hijo.
- Un examen físico completo sin ropa.
- Vacunas (inyecciones) para que su hijo esté protegido de enfermedades.
- Análisis de laboratorio (prueba de detección de plomo en la sangre, análisis de orina, prueba cutánea de tuberculina, célula falciforme, hemoglobina/hematocrito, etc.).
- Educación sobre salud y asistencia con el cuidado preventivo.
- Exámenes de diagnóstico de audición y de visión.

Su hijo no necesita una referencia para estas visitas.

## **Cuándo debe su hijo realizar las visitas del programa de Niños Saludables**

### **Controles médicos pediátricos en el primer año de vida de su bebé**

El primer control médico pediátrico será en el hospital. Esto ocurre justo después de que nace el bebé. Para las siguientes siete visitas, debe llevar a su bebé al consultorio de su PCP. Programe una visita de Niños Saludables con el médico cuando el bebé tenga:

- De 3 a 5 días.
- 1 mes.
- 2 meses.
- 4 meses.
- 6 meses.
- 9 meses.
- 12 meses.

### **Controles médicos pediátricos en el segundo año de vida de su bebé**

A partir del segundo año de vida del bebé, debe visitar al médico por lo menos cuatro veces más, a estas edades:

- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses

### **Controles médicos pediátricos entre los 3 y los 20 años**

Su hijo debe ver al médico otra vez a los 3, 4 y 5 años. Asegúrese de programar estas visitas. Es importante que lleve a su hijo al PCP según lo programado.

A partir de los 6 años, su hijo debe ir al médico todos los años para un chequeo hasta que cumpla:

- 21 años para miembros de Medicaid.
- 19 años para miembros de Nevada Check Up.

### **Prueba de detección de plomo en sangre**

El PCP de su hijo le hará una prueba de detección de envenenamiento por plomo a los 12 y 24 meses de edad. Para tomar la muestra de sangre, el PCP de su hijo le pinchará el dedo o extraerá sangre de sus venas. El análisis indicará si su hijo tiene plomo en la sangre. Si su hijo está en riesgo de exposición al plomo, se le puede realizar el análisis de sangre una vez al año hasta los 6 años.

### **Examen de diagnóstico de visión**

El PCP de su hijo debe revisarle la visión en cada control médico pediátrico. Para obtener más información, consulte la sección **Cuidado de los ojos** en **Tipos especiales de cuidado médico**.

### **Examen de diagnóstico de audición**

El PCP de su hijo debe revisarle la audición en cada control médico pediátrico.

### **Vacunas**

Es importante que su hijo reciba las vacunas a tiempo. Siga estos pasos:

- 1) Lleve a su hijo al PCP cuando tenga que vacunarse.
- 2) Use la siguiente tabla para mantener un registro de las vacunas que su hijo necesita.
- 3) Puede encontrar información adicional sobre la vacunación en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): [cdc.gov/vaccines/schedules/index.html](http://cdc.gov/vaccines/schedules/index.html).

# Cronograma de vacunación recomendado para niños y adolescentes hasta los 18 años:

**Tabla 1** Programa de vacunación recomendado para niños y adolescentes hasta los 18 años, Estados Unidos, 2023

Estas recomendaciones deben leerse con las notas que siguen. Para los que se atrasen o empiecen tarde, proporcione vacunación de rescate lo antes posible como se indica en las barras verdes. Para determinar los intervalos mínimos entre las dosis, consulte el programa de rescate (Tabla 2).

Vacuna	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19 a 23 meses	2 a 3 años	4 a 6 años	7 a 10 años	11 a 12 años	13 a 15 años	16 años	17 a 18 años
Hepatitis B (HepB)	1.ª dosis	← 2.ª dosis →			← 3.ª dosis →												
Rotavirus (RV): RV1 (serie de 2 dosis), RV5 (serie de 3 dosis)			1.ª dosis	2.ª dosis	Ver notas												
Difteria, tétanos, tos ferina acelular (DTaP 7 años)			1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis				← 4.ª dosis →			5.ª dosis					
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)			1.ª dosis	2.ª dosis	Ver notas		← 3.ª o 4.ª dosis → Ver notas										
Neumocócica conjugada (PCV13, PCV15)			1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis		← 3.ª o 4.ª dosis → Ver notas										
Poliovirus inactivado (IPV 18 años)			1.ª dosis	2.ª dosis	← 3.ª dosis →						4.ª dosis						Ver notas
COVID-19 (1vCOV-mRNA, 2vCOV-mRNA, 1vCOV-aPS)					Serie primaria de 2 o 3 dosis y refuerzo (Ver notas)												
Influenza (IIV4)					Vacunación anual de 1 o 2 dosis							Vacunación anual de 1 sola dosis					
Influenza (LAIV4)											Vacunación anual de 1 o 2 dosis		Vacunación anual de 1 sola dosis				
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)					Ver notas		← 1.ª dosis →					2.ª dosis					
Varicela (VAR)							← 1.ª dosis →					2.ª dosis					
Hepatitis A (HepA)					Ver notas	Serie de 2 dosis, ver notas											
Tétanos, difteria, tos ferina acelular (Tdap ≥7 años)														1 dosis			
Virus del papiloma humano (VPH)														Ver notas			
Antimeningocócica (MenACWY-D ≥9 meses, MenACWY-CRM ≥2 meses, MenACWY-TT ≥2 años)			Ver notas										1 dosis		2.ª dosis		
Antimeningocócica B (MenB-4C, MenB-FHbp)														Ver notas			
Antineumocócica polisacárida (PPSV23)											Ver notas						
Dengue (DEN4CYD; 9 a 16 años)														Seropositivo en zonas endémicas de dengue (Ver notas)			

Rango de edades recomendadas para todos los niños
Rango de edades recomendadas para la vacunación de rescate
Rango de edades recomendadas para ciertos grupos de alto riesgo
La vacunación recomendada puede comenzar en este grupo etario
Vacunación recomendada según la toma de decisiones clínicas compartidas
Sin recomendación/no corresponde

\* Se recomienda un refuerzo de la vacuna antimeningocócica a los 16-17 años

Los cronogramas de vacunación también están disponibles en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): [cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html](https://cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html).

## Atención de bienestar para adultos

Para conservar la salud, es necesario visitar a su PCP regularmente para hacerse chequeos. Use esta tabla para asegurarse de estar al día con sus exámenes de bienestar anuales.

<b>CRONOGRAMA DE VISITAS DE BIENESTAR PARA MIEMBROS ADULTOS</b>		
<b>TIPO DE EXAMEN</b>	<b>¿QUIÉN LO NECESITA?</b>	<b>¿CON QUÉ FRECUENCIA?</b>
Autoexamen de mamas	Mujeres de 20 años en adelante	Una vez al mes
Examen clínico de mamas	Mujeres de 20 a 39 años	Cada tres años
	Mujeres de 40 años en adelante	Todos los años
Análisis de sangre oculta en heces	Hombres y mujeres de 45 años en adelante	Todos los años
Mamografías (radiografía de las mamas)	Mujeres de 40 años en adelante	Todos los años
Papanicolaou y examen pélvico	Todas las mujeres mayores de 18 años y mujeres menores de 18 años que son sexualmente activas	Todos los años
Sigmoidoscopia y prueba de tacto rectal (DRE)/examen de antígeno prostático específico (PSA) o colonoscopia y DRE/PSA	Hombres y mujeres de 45 años en adelante	Cada cinco años
Visita de bienestar	Hombres y mujeres de 21 a 39 años	Cada tres años

## TIPOS ESPECIALES DE CUIDADO MÉDICO

### Cuidado de los ojos

Los miembros de Anthem no necesitan una referencia del PCP para recibir beneficios de cuidado de los ojos. Los miembros pueden recibir lo siguiente:

- Un examen de la vista completo cada 12 meses.
- Exámenes de refracción.
- Colocación, dispensación y ajuste de anteojos.
- Marcos y lentes.
- Exámenes de seguimiento.
- Lentes de contacto (en ciertas circunstancias).

Los miembros menores de 20 años reciben anteojos siempre que sean médicamente necesarios\* (o en caso de rotura o pérdida de cristales) como parte del programa Niños Saludables.

\*Médicamente necesario es cuando un examen de la vista muestra un cambio significativo en la visión.

Consulte **Servicios de oftalmología/optometría** en la sección **Servicios cubiertos** por Anthem para obtener más detalles. Si necesita ayuda para encontrar un oculista (optometrista) del plan en su área, llame sin cargo a EyeQuest al **888-300-9025 (TTY 800-466-7566)**.

## **Salud conductual (salud mental/trastorno de abuso de sustancias)**

Alentamos a nuestros miembros a cuidar de sí mismos y de sus familias, tanto física como emocionalmente. El estrés puede provocar problemas de estado de ánimo, incluso depresión y ansiedad. También puede provocar problemas matrimoniales, familiares o de crianza. El estrés también puede llevar al abuso de alcohol y drogas.

Si usted o un familiar están experimentando alguno de estos problemas, pueden recibir ayuda. Llame a Servicios para Miembros de Anthem al 844-396-2329 (TTY 711). También podemos darle el nombre de un especialista en salud conductual que lo tratará si lo necesita.

Sus beneficios incluyen muchos servicios médicamente necesarios, como los siguientes:

- Cuidado de salud mental con hospitalización.
- Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios (consejería/terapia).
- Modificación de la conducta (análisis conductual aplicado).
- Servicios psiquiátricos/administración de medicamentos.
- Servicios en situaciones de crisis.
- Tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias y alcohol, incluido el tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios.
- Servicios de administración de casos.
- Servicios de tratamiento para rehabilitación de la salud mental.

No necesita una referencia de su PCP para recibir estos servicios o para consultar a un especialista en salud conductual de su red.

Si considera que un especialista en salud conductual no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Podrá ayudarlo a buscar un tipo de especialista diferente.

Algunos tratamientos y servicios requieren que su PCP o especialista en salud conductual le soliciten a Anthem una aprobación previa para que usted pueda recibirlos. Su médico le dirá cuáles son.

Si tiene preguntas sobre referencias y cuándo necesita una, llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711).

### **Análisis conductual aplicado**

Anthem tiene un beneficio para ayudar a las familias con niños de hasta 21 años con un trastorno del espectro autista. Este beneficio se llama análisis conductual aplicado o ABA. Cuando se le diagnostica trastorno del espectro autista (ASD) a un niño, las familias necesitan todo el apoyo posible. El equipo de salud conductual puede ayudarlo a encontrar un proveedor con certificación en servicios de ABA y determinar si el ABA es adecuado para su hijo. También los ayudarán a usted y a su familia con otras referencias a fin de que reciban un apoyo completo.

Les ofrecemos a usted y a su familia servicios de administración de la utilización y administración de casos que prestan profesionales clínicos certificados en salud conductual, que incluyen los siguientes:

- Autorizar y revisar los servicios de ABA.
- Conectar a su familia con recursos comunitarios.
- Brindar apoyo constante y responder preguntas sobre cobertura, autorizaciones y proveedores, así como asistir a todos los miembros de la familia.
- Ayudarlo a incorporar sus nuevos sistemas de apoyo a su vida cotidiana.

Nuestro equipo de salud conductual puede guiar a su familia durante este proceso. Coordinarán la atención y le ayudarán a entender el sistema médico. Nuestro objetivo es ayudar a las familias a usar correctamente sus beneficios. Para obtener más información sobre el beneficio de ABA, llame al equipo de salud conductual al **844-396-2331 (TTY 711)**.

## **Programa de restricción**

La disponibilidad de medicamentos controlados y opioides que se utilizan para el tratamiento de condiciones médicas crónicas o agudas, y el acceso a estos se encuentran en un momento de demanda récord. Este acceso a la atención de la salud está ayudando a los pacientes a tener una mayor esperanza de vida y una mejor salud. Sin embargo, también puede dar lugar a problemas de seguridad cuando los miembros toman varios medicamentos controlados recetados por varios proveedores de cuidado médico. Para hacer frente a esta creciente epidemia, Anthem ha implementado el Programa de restricción (Lock-in) para garantizar una mejor administración de los beneficios de medicamentos gracias a una mayor comunicación y una mejor coordinación entre médicos y farmacias.

El Programa de restricción ayuda a reducir la posible utilización excesiva de medicamentos recetados, ya que permite identificar a las personas que pueden beneficiarse de la supervisión; esta se lleva a cabo mediante el control del acceso que tienen a los medicamentos controlados a través de una sola farmacia. La identificación para la inscripción en el programa se determina a través de la revisión de utilización del medicamento (DUR) retrospectiva del historial de reclamaciones de recetas del miembro que lleva a cabo la División de Políticas y Financiamiento del Cuidado Médico. Si se cree que un miembro corre un mayor riesgo de seguridad debido a la utilización de varios medicamentos, proveedores y/o farmacias, y si este cumple con los criterios de inscripción, es posible que se lo pueda incluir en el programa.

El programa está diseñado para limitar a un paciente que califica al uso de una farmacia dentro de la red específica durante un periodo de 36 meses consecutivos. La farmacia asignada (es decir, la farmacia sede) surtirá todos los medicamentos de sustancias controladas del paciente durante el periodo de inscripción en este programa.

### **El Programa de restricción incluye:**

- Reembolso de reclamaciones cuando se surtan en la farmacia asignada del miembro, también descrita como la farmacia sede del paciente. Todas las reclamaciones de farmacia de sustancias controladas se deniegan si se surten en otra farmacia que no sea la farmacia sede asignada al miembro.
- Se permitirán excepciones temporales en el caso de recetas urgentes cuando se hayan cumplido los criterios de ‘motivo justificado’.
- Acceso a farmacias especializadas además de la farmacia sede asignada.

### **Criterios**

Un miembro cubierto cuyo historial de reclamaciones de recetas muestra que cumple con los criterios de identificación definidos por el estado puede ser inscrito en el Programa de restricción por un periodo definido por el estado:

## ¿Qué tipo de comunicaciones recibirán los miembros?

Los miembros que estén restringidos a una farmacia recibirán una Notificación escrita de la decisión (NOD) 15 días antes de la implementación de la restricción de farmacia. La farmacia sede asignada se puede seleccionar según la farmacia más frecuentemente utilizada por el miembro para el acceso a recetas de sustancias controladas. La NOD incluye el derecho de la persona a solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días si no está de acuerdo con los resultados. Si la decisión no se anula, tanto el miembro como la farmacia recibirán una notificación por escrito de la asignación. Una vez completada la inscripción, los miembros pueden cambiar su farmacia sede comunicándose con su Oficina del Distrito de Medicaid.

Más que nunca, Anthem asume el compromiso de otorgar a los proveedores las herramientas y el respaldo necesarios para frenar estas tendencias y salvar más vidas de las que se pierden. Si tiene alguna pregunta o comentario sobre la inscripción, comuníquese con el número de Servicios para Miembros que figura en el dorso de la tarjeta de identificación del miembro cubierto.

## Servicios de planificación familiar

Los servicios y suministros de planificación familiar están cubiertos por Anthem para todas las personas en edad fértil. Anthem se encargará de brindar consejería y educación sobre la planificación o prevención de un embarazo si le interesa. También puede hablar con su PCP para obtener información sobre cómo planificar o prevenir un embarazo. Puede consultar a cualquier proveedor de planificación familiar, aunque este no pertenezca a la red de Anthem. No necesita una referencia de su PCP.

Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, programar una cita o solicitar un administrador de cuidados médicos, llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711)

## Medicamentos

Anthem tiene una lista de medicamentos recetados comúnmente. Esta lista se denomina Lista de medicamentos preferidos (PDL). Forma parte del formulario de Anthem. Su PCP o especialista, o el de su hijo, puede escoger de esta lista medicamentos que le ayuden a sentirse bien. No hay copagos para los medicamentos recetados que están en la Lista de medicamentos preferidos.

Los medicamentos cubiertos en la PDL incluyen:

- Medicamentos recetados.
- Ciertos medicamentos sin receta o de venta libre (OTC).

Ingrese en [anthem.com/nvmedicaid](https://www.anthem.com/nvmedicaid) para recibir una copia de la PDL o llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **833-207-3116 (TTY 711)** para solicitarla.

### **Algunas cosas que debe recordar sobre la Lista de medicamentos preferidos:**

- La Lista de medicamentos preferidos (PDL) es una versión reducida del formulario completo.
- Las PDL contienen medicamentos preferidos que se recetan normalmente en ciertas categorías.
- Todos los proveedores de la red de Anthem tienen acceso a esta lista de medicamentos.
- Su proveedor de atención primaria (PCP) o especialista, o el de su hijo, debe usar esta lista cuando haga una receta.

- Ciertos medicamentos de la PDL necesitan aprobación previa. Para esos medicamentos, su médico debe recibir aprobación de Anthem antes de que pueda surtir su receta. Llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **833-207-3116 (TTY 711)** para obtener información sobre el proceso de aprobación previa para su medicamento.

Puede surtir las recetas en cualquier farmacia del plan. Las farmacias del plan incluyen la mayoría de las principales cadenas de farmacias y muchas farmacias comunitarias independientes.

A continuación, encontrará una lista de algunas de las farmacias que se encuentran actualmente en nuestro plan:

- CVS
- Walmart
- Raley's Drug Pharmacy
- Smith's Pharmacy
- Save Mart Pharmacy
- Rite Aid

Walgreens **no** es una farmacia del plan.

Para obtener una lista completa de las farmacias del plan:

- Busque en el directorio de proveedores que venía con su paquete de nuevo miembro.
- Visite [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid) y seleccione **Encontrar cuidado médico (Find Care)**.

Si no está seguro de si una farmacia está dentro de nuestro plan, pregúntele al farmacéutico. También puede comunicarse con Servicios de Farmacia para Miembros para solicitar ayuda al **833-207-3116 (TTY 711)**.

Para surtir una receta, siga estos pasos:

- 1) Lleve la receta escrita de su proveedor a la farmacia. O bien, su proveedor puede llamar a la farmacia para solicitar el medicamento recetado.
- 2) Si acude a una farmacia nueva, dígame al farmacéutico todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC).
- 3) Muestre su tarjeta de identificación de Anthem y su tarjeta de identificación de Medicaid en la farmacia.

Se recomienda que use siempre la misma farmacia. De esta manera, su farmacéutico:

- Sabrá todos los medicamentos que usted toma.
- Puede prestar atención a los problemas que pueden producirse cuando toma más de un medicamento recetado.

## **Cuidado especial para miembros embarazadas**

Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New Life<sup>SM</sup>) es el programa de Anthem para todas las miembros embarazadas. Es muy importante que visite a su proveedor de atención primaria (PCP) o a su obstetra o ginecólogo (ginecólogo obstetra) para recibir atención si está embarazada. Este tipo de atención se denomina **atención prenatal**. Puede ayudarla a tener un bebé sano. La atención prenatal es importante en cada embarazo. Con nuestro programa, las miembros tienen acceso a información de salud y pueden recibir incentivos por acudir a sus citas.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con sus necesidades médicas más complicadas. Los enfermeros administradores de cuidados médicos trabajan en estrecha colaboración con estas miembros para proporcionarles:

- Educación
- Apoyo emocional
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico
- Información sobre los servicios y recursos comunitarios, como el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC), la lactancia y la consejería

Obtener recursos necesarios. Nuestros enfermeros también colaboran con los médicos y ayudan con otros servicios que las miembros puedan necesitar. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

### **Atención de calidad para usted y su bebé**

En Anthem, queremos entregarle el mejor cuidado durante el embarazo. Por eso, también participará en My Advocate<sup>®</sup>, que es parte de nuestro programa New Baby, New Life<sup>SM</sup>. My Advocate le proporciona la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo.

### **Conozca My Advocate**

My Advocate<sup>®</sup> proporciona educación útil y divertida sobre salud maternal por teléfono, Internet y una aplicación para teléfono inteligente. Si elige la versión para el teléfono, podrá conocer a Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate. Mary Beth responderá a sus necesidades a medida que vayan cambiando junto con el crecimiento y el desarrollo de su bebé. Usted contará con:

- Educación útil
- Comunicación con su administrador de cuidados médicos a través del sistema de mensajería de My Advocate en caso de tener alguna pregunta o problema
- Un programa sencillo de comunicación
- Todo sin costo alguno para usted

Con My Advocate, se protege la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que Mary Beth llame, le preguntará su año de nacimiento. Proporcionele este dato. Ella lo necesita para asegurarse de que está hablando con la persona correcta.

### **Ayudamos a que usted y su bebé se mantengan saludables**

Las llamadas de My Advocate<sup>®</sup> dan respuesta a sus preguntas y le proporcionan apoyo médico si lo necesita. Primero, habrá un contacto importante que funcionará como examen médico de diagnóstico, y, luego, se realizarán llamadas informativas continuas. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y responder un par de preguntas. Si nos cuenta que tiene algún problema, un administrador de cuidados médicos la llamará. Los temas que trata My Advocate incluyen:

- Cuidado médico durante el embarazo
- Cuidado de posparto
- Cuidado de control pediátrico

## Cuando queda embarazada

Si cree que está embarazada:

- Llame a su PCP o ginecólogo obstetra de inmediato. No necesita una referencia de su PCP para consultar a un ginecólogo obstetra. El ginecólogo obstetra debería verla en un plazo de siete días.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo obstetra dentro del plan.

Cuando se entere de que está embarazada:

- Llame a su asistente social y dígame que está embarazada. Esto es para asegurarnos de que su hijo reciba la atención que necesita.
- Programe una cita tan pronto como sea posible.
- Llame a Servicios para Miembros y solicite un administrador de casos de obstetricia si quiere trabajar con nuestro equipo de administración de cuidados obstétricos de alto riesgo para recibir apoyo y educación adicionales.

Visite nuestra página Embarazo y salud de la mujer (Pregnancy and Women's Health) en [mss.anthem.com/nevada-medicaid/care/pregnancy-womens-health.html](https://mss.anthem.com/nevada-medicaid/care/pregnancy-womens-health.html) para obtener información y recursos sobre cómo mantenerse saludable y tener un bebé sano. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de membresía si desea recibir por correo información sobre embarazo.

Puede acceder a materiales educativos, entre los que se incluyen los siguientes:

- Información sobre el cuidado personal en relación con el embarazo.
- Detalles sobre My Advocate<sup>®</sup> relativos al programa y cómo inscribirse y obtener información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, Internet o una aplicación para teléfono inteligente.
- Información del programa Recompensas Saludables (Healthy Rewards)/Recompensas de Anthem sobre cómo canjear sus recompensas por atención prenatal, cuidado de posparto y controles médicos pediátricos para el bebé.
- Educación sobre cómo tener un bebé saludable, la depresión posparto y la atención del recién nacido, que incluye recursos útiles.

Mientras está embarazada, necesita cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Servicios para Miembros puede proporcionarle el número de teléfono del programa WIC más cercano.

Cuando esté embarazada, debe visitar a su PCP o ginecólogo obstetra al menos:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y el octavo mes.
- Todas las semanas durante el último mes.

Es posible que su PCP o ginecólogo obstetra le indique visitas más frecuentes en función de sus necesidades de salud.

## **Cuando tenga a su bebé**

Después del parto, usted y el bebé podrán quedarse en el hospital al menos:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 72 horas después de una cesárea.

Es posible que se queden menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé determinan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, es posible que su PCP o ginecólogo obstetra le pida que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en su casa en un plazo de 48 horas.

### **Si es miembro de Nevada Check Up:**

- Llame a Nevada Check Up al **800-992-0900** dentro de los 14 días calendario después del parto. Si no llama a Nevada Check Up en un plazo de 14 días calendario después del nacimiento, su bebé no estará cubierto hasta el mes siguiente al que llame a Nevada Check Up.

### **Si es miembro de Medicaid:**

- Llame a Servicios para Miembros de Anthem apenas pueda.
  - Infórmele a su administrador de cuidados médicos que ha tenido a su bebé. Necesitaremos, además, información sobre su bebé.
  - Si no eligió un PCP para su bebé antes del nacimiento, dígaselo al representante de Servicios para Miembros. Podemos ayudarla a elegir un PCP para el bebé.
- Llame a su trabajador social para informarle el nombre y la fecha de nacimiento de su bebé. Esto es para asegurarnos de que su hijo reciba la atención que necesita.

### **Después de tener a su bebé:**

Después de que nazca su bebé, el programa My Advocate® pasará de la educación prenatal a la educación sobre posparto y control médico pediátrico hasta 6 semanas después del parto. Sin embargo, puede continuar trabajando con su administrador de casos de obstetricia por hasta 12 meses después del parto, o más tiempo si es necesario.

Es importante que programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra después de tener al bebé, para realizarse su chequeo posparto. Es posible que se sienta bien y piense que se está recuperando, pero el cuerpo demora al menos seis semanas en recuperarse del parto.

- La visita debe hacerse entre 7 y 84 días después de dar a luz.
- Si tuvo una cesárea o tuvo complicaciones en su embarazo o parto, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que vuelva para hacer un chequeo una o dos semanas después. Esto no se considera un chequeo posparto. Debe volver a visitar a su proveedor en un plazo de 7 a 84 días después de dar a luz para hacerse el chequeo posparto.

## **ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS**

Un programa de administración de cuidados médicos puede ayudarle a vivir de la mejor manera posible. Como parte de sus beneficios de Anthem, estamos aquí para ayudarlo a que conozca aún más su salud, teniéndolo en cuenta a usted y a sus necesidades en todo momento.

La administración de cuidados médicos puede incluir referencias a recursos comunitarios, ayuda para identificar y conectarse con servicios de plan médico, coordinación de servicios con el equipo de cuidado médico del miembro, apoyo para lograr resultados de salud mejorados a través de la determinación de objetivos, abordaje de los obstáculos para lograr los objetivos y educación/recursos para ayudar a controlar los determinantes sociales de los impulsores de la salud y las condiciones de salud conductual y física.

Nuestro equipo consiste de una variedad de administradores de cuidados médicos que incluyen, entre otros, enfermeros registrados, profesionales clínicos certificados en salud mental, trabajadores de salud comunitaria, trabajadores sociales, especialistas de apoyo de pares y doulas. Este equipo le ayudará a manejar mejor su condición o problema de salud. Puede elegir participar en un programa de administración de cuidados médicos sin costo alguno para usted.

### ¿Qué programas ofrecemos?

Puede inscribirse en un programa de administración de cuidados médicos para recibir atención de la salud y servicios de apoyo para una variedad de necesidades médicas. Algunos de nuestros programas son de menor duración, para satisfacer las necesidades urgentes que se identifiquen. Otros programas pueden durar 6 meses o más para garantizar que se aborden necesidades de salud crónicas o complejas. Algunos programas pueden durar incluso mientras esté vigente su elegibilidad con Anthem, con su consentimiento.

Podemos comunicarnos con usted a través de una variedad de métodos, incluidos por teléfono, mensajes de texto, cartas o incluso en persona. En el caso de miembros con necesidades de salud urgentes o complejas, es posible que nos comuniquemos varias veces. Si no sabe quién llamó o quiere referirse usted mismo a un programa de administración de cuidados médicos, llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711).

Es posible que el programa de manejo de enfermedades, un tipo de programa de administración de cuidados médicos, pueda ayudarlo si sufre alguna de las siguientes condiciones:

Asma	VIH/SIDA
Trastorno bipolar	Hipertensión
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Trastorno depresivo grave en adultos
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	Trastorno depresivo grave en niños y adolescentes
Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)	Esquizofrenia
Diabetes	Trastorno de abuso de sustancias

Los miembros que tengan alguna de las condiciones mencionadas anteriormente y que deseen hablar con un administrador de casos del programa de manejo de enfermedades pueden llamar al **888-830-4300 (TTY 711)** o también enviarnos un correo electrónico a [dmsself-referral@anthem.com](mailto:dmsself-referral@anthem.com).

Tenga en cuenta que, si bien los correos electrónicos por Internet suelen ser seguros, es posible que terceros puedan acceder a ellos sin que usted se entere. Si opta por enviar su información por correo electrónico, usted reconoce y entiende que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

### Cómo funciona

Al inscribirse en uno de nuestros programas de administración de cuidados médicos, un administrador de cuidados médicos:

- Le ayudará a establecer metas de salud y crear un plan de atención para alcanzarlas.
- Le brindará capacitación y apoyo mediante llamadas individuales y/o consultas cara a cara.
- Hará un seguimiento de su progreso.
- Le proporcionará información acerca de recursos de apoyo y cuidadores locales.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con sus problemas de salud).
- Le enviará materiales informativos para que conozca mejor su condición, y su salud y su bienestar generales.
- Coordinará su atención con los proveedores de cuidados médicos; por ejemplo, le ayudará a:
  - Programará citas.
  - Encontrará maneras de que visite a su proveedor de cuidado médico.
  - Lo referirá a especialistas dentro de nuestro plan de salud, si fuera necesario.
    - Recibirá el equipo médico que necesite.
  - Le ofrecerá herramientas y materiales educativos para el manejo del peso y para abandonar el tabaquismo (cómo dejar de consumir tabaco, por ejemplo, dejar de fumar).

Nuestro equipo de administración de cuidados médicos y su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudarán con sus necesidades médicas.

### **Cómo inscribirse**

Es posible que uno de nuestros equipos de administración de cuidados médicos se comuniquen con usted por teléfono o le envíen un mensaje o una carta si usted es elegible para participar en uno de nuestros programas. También puede llamarnos al número gratuito 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local para solicitar servicios de administración de cuidados médicos.

Cuando llame:

- Programaremos una cita con un administrador de cuidados médicos.
- Le haremos algunas preguntas sobre su salud o la de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar juntos para crear un plan para usted o su hijo.

Puede elegir cancelar la suscripción a cualquier programa de administración de cuidados médicos (dejará de formar parte del programa) en cualquier momento. Llame directamente a su administrador de cuidados médicos o al número gratuito de Servicios para Miembros al **844-396-2329 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora local y dígame al representante que quiere cancelar la suscripción.

### **Números de teléfono útiles**

En caso de emergencia, llame al **911**.

Servicios para Miembros

Número gratuito: 844-396-2329 (TTY 711)

De lunes a viernes

de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico

Manejo de enfermedades

Número gratuito: **888-830-4300 (TTY 711)**

De lunes a viernes

de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

Puede dejar un mensaje privado a su administrador de casos las 24 horas.

Fuera del horario de atención:

Llame a la Línea de Enfermería 24/7

Las 24 horas, los 7 días de la semana

844-396-2329 (TTY 711)

### **Derechos y responsabilidades del programa de administración de cuidados médicos**

Si se inscribe en un programa de administración de cuidados médicos, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información detallada sobre nosotros, por ejemplo:
  - Los programas y servicios que ofrecemos.
  - Nuestro personal y sus calificaciones (aptitudes o formación).
  - Toda relación contractual (acuerdos que tengamos con otras empresas).
- Cancelar la inscripción en los servicios de administración de cuidados médicos.
- Conocer quién es el administrador de cuidados médicos responsable de gestionar sus servicios y cómo solicitar un cambio.
- Recibir nuestro apoyo para tomar decisiones de cuidado médico con sus proveedores de cuidado médico.
- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con la administración de cuidados médicos (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las guías clínicas (aun si un tratamiento no fuera parte de su plan médico) y analizarlas con los proveedores de cuidado médico que lo tratan.
- Gozar de la privacidad de sus datos personales e información médica.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo garantizamos la protección, privacidad y confidencialidad de dicha información.
- Recibir un trato educado y respetuoso por parte de nuestro personal.
- Recibir información clara y fácil de entender.

- Presentar quejas a Anthem llamando al número gratuito 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora local y:
  - Obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de quejas.
  - Saber cuánto tiempo tiene Anthem para responder y resolver problemas de calidad y quejas.
  - Dejarnos sus comentarios acerca del programa de administración de cuidados médicos.

**Usted tiene las siguientes obligaciones:**

- Notificar a Servicios para Miembros si ha trabajado con la Administración de cuidados médicos desde el momento de la inscripción e informar sobre cualquier cuidado en curso relacionado con su plan de salud.
- Respetar el plan de salud que usted y su administrador de cuidados médicos acordaron.
- Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Comunicarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidados médicos si decide cancelar la suscripción al programa (abandonar el programa).

El programa de administración de cuidados médicos no comercializa productos ni servicios de compañías externas a nuestros miembros. El programa de administración de cuidados médicos no posee ni se beneficia de compañías externas en los bienes y servicios que ofrecemos.

## **SERVICIOS ESPECIALES DE ANTHEM PARA UNA VIDA SANA**

### **Información de salud**

Saber más acerca de la salud y de una vida sana puede ayudarle a mantenerse sano. Estas son algunas maneras de obtener información sobre salud:

- Puede preguntar a su proveedor de atención primaria (PCP).

Llámenos. La Línea de Enfermería 24/7 se encuentra disponible las 24 horas, los siete días de la semana, para responder a sus preguntas. Ellos pueden decirle:

- Si necesita ver a su PCP.
- Cómo ocuparse de algunos problemas de salud que pueda tener.

### **Health A to Z**

Anthem quiere ayudarle a tomar mejores decisiones de salud con Health A to Z. Este es un recurso en línea fácil de usar e incluye un verificador de síntomas, evaluaciones, herramientas e información sobre distintos temas de salud.

Health A to Z es el lugar al que puede recurrir para responder sus preguntas sobre salud. Acceda a Health A to Z en nuestro sitio web, [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid), y elija *Programas e información en su comunidad (Programs and Info in Your Community)*.

## Clases de educación sobre salud

Anthem puede ayudarle a encontrar clases cerca de su casa. Puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar dónde y cuándo se realizan estas clases.

Algunas de las clases incluyen información sobre:

- Parto
- Atención del bebé
- Crianza
- Embarazo
- Cómo dejar de fumar
- Protección personal contra la violencia
- Otros temas de salud

Algunos de los consultorios de salud de mayor tamaño de nuestra red muestran videos de salud. Hablan sobre vacunación, atención prenatal y otros temas de salud importantes. Esperamos que obtenga más información sobre cómo mantenerse saludable mirando estos videos.

También le enviaremos por correo un boletín para miembros dos veces al año, con noticias sobre atención de bienestar y cuidado de enfermedades. También ofrece consejos para ser mejor padre y sobre otros temas.

## Eventos comunitarios

Anthem patrocina y participa en eventos comunitarios especiales y días de diversión familiar en los que puede obtener información sobre la salud y divertirse.

Puede obtener información sobre temas como:

- Alimentación saludable
- Asma
- Estrés

El personal de Anthem también estará ahí para responder preguntas sobre sus beneficios. Llame a Servicios para Miembros para averiguar dónde y cuándo serán estos eventos.

Anthem también patrocina reuniones mensuales de miembros, que ofrecen información sobre sus beneficios de cuidado médico y servicios disponibles. Estas reuniones tienen lugar en distintos puntos de los condados de Clark y Washoe. Llame a Servicios para Miembros o visite [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid) para conocer la lista de próximas fechas y ubicaciones.

## Violencia doméstica

La violencia doméstica es una forma de maltrato. El maltrato es dañino. El maltrato es inseguro. Nunca es aceptable que otra persona le pegue. Nunca es aceptable que otra persona le haga sentir miedo. La violencia doméstica provoca daño y dolor a propósito.

La violencia doméstica en el hogar puede afectar a sus hijos y también a usted. Si siente que puede ser víctima de maltrato, llame o hable con su PCP. Su PCP puede hablar con usted sobre violencia doméstica y puede ayudarle a entender que usted no ha hecho nada malo y que no se merece el maltrato.

Consejos de seguridad para su protección:

- Si tiene lesiones, llame a su PCP.
- Llame al 911 o vaya al hospital más cercano si necesita atención de emergencia. Consulte la sección **Atención de emergencia** para obtener más información.
- Tenga un plan para saber cómo puede ir a un lugar seguro (como un refugio para mujeres o la casa de un amigo o familiar).
- Prepare un bolso pequeño y dáselo a algún amigo hasta que lo necesite.

Si tiene preguntas o necesita ayuda:

- Llame a la Línea de Enfermería 24/7 al 844-396-2329 (TTY 711).
- Llame a la Línea Directa Nacional contra la Violencia Doméstica al **800-799-7233 (TTY 711)**.

## MENORES

En el caso de la mayoría de los miembros de Anthem menores de 18 años, los médicos y hospitales de nuestra red no pueden brindarles atención sin el consentimiento de un padre o tutor legal. Esto no se aplica si requieren atención de emergencia.

Los padres o tutores legales tienen derecho a conocer el contenido del historia clínica de su hijo. Los miembros de menos de 18 años pueden pedir a su PCP que no informe a sus padres su historia clínica; sin embargo, los padres pueden pedírselo al PCP.

Estas normas no se aplican a los menores emancipados. Los menores emancipados pueden tomar sus propias decisiones sobre su atención médica y la atención médica de sus hijos. Los padres dejan de tener derecho a ver el historia clínica de los menores emancipados.

Los miembros menores de 18 años pueden ser menores emancipados en los siguientes casos:

- Están casados.
- Tienen un hijo.
- Están embarazadas.
- Están emancipados por orden judicial.

## DIRECTIVAS ANTICIPADAS (TESTAMENTO VITAL O PODER DE REPRESENTACIÓN DURADERO)

Los menores emancipados y miembros mayores de 18 años tienen derechos conforme a la ley de directivas anticipadas. Las directivas anticipadas son declaraciones por escrito sobre cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo. Existen varios tipos de directivas anticipadas:

1. **Declaración o testamento vital:** documento que informa a sus proveedores de cuidado médico y familiares sobre el tipo de medidas de soporte vital que desea y las que no si sufre una enfermedad terminal o una condición irreversible. Un testamento vital no se aplica a menos que no pueda tomar decisiones por usted mismo; hasta ese momento, usted puede decir qué tratamientos desea y no desea.
2. **Poder de representación duradero para el cuidado médico:** le permite designar a una persona para que tome las decisiones en su nombre cuando usted no pueda hacerlo. También puede incluir información sobre cualquier tratamiento que desea o no desea recibir. Consulte a su PCP o especialista sobre estos formularios.

Puede tener un testamento vital o un poder de representación duradero para la salud, o puede tener ambos documentos. Un testamento vital es su declaración personal respecto de los tipos de tratamiento de soporte vital que quiere si no puede expresar sus deseos. Un poder de representación duradero para la atención de la salud abarca más que un testamento vital. Incluye cualquier decisión médica, no solo las relacionadas con el tratamiento de soporte vital.

Si desea firmar un testamento vital, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedirle a su PCP un formulario de testamento vital, o bien llamar a Servicios para Miembros para que se lo envíen.
- Llenar el formulario.
- Llevar o enviar por correo el formulario completo a su PCP o especialista para que sepa la clase de atención que quiere recibir.

Después de firmar un testamento vital, puede cambiar de parecer en cualquier momento.

- Llame a su PCP o especialista para retirar el testamento vital de su historia clínica.
- Llame y firme un nuevo formulario si quiere hacer cambios en su testamento vital.

Su PCP le pedirá que firme el acuse de recibo de información del paciente en relación con el formulario de directivas anticipadas. El formulario firmado, junto con la directiva anticipada, se guardarán con su historia clínica.

Derecho a objetar

Las leyes de Nevada dicen que su PCP y otros proveedores, individual y/o institucionalmente, tienen el derecho a objetar la solicitud que usted hace en su directiva anticipada. Puede encontrar la ley en la Sección Anotada de los Estatutos Revisados de Nevada 449.628.

### **Objeción individual e institucional**

Una objeción individual es cuando su PCP u otro proveedor que lo atiende decide no obedecer a su directiva anticipada por cuestiones de principios (creencias).

Una objeción institucional es cuando toda una institución, como un hospital o sistema de salud, decide no obedecer a su directiva anticipada por cuestiones de principios (creencias). El rango de condiciones médicas que pueden objetar los proveedores individuales o institucionales puede variar de un proveedor a otro. Asegúrese de preguntarles a su PCP y a otros proveedores si tienen objeciones a las solicitudes que usted incluyó en su directiva anticipada.

Si su PCP u otro proveedor objeta la solicitud de atención que usted realiza en su directiva anticipada, tiene derecho a seleccionar otro PCP o proveedor que acepte su solicitud. Llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico si necesita ayuda.

Si tiene una queja sobre su directiva anticipada, comuníquese con Servicios para Miembros o presente su reclamo ante la División de Políticas y Financiamiento del Cuidado Médico (DHCFP):

Division of Health Care Financing and Policy

1100 E. William St., Suite 101

Carson City, NV 89701

**775-684-3676**

# RECLAMOS Y APELACIONES MÉDICAS

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de sus beneficios de Anthem, llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711). También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach,  
VA 23466-2429  
Fax: 888-235-9334

## Reclamos

Nos gustaría que nos informe si usted o su representante autorizado tienen algún problema con nuestros servicios o los proveedores de la red. Usted o su representante autorizado pueden presentar un reclamo ya sea en forma oral o por escrito. Llame a Servicios para Miembros, e intentaremos resolver su problema por teléfono.

Si no podemos resolver el problema durante su llamada, puede presentar una queja. Usted puede hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para Miembros y presentar un reclamo por teléfono.
- Pedir ayuda a Servicios para Miembros para escribir una carta; incluya información como la fecha en la que ocurrió el problema, las personas involucradas y detalles sobre el problema.
- Escribirnos una carta que incluya esta información:
  - La fecha en la que sucedió el problema.
  - Los nombres de las personas involucradas.
  - Detalles acerca del problema.
- Enviar la carta a:

Departamento de Reclamos y Apelaciones  
Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
Desert Canyon, Building 9  
9133 W. Russell Road  
Las Vegas, NV 89148

- Completar un formulario de queja formal para NV

Cuando recibamos su llamada o su carta:

1. Le enviaremos una carta de confirmación en un plazo de cinco días calendario para informarle que recibimos su reclamo.
2. Investigaremos su reclamo de manera oportuna.
3. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 45 días calendario a partir de la primera vez en que nos contó sobre su reclamo; la carta le informará nuestra decisión y la fecha en la que se completó. Si es urgente, le enviaremos una carta e intentaremos llamarlo para avisarle oralmente la resolución del reclamo. Además de la carta de resolución, haremos todo lo posible para brindarle un aviso verbal sobre la resolución del reclamo.

Si lo aprueba el estado o si usted lo solicita, es posible que extendamos el proceso de reclamos hasta 14 días calendario si es lo mejor para usted. Si el estado aprueba nuestra solicitud de extensión, le informaremos el motivo de la demora por escrito a usted (o a la persona que presentó el reclamo en su nombre) en un plazo de 2 días calendario. También haremos un intento razonable de proporcionarle una notificación oral inmediata, además de la notificación escrita. Si no está conforme con el tiempo adicional que necesitamos para completar la revisión, puede presentar un reclamo relacionado con la demora.

## **Apelaciones**

### **Apelaciones médicas**

En ocasiones, Anthem nos exige denegar, finalizar o reducir un servicio que aprobamos. También podemos decirle que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención que solicitó su proveedor. Si decidimos denegar la atención que un proveedor solicitó, o bien finalizar o reducir un servicio que actualmente está aprobado para que lo reciba, le enviaremos una carta llamada Aviso de determinación adversa de beneficios.

Para las solicitudes de aprobación estándares, Anthem tiene 14 días calendario para responder y aprobar o denegar la solicitud de servicio.

Para las solicitudes de aprobación aceleradas (rápidas), cuando usted necesita una respuesta rápida, Anthem tiene 72 horas o menos para responder y aprobar o denegar la solicitud de servicio.

Si Anthem reducirá o finalizará un servicio autorizado previamente, debemos enviarle un Aviso de determinación adversa de beneficios al menos 10 días antes de la fecha en la que planeamos reducir o finalizar el servicio cubierto.

Si Anthem le envía un Aviso de determinación adversa de beneficios, usted puede apelar la decisión. Su proveedor puede apelar la decisión por usted si tiene su permiso por escrito.

Una apelación médica es cuando usted nos solicita que revisemos otra vez la atención que dijimos que no pagaríamos. Debe presentar una apelación médica dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios. Una apelación médica puede ser presentada por estas personas:

- Usted.
- Una persona que le esté ayudando.
- Su PCP o el proveedor que lo atiende en ese momento.

Si desea que su representante, PCP o proveedor presente una apelación en su nombre, este debe tener su permiso por escrito.

Para seguir recibiendo los servicios que ya aprobamos y que ahora estamos denegando, usted o su proveedor deben completar el formulario de Solicitud para continuar con los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial y nos lo debe enviar a más tardar en de estas fechas, la que sea posterior:

- 10 días calendario después del envío por correo de la notificación de denegación.
- La fecha en la que la notificación indica que finalizará su servicio.

Puede apelar nuestra decisión de dos maneras:

#### 1. Llámenos

- Llame a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico y solicite una apelación.
- Indíquenos si desea que otra persona, como un familiar, un amigo, su PCP o el proveedor que lo atiende en ese momento, le ayude con el proceso de apelación.

Le enviaremos una carta de confirmación dentro de los 5 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación para avisarle que la hemos recibido, a menos que haya solicitado una apelación acelerada. Consulte la sección **Apelaciones aceleradas** para obtener detalles.

## 2. Escribanos

- Envíenos una carta con información sobre la atención que desea obtener y las personas involucradas.
- Pídale a su médico que nos envíe su información médica sobre este servicio a la siguiente dirección:

Medical Appeals  
Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
Desert Canyon, Building 9  
9133 W. Russell Road  
Las Vegas, NV 89148

Durante el proceso de apelación, usted o la persona que presenta la apelación en su nombre, tiene derecho a presentar pruebas, información y alegatos de hecho y de derecho sobre su apelación, ya sea por escrito o en persona.

Después de que recibamos su apelación:

- Un director médico distinto al que tomó la primera decisión examinará la apelación.
- Les enviaremos a usted y a su proveedor una carta de Aviso de resolución de apelación con nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de su apelación o en un plazo de 72 horas si solicitó una apelación acelerada. Consulte la sección **Apelaciones aceleradas** para obtener detalles.
- También trataremos de llamarlo para avisarle oralmente la decisión de la apelación.

Les indicaremos a usted y a su proveedor cómo obtener más información sobre la decisión.

Le informaremos sobre su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal si no está conforme con nuestra decisión. También puede solicitar una copia (sin cargo) de los documentos utilizados para tomar la decisión de la apelación, incluidos sus registros médicos y la cláusula de beneficios, la guía, el protocolo o los criterios que usamos.

Si necesitamos más información sobre la apelación:

- Es posible que le solicitemos a su médico la historia clínica para tomar una decisión. Usted, su PCP o el proveedor que le proporciona atención deben enviarnos los registros en un plazo de siete días calendario, o en un plazo de 24 horas si la apelación es acelerada.
- Si lo aprueba el estado o si usted lo solicita, es posible que extendamos el proceso de apelación hasta 14 días calendario si es lo mejor para usted.
- Si el estado aprueba nuestra solicitud de extensión, le informaremos el motivo de la demora por escrito a usted (o a la persona que presentó la apelación en su nombre) en un plazo de 2 días calendario. También haremos un intento razonable de proporcionarle una notificación oral inmediata, además de la notificación escrita. Si no está conforme con el tiempo adicional que necesitamos para completar la revisión, puede presentar un reclamo relacionado con la demora.

También puede pedirnos que extendamos el proceso de apelación si tiene más información que deberíamos considerar.

Después de haber finalizado todo el proceso de apelación de Anthem, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Consulte la sección **Audiencias imparciales** para conocer más detalles.

## **Apelaciones aceleradas**

Usted o la persona a la que le pidió que presente una apelación en su nombre puede solicitar una apelación acelerada. Puede solicitar una apelación acelerada si usted o su proveedor consideran que los plazos del proceso de apelación estándar podrían ocasionarle un daño grave a su vida o su salud.

Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación acelerada de dos maneras:

1. Llame sin cargo a Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico.

2. Envíe una carta a:

Member Appeals

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions

Desert Canyon, Building 9

9133 W. Russell Road

Las Vegas, NV 89148

Una vez que recibamos su carta o su llamada, le enviaremos una carta de confirmación con nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si tiene más información que quiere que revisemos, nos la debe proporcionar inmediatamente (en un plazo de uno o dos días). Si necesitamos más información sobre la apelación:

- Si el estado lo aprueba, podemos extender el proceso de apelación hasta 14 días calendario.
- Si el estado aprueba nuestra solicitud de extensión, le informaremos el motivo de la demora por escrito en un plazo de 2 días calendario. También haremos un intento razonable de proporcionarle una notificación oral inmediata, además de la notificación escrita. Si no está conforme con el tiempo adicional que necesitamos para completar la revisión, puede presentar un reclamo relacionado con la demora.

También puede pedirnos que extendamos el proceso si tiene más información que debemos revisar.

Si no estamos de acuerdo con que su solicitud de apelación deba ser acelerada, haremos lo siguiente:

- Lo llamaremos inmediatamente para informarle la decisión.
- También le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario para informarle cómo se tomó la decisión y que su apelación se revisará mediante el proceso de revisión estándar de 30 días calendario.
- Si no está conforme con el tiempo adicional que necesitamos para completar la revisión, puede presentar un reclamo relacionado con la demora.

Si la decisión sobre su apelación acelerada concuerda con nuestra primera decisión y no pagaremos la atención que solicitó su médico, lo llamaremos y le enviaremos una carta. En esta carta:

- Le informaremos cómo se tomó la decisión.
- Le informaremos sobre su derecho de solicitar una audiencia imparcial estatal acelerada.

## Apelaciones sobre pagos a proveedores

Si recibe un servicio de un proveedor y no pagamos ese servicio, puede recibir un aviso de Anthem llamado Explicación de Beneficios (EOB). **Esto no es una factura.** La EOB le comunicará lo siguiente:

- La fecha en que recibió el servicio.
- El tipo de servicio.
- El motivo por el que no podemos pagar el servicio.

**Si recibe una EOB, no tiene que llamar ni hacer nada en ese momento, a menos que desee apelar la decisión.**

Una apelación sobre un pago es cuando su proveedor le solicita a Anthem que revise otra vez el servicio que dijimos que no pagaríamos. Su proveedor debe solicitar una apelación de pago en un plazo de 60 días calendario después de recibir la EOB.

Su proveedor debe enviar las apelaciones de pago por escrito.

## Audiencias imparciales

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial al estado luego de que se haya agotado el proceso de apelación de Anthem. Si no revisamos su apelación en un plazo de 30 días calendario para una solicitud estándar o un plazo de 72 horas en el caso de una solicitud acelerada, se considera que ha agotado el proceso de apelación de Anthem y podrá solicitar una audiencia imparcial.

Puede solicitar una audiencia imparcial en el plazo de 90 días calendario a partir de la fecha del aviso de nuestra carta de denegación de la apelación.

Para solicitar una audiencia imparcial, puede completar y enviar el formulario de audiencia imparcial estatal para miembros que le enviamos con la notificación de denegación de la apelación. O bien, puede escribir y enviar una carta solicitando una audiencia imparcial estatal con la notificación de denegación de Anthem a:

Nevada Division of Health Care Financing and Policy Hearings 1100 E. William St., Suite 102  
Carson City, NV 89701

Si tiene alguna pregunta sobre su derecho a solicitar una audiencia imparcial, llame a Servicios para Miembros de Anthem al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico.

Si tiene preguntas sobre la audiencia imparcial, puede llamar al supervisor de audiencias del área de Las Vegas al **702-486-3000 ext. 43604**; o del área de Carson City al **775-684-3604**. También puede llamar sin cargo al **800-992-0900, ext. 43604**.

Si solicita una audiencia imparcial, recibirá una carta del estado con información sobre la fecha y hora de la reunión de preparación para la audiencia. La reunión de preparación para la audiencia se realizará por teléfono, y usted podrá explicar por qué está en desacuerdo con la decisión tomada por Anthem. Si se avanza a la audiencia imparcial, debe asistir en persona, a menos que reciba el consentimiento del funcionario de audiencias para asistir telefónicamente. No tiene que pagar ningún costo para participar en la audiencia.

## Continuación de los beneficios

Puede solicitar a Anthem que continúe cubriendo sus beneficios durante el proceso de apelación o de audiencia imparcial. Llame a Servicios para Miembros o envíenos el formulario que recibió con el Aviso de decisión. La solicitud para continuar recibiendo beneficios se aplica a hospitalizaciones, servicios para pacientes ambulatorios o beneficios de farmacia aprobados por Anthem que todavía recibe.

Su primera solicitud de continuación de beneficios puede ser oral, pero también deberá enviar una solicitud escrita. Si desea seguir recibiendo los beneficios, complete el formulario de Solicitud de continuación de beneficios durante una apelación o audiencia imparcial, y envíelo a:

Appeals Department  
Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
Desert Canyon, Building 9  
9133 W. Russell Road  
Las Vegas, NV 89148

Para continuar recibiendo los servicios durante la apelación o audiencia imparcial:

- Debe solicitar la continuación de beneficios en un plazo de 10 días calendario a partir del Aviso de determinación adversa de beneficios o antes de la fecha de entrada en vigencia de la reducción, suspensión o finalización del servicio.
- Debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de determinación adversa de beneficios.
- Cualquier tratamiento previamente autorizado debe haber terminado o haberse suspendido o reducido.
- Un proveedor autorizado debe haber indicado los servicios.
- El periodo de cobertura de la aprobación original aún debe estar en vigencia.

Debemos continuar con la cobertura de sus beneficios hasta que:

- Usted revoque la apelación.
- Transcurran 10 días a partir de la fecha de nuestra primera decisión si no solicitó una apelación o una audiencia imparcial.
- Se tome una decisión sobre la apelación o la audiencia imparcial y no sea a su favor.

Anthem pagará los servicios que recibe durante el tiempo en que se continúan sus beneficios y hasta que se tome una decisión final. **Es posible que usted deba pagar el costo de todos los beneficios que se continuaron si la decisión final no es a su favor.**

Si se toma una decisión a su favor como resultado de su apelación o audiencia imparcial, aprobaremos y pagaremos los servicios que anteriormente dijimos que no cubriríamos lo antes posible, dentro de un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos el aviso de la decisión.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### Si se muda o cambia la cantidad de integrantes de la familia

Si usted es miembro de Medicaid, debe llamar a su trabajador social apenas se muda para informar su nueva dirección o el cambio de la cantidad de integrantes de su familia. En la sección **Números de teléfono importantes**, encontrará el número al que debe llamar.

**Si es miembro de Nevada Check Up**, debe llamar a Nevada Check Up cuando haya un cambio en la cantidad de integrantes de su familia o si se muda a una nueva dirección. En la sección **Números de teléfono importantes**, encontrará el número al que debe llamar.

Después de comunicarse con el estado, debe llamar a Servicios para Miembros de Anthem. Si se muda fuera del área de servicio, continuará recibiendo los servicios médicos a través de nosotros hasta que se cancele su inscripción. Debe comunicarse con Anthem antes de poder recibir servicios en su nueva área, a menos que se trate de una emergencia.

## **Cómo renovar sus beneficios de Medicaid o Nevada Check Up a tiempo**

**Conserve la atención adecuada.** Usted debe renovar sus beneficios cada 12 meses. Si no lo hace, podría perder sus beneficios de Medicaid o Nevada Check Up, incluso si reúne los requisitos para recibirlos.

**Si es miembro de Nevada Medicaid**, la División de Bienestar y Servicios de Apoyo (DWSS) de Nevada le enviará una carta para informarle que es hora de renovar sus beneficios de Medicaid. Recibirá un paquete de renovación aproximadamente dos meses antes de la fecha en la que debe renovar sus beneficios. Puede enviar el paquete por correo o renovar en línea en [dwss.nv.gov](http://dwss.nv.gov).

**Si es miembro de Nevada Check Up**, la División de Políticas y Financiamiento del Cuidado Médico (DHCFP) de Nevada le enviará una carta para informarle que es hora de renovar sus beneficios de Nevada Check Up. Recibirá un paquete de renovación aproximadamente dos meses antes de la fecha en la que debe renovar sus beneficios.

Si no renueva su elegibilidad antes de la fecha estipulada en la carta, perderá los beneficios de cuidado médico. Su trabajador social o de la DWSS puede responder sus preguntas sobre la renovación de los beneficios. Queremos que siga recibiendo beneficios de cuidado médico con nosotros mientras siga reuniendo los requisitos. Su salud es muy importante para nosotros.

## **Si ya no es elegible para Medicaid o Nevada Check Up**

Se cancelará su inscripción en Anthem si ya no es elegible para recibir los beneficios de Medicaid o Nevada Check Up. Si no es elegible para Medicaid o Nevada Check Up durante dos meses o menos y después vuelve a serlo, podrá volver a inscribirse en Anthem. Si es posible, se le asignará el mismo PCP que tenía antes, cuando estaba en Anthem. Se le asignará el mismo PCP que a sus otros familiares, si corresponde.

## **Cómo cancelar la inscripción en Anthem**

Si vive en los condados urbanos de Clark o Washoe, debe estar inscrito en una Organización de Atención Administrada (MCO). En la mayoría de los casos, no podrá regresar al programa de pago por servicio a menos que tenga una condición médica especial que pueda calificar según las normas del estado.

Si no está de acuerdo con algo relacionado con Anthem, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con usted para tratar de solucionar el problema. Si aún no se siente conforme, puede:

- Puede cambiarse a otro plan médico en cualquier momento durante los primeros 90 días posteriores a la inscripción en Anthem. Si es un miembro nuevo de Medicaid o Nevada Check Up, puede enviar su solicitud por correo a:

Nevada Medicaid  
Attn: MCO Changes  
P.O. Box 30042  
Reno, NV 89520

Incluya su número de Medicaid, su dirección y su número de teléfono.

- Puede cambiar de plan de salud después de los primeros 90 días de inscripción con una buena causa. Los motivos que constituyen una buena causa para cancelar la inscripción son los siguientes:
  - Se muda fuera del área de servicio.
  - Anthem no cubre los servicios que necesita debido a objeciones morales o religiosas.
  - Necesita recibir servicios relacionados, no disponibles en nuestra red, de manera simultánea, y su PCP u otro proveedor determina que recibir los servicios por separado lo sometería a un riesgo innecesario.
  - Experimenta una interrupción en su residencia o empleo debido a tener que cambiar de proveedor de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).
  - Cuidado médico de calidad deficiente, falta de acceso a los servicios cubiertos, falta de acceso a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades médicas o sanciones impuestas por la DHCFP contra Anthem.
- Cambiar de plan médico sin motivo alguno durante el periodo de inscripción abierta anual.
  - Si elige a Anthem o a una nueva organización de atención administrada durante la inscripción abierta, será inscrito en el plan para el próximo año calendario. Puede elegir volver a su antigua organización de atención administrada dentro de los primeros 90 días. A partir del día 91, solo puede cambiar de plan médico durante los siguientes 9 meses si demuestra que tiene un motivo justificado. Querer ver a un proveedor que no está en la red de Anthem no se considera un “motivo justificado”.

Si desea cancelar la inscripción en Anthem para inscribirse en un plan médico diferente, puede elegir una de estas opciones:

- Complete el formulario en línea y envíe su solicitud por correo electrónico a [managedcare@dhefp.nv.gov](mailto:managedcare@dhefp.nv.gov)
- Llame al número gratuito de Servicios para Miembros de Anthem para solicitar un formulario de cancelación de la inscripción y envíelo completo a:

Attn: DHCFP MCQA Unit  
1100 E William St Suite 101  
Carson City, NV 89701

- Envíenos una carta; incluya:
  - Su nombre.
  - Número de identificación de Anthem.

- Un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted.
- Una descripción completa de la solicitud para cancelar la inscripción, con la documentación de respaldo de una de las razones con buena causa enumeradas arriba.

Envíe la carta completada a:

Disenrollment Department  
 Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
 Desert Canyon, Building 9  
 9133 W. Russell Road  
 Las Vegas, NV 89148

### **Razones por las cuales puede cancelarse su inscripción en Anthem**

Hay varios motivos por los que podría cancelarse su inscripción en Anthem sin que usted lo solicite. A continuación, se mencionan algunos de estos motivos. Si ha hecho algo que puede ocasionar la cancelación de la inscripción, lo contactaremos. Le pediremos que nos cuente lo que sucedió.

Su inscripción podría cancelarse por estas razones:

- Ya no es elegible para Medicaid o Nevada Check Up.
- Se muda fuera del área de servicio de Anthem.
- No paga las primas de Nevada Check Up de forma trimestral.
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de Anthem.
- Intenta hacer daño a un proveedor, a un miembro del personal o a un asociado de Anthem.
- Roba o destruye elementos que sean de la propiedad de un proveedor o de Anthem.
- Intenta hacer daño a otros pacientes o dificulta que usted u otros pacientes reciban la atención necesaria.
- Debe permanecer en un centro de enfermería más de 180 días.
- Debe permanecer en una cama giratoria en un hospital de atención aguda más de 45 días.
- Se lo deriva a un centro de cuidados médicos intermedio para personas con discapacidades mentales o una institución para enfermedades mentales.
- Necesita cuidado médico diurno para adultos.
- Elige un programa de exención de servicios basados en el hogar y en la comunidad.
- Es detenido o está a disposición del estado.
- Ingresa a un centro de tratamiento residencial (solo miembros de Medicaid). Si tiene preguntas acerca de su inscripción, llame a Servicios para Miembros.

### **Razones por las cuales no puede cancelarse su inscripción en Anthem**

Anthem no puede pedirle que cancele su inscripción por ninguna de las siguientes razones:

- Hubo un cambio en su estado de salud.
- Tiene condiciones médicas preexistentes.

- Disminuyó su capacidad intelectual.
- Usa los servicios médicos.
- Tiene necesidades especiales que no afectan su capacidad de recibir servicios médicos.
- Presenta un reclamo o una apelación.
- Su edad, nacionalidad, credo, color, sexo o religión.

### **Si recibe una factura o su proveedor de atención primaria le cobra un cargo**

Cuando visite a un proveedor, verifique siempre que pertenezca a la red de Anthem. Muestre siempre su tarjeta de identificación de Anthem cuando visite a un proveedor, le hagan pruebas o vaya al hospital. Al mostrar la tarjeta de identificación del miembro, le indica al proveedor que facture los servicios médicos cubiertos a Anthem.

Conforme al programa Nevada Check Up o Nevada Medicaid, su PCP no puede facturarle ni cobrarle un cargo en ninguno de estos casos:

- Usted cancela la cita o no asiste.
  - Si se niega a firmar el formulario que dice que pagará por las citas incumplidas, su proveedor no tiene permitido suspender el tratamiento o impedirle regresar.
- Usted pide la **primera** copia de sus registros médicos.
  - Se le cobrará un cargo razonable por las copias adicionales.
- Su PCP no envía su reclamación de servicios a Anthem dentro de un determinado plazo.
- Anthem rechazó la reclamación de servicios de su PCP, y su proveedor no presentó una reclamación corregida dentro de un determinado plazo.

Si se le cobra por cualquiera de estas razones, llame a Servicios para Miembros para informar el problema. Anthem se comunicará con su PCP y le notificará que no está autorizado a enviarle una factura.

Si recibe una factura por servicios médicos que su PCP le proporcionó, envíela a Anthem con una carta que indique que le enviaron una factura. Anthem se comunicará con su PCP a la siguiente dirección:

Claims

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions

P.O. Box 61010

Virginia Beach, VA 23466-1010

También puede comunicarse con Servicios para Miembros a fin de solicitar ayuda.

*Recibirá* una factura cuando su PCP le preste un servicio que fue denegado por no considerarse médicamente necesario o si no es un beneficio cubierto de Anthem, **solo** si se cumplen estas dos condiciones:

- Usted solicita el servicio o artículo específico.

- Su PCP obtiene y conserva una declaración de aceptación por escrito en su historia clínica, firmada por usted y por su proveedor, que diga:

“Entiendo que, en la opinión de (nombre del proveedor), los servicios o artículos que he solicitado que me provean el (fecha del servicio) pueden no estar cubiertos por Anthem como razonables y médicamente necesarios para mi cuidado o ser un beneficio cubierto de Anthem. Entiendo que Anthem ha establecido estándares de necesidad médica para los servicios o artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable de pagar por los servicios o artículos que solicito y recibo si se determina que estos servicios o artículos no se corresponden con los estándares médicamente necesarios de Anthem para mi atención o no son beneficios cubiertos”.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Si tiene otro seguro médico (coordinación de beneficios)**

Llame a su trabajador social y a Servicios para Miembros de Anthem si usted o sus hijos tienen otro seguro. Se le debe facturar al otro plan de seguro sus servicios médicos antes de que se le pueda facturar a Anthem. Anthem trabajará con el otro plan de seguro en relación con el pago de estos servicios.

### **Cambios en su cobertura de Anthem**

En ocasiones, es posible que en Anthem tengamos que cambiar la forma en que trabajamos, nuestros servicios cubiertos o nuestros proveedores de la red y hospitales. Le enviaremos una carta por correo cuando realicemos cambios en los servicios que cubrimos. El consultorio de su proveedor podría mudarse, cerrar o abandonar nuestra red. Si sucede esto, lo llamaremos o le enviaremos una carta para informárselo.

También podemos ayudarlo a escoger un nuevo PCP. Puede llamar a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Servicios para Miembros también puede enviarle una lista actualizada de los PCP de nuestra red.

### **Cómo notificar a Anthem sobre cambios que considera que debemos hacer**

Queremos saber qué le gusta y qué no le gusta de Anthem. Sus ideas nos ayudarán a mejorar. Comuníquese con Servicios para Miembros y coméntenos sus sugerencias. También puede enviar una carta a la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
P.O. Box 62509  
Virginia Beach, VA 23462

Los miembros también pueden formar parte del Comité de Defensa del Consumidor, que se reúne cada tres meses. Esto ofrece a los miembros la oportunidad de obtener más información sobre nosotros, hacer preguntas y sugerencias sobre posibles mejoras. Si desea formar parte de este grupo, llame a Servicios para Miembros.

Todos los años, enviamos encuestas a algunos miembros. Las encuestas tienen preguntas acerca de su opinión sobre Anthem. Si le enviamos una encuesta, complétela y envíela de vuelta. Nuestro personal también puede llamarlo para conocer su opinión sobre Anthem. Cuénteles lo que piensa. Sus ideas nos pueden ayudar a mejorar. Queremos brindarle la atención de calidad que se merece.

## **Cómo mide Anthem la calidad de su atención**

Para ayudar a los proveedores y empleados del plan médico a elegir la mejor atención para problemas de salud específicos, contamos con un proceso para crear y modificar Guías de prácticas clínicas (CPG) y estándares de prestación de servicios de salud conocidos a nivel nacional, y distribuirlos a todos nuestros proveedores. Además, los miembros pueden comunicarse con Servicios para Miembros o el Departamento de Control de Calidad para solicitar una copia de las pautas.

Las CPG se basan en evidencia específica y se centran en una amplia variedad de servicios de atención de la salud, incluidos los siguientes:

- Atención preventiva (para mantener su salud).
- Atención de maternidad para ayudar a garantizar la salud de mamás y bebés.
- Diabetes.
- Atención de condiciones cardíacas.
- Salud mental.
- Otras condiciones.

Anthem evalúa la frecuencia con la que necesita atención y la calidad de la atención que recibe a través de un conjunto de mediciones de desempeño estándar relacionadas con estas pautas, incluidas las siguientes:

- Frecuencia de las visitas de bienestar para niños.
- Vacunas para niños.
- Pruebas de detección de plomo.
- Mamografías y pruebas de Papanicolaou.
- Cuidado médico durante el embarazo.
- Análisis y pruebas de detección de diabetes.

Se realiza un seguimiento de estas medidas con otros planes médicos. También nos dan la posibilidad de ayudarlo a mejorar su salud, a través de lo siguiente:

- Herramientas educativas para usted y su PCP mediante boletines informativos y eventos comunitarios.
- Tarjetas que le recuerdan a usted y a sus familiares que deben recibir atención preventiva de rutina y vacunas a tiempo.

### ¿Por qué mide Anthem la calidad de la atención?

Estos resultados nos indican su estado de salud. Algunas de las mediciones incluyen pruebas que muestran un buen estado de salud o tipos correctos de atención. Algunas pruebas nos indican que necesitamos controlar su salud para evitar que se enferme.

### ¿Qué significa esto para usted?

Anthem quiere ayudarlo a mantenerse sano. Usted es la persona más importante del proceso de toma de decisiones relacionadas con su atención de la salud. Anthem revisa la atención y los servicios disponibles para usted, lo que ya le proporcionamos y sus comentarios al respecto. Eso nos ayuda a saber cómo mejorar nuestros servicios.

### ¿Qué puede hacer usted por su salud?

Usted también puede ayudar a su PCP a saber qué tipo de atención es adecuada para usted, a través de estos pasos importantes:

- Realizarse pruebas y recibir servicios médicos a tiempo.
- Acudir a las citas para hacerse chequeos de rutina que lo ayudan a mantenerse sano.
- Lea y siga las instrucciones sobre cualquier recordatorio que reciba de Anthem.

Si tiene alguna pregunta sobre su salud o sobre el tipo de atención que podría necesitar, llame a nuestra Línea de Enfermería 24/7 al 844-396-2329 (TTY 711). El personal de enfermería está disponible en todo momento, de día o de noche.

## **De qué forma paga Anthem a los proveedores**

Diferentes proveedores de nuestra red han aceptado que les paguemos de diferentes formas. Su proveedor puede cobrar por cada vez que lo atiende (cargo por servicio). O bien, el proveedor puede cobrar un cargo fijo mensual por cada miembro, independientemente de si el miembro recibe o no servicios (capitación). Su proveedor también puede participar en el Programa de Incentivo a la Calidad de los Proveedores (PQIP) de Anthem.

Estos tipos de pagos pueden incluir ciertas formas de ganar más dinero. Este tipo de pago se basa en distintas cosas, como el grado de satisfacción del miembro con la atención o la calidad del cuidado médico. También se basa en la facilidad para encontrar y recibir la atención.

Si desea obtener más información sobre cómo se les paga a los proveedores contratados o a cualquier otro proveedor de nuestra red, llame al departamento de Servicios para Miembros de Anthem o escribanos a la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
P.O. Box 62509  
Virginia Beach, VA 23466

## **SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE ANTHEM**

### **Sus derechos**

**Como miembro de Anthem, tiene derecho a lo siguiente:**

- Ser tratado con respeto y, en términos de su dignidad y derecho a la privacidad, esto incluye:
  - Saber que se mantendrá la privacidad y confidencialidad de sus registros médicos y las conversaciones con sus proveedores de atención primaria (PCP).
  - Recibir un trato justo.
- Recibir información sobre Anthem, nuestros servicios, nuestros PCP y proveedores; y sobre sus derechos y responsabilidades.
- Conocer a su administrador de casos y saber cómo solicitar un cambio de administrador de casos.

- Elegir un PCP que sea parte de la red de Anthem y rechazar la atención de PCP y proveedores específicos; esto incluye:
  - Saber cómo elegir y cambiar el plan médico y su PCP.
  - Elegir el plan médico que quiera y que esté disponible en su área, y elegir su PCP de ese plan.
  - Cambiar de PCP.
  - Seleccionar un especialista como su PCP si tiene una condición crónica.
  - Cambiar su plan médico sin recibir una multa.
- Participar en el proceso de toma de decisiones de su cuidado médico; esto incluye:
  - Trabajar en equipo con su PCP para determinar el mejor cuidado médico para usted.
  - Participar en un debate sincero sobre opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para su condición, sin preocuparse por el costo o la cobertura de beneficios.
  - Decidir sobre su atención según lo recomendado por su PCP.
  - Que se le comuniquen los resultados de la decisión, y entenderlos.
  - Negarse a recibir tratamiento.
- Expresar y esperar la solución de reclamos y apelaciones sobre:
  - Anthem
  - Los PCP y proveedores de nuestra red.
  - La atención que se le proporciona.
- Crear una directiva anticipada para indicarle a su médico el tipo de atención que desea recibir si no puede comunicar sus decisiones.
- Tener acceso a sus registros médicos de acuerdo con todas las leyes federales y estatales, y poder solicitar que los registros se cambien o corrijan de acuerdo con las leyes federales y estatales.
- Realizar sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de Anthem.
- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión que se utilice como método de coacción, sanción, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y alternativas de forma que tal que pueda entenderlas.

## **Sus responsabilidades**

Como miembro de Anthem, tiene las siguientes obligaciones:

- Entregar información, a su mejor saber y entender, para ayudar a Anthem y a nuestros proveedores a brindarle la atención correcta, que incluye lo siguiente:
  - Informar a su PCP acerca de su salud.
  - Hablar con su PCP sobre sus necesidades médicas y hacerle preguntas sobre las opciones de tratamiento.
  - Ayudar a que se le entreguen a su PCP sus registros médicos.
  - Entregar a su PCP la información correcta.
- Seguir las instrucciones y pautas proporcionadas por Anthem, su PCP y otros proveedores.
- Entender sus problemas de salud y trabajar con su PCP y proveedores a fin de encontrar un plan consensuado para ayudar a tratar su enfermedad o condición, inclusive de las siguientes maneras:
  - Trabajar como un equipo con su PCP para determinar la mejor atención de la salud para usted.
  - Entender cómo lo que hace afecta su salud.
  - Hacer todo lo posible para mantenerse sano.

- Tratar con respeto a los proveedores y al personal.
- Llegar a tiempo a las citas programadas y cancelar citas de manera oportuna.
- Notificar a Anthem si tiene otro seguro de salud.
- Llevar siempre con usted la tarjeta de identificación.
- Denunciar fraude, desperdicio y/o abuso.

Llame a Servicios para Miembros de Anthem si tiene un problema y necesita ayuda.

Anthem proporciona cobertura médica a nuestros miembros sin discriminación alguna, conforme a la legislación estatal y federal, sin importar el sexo, raza, edad, religión, nacionalidad, discapacidad física o mental, o tipo de enfermedad o condición.

## **CÓMO DENUNCIAR EL USO INDEBIDO DEL PROGRAMA NEVADA CHECK UP O MEDICAID**

### **Términos importantes**

- **Fraude:** cualquier tipo de engaño intencional o declaración falsa que se hace a sabiendas de que el engaño podría tener como consecuencia algún beneficio no autorizado para la persona que lo comete o para alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude según las leyes federales o estatales vigentes.
- **Desperdicio:** incluye el uso excesivo de servicios u otras prácticas que directa o indirectamente generan costos excesivos. Generalmente no se considera al desperdicio como consecuencia de acciones intencionales, sino cuando los recursos se utilizan indebidamente.
- **Abuso:** conductas que no coinciden con prácticas financieras, comerciales o médicas atinadas y que produzcan costos innecesarios y pagos por servicios que no sean médicamente necesarios o no cumplan con estándares reconocidos profesionalmente para el cuidado médico. Esto incluye acciones de miembros que generen costos innecesarios.

También incluye prácticas de miembros de Medicaid y Check Up que generan costos innecesarios para los programas Medicaid o Check Up. **Un sobrepago es un pago realizado a un proveedor que excede el monto adeudado por el servicio prestado.**

Si sabe de alguien que está haciendo uso indebido (mediante fraude, abuso y/o sobrepago) de los programas Medicaid o Check Up, puede denunciarlo.

### **Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso**

Si usted sospecha que un proveedor (p. ej., grupo de proveedores, hospital, médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.) o un miembro (una persona que recibe beneficios) ha cometido fraude, desperdicio o abuso, usted tiene derecho a denunciarlo. No se tomarán represalias contra ninguna persona que denuncie infracciones o la sospecha de fraude y abuso. La Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) mantiene en estricta confidencialidad el nombre de la persona que denuncia el incidente y su información.

Puede informar sus preocupaciones de las siguientes maneras:

- En nuestro sitio de información [fighthealthcarefraud.com](http://fighthealthcarefraud.com), seleccione “Denunciar (Report it)” en la parte superior de la página y complete el formulario “[Denunciar fraude, desperdicio y abuso \(Report Waste, Fraud and Abuse\)](#)”

- Por teléfono, llamando a Servicio al Cliente
- Llame a la línea directa de fraude de la SIU: 866-847-8247

Los incidentes de fraude, desperdicio o abuso pueden informarse de manera anónima. Sin embargo, nuestra capacidad para investigar un asunto que se informa de esta manera puede verse afectada si no contamos con la información suficiente. Por eso, le recomendamos que nos proporcione toda la información posible. Agradecemos su tiempo al referir una sospecha de fraude, pero tome en consideración que no actualizamos de manera frecuente a las personas que refieren, pues podría comprometer la investigación.

### **Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso (FWA) por parte de los proveedores:**

- Alterar los registros médicos para tergiversar los servicios que efectivamente se proporcionaron
- Facturar servicios no provistos
- Facturar pruebas o procedimientos médicamente innecesarios
- Facturar servicios profesionales prestados por personal no capacitado o no certificado
- Realizar declaraciones falsas de diagnóstico o servicios
- Hacer un uso excesivo
- Solicitar, ofrecer o recibir coimas o sobornos
- Cobrar cargos por procedimientos separados: esto sucede cuando se facturan de manera individual varios códigos de procedimientos de un grupo de procedimientos que deberían estar incluidos en un código de procedimiento general único
- Aumentar el código para incrementar la tarifa de reembolso: esto sucede cuando un proveedor utiliza un código de procedimiento por un servicio más costoso que el que en realidad se realizó a la hora de facturar a la persona que paga el seguro médico

Cuando denuncie inquietudes relacionadas con un PROVEEDOR (médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.), incluya lo siguiente:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
- El nombre y la dirección del centro (hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico en el hogar, etc.)
- El número de Medicaid del proveedor y del centro si los sabe
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- Los nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar con la investigación
- Las fechas de los eventos
- Un resumen de lo ocurrido

### **Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de los inscritos**

- Falsificar, alterar o vender recetas
- Dejar que otra persona utilice la tarjeta de identificación del miembro
- Mudarse fuera del área de servicios del plan y no informarnoslo
- Usar la tarjeta de identificación de otra persona

Cuando informe inquietudes que involucren a otro MIEMBRO, incluya lo siguiente:

- El nombre del miembro
- La fecha de nacimiento del miembro, su número de identificación o su número de caso si lo sabe
- La ciudad donde vive el miembro
- Detalles específicos acerca del fraude, desperdicio o abuso

Los consumidores también pueden informar un alegato de fraude a la Unidad de Revisión de Utilización y Vigilancia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada:

Cómo informar fraude y abuso por parte de los proveedores  
(775) 687-8405 (Norte o Sur de Nevada)

Cómo informar fraude y abuso por parte de los miembros  
Norte de Nevada (775) 684-7200 o (775) 448-5298  
Sur de Nevada (702) 486-1646 o (702) 486-1875

Puede encontrar más información en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada: [dhcfp.nv.gov/Resources/PI/SURMain/](http://dhcfp.nv.gov/Resources/PI/SURMain/)

**ESPERAMOS QUE ESTE MANUAL HAYA RESPONDIDO LA MAYORÍA DE SUS PREGUNTAS SOBRE ANTHEM. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, LLAME A SERVICIOS PARA MIEMBROS AL 844-396-2329 (TTY 711).**

**ESTE MANUAL NO ES UN CERTIFICADO DE SEGURO NI DEBE CONSIDERARSE NI INTERPRETARSE COMO EVIDENCIA DE COBERTURA DE SEGURO ENTRE ANTHEM Y EL MIEMBRO.**

<b>Término</b>	<b>Definición requerida</b>
<b>Apelación</b>	Una de las formas que tiene para revertir nuestra medida si cree que hemos cometido un error. Puede solicitar que cambiemos una decisión de cobertura a través de una apelación.
<b>Copago</b>	Un pago hecho por usted para recibir cuidado médico.
<b>Equipo médico duradero</b>	Algunos artículos que solicita el médico para que usted use en su hogar. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.
<b>Condición médica de emergencia</b>	Una emergencia significa que su vida podría estar en peligro o que usted podría sufrir una lesión permanente (quedar discapacitado) si no recibe atención rápidamente. Si está embarazada, podría significar un daño para su salud o la salud de su bebé en gestación.
<b>Transporte médico de emergencia</b>	su afección no le permite ir al hospital por ningún otro método que no sea a través de una ambulancia luego de llamar al 911.
<b>Atención en la sala de emergencia</b>	Una habitación del hospital equipada para proporcionar tratamiento a personas que requieren cuidado y/o servicios médicos inmediatos.
<b>Servicios de emergencia</b>	Servicios prestados en una sala de emergencia por parte de un proveedor capacitado para tratar una emergencia médica o de salud conductual.
<b>Servicios excluidos</b>	Servicios que no están cubiertos dentro de los beneficios de Medicaid.
<b>Reclamo</b>	Queja que presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de la red. Esto incluye cualquier queja sobre la calidad de su cuidado médico.
<b>Dispositivos y servicios de habilitación</b>	Servicios y dispositivos que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria.
<b>Seguro médico</b>	Tipo de cobertura de seguro que paga los gastos de salud, médicos y quirúrgicos en los que usted incurre.
<b>Cuidado médico en el hogar</b>	Servicios médicos que una persona recibe en su hogar, incluida la atención de enfermería, los servicios prestados por un asistente de cuidado médico en el hogar y otros servicios.
<b>Servicios para enfermos terminales</b>	Un programa de cuidado y apoyo para ayudar a personas que tienen una prognosis terminal a vivir con comodidad. Una prognosis terminal se refiere a que una persona tiene una enfermedad terminal y se prevé que le quedan seis meses de vida o menos. Los inscritos que tienen una prognosis terminal tienen derecho a elegir hospicio. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporcionan atención a la persona en todos sus aspectos, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
<b>Hospitalización</b>	El acto de ingresar una persona a un hospital como paciente.
<b>Cuidado ambulatorio en hospital</b>	Cuidado médico o tratamiento que no requiere una estadía de noche en el hospital.

<b>Término</b>	<b>Definición requerida</b>
<b>Medicamento necesario</b>	Esto describe los servicios que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención gracias a la cual se evitaría que lo hospitalicen o que lo internen en un hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o son necesarios según las normas actuales de cobertura de Nevada Medicaid.
<b>Red</b>	Una red es un directorio de médicos, profesionales médicos, hospitales y centros de atención de la salud que un plan ha contratado para proporcionar cuidado médico a sus miembros.
<b>Proveedor no participante</b>	Proveedor o centro que no es empleado por nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan.
<b>Servicios médicos</b>	Atención que usted recibe por parte de una persona certificada conforme a las leyes estatales para llevar a cabo prácticas médicas, cirugías o para prestar servicios de salud conductual.
<b>Plan</b>	Plan se refiere a una organización de atención administrada que ofrece servicios médicos a sus miembros.
<b>Preautorización</b>	Una decisión de su plan o de la DHCFP de que un servicio médico, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero es médicamente necesario. En ocasiones se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación.
<b>Cobertura de medicamentos recetados</b>	Cobertura de medicamentos recetados por un proveedor.
<b>Medicamentos recetados</b>	Medicamentos que requieren legalmente la orden de un proveedor certificado para ser dispensados, a diferencia de los medicamentos de venta libre (OTC) que no requieren una receta.

## Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en octubre de 2022.

### **EN ESTE AVISO SE DETALLA CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.**

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue anteriormente, su información está segura.

Una vez que usted pasa a ser elegible y se inscribe en nuestro plan médico, obtenemos información acerca de usted de agencias estatales para Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales, a fin de que podamos aprobar y pagar por su cuidado médico.

La legislación federal indica que debemos informarle sobre lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos proporciona en forma oral o por escrito, o que se almacena en una computadora. También tenemos que indicarle qué medidas tomamos para mantener segura esta información. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Si está en papel (formato físico):
  - Guardamos los archivos bajo llave y cerramos nuestras oficinas.
  - Destruimos los papeles que contienen información de salud para que no lleguen a manos de otras personas.
- Si está guardada en una computadora (formato digital):
  - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas tengan acceso.
  - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Cuando la usa o la comparte el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
  - Establecemos normas para mantener la información segura (políticas y procedimientos).
  - Le enseñamos al personal que trabaja para nosotros a seguir las normas.

### **¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?**

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que le ayude con su cuidado médico, si usted nos autoriza. En ocasiones, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico (tratamiento)**
  - Para que los médicos, hospitales y otros proveedores le brinden el cuidado que necesita
- **Por razones de pago**
  - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturarán su cuidado
  - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
  - Para brindarle apoyo y ofrecerle ayuda para obtener beneficios.

- **Por razones comerciales de cuidado de salud (operaciones)**

- Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
- Para encontrar formas de mejorar nuestros programas

Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y compartirla en intercambios de información de seguros de la salud con fines de pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no desea esto, visite [anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid) para obtener más información.

- **Por motivos de salud pública**

- Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que las personas se enfermen o se lesionen

- **Cuando la compartimos con otras personas que le ayudan con su cuidado o lo pagan**

- Con su familia o una persona que usted elija, que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted nos autoriza
- Con una persona que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted no puede expresarse por sus propios medios y si es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su cuidado, pagos, actividades administrativas diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su autorización por escrito antes de compartir los informes de psicoterapia sobre usted proporcionados por su médico. También necesitaríamos su autorización por escrito si fuésemos a vender su PHI o usarla o compartirla por motivos de comercialización.

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado.

No podemos revertir el uso ni la divulgación que hayamos hecho mientras teníamos su autorización.

Sin embargo, dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

**Otras formas en las que podemos usar su PHI o situaciones en las que la ley nos obliga a hacerlo:**

- Para ayudar a que la policía y otras personas garanticen el cumplimiento de la ley.
- Para denunciar abusos y negligencia.
- Para colaborar con los tribunales cuando así se nos solicite.
- Para responder documentos legales.
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud sobre temas como auditorías o exámenes.
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios a determinar su nombre y su causa de muerte.
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar partes de su cuerpo a la ciencia.
- Para fines de investigación.
- Para impedir que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente.
- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el gobierno.
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo.

### ¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle. No obstante, no tenemos su historia clínica completa. **Si quiere una copia de su historia clínica completa, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el historia clínica que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI. pero no necesariamente aceptaremos su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos registrada para usted, o por algún otro medio. Podemos hacerlo si, enviarla a la dirección que tenemos, implicaría un peligro para usted.
- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona durante los últimos seis años. No se incluirán en la lista las veces que hayamos compartido la información por motivos de cuidado médico, pagos, transacciones diarias de administración del cuidado médico o algunos otros motivos que no hayamos incluido aquí. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, debemos avisarle.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si pidió esta copia por correo electrónico.
- Si paga la totalidad de lo facturado por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta con nosotros ninguna información sobre ese servicio.

### ¿Qué debemos hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos comunicarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o por algún otro medio que no sea el correo normal si lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos comunicarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen mayores obligaciones para nosotros que las que mencionamos aquí, cumpliremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha vulnerado su PHI.

### Cómo nos comunicamos con usted

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un sistema de voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden tener distintos objetivos, como informarle sobre opciones de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, infórmeselo a la persona que llame, y no volveremos a usar este medio de comunicación. También puede llamar al **844-203-3796** para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

### **¿Qué debe hacer si tiene preguntas?**

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **844-396-2329**. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al **TTY 711**.

### **Para obtener más información**

Para leer más sobre las maneras en que reunimos y usamos su información, sus derechos de privacidad e información detallada sobre otras leyes de privacidad estatales o federales, visite la página de privacidad en nuestro sitio web en **[anthem.com/privacy](http://anthem.com/privacy)**.

### **¿Qué debe hacer si tiene una queja?**

Estamos a su disposición. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le pasará nada malo si presenta una queja.

### **Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:**

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 Seventh St., Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Teléfono: **800-368-1019**  
TDD: **800-537-7697**  
Fax: 415-437-8329

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso ocurre, le comunicaremos los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en el sitio web **[anthem.com/nvmedicaid](http://anthem.com/nvmedicaid)**.

### **Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género**

Es posible que recibamos información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

Podemos utilizar esta información para lo siguiente:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita.
- Crear programas que mejoren la salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos acerca de sus necesidades relacionadas con el idioma.
- Ofrecer servicios de interpretación y traducción.

**No** usamos esta información para:

- Emitir seguros médicos.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Compartirla con usuarios no aprobados.

## **Su información personal**

Podemos pedir, usar y compartir la información personal (PI) como indicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos indica quién es usted. Con frecuencia se pide por razones relacionadas con el seguro.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre:
  - Su salud
  - Sus hábitos
  - Sus pasatiempos
- Es posible que obtengamos la PI sobre usted de otras personas o grupos, como por ejemplo:
  - Médicos
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su consentimiento.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de decir que no.
- Le diremos cómo avisarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 844-396-2329 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Nevada, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Revisado en octubre de 2022.

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions 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

Esto significa que no se lo excluirá ni recibirá un trato diferente por estos motivos.

### **La comunicación con usted es importante**

Ofrecemos los siguientes servicios sin costo a las personas con discapacidades o que no hablan inglés:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Materiales escritos en letra de imprenta, en audio, en formato electrónico y en otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en su idioma
- Materiales por escrito en su idioma

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación. También puede llamar a nuestro coordinador de reclamos al 844-396-2329 (TTY 711).

### **Sus derechos**

¿Considera que usted no recibió estos servicios o que lo discriminamos por los motivos indicados anteriormente? De ser así puede presentar un reclamo (queja). Puede hacerlo por correo postal, correo electrónico, fax o teléfono a la siguiente información de contacto:

Grievance Coordinator

9133 W. Russell Rd.

Building 9

Las Vegas, NV 89148

Teléfono: 844-396-2329 (TTY 711)

Fax: 888-235-9334

Correo electrónico:

NV1-qualitymanagement@anthem.com

¿**Necesita ayuda con la presentación?** Llame a nuestro coordinador de reclamos al número indicado más 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 el sitio web:** [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave. SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201
- **Por teléfono:** **800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)**

Para obtener un formulario de queja, visite [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

**We can translate this at no cost.  
Call the customer service number on your member ID card.**

Podemos traducir esto gratuitamente. Llame al número de servicio de atención al cliente que aparece en su tarjeta de identificación (ID Card).	<i>Spanish</i>
نستطيع ترجمة هذه المواد مجاناً. اتصل بخدمات الاعضاء، باستخدام رقم الهاتف المدون على بطاقة الاعضاء لديك.	<i>Arabic</i>
Մենք կարող ենք անվճար թարգմանել սա: Ձանգահարեք հաճախորդների սպասարկման բաժին ձեր անդամագրություն (ID card) նշված հեռախոսահամարով:	<i>Armenian</i>
ဤအရာကို ကျွန်ုပ်တို့ အခမဲ့ ဘာသာပြန်ပေးနိုင်ပါသည်။ သင့် ID ကတ်ပါ ဝယ်ယူသုံးစွဲသူ ဝန်ဆောင်မှုနံပါတ်ကို ဖုန်းဆက်ပါ။	<i>Burmese</i>
我們可以免費為您提供翻譯版本。請撥打您 ID 卡上所列的電話號碼洽詢客戶服務中心。	<i>Chinese</i>
ما می توانیم این را به رایگان برایتان ترجمه کنیم. به شماره خدمت مراجعین ما که پشت کارت شناسایی تان (ID) درج شده، تلفن بزنید.	<i>Farsi</i>
Nous pouvons traduire ceci gratuitement. Appelez le numéro du service après-vente sur votre carte d'identification.	<i>French</i>
Nou ka tradwi sa la pou okenn pri. Pélé nimero sèvis kliyantèl la sou tò kat didantité.	<i>Fr. Creole</i>
Wir können das gerne kostenlos übersetzen. Bitte wenden Sie sich an die Kundenservice-Hotline auf Ihrer ID-Karte.	<i>German</i>
Μπορούμε να σας μεταφράσουμε το παρακάτω χωρίς χρέωση. Καλέστε τον αριθμό του Τμήματος Εξυπηρέτησης Πελατών που θα βρείτε στην κάρτα ταυτοποίησής σας.	<i>Greek</i>
અમે આનું ભાષાંતર કોઈપણ ખર્ચ લીધા વિના કરી શકીએ છીએ. તમારા ID કાર્ડ પર આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર ફોન કરો.	<i>Gujarati</i>
אנחנו יכולים לתרגם את זה ללא עלות. התקשר למספר של שירות הלקוחות. הנמצא על גבי כרטיס הזיהוי שלך.	<i>Hebrew</i>
हम इसका अनुवाद निशुल्क कर सकते हैं। अपने ID कार्ड पर दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर फोन करें।	<i>Hindi</i>
Peb txhais tau qhov ntawm no dawb. Hu rau lub chaw haujlwm pab cov neeg siv peb cov kev pab tus xovtooj uas nyob ntawm koj daim npav ID rau tus tswv cuab.	<i>Hmong</i>

Possiamo effettuare la traduzione gratuitamente. Contatti il numero dell'assistenza clienti riportato sulla Sua tessera identificativa.	<i>Italian</i>
私たちは、この文章を無料で翻訳することができます。ご自身のIDカードにあるカスタマーサービス番号へお電話ください。	<i>Japanese</i>
យើងអាចបកប្រែជូនដោយឥតគិតថ្លៃអ្វីទេ ។ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជន តាមលេខមាននៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ។	<i>Khmer</i>
지회는 이것을 무료로 번역해 드릴 수 있습니다. 가입자 ID 카드에 있는 고객 서비스부 번호로 연락하십시오.	<i>Korean</i>
ພວກເຮົາສາມາດແປອັນນີ້ໃຫ້ທ່ານໄດ້ຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີເປື່ອນໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.	<i>Laotian</i>
Możemy to przetłumaczyć bez żadnych kosztów. Zadzwoń pod numer obsługi klienta za pomocą karty ID.	<i>Polish</i>
Podemos traduzir isto gratuitamente. Ligue para o serviço de atendimento ao cliente que consta no seu cartão de identificação.	<i>Portuguese</i>
Мы можем это бесплатно перевести. Позвоните в отдел обслуживания по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана.	<i>Russian</i>
Možemo to prevesti besplatno. Pozovite na broj korisničkog servisa s Vaše identifikacione kartice (ID).	<i>Serbian</i>
Maaari namin ito isalin-wika nang walang bayad. Mangyaring tawagan ang numero ng customer service sa inyong ID card na pang miyembro.	<i>Tagalog</i>
เราสามารถแปลได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ของฝ่ายบริการลูกค้าบนบัตรประจำตัวของคุณ	<i>Thai</i>
ہم اس کا ترجمہ مفت کر سکتے ہیں۔ اپنے ID کارڈ پر دیے گئے کسٹمر سروس کے نمبر پر کال کریں۔	<i>Urdu</i>
Chúng tôi có thể phiên dịch tài liệu này miễn phí. Xin gọi dịch vụ khách hàng qua số điện thoại ghi trên thẻ ID hội viên của quý vị.	<i>Vietnamese</i>
מיר קענען דאס איבערזעצן פריי פון אפצאל. אופט דעם קאסטומער סערוויס נומער אויף איינער אידענטיטעט קארטל.	<i>Yiddish</i>

**NEVADA MEDICAID Y NEVADA CHECK UP: FORMULARIO DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN POR MOTIVO JUSTIFICADO EN LA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA (MCO)**

Las regulaciones federales les permiten a los miembros de Medicaid cambiar de MCO a través de un proceso llamado: "Cancelación de la inscripción por motivo justificado". Este proceso es para aquellos miembros que quieren cambiar su MCO actual y no se encuentran dentro del periodo de 90 días para hacer el cambio. Si solicita la cancelación de la inscripción por motivo justificado, debe continuar recibiendo todo el cuidado médico de su MCO actual hasta la fecha de entrada en vigencia de la cancelación. Comuníquese con la **División de Políticas y Financiamiento del Cuidado Médico (DHCFP), Oficina del Distrito del sur de Nevada: (702) 668-4200** o el norte de Nevada: **(775) 687-1900** o **TTY 7-1-1** para verificar la cancelación de su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de su MCO o si tiene otras preguntas.

**Información del jefe del hogar**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

**Motivo para la cancelación de la inscripción según la norma 42 CFR 438.56(d)(2) (Marque todas las opciones que correspondan):**

1. El beneficiario se muda fuera del área de servicio de la MCO.  
**Nota: Comuníquese con la División de Bienestar y Servicios de Apoyo (DWSS) del sur de Nevada: (702) 486-1646** o del norte de Nevada: **(775) 684-7200** o al número gratuito: **1(800) 992-0900** o **TTY 7-1-1**.  
**O bien, inicie sesión en el portal web Access MV para actualizar su dirección en <https://accessnevada.dwss.nv.gov/public/landing-page>. También puede presentar un cambio de dirección en el siguiente enlace <https://dhcfp.nv.gov/UpdateMyaddress/>.**
2. La MCO no cubre el servicio que el beneficiario busca debido a objeciones morales o religiosas.
3. El beneficiario necesita recibir servicios relacionados (como una cesárea y una ligadura de trompas) de manera simultánea, y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red, y el proveedor de cuidado primario del beneficiario u otro proveedor determina que recibir los servicios por separado sometería al beneficiario a un riesgo innecesario.
4. Otros motivos, que incluyen mala calidad de los cuidados, falta de acceso a los servicios cubiertos en virtud del contrato o falta de acceso a proveedores con experiencia en el tratamiento de las necesidades de cuidado de los beneficiarios.  
 (Explique) \_\_\_\_\_

**Incluya el nombre de su médico de atención primaria, médico especialista y/u hospital que usa.**

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

Médico especialista \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

**MCO actual: (marque solo una opción)**

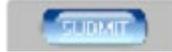
- Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions (844) 396-2329**  
**Health Plan of Nevada (800) 962-8074**  
**Molina Healthcare of Nevada (833) 685-2109**  
**SilverSummit Healthplan (844) 366-2880**

**Nueva opción de MCO: (marque solo una opción)**

- Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions (844)396-2329**  
**Health Plan of Nevada (800) 962-8074**  
**Molina Healthcare of Nevada (833) 685-2109**  
**SilverSummit Healthplan (844) 366-2880**

Envíe el formulario completo por fax al (775) 684-3773 o por correo a Attn: DHCFP MCQA Unit, 1100 E William St Suite 101, Carson City NV 89701. También puede dejar el formulario en la oficina de su Distrito local de Medicaid.

También puede presentar el formulario completo enviándolo por correo electrónico a [managedcare@dncfp.nv.gov](mailto:managedcare@dncfp.nv.gov) o seleccionando el botón **“ENVIAR (SUBMIT)”** a continuación. Luego de seleccionar “ENVIAR (SUBMIT)”, verifique que el círculo de correo electrónico predeterminado (Microsoft Outlook) esté marcado en la casilla de Enviar correo electrónico (Send Email) que se muestra y, por último, seleccione Continuar (Continue) y le abrirá un correo electrónico para enviar el formulario.



Atención: si habla español, dispone de servicios gratuitos de asistencia lingüística, llame al 1(866) 569-1746 (TTY: 7-1-1)  
NMO-5008 (08/22)



Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Nevada, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.