



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.



Manual del miembro

Medicaid Managed Care

Vigente a partir del 19 de febrero de 2021

MEDICAID MANAGED CARE

MANUAL DEL MIEMBRO



Anthem[®] HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

www.anthem.com/vamedicaid

1017750VAMSPAHP 08/22

HealthKeepers, Inc. es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Vigente a partir del 19 de febrero de 2021

Índice

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos	6
1. Plan Medicaid Managed Care	10
Bienvenido al plan Anthem HealthKeepers Plus	10
Cómo usar este manual	10
Su paquete de bienvenida	10
Tarjeta de identificación del miembro	10
Directorios de proveedores y farmacias	11
¿Qué es el área de servicio de Anthem HealthKeepers Plus?	11
Lista de medicamentos cubiertos	13
Lista de servicios cubiertos y no cubiertos	13
Información sobre elegibilidad	13
Cómo obtener ayuda de forma inmediata	14
Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus	14
Nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarle con lo siguiente:	14
Cómo comunicarse con su administrador de casos	15
Línea de asistencia médica disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana	15
Línea para crisis de salud del comportamiento	16
Otros recursos	16
Control de enfermedades	17
2. Cómo funciona el programa Managed Care	20
¿Qué lo hace elegible para ser miembro?	20
¿Qué lo hace NO elegible para ser miembro?	20
Responsabilidad de terceros	21
Inscripción	22
Asignación del plan médico	22
Cómo cambiar su plan médico	22
Reinscripción automática	23
¿Cuáles son las ventajas de elegir el plan Anthem HealthKeepers Plus?	23
¿Qué es la evaluación de riesgos de la salud?	24
Periodo de transición de la atención	24
¿Qué sucede si tengo otra cobertura?	25
3. Cómo obtener la atención y los servicios habituales	25
Cómo obtener servicios de un proveedor de atención primaria (PCP)	25
Directorio de proveedores	26
Elección de su PCP	26
Si su PCP actual no pertenece a nuestra red	27
Cómo obtener servicios de otros proveedores dentro de la red	27
Avances médicos y nueva tecnología	27
Cambio de PCP	28
Cómo programar una cita con su PCP	28
Estándares sobre citas	28
Estándares de duración del viaje y distancia	29

Accesibilidad	29
¿Qué sucede si un proveedor deja de pertenecer a la red de Anthem HealthKeepers Plus?	30
¿Qué tipo de personas y lugares se incluyen en los proveedores dentro de la red?	30
¿Qué son las farmacias de la red?.....	30
Servicios que puede obtener sin una referencia o una autorización previa	31
4. Cómo obtener servicios y atención especializados.....	32
¿Qué son los especialistas?.....	32
¿Cómo accedo a un especialista de la red?.....	32
Cómo obtener servicios de proveedores fuera de la red	32
Cómo obtener servicios de proveedores fuera del estado.....	33
5. Cómo obtener servicios y atención de emergencia	34
¿Qué es una emergencia?	34
Qué hacer en caso de emergencia.....	34
¿Qué es una emergencia médica?.....	34
¿Qué es una emergencia de salud del comportamiento?	34
Ejemplos de casos que no son de emergencia	35
Si tiene una emergencia cuando está lejos de su casa	35
¿Qué se cubre si tiene una emergencia?	35
Infórmenos sobre su emergencia	35
Después de una emergencia.....	35
Si es hospitalizado	36
¿Qué sucede si no fue una emergencia médica después de todo?	36
6. Cómo recibir atención necesaria de forma urgente	37
¿Qué es la atención necesaria de forma urgente?	37
7. Cómo obtener medicamentos recetados	38
Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de Anthem HealthKeepers Plus.....	38
Cómo abastecer las recetas	38
Lista de medicamentos cubiertos.....	39
Límites de cobertura para algunos medicamentos.....	39
Cómo obtener aprobación con anticipación	40
Prueba de un medicamento distinto en primer lugar	40
Límites de cantidad	40
Suministro de emergencia	40
Medicamentos no cubiertos	41
Cambio de farmacia.....	41
¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?	41
¿Puede usar servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos recetados?.....	42
¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	42
¿Puede usar una farmacia que no se encuentre en nuestra red?	42
¿En qué consiste el programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS)?.....	42

8. Beneficios	44
Normas generales sobre la cobertura.....	44
Beneficios cubiertos a través del plan Anthem HealthKeepers Plus.....	44
Beneficios adicionales incluidos en el plan Anthem HealthKeepers Plus	47
Nuestro programa Healthy Rewards.....	49
Cómo tener acceso a la cobertura del servicio EPSDT	51
Cómo tener acceso a la cobertura del servicio de intervención temprana.....	51
Asistencia de adopción y tutela temporal	52
Cómo tener acceso a servicios de salud materno infantil.....	52
Programa New Baby, New Life SM de Anthem HealthKeepers Plus	52
Cuando queda embarazada	53
Su paquete educación sobre el embarazo	53
Después de tener a su bebé	55
Inscripción para recién nacidos	55
Una vez que tenga a su bebé, deberá informar el nacimiento de su hijo lo antes posible para inscribirlo en Medicaid. Puede hacerlo de alguna de las siguientes maneras:	55
Cómo tener acceso a los servicios de planificación familiar.....	56
Cómo tener acceso a los servicios de salud del comportamiento.....	56
Cómo tener acceso a los servicios para el tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS).....	57
Servicios de transporte cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus	57
Cómo programar el transporte.....	58
Reembolso de millas.....	59
Para necesidades de transporte recurrentes	59
9. Servicios no cubiertos.....	60
Si recibe servicios no cubiertos	61
10. Servicios cubiertos a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid.....	62
Servicios excluidos	62
Servicios que finalizarán su inscripción	63
11. Procedimiento de autorización de servicios	65
Explicación de las autorizaciones de servicios.....	65
Autorización de servicios y transición de la atención	66
Cómo presentar una solicitud de autorización de servicios.....	66
¿Qué sucede después de presentar una solicitud de autorización de servicios?.....	66
Plazos de revisión de las autorizaciones de servicios.....	66
12. Apelaciones, audiencias imparciales estatales y reclamos (quejas)	70
Su derecho a apelar.....	70
Representante autorizado.....	70
Determinación adversa de beneficios	70
Cómo presentar una apelación.....	70
Continuación de los beneficios.....	71

Qué sucede después de que recibimos su apelación.....	71
Plazos de las apelaciones.....	72
Apelaciones estándares.....	72
Apelaciones aceleradas.....	72
Si necesitamos más información.....	72
Notificación escrita de la decisión sobre la apelación.....	73
Su derecho a una audiencia imparcial estatal.....	73
Solicitudes de revisión estándar o acelerada.....	74
Representante autorizado.....	74
Adónde enviar la solicitud de audiencia imparcial estatal.....	74
Formas de solicitar una apelación ante el DMAS (después de haber agotado sus derechos de apelación ante el plan Anthem HealthKeepers Plus).....	74
Después de presentar una apelación de audiencia imparcial estatal.....	75
Plazos de las audiencias imparciales estatales.....	75
Apelación acelerada.....	75
Apelación estándar.....	75
Continuación de los beneficios.....	75
Si la audiencia imparcial estatal revierte la denegación y los servicios no se continuaron mientras la audiencia imparcial estatal estaba pendiente.....	76
Si la audiencia imparcial estatal revierte la denegación y los servicios se brindaron mientras la audiencia imparcial estatal estaba pendiente.....	76
Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial estatal.....	76
Apelaciones externas para miembros de FAMIS.....	76
Su derecho a presentar un reclamo.....	77
¿Qué tipos de problemas deberían ser reclamos?.....	77
Distintos tipos de reclamos.....	78
Reclamos internos.....	78
Reclamos externos.....	79
13. Derechos del miembro.....	80
Sus derechos.....	80
Su derecho a estar seguro.....	81
Su derecho a la confidencialidad.....	82
Su derecho a la privacidad.....	82
Cómo unirse al Comité Asesor de Miembros.....	87
Respetamos las políticas de no discriminación.....	87
14. Obligaciones del miembro.....	88
Sus obligaciones.....	88
Directivas anticipadas.....	89
Dónde obtener el formulario de directivas anticipadas.....	89
Cómo completar el formulario de directivas anticipadas.....	89
Comparta la información con las personas que desea que estén al tanto.....	90
Podemos ayudarlo a conseguir o entender los documentos de las directivas anticipadas	90
Otros recursos.....	90
Qué sucede si no se respetan sus directivas anticipadas.....	90

15. Fraude, desperdicio y abuso	92
¿Qué es el fraude, desperdicio y abuso?	92
¿Cómo denuncio los casos de fraude, desperdicio o abuso?	92
16. Información para miembros de la expansión de Medicaid	95
¿Cuáles son los requisitos que debe reunir para ser miembro de la expansión de Medicaid? ..	95
Inscripción para miembros de la expansión de Medicaid.....	95
Servicios y beneficios de la expansión de Medicaid	95
¿Qué es el examen médico de diagnóstico?	96
17. Servicios cubiertos por FAMIS	97
18. Términos claves y definiciones utilizados en este manual.....	127

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos

Este manual está disponible sin costo en otros idiomas y formatos, incluidos los formatos en línea, en letra grande, braille o CD de audio. Si desea solicitar este manual en un formato y/o idioma alternativo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-901-0020** y se le enviará en un plazo de cinco días hábiles.

Si tiene problemas para entender esta información, comuníquese con nuestro personal de Servicios para Miembros al **1-800-901-0020 (TTY 711)** para recibir ayuda sin costo alguno.

Además, los miembros con necesidades auditivas o de comunicación oral alternativas pueden marcar el 711 para comunicarse con un operador de Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS) que los ayudará a comunicarse con el personal de Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus. Los usuarios de voz y de TRS pueden llamar al 711 desde cualquier teléfono en cualquier parte de los Estados Unidos sin costo.

English: “If you do not speak English, call us at **1-800-901-0020 (TTY 711)**. We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can communicate with you in your language free of charge.”

Spanish: Si no habla inglés, llámenos al **1-800-901-0020 (TTY 711)**. Tenemos acceso a servicios de intérprete y podemos ayudar a responder sus preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de atención médica que pueda comunicarse con usted en su idioma de forma gratuita.

Korean: 영어를 사용하지 않으시면 **1-800-901-0020 (TTY 711)**번으로 전화해 주십시오. 통역 서비스를 이용할 수 있으며 귀하의 질문에 모국어로 답변을 얻을 수 있습니다. 또한 무료로 귀하의 언어로 의사 소통할 수 있는 의료 서비스 제공자를 찾으실 수 있게 도와드립니다.

Vietnamese: Nếu quý vị không nói Tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số **1-800-901-0020 (TTY 711)**. Chúng tôi tiếp cận được dịch vụ thông dịch và có thể giúp trả lời thắc mắc của quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Chúng tôi cũng có thể giúp quý vị tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể giao tiếp với quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí.

Chinese: 如果您不会说英语，请致电**1-800-901-0020 (TTY 711)**。我们可以使用翻译服务，并可以用您的语言免费回答您的问题。我们还可以帮助您找到一个能用您的语言与您沟通的医疗保健提供者。

Arabic:

إذا كنت لا تتكلم الإنكليزية، فاتصل بنا على الرقم 1-800-901-0020 (TTY 711). تتوفر خدمات المترجم الفوري، ويمكن أن تساعد في الإجابة عن أسئلتك باللغة الخاصة بك. ويمكننا أيضا مساعدتك على العثور على موفر الرعاية الصحية الذين يمكنه التواصل معك باللغة الخاصة بك.

Tagalog: Kung ikaw ay hindi nagsasalita ng Ingles, tawagan kami sa **1-800-901-0020 (TTY 711)**. Kami ay mayroong access sa mga serbisyo ng interpreter at makakatulong na masagot ang inyong mga tanong nang nasa wika ninyo. Matutulungan din namin kayong maghanap ng provider ng pangangalaga sa kalusugan na maaaring makipag-usap sa inyo sa inyong wika nang walang bayad.

Farsi:

اگر انگلیسی صحبت با ما تماس بگیرید در (TTY 711) 1-800-901-0020. ما دسترسی به خدمات مترجم شفاهی و سؤالات زبان شما می تواند کمک کند. ما همچنین می توانید کمک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی است که می تواند ارتباط با شما زبان خود را پیدا کنید.

Amharic: እንግሊዝኛ መናገር የማይችሉ ከሆነ፣ 1-800-901-0020 (TTY 711) ይደውሉልን። እኛ የአስተርጓሚ አገልግሎቶች መዳረሻ ያላቸው እና ከክፍያ ነጻ በራስዎ ቋንቋ ውስጥ የእርስዎን ጥያቄዎች መልስ ለማግኘት ይችላሉ። እኛ ደግሞ እንደ እናንተ የእርስዎን ቋንቋ ከአንተ ጋር መገናኘት የሚችል የጤና እንክብካቤ አቅራቢ እንዲያገኙ ሊረዱዎት ይችላሉ።

Urdu:

اگر آپ انگریزی نہیں بولتے، تو (TTY 711) 1-800-901-0020 پر ہمیں کال کریں۔ ہم مترجم کی خدمات تک رسائی مہیا کر سکتے ہیں اور مفت کے انچارج اپنی زبان میں آپ کے سؤالات کا جواب دینے میں مدد کر سکتے ہیں۔ ہم نے بھی آپ جو آپ کی زبان میں آپ کے ساتھ بات چیت کر سکے اس صحت کی دیکھ بھال فراہم کنندہ کی تلاش میں مدد کر سکتے ہیں۔

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous au 1-800-901-0020 (TTY 711). Nous avons accès à des services d'interprètes et pouvons vous aider à répondre à vos questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un fournisseur de soins de santé qui peut communiquer gratuitement avec vous dans votre langue.

Russian: Если вы не говорите по-английски, позвоните нам по телефону 1-800-901-0020 (TTY 711). Мы имеем доступ к услугам переводчика и можем помочь ответить на ваши вопросы на вашем языке бесплатно. Мы также можем помочь вам найти поставщика медицинских услуг, которые могут общаться с вами на вашем языке.

Hindi: यदि आप अंग्रेज़ी नहीं बोलते हैं, तो 1-800-901-0020 (TTY 711) पर कॉल करें। हम दुभाषिया सेवाओं के लिए उपयोग क्या है और निःशुल्क आपकी भाषा में आपके सवालों के जवाब दे सकते हैं। हम आपको एक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता खोजने में भी मदद कर सकते हैं जो आपकी भाषा में आपसे निःशुल्क संवाद कर सके।

German: Wenn Sie kein Englisch sprechen, rufen Sie uns unter 1-800-901-0020 (TTY 711) an. Wir haben Zugang zu Dolmetscherdiensten und können Ihnen helfen, Ihre Fragen in Ihrer Sprache kostenlos zu beantworten. Wir können Ihnen auch helfen, einen Arzt zu finden, der mit Ihnen in Ihrer Sprache kommunizieren kann.

Bengali: আপনি যদি ইংরেজিভাষী না হন, তাহলে আমাদেরকে **1-800-901-0020 (TTY 711)** নম্বরে কল করুন। আমাদের কাছে দোভাষী পরিষেবাগুলিতে প্রবেশাধিকার রয়েছে এবং আমরা আপনার ভাষাতেই আপনার প্রশ্নগুলির উত্তর দিতে সাহায্য করতে পারি। আমরা আপনাকে একজন স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীও খুঁজে পেতে সাহায্য করতে পারি যিনি বিনামূল্যে আপনার সাথে আপনারই ভাষায় যোগাযোগ করতে পারবেন।

Portuguese: Se você não fala inglês, ligue para **1-800-901-0020 (TTY 711)**. Temos acesso a serviços de intérprete e podemos ajudar a responder às suas perguntas no seu idioma gratuitamente. Também podemos ajudá-lo a encontrar um profissional de saúde que possa se comunicar com você em seu idioma.

1. Plan Medicaid Managed Care

Bienvenido al plan Anthem HealthKeepers Plus

Gracias por elegirnos como su plan Medicaid Managed Care. Si es un miembro nuevo, nos pondremos en contacto con usted en las próximas semanas para revisar información muy importante. Puede hacernos todas las preguntas que tenga u obtener ayuda para concertar citas. Si necesita hablar con nosotros de manera inmediata o antes de que nos comuniquemos con usted, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al **1-800-901-0020 (TTY 711)**, visite nuestro sitio web en **www.anthem.com/vamedicaid** o llame a la Línea de ayuda de Medicaid Managed Care de Virginia al **1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. para obtener ayuda. Este manual también está disponible en nuestro sitio web.

Cómo usar este manual

Este manual lo ayudará a entender sus beneficios y a cómo recibir ayuda del plan Anthem HealthKeepers Plus. Este manual es una guía para miembros de Medicaid y Anthem HealthKeepers Plus que explica los servicios de atención de la salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados y otros servicios y apoyo que cubre el programa. Esta guía lo ayudará a tomar las mejores medidas para que nuestro plan médico funcione para usted.

Comparta este manual con un miembro de la familia o con alguien que conozca sus necesidades de atención de la salud. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consulte este manual, llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al **1-800-901-0020 (TTY 711)**, visite nuestro sitio web en **www.anthem.com/vamedicaid** o llame a la Línea de ayuda gratuita de Medicaid Managed Care de Virginia al **1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m.

Su paquete de bienvenida

Tarjeta de identificación del miembro

Debería haber recibido un paquete de bienvenida que incluye su tarjeta de identificación del miembro de Anthem HealthKeepers Plus. Su tarjeta de identificación del miembro se usa para acceder al apoyo y los servicios de atención de la salud del programa Medicaid Managed Care en las visitas al médico y al recoger sus recetas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o recetas.

Esta es una tarjeta de muestra para que vea cómo será la suya:

(Frente)

Anthem HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.	
Member ID	PCP Name PCP Phone Medicaid ID
Group Number BC/BS Plan Rx Bin Number Rx PCN Number Rx Group Number	HKP00200 923 003858 A4 WQWA
PCP/Specialist Outpatient Inpatient Emergency Rx	\$0/\$0 \$0 \$0 \$0/\$0

MUESTRA

XL4068609000001

(Dorso)

Anthem HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.	
Members: When submitting inquiries, always include your identification number from the face of this card. Possession or use of this card does not guarantee payment. In an emergency, go to the nearest facility or call 911. Pharmacies: For network contracting and claims inquiries, call the pharmacists-only number listed to the right. Providers: Please submit claims to your local BCBS plan. To ensure proper claims processing, please include the 3-digit prefix that precedes the patient's identification number listed on the front of this card. Claims Filing Address: Post Office Box 27401 Richmond, VA 23279 Contractor ID: 0047003253 VA21 11/17	
www.anthem.com/vamedicaid Member Services: 1-800-901-0020 Provider Services: 1-800-901-0020 TTY: 711 24/7 NurseLine: 1-800-901-0020 Mental Health Services: 1-800-901-0020 Authorization: 1-800-901-0020 Smiles for Children: 1-888-912-3468 Transportation Service: 1-877-882-3888 For Pharmacists Only: 1-800-824-0888 *Department of Medical Assistance Services program HealthKeepers, Inc. P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-NS00 Richmond, VA 23279 HealthKeepers, Inc. is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc.	

MUESTRA

Para los miembros de FAMIS, su tarjeta de identificación será así:

(Frente)

Anthem HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.	
Member ID	PCP Name PCP Phone FAMIS ID
Group Number BC/BS Plan Rx Bin Number Rx PCN Number Rx Group Number	HKP00200 923 003858 A4 WQWA
PCP/Specialist Outpatient Inpatient Emergency Rx	\$0/\$0 \$0 \$0 \$0/\$0

MUESTRA

XL4071982000001

(Dorso)

Anthem HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.	
Members: When submitting inquiries, always include your identification number from the face of this card. Possession or use of this card does not guarantee payment. In an emergency, go to the nearest facility or call 911. Pharmacies: For network contracting and claims inquiries, call the pharmacists-only number listed to the right. Providers: Please submit claims to your local BCBS plan. To ensure proper claims processing, please include the 3-digit prefix that precedes the patient's identification number listed on the front of this card. Claims Filing Address: Post Office Box 27401 Richmond, VA 23279 Contractor ID: 0047003253 VA21 11/17	
www.anthem.com/vamedicaid Member Services: 1-800-901-0020 Provider Services: 1-800-901-0020 TTY: 711 24/7 NurseLine: 1-800-901-0020 Mental Health Services: 1-800-901-0020 Authorization: 1-800-901-0020 Smiles for Children: 1-888-912-3468 For Pharmacists Only: 1-800-824-0888 *Department of Medical Assistance Services program HealthKeepers, Inc. P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-NS00 Richmond, VA 23279 HealthKeepers, Inc. is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc.	

MUESTRA

Si no ha recibido su tarjeta, o si su tarjeta está dañada, perdida o fue robada, llame inmediatamente al número de Servicios para Miembros ubicado en la parte inferior de esta página y le enviaremos una tarjeta nueva.

Guarde su tarjeta de identificación de Medicaid del estado de Virginia para acceder a los servicios cubiertos a través del Estado, bajo el programa de tarifa por servicio de Medicaid. Estos servicios están descritos en la **sección 10** de este manual.

Directorios de proveedores y farmacias

Debería haber recibido información acerca de los directorios de proveedores y farmacias de Anthem HealthKeepers Plus. Estos directorios incluyen los proveedores y las farmacias que participan en nuestra red. En la mayoría de los casos, mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores dentro de la red para recibir servicios cubiertos.

Puede pedir una copia impresa del Directorio de proveedores y farmacias llamando a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página. También puede ver o descargar el Directorio de proveedores y farmacias en **www.anthem.com/vamedicaid**.

Use su Directorio de proveedores para buscar lo siguiente:

- Un proveedor de atención primaria (PCP).
- Especialistas.
- Médicos en su área.
- Médicos que hablen su idioma.
- Cómo comunicarse con médicos que desea visitar.
- Farmacias del plan Anthem HealthKeepers Plus.

También puede usar nuestra herramienta en línea y en la aplicación móvil Encontrar un médico para buscar otros médicos y proveedores cerca de usted. Busque por ubicación, tipo de proveedor o especialidad para encontrar el proveedor que está buscando.

¿Qué es el área de servicio de Anthem HealthKeepers Plus?

Cubrimos a miembros en cualquier lugar del estado de Virginia. Nuestra área de servicio incluye las ciudades y los condados que se detallan a continuación.

Región central: Accomack, Amelia, Brunswick, Caroline, Charles City, Chesterfield, Colonial Heights, Cumberland, Dinwiddie, Emporia, Essex, Franklin City, Fredericksburg, Goochland, Greenville, Hanover, Henrico, Hopewell, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lunenburg, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, New Kent, Northampton, Northumberland, Nottoway, Petersburg, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Richmond City, Richmond Co., Southampton, Stafford, Surry, Sussex, Westmoreland

Región de Tidewater: Chesapeake, Gloucester, Hampton, Isle of Wight, James City Co., Newport News, Norfolk, Poquoson, Portsmouth, Suffolk, Virginia Beach, Williamsburg, York

Región del norte/Winchester: Alexandria, Arlington, Clarke, Culpeper, Fairfax City, Fairfax Co., Falls Church, Fauquier, Frederick, Loudoun, Manassas City, Manassas Park, Page, Prince William, Rappahannock, Shenandoah, Warren, Winchester

Región occidental/Charlottesville: Albemarle, Amherst, Appomattox, Augusta, Buckingham, Campbell, Charlotte, Charlottesville, Danville, Fluvanna, Greene, Halifax, Harrisonburg, Louisa, Lynchburg, Madison, Nelson, Orange, Pittsylvania, Rockingham, Staunton, Waynesboro

Región de Roanoke/Alleghany: Alleghany, Bath, Bedford City, Bedford Co., Botetourt, Buena Vista, Covington, Craig, Floyd, Franklin Co., Giles, Henry, Highland, Lexington, Martinsville, Montgomery, Patrick, Pulaski, Radford, Roanoke City, Roanoke Co., Rockbridge, Salem, Wythe

Región sudoeste: Bland, Bristol, Buchanan, Carroll, Dickenson, Galax, Grayson, Lee, Norton, Russell, Scott, Smyth, Tazewell, Washington, Wise

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en el plan Anthem HealthKeepers Plus. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá quedarse en este plan. Si esto sucede, recibirá una carta del Department of Medical Assistance Services (DMAS) que le pedirá que elija un plan nuevo. Además puede llamar a la Línea de ayuda de Managed Care si tiene alguna pregunta acerca de su inscripción a un plan médico. Comuníquese con la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273 o visite el sitio web www.virginiamanagedcare.com.

Como miembro de Anthem HealthKeepers Plus, usted obtiene acceso a sus beneficios regulares de Medicaid, así como a unos beneficios adicionales sin costo que ofrecemos, como estos:

- Cuidado dental para adultos: una limpieza, un examen y una serie de radiografía de aleta de mordida por año
- Nuestra aplicación móvil
- Exámenes físicos de aptitud deportiva para niños
- Ayuda con GED
- ¡y más!

Para obtener más información sobre los beneficios adicionales que ofrecemos, consulte la **sección 8** de este manual.

Lista de medicamentos cubiertos

Puede ver o descargar el Directorio de proveedores y farmacias en www.anthem.com/vamedicaid o recibir una copia impresa llamando a Servicios para Miembros al **1-800-901-0020 (TTY 711)**.

El Directorio de proveedores y farmacias le dará información sobre los médicos, los especialistas y las farmacias de nuestro plan. Debe usar una farmacia de nuestro plan para abastecer su receta. El directorio le ayudará a elegir un PCP y una farmacia que prefiera. Puede ver o descargar el Directorio de proveedores y farmacias en www.anthem.com/vamedicaid o recibir una copia impresa llamando a nuestro equipo de Servicios para Miembros de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Para obtener una lista de los medicamentos que cubrimos, primero vea nuestra Lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL es una lista de medicamentos preferidos que nosotros pagamos. Los médicos deben recetar medicamentos de nuestra PDL siempre que sea posible. Si no ve su medicamento en nuestra PDL, puede buscarlo para ver si está en nuestro formulario. Nuestro formulario es una lista completa de todos los medicamentos por los cuales pagamos.

Todos los medicamentos en nuestra PDL están en nuestro formulario, pero no todos los medicamentos de nuestro formulario son preferidos. Si su medicamento está en nuestro formulario, pero no está en la PDL, igual pagaremos por él. Sin embargo, es posible que deba conseguir una autorización previa (preaprobación) para que lo hagamos.

Puede ver y descargar nuestra PDL y nuestro formulario en cualquier momento en www.anthem.com/vamedicaid. También puede pedir una copia impresa llamando a Servicios para Miembros.

Lista de servicios cubiertos y no cubiertos

Consulte la **sección 8** de este manual para ver una lista de los servicios cubiertos y no cubiertos. Puede ver o descargar nuestra lista de servicios cubiertos en www.anthem.com/vamedicaid o recibir una copia impresa llamando al 1-800-901-0020 (TTY 711). Si tiene preguntas sobre la transición de la atención, consulte la **sección 2** de este manual.

Información sobre elegibilidad

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, comuníquese con su asistente social en el Departamento de Servicios Sociales de la ciudad o del condado en el que vive. Si tiene preguntas acerca de los servicios que obtiene en el plan Anthem HealthKeepers Plus, llame al número de Servicios para Miembros que figura en la parte inferior de esta página. También puede visitar Cover Virginia en www.coverva.org o llamar al 1-855-242-8282 o TDD: 1-888-221-1590. **Estas llamadas son gratuitas.**

Cómo obtener ayuda de forma inmediata

Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus

Nuestro personal de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo si tiene preguntas sobre sus beneficios, servicios o procedimientos, o si tiene alguna duda acerca de cómo nos desempeñamos como su plan médico.

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus

LLAME AL	1-800-901-0020 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un aparato telefónico especial para llamar.
FAX	1-800-964-3627
ESCRIBA A	Member Services HealthKeepers, Inc. P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279
SITIO WEB	www.anthem.com/vamedicaid

Nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarle con lo siguiente:

- Responder preguntas acerca del plan y de la información de este manual.
- Responder preguntas acerca de reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de los miembros.
- Buscar o verificar si un médico está en nuestra red y responder preguntas sobre visitas al médico.
- Cambiar de proveedor de atención primaria (PCP) o buscar información sobre otros médicos y especialistas, incluidos nombres, especialidades, direcciones, números de teléfono y calificaciones profesionales.
- Entender sus beneficios y los servicios cubiertos, incluido el monto que pagaremos, para que usted pueda tomar la mejor decisión acerca de su atención de la salud.
- Entender sus derechos y obligaciones.

- Presentar apelaciones sobre sus servicios de atención de la salud (incluidos los medicamentos). Una apelación es un método formal para solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si piensa que cometimos un error.
- Presentar reclamos sobre sus servicios de atención de la salud (incluidas las recetas). Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o que no sea de la red). Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o a la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273.
- Responder preguntas acerca de la atención de bienestar, casos especiales de atención y de cómo llevar una vida sana.

Cómo comunicarse con su administrador de casos

Si tiene problemas de salud complejos, lo pondremos en contacto con un administrador de casos. Los administradores de casos le ayudan a recibir la atención y la calidad de la atención médica que su problema de salud requiere. Ellos trabajarán con su proveedor de atención primaria (PCP) para diseñar un plan de salud que refleje sus necesidades específicas y pueden ayudarlo a encontrar recursos en su comunidad para otros servicios que pueda necesitar.

El manejo de casos no le supondrá ningún gasto. Puede solicitar los servicios de manejo de casos o renunciar a ellos en cualquier momento. Si cree que los servicios de manejo de casos pueden ayudarlo, usted o su proveedor pueden llamar a nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-800-901-0020 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, y solicitar comunicarse con el Departamento de Manejo de Casos.

Una vez que se le asigna un administrador de casos, él o ella se comunicará con usted con su información de contacto. Servicios para Miembros también podrá ponerlo en contacto con el equipo de manejo de casos si tiene preguntas o inquietudes, o si desea cambiar su administrador de casos.

Línea de asistencia médica disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana

Puede comunicarse con un enfermero o un profesional de la salud del comportamiento las 24 horas, los siete días de la semana, quien responderá a sus preguntas de forma gratuita al **1-800-901-0020 (TTY 711)**. Elija la indicación para nuestra **Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine)** para obtener ayuda con sus preguntas sobre salud, encontrar opciones de atención y obtener asesoramiento acerca de dónde ir cuando necesite atención.

LLAME AL	1-800-901-0020 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	TTY 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un aparato telefónico especial para llamar.

Línea para crisis de salud del comportamiento

Contáctenos si no sabe cómo recibir servicios durante una crisis. Le ayudaremos a encontrar un proveedor para casos de crisis. Llame al **1-844-429-9620 (TTY 711)**. Si sus síntomas incluyen pensamientos sobre hacerse daño a usted mismo o a otra persona, usted debería hacer lo siguiente:

- **Obtener ayuda de forma inmediata llamando al 911.**
- **Ir al hospital más cercano para obtener atención de emergencia.**

LLAME AL	1-844-429-9620 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	TTY 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un aparato telefónico especial para llamar.

Otros recursos

Smiles for Children a través de DentaQuest, administrador de los beneficios dentales del DMAS	Si tiene preguntas o desea encontrar un dentista en su área, llame a Smiles For Children al 1-888-912-3456. También hay información disponible en el sitio web del DMAS en http://www.dmas.virginia.gov/Content_pgs/dnt-home.aspx o en el sitio web de DentaQuest en http://www.dentaquestgov.com .
Transporte	1-877-892-3988 (TTY 711)

Contratista de transporte del DMAS para el transporte hacia y desde servicios de exención de discapacidades del desarrollo	1-866-386-8331 TTY 1-866-288-3133 O marque 711 para comunicarse con un operador del servicio de retransmisión.
Magellan of Virginia; administrador de servicios de salud del comportamiento o del DMAS	Línea gratuita: 1-800-424-4046 TDD: 1-800-424-4048 O marque 711 para comunicarse con un operador del servicio de retransmisión. http://www.magellanofvirginia.com
Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights	1-800-368-1019 o bien, visite el sitio web: www.hhs.gov/ocr .
Maximus	1-800-643-2273

Control de enfermedades

Si tiene un problema de salud a largo plazo, no tiene que atravesarlo solo. Nuestro programa de control de enfermedades puede ayudarlo a disfrutar más de la vida. Este programa es voluntario, privado y está disponible sin costo alguno. Se llama programa de control de enfermedades (DM). Un equipo de enfermeros registrados, llamados administradores de casos de DM, está disponible para enseñarle sobre su problema de salud y ayudarlo a aprender a manejar su salud. Su proveedor de atención primaria (PCP) y nuestro equipo de DM lo ayudarán con sus necesidades de atención de la salud.

Puede inscribirse en el programa si tiene una de estas afecciones:

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

Nuestros administradores de casos brindan educación sobre el control de peso y servicios para dejar de fumar.

Los administradores de casos de DM trabajan con usted para crear metas de salud y ayudarlo a desarrollar un plan para alcanzarlas. Como miembro del programa, se beneficiará de tener un administrador de casos que hace lo siguiente:

- Escucha lo que tenga que decir y se toma el tiempo para entender sus necesidades específicas.
- Lo ayuda a crear un plan de salud para alcanzar sus metas de atención de la salud.
- Le brinda las herramientas, el apoyo y los recursos comunitarios que puedan ayudarlo a mejorar su calidad de vida.
- Le brinda información de salud que pueda ayudarlo a tomar mejores decisiones.
- Lo ayuda a coordinar la atención con sus proveedores.

Como miembro de Anthem HealthKeepers Plus inscrito en el programa de DM, tiene ciertos derechos y obligaciones. Tiene derecho a lo siguiente:

- Tener información sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus; esta incluye todos los programas y servicios, así como la educación y experiencia laboral de nuestro personal; también incluye los contratos que tengamos con otras empresas o agencias.
- Rehusarse a participar en programas y servicios que ofrecemos, o dejar de participar en ellos.
- Saber quién es su administrador de casos y cómo pedir un cambio.
- Obtener nuestra ayuda para tomar decisiones con sus médicos sobre su atención de la salud.
- Informarse sobre todos los tratamientos relacionados con el DM. Esto incluye los tratamientos mencionados en las pautas clínicas, ya sea que estén o no cubiertos por nosotros; usted tiene derecho a analizar todas las opciones con sus médicos.
- Gozar de la privacidad de sus datos personales e información médica.
- Saber quién tiene acceso a su información y conocer los procedimientos que usamos para garantizar la seguridad, la privacidad y la confidencialidad.
- Ser tratado con cortesía y respeto por nuestro personal.
- Presentar reclamos a Anthem HealthKeepers Plus y obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de reclamos, incluido cuánto tiempo tardamos en responder y en resolver problemas de calidad y reclamos.
- Obtener información clara y fácil de entender.

Le recomendamos que haga lo siguiente:

- Seguir las indicaciones de atención de salud que ofrezca el plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Informarnos e informar a sus médicos si decide cancelar su inscripción en el programa de DM.

Si tiene uno de estos problemas de salud o desea obtener más información sobre nuestro programa de DM, llame al 1-888-830-4300 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local. Pida hablar con un administrador de casos de DM. O bien, puede dejar un mensaje privado para el administrador de casos las 24 horas del día.

También puede visitar nuestro sitio web en www.anthem.com/vamedicaid o llamar al programa de DM si desea recibir una copia de la información de DM que se encuentra en línea. Llamarnos puede ser el primer paso para lograr una mejor salud.

Programa Familias Saludables (Healthy Families)

Es un programa de seis meses para miembros de entre 7 y 17 años que está diseñado para ayudar a las familias a lograr un estilo de vida más saludable. Este programa brinda a las familias capacitación en actividad física y hábitos saludables, información escrita sobre nutrición y recursos comunitarios y en línea. Si desea obtener información adicional o inscribirse en el programa Familias Saludables, llámenos al 1-844-421-5661.

2. Cómo funciona el programa Managed Care

El programa Managed Care es un programa obligatorio para miembros de Medicaid del estado de Virginia (12VAC30-120-370). El Department of Medical Assistance Services (DMAS) celebra contratos con organizaciones de atención administrada (MCO) para proporcionar la mayoría de los servicios cubiertos por Medicaid en el estado. El plan Anthem HealthKeepers Plus está aprobado por el DMAS para proporcionar la coordinación de la atención centrada en la persona y servicios de atención de la salud. A través de este programa centrado en la persona, nuestro objetivo es ayudarlo a mejorar la calidad de la atención médica y la calidad de vida.

¿Qué lo hace elegible para ser miembro?

Cuando usted solicita Asistencia médica, se lo examina sobre la base de su edad, ingreso y otra información, para ver su elegibilidad en todos los posibles programas. Para ser elegible para un programa de Asistencia médica, usted debe cumplir con las condiciones de elegibilidad financieras y no financieras para ese programa. Visite la página del programa de Medicaid Assistant del Virginia Department of Social Services (VDSS) para ver los detalles de elegibilidad y/o la página de formularios y solicitudes de Medicaid del VDSS para ver los detalles de la solicitud y de otros formularios de Medicaid.

Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid del Departamento de Servicios Sociales local y cumple con una de las siguientes categorías:

- Niños menores de 21 años
- Menores de 26 años en asistencia de adopción y tutela temporal
- Mujeres embarazadas, incluidos dos meses posteriores al parto
- Padres/cuidadores

Las personas elegibles para Medicaid que no cumplen con ciertos criterios de exclusión deben participar en el programa. La inscripción no es una garantía de elegibilidad permanente para servicios y beneficios en virtud del Programa de Servicios de Asistencia Médica de Virginia. Para obtener más información sobre los criterios de exclusión y participación, consulte 12VAC30-120-370.

¿Qué lo hace NO elegible para ser miembro?

Usted no podrá participar si cumple con alguna de las siguientes condiciones:

- Pierde elegibilidad en Medicaid.
- No cumple con una de las categorías de elegibilidad anteriores.
- Cumple con los criterios de exclusión en 12VAC30-120-370.
- Está hospitalizado al momento de la inscripción.

- Está inscrito en un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS).
- Es admitido en un hospital psiquiátrico independiente.
- Recibe atención en un centro de tratamiento psiquiátrico residencial de nivel C (menores de 21 años).
- Cumple con los criterios para inscribirse en otro programa de Medicaid del estado de Virginia.
- Hospicio
- Ley de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento de Virginia

Responsabilidad de terceros

Cobertura médica integral

Los miembros inscritos en Medicaid, que DMAS determine que gozan de cobertura médica integral, que no sea de Medicare, serán elegibles para inscribirse en Medallion 4.0, siempre que no se aplique otro criterio de exclusión.

Los miembros que obtienen otra cobertura médica integral después de inscribirse en Medallion 4.0 permanecen inscritos en el programa.

A los miembros que obtienen Medicare después de inscribirse en Medallion 4.0 se les cancelará la inscripción y, posteriormente, se los inscribirá en el programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC+).

Las MCO son responsables de coordinar todos los beneficios con otros aseguradores (según corresponda) y seguir las normas de Medicaid de “pago de último recurso”.

Las MCO cubren los deducibles y los coseguros de los miembros hasta el monto máximo permitido de reembolso que hubieran pagado de no haber tenido otra cobertura de seguro principal.

Cuando el pagador de responsabilidad de terceros (TPL) es una organización MCO/HMO comercial, la MCO es responsable de pagar la totalidad del monto de copago del miembro.

Las MCO garantizan que los miembros NO sean responsables de los pagos y copagos de ningún servicio cubierto de Medicaid.

Para niños con cobertura de seguro comercial, los proveedores primero deben facturar al seguro comercial por los servicios de intervención temprana cubiertos, salvo en los siguientes casos:

1. Aquellos servicios que, a nivel federal, deben brindarse como parte de los gastos públicos, como estos casos:
 - a. Valoración/evaluación de EI.

- b. Desarrollo o revisión del Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP).
 - c. Administración de casos/coordinación de servicios dirigidas.
- 2. Servicios de desarrollo.
 - 3. Cualquier servicio de intervención temprana cubierto donde la familia rechazó el acceso a su seguro de salud/médico privado.

Inscripción

La inscripción en el programa es necesaria para las personas elegibles. El DMAS y la Línea de ayuda de Managed Care manejan la inscripción para el programa. Para participar, usted debe reunir los requisitos para Medicaid. El programa posibilita un proceso que acelera el acceso de los miembros a la coordinación de la atención, el control de enfermedades, las líneas telefónicas de enfermería disponibles las 24 horas y el acceso a la atención especializada. Esto es especialmente importante para miembros con necesidades de atención crónica, mujeres embarazadas y niños en tutela temporal que necesitan rápidamente el acceso a la atención de la salud.

Asignación del plan médico

Usted recibió un aviso del DMAS que incluye su asignación inicial al plan médico. Con ese aviso, el DMAS incluyó un cuadro comparativo de planes médicos en su área. El aviso de asignación contiene instrucciones sobre cómo seleccionar su plan médico.

Es posible que nos haya elegido como su plan médico. Si no es así, el DMAS puede haberlo asignado a nuestro plan médico con base en su historia con nosotros como su plan de atención administrada. Por ejemplo, es posible que haya sido inscripto con nosotros previamente a través de Medicaid. También es posible que haya sido asignado a nosotros si ciertos proveedores que usted ve están en nuestra red.

Cómo cambiar su plan médico

La asistencia a través de la Línea de ayuda de Managed Care puede ayudarlo a elegir el plan médico que sea mejor para usted. Si necesita asistencia, llame a la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273 o visite el sitio web

www.virginiamanagedcare.com. La Línea de ayuda de Managed Care está disponible de lunes a viernes (excepto en días feriados estatales) de 8:30 a.m. a 6 p.m. Los operadores pueden ayudarlo a entender sus opciones de plan médico y/o responder preguntas acerca de qué médicos y otros proveedores participan con cada plan médico, entre muchos puntos útiles. Los servicios de la Línea de ayuda son gratuitos y no están conectados a ningún plan médico.

Usted puede cambiar el plan médico durante los **primeros 90 días** de su inscripción por cualquier motivo. También puede cambiar su plan médico una vez al año por cualquier motivo durante la **inscripción abierta**. Recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información. También puede solicitar cambiar su plan médico por una “causa justificada” en cualquier momento. La Línea de ayuda se encarga de las solicitudes por causas justificadas y puede responder cualquier pregunta que usted tenga. Comuníquese con la Línea de ayuda al 1-800-643-2273, descargue y use la aplicación móvil de Managed Care del estado de Virginia o visite el sitio web **www.virginiamanagedcare.com**.

Reinscripción automática

Si su inscripción con nosotros finaliza y recobra elegibilidad para el programa **en un plazo de 60 días** como máximo, será reinscrito automáticamente en el plan Anthem HealthKeepers Plus. Recibirá una carta de reinscripción del Department of Medical Assistance Services.

¿Cuáles son las ventajas de elegir el plan Anthem HealthKeepers Plus?

Estas son algunas de las ventajas:

- Tendrá acceso a los administradores de casos de Anthem HealthKeepers Plus. Su administrador de casos trabaja con usted y sus proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Podrá tomar el control de su atención con la ayuda de nuestro equipo de cuidado médico y los administradores de casos.
- El equipo de cuidado médico y los administradores de casos están disponibles para desarrollar con usted un plan de salud diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud.
- El personal de enfermería de guardia u otro personal licenciado está disponible las 24 horas, los siete días de la semana, para responder a sus preguntas. Estamos aquí para ayudarle. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-800-901-0020 (TTY 711) en cualquier momento.

Cuando nos elije, obtiene más que solo un plan médico. Usted obtiene lo siguiente:

- Un equipo que ha servido a los habitantes de Virginia con Medicaid durante más de dos décadas.
- Todos sus beneficios de atención de la salud, sin importar dónde viva. Ofrecemos beneficios de Medallion Medicaid y FAMIS en todo el estado.
- Más de 25,000 médicos, hospitales y especialistas en el plan para elegir.

Además, brindamos beneficios adicionales sin cargo como estos:

- Teléfono inteligente con minutos mensuales, datos, mensajes de texto y llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros.
- Aplicación móvil: encuentre fácilmente los detalles del plan médico donde sea que esté; además, busque médicos del plan cercanos, llame a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) y obtenga mucho más desde la aplicación.
- Exámenes físicos de aptitud deportiva para niños.
- Membresías de Boys & Girls Club para niños (donde estén disponibles).
- Ayuda con GED.
- Programa Books for Babies: libros enviados por correo a la puerta de su casa para niños de hasta 24 meses.
- Purificador de aire HEPA: su coordinador de la atención determina su necesidad.
- Cupones de Weight Watchers®.
- Programa de entrenamiento físico: acceso a información en línea, entrenamiento y clases de ejercicio. Para obtener más información, visite **www.choosehealthy.com/fitnesscoachanthem**.
- Traslados sin costo a tiendas de comestibles y mercados de agricultores.

¿Qué es la evaluación de riesgos de la salud?

Dentro de las primeras semanas después de inscribirse con nosotros, un coordinador de la atención se comunicará con usted para preguntarle acerca de sus necesidades y elecciones. Hablará con usted acerca de cualquier necesidad médica, física, social y del comportamiento que pueda tener. Esta reunión podrá ser en persona o telefónicamente y se conoce como evaluación de riesgos de la salud (HRA). Una HRA es una evaluación completa de su estado médico, psicológico, cognitivo y funcional.

Por lo general, un coordinador de la atención completa la HRA **dentro de los primeros 30 a 60 días** de su inscripción con **nosotros**, dependiendo del tipo de servicio que necesite. Esta evaluación le permitirá al coordinador de la atención ayudarlo a obtener la atención que necesita.

Periodo de transición de la atención

Si somos algo nuevo para usted, puede mantener las citas con médicos y las recetas previamente autorizadas y/o programadas durante los primeros **30 días**. Si su proveedor no está incluido actualmente en nuestra red, se le podrá solicitar que elija un nuevo proveedor dentro de nuestra red de proveedores. Si su médico deja de pertenecer a nuestra red, le notificaremos **en un plazo de 15 días** para que tenga tiempo de elegir otro proveedor.

¿Qué sucede si tengo otra cobertura?

Medicaid es el que realiza el pago de último recurso. Esto significa que si tiene otro seguro y tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el otro seguro o la compensación para trabajadores debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicaid cuando Medicaid no es el primer pagador. Informe a Servicios para Miembros si tiene otro seguro para que podamos coordinar sus beneficios de la mejor manera. Nuestros administradores de casos trabajarán con usted y su otro plan médico para coordinar sus servicios.

3. Cómo obtener la atención y los servicios habituales

“Atención habitual” hace referencia a exámenes, chequeos regulares, inyecciones y otros tratamientos para mantenerlo saludable, consultas médicas cuando lo necesite y ser referido al hospital o a especialistas si es necesario. Asegúrese de llamar a su proveedor de atención primaria (PCP) siempre que tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama fuera del horario normal o durante el fin de semana, puede dejar un mensaje e información sobre dónde y cómo se lo puede ubicar. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde, su PCP lo conoce a usted y sabe cómo funciona el plan médico.

Su atención debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que obtiene deben ser necesarios:

- Para prevenir o diagnosticar y corregir aquello que podría causar más sufrimiento.
- Para tratar un riesgo para su vida.
- Para atender un problema que podría provocar una enfermedad.
- Para tratar algo que podría limitar su actividades normales.

Cómo obtener servicios de un proveedor de atención primaria (PCP)

Un PCP es un médico que usted eligió y que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Con frecuencia visitará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención de rutina de la salud. Su PCP trabajará con usted para coordinar la mayoría de los servicios que usted obtiene como un miembro de nuestro plan.

La coordinación de los servicios o suministros incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención.

Si necesita consultar a un médico que no sea su PCP, es posible que deba solicitar una referencia (autorización) a su PCP. También es posible que necesite la aprobación por adelantado de su PCP, antes de recibir ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización (aprobación previa). Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Comuníquese con Servicios para Miembros por cualquier pregunta sobre referencias o autorizaciones previas.

Directorio de proveedores

El Directorio de proveedores incluye una lista de todos los médicos, especialistas, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, afiliaciones, adaptaciones para personas con discapacidades físicas, proveedores de la salud del comportamiento, direcciones de proveedores, números de teléfono, direcciones URL de sitios web y aceptación de pacientes nuevos (paneles abiertos o cerrados) que trabajan con nuestro plan. También podemos enviarle una copia impresa del Directorio de proveedores. También puede llamar a nuestro equipo de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página para solicitar asistencia.

Elección de su PCP

Si no tiene un PCP, lo ayudaremos a encontrar un PCP altamente calificado dentro de su comunidad. Para ayudarlo a localizar un proveedor, puede usar nuestro Directorio de proveedores en línea, en **www.anthem.com/vamedicaid**.

Busque un médico que tenga estas características:

- Lo conozca y entienda su condición médica.
- Acepte recibir pacientes nuevos.
- Hable su idioma.
- Tenga las adaptaciones que usted requiere.

Si usted tiene alguna afección discapacitante o enfermedades crónicas, nos puede consultar si su especialista puede ser su PCP. También contratamos Centros Médicos con Calificación Federal (FQHC). Los FQHC brindan atención primaria y especializada. Otra clínica también puede actuar como su PCP si la clínica es un proveedor dentro de la red.

Las mujeres también pueden elegir un ginecólogo obstetra para tratar problemas relacionados con la salud de la mujer. Esto incluye los chequeos de rutina, la atención de seguimiento si hay algún problema y la atención habitual durante el embarazo.

Las mujeres no necesitan una referencia de su PCP para consultar a un ginecólogo obstetra de nuestra red.

Si usted no elige un PCP para el día 25 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, lo inscribiremos automáticamente con un PCP. Le enviaremos una notificación por escrito sobre el PCP asignado. Tendrá que llamar al número de Servicios para Miembros que figura en la parte inferior de la página para elegir un nuevo PCP.

Si necesita ayuda para encontrar un PCP, use nuestra herramienta en línea Encontrar un médico para buscar PCP cercanos en www.anthem.com/vamedicaid. Puede buscar por código postal, especialidad y más. Si necesita más ayuda, llame al equipo de Servicios para Miembros al número que figura a continuación. Estamos a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Si su PCP actual no pertenece a nuestra red

Puede continuar visitando a su PCP actual por un máximo de 30 días, aunque este no pertenezca a nuestra red. Durante los primeros 30 días de su inscripción en el plan Anthem HealthKeepers Plus, su coordinador de la atención puede ayudarlo a encontrar un PCP en nuestra red. Al finalizar el periodo de 30 días, si usted no elige un PCP de nuestra red, nosotros le asignaremos uno.

Cómo obtener servicios de otros proveedores dentro de la red

Nuestra red de proveedores incluye acceso a la atención las 24 horas, los siete días de la semana, e incluye hospitales, médicos, especialistas, centros de atención de urgencia, centros de enfermería, proveedores de servicios en el hogar y la comunidad, proveedores de intervención temprana, proveedores de terapia de rehabilitación, proveedores de servicios para el tratamiento de adicciones y recuperación, proveedores de atención médica en el hogar y en hospicios, proveedores de equipo médico duradero y otros tipos de proveedores.

Le brindamos una selección de proveedores dentro de una distancia razonable para que no tenga que trasladarse una gran distancia para verlos. Podrá haber circunstancias especiales donde se requiera un viaje más largo; sin embargo, eso debe ocurrir solo en raras ocasiones.

Avances médicos y nueva tecnología

Nuestros directores médicos y los médicos con los que trabajamos revisan los nuevos avances médicos y cambios en las tecnologías actuales con respecto a lo siguiente:

- Procedimientos médicos.
- Procedimientos de salud del comportamiento.
- Medicamentos.
- Dispositivos médicos.

Analizan los nuevos avances, la tecnología y las publicaciones científicas para decidir lo siguiente:

- Si estos avances deberían ser beneficios cubiertos.
- Si el gobierno acordó que el tratamiento es seguro y eficaz.
- Si los resultados de los avances son los mismos o mejores que los de los tratamientos que actualmente administramos.

Llevan a cabo esta tarea para decidir si debemos incluir estos procedimientos y tratamientos en nuestro plan.

Cambio de PCP

Puede llamar a **nuestro** equipo de Servicios para Miembros o visitar nuestro sitio web **www.anthem.com/vamedicaid** para cambiar su PCP en cualquier momento por otro PCP de nuestra red. Necesitamos que comprenda que es posible que su PCP deje de pertenecer a nuestra red. Le notificaremos en un plazo de 30 días a partir de la intención del proveedor de dejar de pertenecer a nuestra red. Nos complace ayudarlo a encontrar un nuevo PCP.

Es fácil cambiar su PCP en línea. Nuestra herramienta Encontrar un médico es rápida, cómoda y está disponible las 24 horas, los siete días de la semana. Para cambiar de PCP en línea:

- Ingrese en **www.anthem.com/vamedicaid** e inicie sesión en su cuenta segura. ¿Todavía no creó una cuenta? Siga las instrucciones de la página de inicio de sesión; lo único que necesita es su número de identificación del miembro de Anthem HealthKeepers Plus.
- Use nuestra herramienta Encontrar un médico para buscar un PCP.
- Siga las instrucciones para cambiar el PCP desde su cuenta segura.

Si necesita más ayuda para encontrar o cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. Si elige cambiar su PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro con el nombre de su PCP nuevo.

Cómo programar una cita con su PCP

Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención de la salud. Llame a su PCP para programar una cita. Si necesita atención antes de la primera cita, llame al consultorio de su PCP para solicitar que se adelante la cita. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Miembros al número que figura a continuación.

Estándares sobre citas

Usted debe poder programar una cita con su PCP en el mismo lapso que cualquier otro paciente que visita al PCP. Los periodos de espera para ver a un proveedor son los siguientes:

- Para una emergencia: inmediatamente.
- Para visitas al consultorio por atención de urgencia con síntomas: 24 horas desde que se presenta la solicitud.
- Para visitas de atención primaria de rutina: en el lapso de 30 días calendario.

Si está embarazada, usted debe poder programar una cita para ver a un ginecólogo obstetra de la siguiente manera:

- Primer trimestre (primeros 3 meses): en el lapso de catorce (14) días calendario desde que se presenta la solicitud.

- Segundo trimestre (3 a 6 meses): en el lapso de siete (7) días calendario desde que se presenta la solicitud.
- Tercer trimestre (6 a 9 meses): en el lapso de cinco (5) días hábiles desde que se presenta la solicitud.
- Embarazo de alto riesgo: en el lapso de tres (3) días hábiles o inmediatamente si es una emergencia.
- Si no consigue una cita dentro de los plazos mencionados anteriormente, llame a Servicios para Miembros al número que figura a continuación y lo ayudarán a conseguir una cita.

Estándares de duración del viaje y distancia

Le brindaremos los servicios que necesita dentro de los estándares de duración del viaje y distancia que se describen en el cuadro a continuación. Estos estándares se aplican a servicios que recibe por parte de los proveedores dentro de la red cuando viaja. Estos estándares no se aplican a los proveedores que le brindan servicios en su casa. Si usted vive en una zona urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 30 minutos para recibir servicios. Si vive en una zona rural, no debería tener que viajar más de 60 millas o 60 minutos para recibir servicios.

Estándares de duración del viaje y distancia para el miembro		
Estándar	Distancia	Tiempo
Urbano • PCP • Especialistas	15 millas 30 millas	30 minutos
Rural • PCP • Especialistas	30 millas 60 millas	60 minutos 45 minutos

Accesibilidad

Queremos asegurarnos de que todos los proveedores y servicios están disponibles (se incluye el acceso físico y geográfico) para las personas con discapacidades de la misma manera que lo están para las personas sin discapacidades. Si tiene alguna dificultad para programar una cita con un proveedor o para acceder a servicios debido a una discapacidad, comuníquese con Servicios para Miembros a los números de teléfono que figuran a continuación para pedir ayuda.

¿Qué sucede si un proveedor deja de pertenecer a la red de Anthem HealthKeepers Plus?

Un proveedor dentro de la red que usted está usando podría dejar de pertenecer a nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja de pertenecer a nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que incluyen los siguientes:

- Aunque nuestra red de proveedores podrá cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Cuando sea posible, lo notificaremos al menos 15 días antes para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de atención de la salud.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que el tratamiento médicamente necesario al que está sometido no se interrumpa.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por uno calificado o que su atención no se está manejando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si usted se entera de que uno de sus proveedores dejará de pertenecer a nuestro plan, comuníquese con su administrador de casos para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y coordinar su atención.

¿Qué tipo de personas y lugares se incluyen en los proveedores dentro de la red?

La red de proveedores de Anthem HealthKeepers Plus incluye lo siguiente:

- Médicos, personal de enfermería y otros profesionales de atención de la salud a quienes puede visitar como miembro de nuestro plan.
- Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan.
- Proveedores para niños con necesidades de atención de la salud especiales.
- Profesionales, terapeutas y consejeros en salud del comportamiento y por abuso de sustancias.

¿Qué son las farmacias de la red?

Las farmacias de la red son farmacias (tiendas) que han aceptado abastecer medicamentos recetados para nuestros miembros. Use el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea usar.

Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página para obtener más información. Podemos brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores. También puede buscar en línea, en **www.anthem.com/vamedicaid**.

Servicios que puede obtener sin una referencia o una autorización previa

En la mayoría de los casos, usted necesitará una aprobación de su PCP antes de ver a otros proveedores. Esta aprobación se conoce como referencia.

Usted puede recibir servicios como los que se incluyen en este listado sin necesidad de aprobación previa de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención necesaria de forma urgente de proveedores dentro de la red.
- Servicios de planificación familiar y suministros.
- Servicios de atención de la salud de rutina para la mujer. Esto incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor dentro de la red.
- Además, si usted califica para recibir servicios de proveedores de salud para indígenas estadounidenses, podrá ver a estos proveedores sin una referencia.

4. Cómo obtener servicios y atención especializados

¿Qué son los especialistas?

Si necesita atención que su PCP no puede proporcionar, su PCP podrá referirlo a un especialista. La mayoría de los especialistas están incluidos en nuestra red. Un especialista es un médico que brinda atención de la salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Oncólogos para pacientes con cáncer.
- Cardiólogos para pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas para pacientes con problemas en huesos, articulaciones o músculos.

Si necesita consultar a un especialista para obtener atención continua, su PCP podrá referirlo para un determinado número de visitas o un lapso determinado (que se conoce como referencia permanente). Si usted tiene una referencia permanente, no necesitará una nueva referencia cada vez que necesite atención. Si usted tiene alguna afección discapacitante o enfermedad crónica, nos puede consultar si su especialista puede ser su PCP.

¿Cómo accedo a un especialista de la red?

No se requieren referencias ni autorizaciones (nuestra aprobación antes de recibir un servicio o medicamento) para consultar a un especialista de la red (especialista en nuestro plan). Consulte la **sección 8** de este manual para obtener información sobre los servicios que requieren autorización.

Cómo obtener servicios de proveedores fuera de la red

Todas las visitas a médicos y especialistas fuera de la red requieren nuestra autorización. Autorizamos las visitas a proveedores fuera de la red cuando hay una emergencia, o cuando no tenemos un médico en el plan que pueda brindarle el servicio o procedimiento que necesita.

Si no tenemos un especialista en la red de Anthem HealthKeepers Plus que pueda brindarle la atención que usted necesita, le brindaremos la atención necesaria de un especialista fuera de nuestra red. También le brindaremos atención fuera de la red en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando hayamos aprobado a un médico fuera de nuestra red establecida.
- Cuando usted reciba servicios de emergencia o planificación familiar de un proveedor o centro fuera de la red.
- Cuando usted reciba tratamiento de emergencia por parte de proveedores que no están dentro de la red.
- Cuando los servicios médicos necesarios no estén disponibles en nuestra red.

- Cuando no podamos ofrecerle el especialista que necesita dentro de la distancia estándar de más de 30 millas en zonas urbanas o más de 60 millas en zonas rurales.
- Cuando el tipo de proveedor necesario y disponible en nuestra red no brinde los servicios que usted necesita por razones morales u objeciones religiosas.
- En los primeros treinta (30) días calendario a partir de su inscripción, cuando su proveedor no esté incluido en nuestra red, pero lo haya atendido anteriormente.
- Si usted se encuentra en un hogar de ancianos cuando se inscribe con nosotros, y el hogar de ancianos no está incluido en nuestra red.

Si su PCP o el plan Anthem HealthKeepers Plus lo refirió a un proveedor fuera de la red, usted no es responsable de ningún costo, salvo por el pago del paciente para servicios y apoyo a largo plazo. Consulte la **sección 14** de este manual para obtener información sobre qué es el pago del paciente y cómo saber si le corresponde a usted.

Cómo obtener servicios de proveedores fuera del estado

No somos responsables de los servicios que obtenga fuera del estado de Virginia, excepto en los siguientes casos:

- Servicios posteriores a la estabilización o de emergencia necesarios.
- Cuando el uso de recursos médicos en otro estado es una práctica general para aquellos que viven en su localidad.
- Los servicios requeridos son médicamente necesarios y no están disponibles dentro la red ni dentro del estado.

5. Cómo obtener servicios y atención de emergencia

¿Qué es una emergencia?

Usted siempre está cubierto en caso de emergencias. Una emergencia es una enfermedad repentina o inesperada, un dolor intenso, un accidente o una lesión que podría causar una lesión grave o la muerte si no se trata inmediatamente.

Qué hacer en caso de emergencia

Llame al 911 de inmediato. No es necesario que nos llame primero. Diríjase al hospital más cercano. Llamar al 911 lo ayudará a encontrar un hospital. Puede ir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso aunque se encuentre en otra ciudad u otro estado. Si está ayudando a otra persona, mantenga la calma.

Informe al hospital que usted es un miembro de Anthem HealthKeepers Plus. Pídales que nos llamen al número que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación.

¿Qué es una emergencia médica?

Es cuando una persona cree que debe actuar rápidamente para evitar problemas de salud graves. Incluye síntomas tales como dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted cree que podría causar lo siguiente:

- Un riesgo grave para su salud.
- Un daño grave en las funciones corporales.
- Disfunción grave de algún órgano o de alguna parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando el trabajo de parto ocurra en un momento que implique riesgo de que suceda lo siguiente:
 - No haya tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado pueda representar una amenaza para su salud o seguridad o la del niño que va a nacer.

¿Qué es una emergencia de salud del comportamiento?

Una emergencia de salud del comportamiento es cuando una persona cree o teme que podría lastimarse a sí misma o a los demás.

Ejemplos de casos que no son de emergencia

Algunos ejemplos de casos que no son de emergencia son resfriados, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes menores, moretones o esguinces. Si no está seguro, llame a su PCP o a nuestra línea de asistencia médica disponible las 24 horas, los siete días de la semana, al **1-800-901-0020 (TTY 711)**.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su casa

Usted o un familiar pueden tener una emergencia médica o de salud del comportamiento cuando se encuentren lejos de su casa. Tal vez esté visitando a alguien fuera de Virginia. Mientras viaja, sus síntomas pueden empeorar de forma repentina. Si esto sucede, vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano. Puede ir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia. Muestre su tarjeta de identificación del miembro. Diga que es miembro del programa Anthem HealthKeepers Plus.

¿Qué se cubre si tiene una emergencia?

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencia, nuestro plan lo cubre. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionen la atención de emergencia. Esos médicos nos informarán cuando su emergencia médica haya terminado.

Infórmenos sobre su emergencia

Informe a su médico y al plan Anthem HealthKeepers Plus lo antes que pueda acerca de la emergencia, en un plazo de 48 horas si es posible. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Su coordinador de la atención lo ayudará a recibir los servicios indicados antes de que le den de alta para asegurarse de que reciba la mejor atención posible. Llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al **1-800-901-0020 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Este número también figura en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro.

Después de una emergencia

Proporcionaremos la atención de seguimiento necesaria, incluida la prestada por proveedores fuera de la red, hasta que su médico diga que su enfermedad es lo suficientemente estable para que sea transferido a un proveedor dentro de la red o para que se le dé de alta. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos conseguirle proveedores dentro de la red que se hagan cargo de su atención lo antes posible después de que el médico diga que está estable. También es posible que necesite atención de seguimiento para asegurarnos de que haya una mejoría. La atención de seguimiento está cubierta por nuestro plan.

Si es hospitalizado

Si es hospitalizado, un familiar o amigo debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Al mantenernos informados, su coordinador de la atención puede trabajar con el equipo del hospital para organizar la atención y los servicios adecuados para usted antes del alta. Su coordinador de la atención también mantendrá a su equipo médico, incluidos sus proveedores de servicios de atención médica en el hogar, informado sobre sus planes de estadía en el hospital y alta.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica después de todo?

A veces, puede ser difícil determinar si tiene una emergencia médica. Tal vez vaya a recibir atención de emergencia, y el médico le diga que no fue realmente una emergencia médica. Siempre y cuando usted razonablemente creyera que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, una vez que el médico diga que no se trató de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo en estos casos:

- Va a un proveedor dentro de la red.
- La atención adicional que recibe se considera “atención necesaria de forma urgente” y usted sigue las normas para recibir esta atención. (Consulte “Atención necesaria de forma urgente” en la **sección 6** de este manual.)

6. Cómo recibir atención necesaria de forma urgente

¿Qué es la atención necesaria de forma urgente?

La atención necesaria de forma urgente es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, podría tener una afección existente que empeora y necesita tratamiento inmediato. En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención necesaria de forma urgente solo si recibe esta atención de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, si no puede recurrir a un proveedor dentro de la red, cubriremos la atención necesaria de forma urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia con los que trabajamos en el Directorio de proveedores y farmacias, disponible en nuestro sitio web

www.anthem.com/vamedicaid.

Cuando se encuentre fuera del área de servicio, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor dentro de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención necesaria de forma urgente que reciba de cualquier proveedor.

7. Cómo obtener medicamentos recetados

En esta sección, se explican las normas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Son medicamentos que le indica su proveedor y que puede conseguir en una farmacia o tienda de artículos varios.

Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de Anthem HealthKeepers Plus

Por lo general, cubriremos sus medicamentos siempre y cuando respete las normas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe escribir su receta. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor, en el caso de que su proveedor de atención primaria lo haya referido para su atención.
2. Debe usar una farmacia de la red para abastecer su receta.
3. Su medicamento recetado debe estar en nuestra Lista de medicamentos cubiertos. Si no se encuentra en la Lista de medicamentos, tal vez podamos cubrirlo si le damos una autorización. Por lo general, su proveedor solicitará una autorización si cree que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos cubiertos. Si desea solicitar una autorización por sí mismo, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.
4. El medicamento se debe usar para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) o es respaldado por ciertos libros de referencia.

Cómo abastecer las recetas

En la mayoría de los casos, pagaremos las recetas solo si se abastecen en farmacias de la red de Anthem HealthKeepers Plus. Una farmacia de la red es una tienda que ha aceptado abastecer recetas para nuestros miembros. Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

Para abastecer una receta, muestre su tarjeta de identificación del miembro en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará el costo del medicamento recetado cubierto. Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro con usted al abastecer su receta, pídale al personal de la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para abastecer una receta, puede comunicarse con Servicios de Farmacia para Miembros al 1-833-207-3120 (TTY 711).

Lista de medicamentos cubiertos

El plan Anthem HealthKeepers Plus tiene una Lista de medicamentos cubiertos que seleccionamos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. Nuestra lista de medicamentos cubiertos también incluye todos los medicamentos de la Lista de medicamentos preferidos (PDL) del DMAS.

La Lista de medicamentos cubiertos está disponible en **www.anthem.com/vamedicaid**. Esta le informa qué medicamentos **cubrimos** y si hay normas o restricciones en algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener.

Puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar si sus medicamentos se encuentran en la Lista de medicamentos cubiertos, consultarla en línea en **www.anthem.com/vamedicaid** o podemos enviarle una copia impresa. La Lista de medicamentos cubiertos puede cambiar durante el año. Para obtener la versión más actualizada de la lista, visite **www.anthem.com/vamedicaid** o llame al equipo de Servicios para Miembros al 1-800-901-0020 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. También le enviarán una copia impresa sin cargo, si la necesita.

Por lo general, cubriremos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos cubiertos siempre y cuando usted respete las normas que se explican en esta sección. También puede conseguir medicamentos que no se encuentren en la lista cuando sean médicamente necesarios. Es posible que su médico deba solicitarnos una autorización de servicios para que usted pueda recibir algunos medicamentos.

Límites de cobertura para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, hay normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubrimos. En general, nuestras normas lo alientan a obtener medicamentos que funcionen para su condición médica y sean seguros, eficaces y económicos.

Si hay alguna norma especial para su medicamento, suele significar que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, tal vez su proveedor necesite solicitar una autorización de servicios para que usted reciba el medicamento. Podemos o no aprobar la solicitud sin hacer nada más. Consulte “Autorización de servicios y determinación de beneficios” y “Autorizaciones de servicios y transición de la atención” en la **sección 11** de este manual.

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus es nuevo para usted, puede seguir recibiendo sus medicamentos autorizados mientras dure la autorización o durante **30 días** a partir de que se inscribe por primera vez, lo que sea antes. Consulte “Periodo de transición de la atención” en la **sección 11** de este manual.

Si denegamos o limitamos la cobertura de un medicamento, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte “Su derecho a apelar” en la **sección 12** de este manual. Si tiene alguna inquietud, comuníquese con su coordinador de la atención. Trabajarán con usted y su PCP para asegurarnos de que reciba los medicamentos que sean más convenientes para usted.

Cómo obtener aprobación con anticipación

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener una aprobación de autorización de servicios antes de abastecer su receta. Si no obtiene la aprobación, no cubriremos el medicamento.

Prueba de un medicamento distinto en primer lugar

Podemos requerir que primero pruebe un medicamento (por lo general, menos costoso) antes de que cubramos otro medicamento (por lo general, más costoso) para la misma condición médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, podemos limitar la cantidad del medicamento que puede recibir. Esto se conoce como límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que podría obtener cada vez que abastezca una receta.

Para averiguar si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que su médico ha recetado, revise la Lista de medicamentos cubiertos. Si desea obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web **www.anthem.com/vamedicaid**.

Suministro de emergencia

Puede haber algún caso en el que su medicamento requiera una autorización de servicio, y el médico que emite su receta no puede brindarnos de inmediato información de autorización, por ejemplo, durante el fin de semana o en un día feriado. Si su farmacéutico cree que su salud podría verse comprometida sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia para 72 horas del medicamento recetado. Este proceso le brinda un suministro a corto plazo de los medicamentos que necesita y le da tiempo a su médico a enviar una solicitud de autorización de servicio para el medicamento recetado.

Medicamentos no cubiertos

Por ley, los tipos de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertos por Medicare ni Medicaid:

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®, a menos que tales agentes se utilicen para tratar una afección que no sea la disfunción sexual o eréctil, para la cual los agentes han sido aprobados por la FDA.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Todos los medicamentos de la Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI) según los define la FDA como menos que eficaces, incluidos los medicamentos recetados que incluyen un medicamento de la DESI.
- Medicamentos que han sido retirados.
- Medicamentos experimentales o medicamentos no aprobados por la FDA.
- Cualquier medicamento comercializado por un fabricante que no participa en el programa de reembolso de medicamentos de Medicaid del estado de Virginia.

Cambio de farmacia

Si necesita cambiar de farmacia y necesita la reposición de una receta, puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia. Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios de Farmacia para Miembros al 1-833-207-3120 (TTY 711) o con su coordinador de la atención.

Si la farmacia que usted usa deja nuestra red, tendrá que encontrar una farmacia nueva de la red. Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, comunicarse con Servicios de Farmacia para Miembros al 1-833-207-3120 (TTY 711) o con su coordinador de la atención. Servicios para Miembros puede decirle si hay una farmacia de la red cerca de usted.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben abastecerse en una farmacia especializada. Estas recetas se llaman medicamentos especializados. A menudo, es necesario que tenga especial atención cuando los tome. Los medicamentos especializados a menudo se usan para tratar enfermedades crónicas y, por lo general, requieren manejo, administración o supervisión especial.

Tenemos una red de farmacias especializadas para nuestros miembros en caso de que necesite medicamentos especializados. Estas farmacias especializadas proporcionan la atención especial necesaria cuando se dispensa un medicamento especializado. Si necesita medicamentos especializados, debe usar una farmacia especializada en nuestro plan. Las farmacias especializadas de nuestro plan son IngenioRx Specialty y Acaria Health.

Si tiene preguntas con respecto a su farmacia especializada o sus medicamentos especializados, llame a estos teléfonos:

➤ IngenioRx Specialty al 1-833-255-0646.

➤ Acaria Health al 1-800-511-5144.

O bien, puede llamarnos al 1-833-207-3120 (TTY 711) si tiene dificultades para obtener sus medicamentos especializados. Estamos a su disposición. Llámenos para averiguar si un medicamento se considera especializado o para obtener una copia de la Lista de medicamentos especializados. Usted y su médico pueden trabajar juntos para decidir qué medicamento es mejor para usted.

¿Puede usar servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos recetados?

No puede usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos recetados.

¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Puede obtener un suministro máximo para 31 días de sus medicamentos.

¿Puede usar una farmacia que no se encuentre en nuestra red?

En general, no pagaremos los medicamentos que obtenga en farmacias que no se encuentran en nuestro plan.

¿En qué consiste el programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS)?

Algunos miembros que requieren monitoreo adicional pueden inscribirse en el programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS). El programa PUMS es requisito del DMAS y nos ayuda a asegurarnos de que sus medicamentos y servicios de salud, combinados, no perjudiquen su salud. Como parte de este programa, podemos revisar la herramienta Prescription Monitoring Program (PMP) que el Virginia Department of Health Professions mantiene para revisar sus medicamentos. Esta herramienta utiliza un sistema electrónico para controlar el despacho de los medicamentos recetados que contienen sustancias controladas.

Si usted queda seleccionado para el PUMS, es posible que se aplique una restricción para que use una sola farmacia o visite un solo proveedor a fin de obtener determinados tipos de medicamentos. Le enviaremos una carta para informarle cómo funciona el PUMS.

El periodo de inclusión es de 12 meses. Al final del periodo de bloqueo, revisaremos para ver si debe continuar en el programa.

Si queda seleccionado para el PUMS y no cree que debería estar en el programa, puede presentar una apelación. Debe presentarnos una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha en que reciba la carta con el aviso de que quedó seleccionado para el PUMS. También puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Consulte “Apelaciones, audiencias imparciales estatales y reclamos” en la **sección 12** de este manual.

Si queda seleccionado para el programa PUMS, puede obtener medicamentos recetados fuera del horario normal si su farmacia elegida no está disponible las 24 horas. También podrá escoger un PCP, una farmacia u otro proveedor para que sea el proveedor permitido por el programa. Si no selecciona proveedores para bloqueo en un plazo de 15 días, los seleccionaremos por usted. Los miembros que queden inscritos en el PUMS recibirán una carta nuestra con información adicional sobre este programa, incluida toda la siguiente información:

- Una breve explicación del programa PUMS.
- Una declaración en la que se explica el motivo de la incorporación al programa PUMS.
- Información sobre cómo enviarnos una apelación si se lo incorporó al programa PUMS.
- Información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial estatal después de haber agotado primero el proceso de apelaciones.
- Información sobre cualquier norma especial que se deba seguir para obtener servicios, incluidos los servicios de emergencia o fuera del horario normal.
- Información sobre cómo elegir un proveedor de PUMS.

Si tiene alguna pregunta acerca del programa PUMS, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura a continuación o con su coordinador de la atención.

8. Beneficios

Normas generales sobre la cobertura

Para recibir la cobertura de servicios, debe cumplir con los requisitos generales para la cobertura que se describen a continuación.

1. Los servicios que reciba (que abarcan atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Esto, por lo general, significa que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o evitar que una afección empeore.
2. En la mayoría de los casos, debe obtener la atención de un proveedor dentro de la red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que autoricemos el servicio. En la **sección 3**, encontrará información sobre los servicios que puede obtener sin recibir primero la aprobación del PCP. En la **sección 4**, se proporciona más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
3. Algunos beneficios solo tienen cobertura si el médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación previa. Esto se denomina autorización de servicio. En la **sección 11**, se incluye más información sobre las autorizaciones de servicios.
4. Si el plan Anthem HealthKeepers Plus es nuevo para usted, puede seguir consultando a los médicos a los que va actualmente durante los primeros **30 días**. También puede seguir recibiendo sus servicios autorizados mientras dure la autorización o durante 30 días después de que se inscriba por primera vez, lo que ocurra antes. Consulte también “Periodo de transición de la atención” en la **sección 11**.

Beneficios cubiertos a través del plan Anthem HealthKeepers Plus

Cubrimos los siguientes servicios cuando sean médicamente necesarios.

- Atención médica regular, incluidas las visitas al consultorio con el PCP, referencias a especialistas, exámenes, etc. Consulte la **sección 3** de este manual para obtener más información sobre los servicios de PCP.
- Atención preventiva, incluidos los chequeos regulares y la atención de bebé/niño sano. Consulte la **sección 3** de este manual para obtener más información sobre los servicios de PCP.
- Servicios para el tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS), entre ellos, tratamientos para pacientes hospitalizados, ambulatorios, basados en la comunidad, asistidos con medicamentos, servicios de pares y manejo de casos. Los servicios pueden requerir autorización. Más adelante, en esta sección del manual, se brinda información adicional acerca de los servicios ARTS.

- Los servicios de salud del comportamiento, incluida la psicoterapia para pacientes hospitalizados y ambulatorios, ya sea individual, familiar y grupal, están cubiertos. (Excepto los servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios, que están cubiertos a través de Magellan, el administrador de servicios de salud del comportamiento de DMAS. Consulte la **sección 8** de este manual).
- Servicios clínicos.
- Prueba de detección del cáncer colorrectal.
- Servicios de rehabilitación y salud mental comunitarios (comienzan el 1.º de agosto de 2018).
- Servicios ordenados por un tribunal.
- Equipos y suministros médicos duraderos (DME).
- Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para menores de 21 años. Más adelante, en esta sección del manual, se brinda información adicional acerca de los servicios EPSDT.
- Los servicios de intervención temprana diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de niños y familias, y para mejorar el desarrollo de niños desde el nacimiento hasta el día después del tercer cumpleaños. Más adelante, en esta sección del manual, se brinda información adicional acerca de los servicios de intervención temprana.
- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Órdenes de custodia de emergencia (ECO).
- Servicios de emergencia, incluidos los servicios de transporte de emergencia (ambulancia, etc.).
- Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización. En las **secciones 5 y 6** de este manual, se brinda información adicional sobre los servicios de emergencia y posteriores a la estabilización.
- Servicios para enfermedad renal en etapa terminal.
- Exámenes de la vista.
- Servicios de planificación familiar, incluidos los servicios, dispositivos, medicamentos (como la anticoncepción reversible de acción prolongada) y suministros para postergar o evitar el embarazo. Usted es libre de elegir su método de planificación familiar, incluso a través de proveedores pertenecientes o no a nuestra red. No es necesario que obtenga una autorización de servicios ni referencias del PCP para recibir servicios de planificación familiar.
- Tiras reactivas para glucosa.
- Servicios de audición (audiología).

- Servicios de salud en el hogar.
- Servicios para enfermos terminales.
- Atención hospitalaria: pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Asesoramiento sobre pruebas y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Vacunas.
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados.
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia.
- Investigaciones de detección de plomo.
- Mamografías.
- Atención de maternidad: incluyen atención durante el embarazo y servicios de médicos y enfermero obstetra certificado. En la **sección 6** de este manual, se brinda información adicional sobre la atención de maternidad.
- Servicios de enfermero obstetra a través de un proveedor de enfermeros obstetras certificados.
- Trasplantes de órganos.
- Dispositivos ortopédicos, incluidos aparatos ortopédicos, férulas y soportes; para menores de 21 años o adultos a través de un programa de rehabilitación intensivo.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Papanicolaou.
- Servicios de médicos o de proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico.
- Terapias físicas, ocupacionales y del habla.
- Servicios de podología (atención de los pies).
- Servicios prenatales y maternos.
- Medicamentos recetados. Consulte la **sección 7** de este manual para obtener más información sobre los servicios de farmacia.
- Servicios de enfermería privada (a través de EPSDT) para menores de 21 años.
- Prueba del antígeno prostático específico (PSA) y examen de tacto rectal.
- Dispositivos prostéticos, que incluyen brazos, piernas y sus accesorios de soporte, prótesis mamarias y prótesis oculares.
- Servicios psiquiátricos o psicológicos.

- Servicios radiológicos.
- Cirugía mamaria reconstructiva.
- Servicios de diálisis renal (riñón).
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y ambulatorios (que abarcan fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y servicios de audiolología).
- Servicios de segunda opinión de un proveedor de atención de la salud calificado dentro de la red, o nosotros haremos los arreglos para que obtenga uno sin costo fuera de la red. El médico que proporcione la segunda opinión no debe pertenecer al mismo consultorio que el primer médico. Las referencias fuera de la red pueden aprobarse cuando no se puede acceder a un proveedor participante o cuando ningún proveedor participante puede satisfacer sus necesidades individuales.
- Servicios de cirugía cuando sean médicamente necesarios y aprobados por nosotros.
- Servicio de telemedicina.
- Órdenes de detención temporal (TDO).
- Servicios para dejar de fumar.
- Servicios de transporte, incluidos los servicios de emergencia y no emergencia (transporte aéreo, ambulancia terrestre, camionetas con camilla, vehículos para silla de ruedas, autobuses públicos, conductores voluntarios/registrados, taxis). También proporcionaremos el transporte hasta/desde la mayoría de los servicios excluidos. Más adelante, en esta sección del manual, se brinda información adicional acerca de los servicios de transporte.
- Servicios de la vista.
- Visitas de bienestar y chequeos.
- Servicios de aborto: la cobertura solo estará disponible en los casos en que exista un peligro sustancial para la vida de la madre.

Beneficios adicionales incluidos en el plan Anthem HealthKeepers Plus

Como miembro de nuestro plan, usted tiene acceso a servicios que generalmente no están cubiertos a través del sistema de tarifa por servicio de Medicaid. Estos servicios se conocen como “beneficios mejorados”. Proporcionamos los siguientes beneficios mejorados:

- Cuidado dental para adultos: una limpieza, un examen y una serie de radiografía de aleta de mordida por año.
- Teléfono inteligente con 350 minutos mensuales, datos y mensajes de texto ilimitados. También recibe llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros.

- Transporte para comprar víveres: obtenga más información al final de esta sección, en “Servicios de transporte cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus”.
- Entrega de comidas en su casa después del alta del hospital o centro de enfermería.
- Ayuda con GED (cupón para el examen de un valor de hasta \$120).
- Exámenes físicos de aptitud deportiva para niños.
- Membresías de Boys & Girls Club para niños (donde estén disponibles).
- Programa Books for Babies: obtenga hasta tres libros para niños sin costo entregados directamente a su casa si su bebé tiene menos de 24 meses.
- Cupones de Weight Watchers® de un valor de \$120 o 13 semanas de tarifas de membresía y 14 semanas de cupones de herramientas electrónicas*.
- Folleto con cupones con más de \$1,000 de ahorro en tiendas locales.
- Tarjeta de regalo de Walmart por un valor de \$20 por someterse a una prueba de detección o a una evaluación de la salud.
- Tarjeta de regalo de Walmart o Kohl's por un valor de \$25 para estudiantes de secundaria o universitarios que obtengan calificaciones de A o B.
- Programa de entrenamiento físico: acceso a información en línea, entrenamiento y clases de ejercicio. Para obtener más información, visite **www.choosehealthy.com/fitnesscoachanthem**.
- Aplicación móvil: encuentre fácilmente los detalles del plan médico donde sea que esté, busque médicos del plan cercanos, llame a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) y obtenga mucho más desde la aplicación. Incluso puede ver su tarjeta de identificación.
- Community Resource Link: busque eventos de la comunidad, trabajo y más con esta fantástica herramienta en línea.
- Catálogo de artículos básicos para bebés: seleccione hasta dos artículos esenciales para bebés de un catálogo personalizado, como pañales, cochecito plegable o silla alta para bebé, por realizar una visita prenatal o posparto.
- Catálogo de artículos para el alivio del asma y el EPOC: seleccione hasta \$100 por año en productos para el asma y el alivio de las alergias de un catálogo. Las opciones incluyen filtros de aire, ropa de cama hipoalérgica y más.

* Los cupones de Weight Watchers® son para un programa sin cargo de 13 semanas con Weight Watchers®. Para poder utilizar el cupón, se debe crear una cuenta de Weight Watchers®. Es posible que Weight Watchers® cobre tarifas mensuales de membresía después de la finalización del curso de 13 semanas, a menos que se cancele la cuenta antes de que finalicen las 13 semanas.

Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. Estamos a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Nuestro programa Healthy Rewards

Nuestro programa Healthy Rewards lo premia por tomar buenas decisiones en torno a su salud. Puede ganar hasta \$25 por realizar actividades, como chequeos de bienestar, pruebas de detección de diabetes, mamografías o reposición de sus medicamentos.

Puede usar el dinero de Healthy Rewards en tiendas cercanas para comprar diversos artículos aprobados que necesite para conservar la salud. Revise la lista a continuación y vea qué actividades saludables puede hacer:

Actividades saludables	Quién es elegible	Recompensa	Límite
Prueba de detección del cáncer de mama	Miembros de 50 a 74 años	\$25	Una vez cada 24 meses
Prueba de detección del cáncer de cuello del útero	Miembros de 21 a 64 años	\$10	Una vez cada 36 meses
Prueba de detección de clamidia	Miembros de 16 a 24 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Combinación de 3 vacunas infantiles	Miembros de hasta 2 años	\$15	Una vez cada 12 meses
Vacunas en adolescentes	Miembros de 10 a 13 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Prueba de detección de plomo	Miembros de hasta 2 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Visita de bienestar para adolescentes	Miembros de 12 a 21 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	Miembros de 9 a 13 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Visita de control médico pediátrico	Miembros de 15 meses a 11 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Reposición de medicamento para la presión arterial alta	Miembros de 18 a 85 años	\$10	Tres veces cada 12 meses

Actividades saludables	Quién es elegible	Recompensa	Límite
Análisis de A1c para diabéticos	Miembros de 18 a 75 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Examen de la vista para diabéticos	Miembros de 18 a 75 años	\$25	Una vez cada 12 meses
Examen de nefropatía diabética	Miembros de 18 a 75 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Visitas de bienestar para adultos	Miembros de 18 a 74 años	\$10	Dos veces cada 12 meses
Vacuna contra la gripe	Miembros de 18 a 64 años	\$10	Una vez cada 12 meses

Para obtener más información sobre el programa Healthy Rewards y para inscribirse en él, llame al 1-877-868-2004 (TTY 711) o visítenos en línea en **mss.anthem.com/healthyrewards**. Para ganar recompensas, debe inscribirse en el programa antes de realizar las actividades saludables.

¿Qué son los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)?

El Examen de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) es una ley federal (42 CFR § 441.50 *et seq*) que requiere que los programas estatales de Medicaid garanticen que los problemas de salud de las personas menores de 21 años se diagnostiquen y traten lo más temprano posible, antes de que el problema empeore y que el tratamiento se vuelva más complejo y costoso.

EPSDT fomenta la evaluación universal y temprana de las necesidades de atención de la salud en niños a través de pruebas de detección periódicas y servicios de diagnóstico y tratamiento dentales, auditivos y para la vista. Los encargados de realizar las pruebas de detección de EPSDT son médicos y enfermeros practicantes certificados. Estas pruebas pueden llevarse a cabo en los siguientes casos:

- Prueba de detección/chequeos de control médico pediátrico (EPSDT/pruebas de detección periódicas): chequeos que se realizan a intervalos regulares.
- Visitas por enfermedad (EPSDT/pruebas de detección interperiódicas): chequeos no programados o evaluación centrada en un problema que puede producirse en cualquier momento como consecuencia de una enfermedad del niño o un cambio en la afección.

También cubrimos cualquier y todos los servicios identificados como necesarios para corregir o mejorar cualquier defecto o afección identificados. La cobertura está disponible conforme a EPSDT para servicios incluso si estos no están disponibles en el plan Medicaid del estado para el resto de la población de Medicaid. Todos los servicios de tratamiento requieren una autorización de servicio (antes de que el proveedor preste el servicio).

Cómo tener acceso a la cobertura del servicio EPSDT

El plan Anthem HealthKeepers Plus proporciona la mayoría de los servicios cubiertos de EPSDT de Medicaid. Estos servicios requieren una autorización previa de su médico. Sin embargo, algunos servicios de EPSDT, como la atención dental pediátrica, no están cubiertos. Puede obtener los servicios que no cubrimos a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid. En la **sección 11** de este manual, se proporciona información adicional.

Cómo tener acceso a la cobertura del servicio de intervención temprana

Si tiene un bebé menor de tres años y cree que no está aprendiendo ni desarrollándose como otros bebés y niños pequeños, su hijo puede reunir los requisitos para tener acceso a los servicios de intervención temprana. Estos incluyen servicios diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de un bebé o niño pequeño con una discapacidad en una o más de las siguientes áreas: física, cognitiva, de comunicación, social o emocional, o en el desarrollo adaptativo. Los servicios incluyen terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional. El primer paso consiste en reunirse en su comunidad con el Programa de conexión de bebés y niños pequeños (Infant and Toddler Connection), para ver si su hijo es elegible para obtener el beneficio. Los niños desde el nacimiento hasta los tres años son elegibles si tienen (i) un retraso del 25% en una o más áreas de desarrollo; (ii) desarrollo atípico; o bien, (iii) una afección física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de provocar un retraso en el desarrollo.

Para obtener más información, llame a su coordinador de la atención para que lo ayude. Si su hijo está inscrito en el plan Anthem HealthKeepers Plus, le proporcionamos cobertura para los servicios de intervención temprana. Si la familia solicita ayuda con el transporte y la programación para recibir servicios de intervención temprana, nosotros brindamos ese tipo de ayuda.

El coordinador de la atención trabajará en estrecha colaboración con usted y con el programa Infant and Toddler Connection para ayudarlo a acceder a estos servicios y a cualquier otro servicio que su hijo pueda necesitar. También hay información disponible en **www.infantva.org** o llamando al 1-800-234-1448.

Asistencia de adopción y tutela temporal

Podemos brindarles a las personas que están en tutela temporal o que reciben asistencia de adopción ayuda para referencias a proveedores, planificación de la transición (para jóvenes que están por dejar el sistema de tutela temporal) y coordinación de la atención. De hecho, tenemos un equipo de manejo de casos que se especializa en estos servicios y en trabajar con departamentos locales de servicios sociales para ayudar a usar servicios de atención médica y/o de salud del comportamiento, así como otros recursos.

Para obtener más información sobre estos recursos, llame a nuestro **Equipo de manejo de casos de tutela temporal al 1-844-533-1994, ext. 106-125-5019.**

Cómo tener acceso a servicios de salud materno infantil

Con su cobertura de atención de la salud de Medicaid o FAMIS MOMS, usted puede obtener servicios sin costo para ayudarla a que tenga un embarazo saludable y un bebé sano. Medicaid y FAMIS MOMS pagan su atención prenatal y el parto de su bebé. Obtener atención médica de manera temprana en su embarazo es muy importante.

Tenemos programas para mujeres embarazadas que incluyen lo siguiente:

- Servicios relacionados con el embarazo y de postparto.
- Programas prenatales y para bebés.
- Servicios para tratar cualquier condición médica que pueda complicar el embarazo.
- Consultas sobre lactancia y sacaleches.
- Servicios para dejar de fumar.
- Prueba de detección de depresión posparto.

Programa New Baby, New LifeSM de Anthem HealthKeepers Plus

Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM) es un programa que cubre a las miembros embarazadas. Es muy importante que visite a su proveedor de atención primaria (PCP) o ginecólogo obstetra para recibir atención si está embarazada. Este tipo de atención se denomina atención prenatal y puede ayudarla a tener un bebé sano. Siempre es importante la atención prenatal, aunque ya haya tenido un bebé. Nuestro programa también ayuda a miembros durante el embarazo con necesidades complejas de atención de la salud. Un enfermero coordinador de la atención trabaja estrechamente con las miembros embarazadas para brindarles lo siguiente:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico.
- Información sobre servicios y recursos en la comunidad, como transporte, el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), lactancia materna y asesoramiento.

Su administrador de casos también trabajará con sus médicos y le brindará ayuda con otros servicios que pueda necesitar. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

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.
- Si necesita ayuda para elegir un ginecólogo obstetra de la red de Anthem HealthKeepers Plus, llame a Servicios para Miembros.

También debe llamar a Servicios para Miembros cuando se entere de que está embarazada.

Su paquete educación sobre el embarazo

Le enviaremos un paquete de educación sobre el embarazo. Incluirá lo siguiente:

- Una carta de felicitaciones.
- Un libro de cuidado personal con información sobre su embarazo; también puede usarlo para anotar cosas que le sucedan durante el embarazo.
- El folleto *Having a Healthy Baby* (Tener un bebé sano) con recursos útiles.

Conozca My Advocate™

Queremos brindarle la mejor atención durante el embarazo. Por ese motivo, también será parte de My Advocate™, que es parte de nuestro programa New Baby, New LifeSM.

My Advocate™ le brinda la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo.

My Advocate™ proporciona educación útil y divertida sobre salud maternal por teléfono, mensajes de texto y aplicación para teléfono inteligente. 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 lo siguiente:

- Información útil.
- Comunicación con su administrador de casos mediante los mensajes por My Advocate™ en caso de que surjan preguntas o problemas.
- Un sencillo programa de comunicación.
- Todo sin costo alguno para usted.

Con My Advocate™, se conserva la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que Mary Beth llame, le preguntará su año de nacimiento. Proporciónese este dato ya que lo necesita para asegurarse de hablar con la persona correcta.

Las llamadas de My Advocate™ dan respuesta a sus preguntas y apoyo médico si lo necesita. Se hará una llamada importante que funcionará como examen médico de diagnóstico, a la que seguirán otras llamadas informativas continuas. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas por teléfono.* Si nos cuenta que tiene algún problema, un administrador de casos la llamará.

Los temas que trata My Advocate™ incluyen los siguientes:

- Atención durante el embarazo y el posparto.
- Controles de salud para niños.
- Atención dental.
- Vacunas.
- Consejos para una vida sana.

* Posibles cargos por teléfono o mensajes de texto.

Durante su embarazo

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 darle el número de teléfono del programa WIC más cercano.

Durante el embarazo, debe visitar a su PCP o al ginecólogo obstetra en estas ocasiones como mínimo:

- 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 indiquen visitas más frecuentes en función de sus necesidades de salud.

Cuando nazca su bebé

Cuando dé a luz a su bebé, usted y el bebé podrán quedarse en el hospital al menos este tiempo:

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

Pueden quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor de atención del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en su casa en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé

Después de tener a su bebé, usted debe hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para Miembros apenas pueda para informarle a su administrador de casos que tuvo un bebé. Necesitaremos información sobre su bebé.
- Llamar y presentar una solicitud para Medicaid para su bebé.

Le enviaremos un paquete de educación posparto después de que haya tenido a su bebé. Incluirá lo siguiente:

- Una carta de felicitaciones.
- Un libro de cuidado personal con información sobre la atención del recién nacido.
- Un folleto sobre la depresión posparto.
- El folleto *Making a Family Life Plan* (Cómo elaborar un plan de vida familiar).

Si usted está inscrita en My Advocate™ y recibió llamadas educativas durante el embarazo, ahora recibirá llamadas sobre educación posparto y de niño sano hasta 12 semanas después del parto.

Es importante que programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra después de tener al bebé, para recibir 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.

- Debería efectuar la visita entre 21 y 56 días después del parto.
- Si tuvo una cesárea, su PCP o ginecólogo obstetra pueden pedirle que vuelva para hacer un chequeo posquirúrgico una o dos semanas después del parto. Este no se considera un chequeo posparto. Aun así, deberá volver a consultar al proveedor dentro de los 21 a 56 días después del parto para hacer el chequeo de posparto.
- También es probable que alguien de nuestro equipo de contacto posparto la llame para ver cómo le va. El equipo puede ayudarle a programar su visita posparto de 21 a 56 días después de tener a su bebé. El equipo también puede llamar con recordatorios.

Inscripción para recién nacidos

Una vez que tenga a su bebé, deberá informar el nacimiento de su hijo lo antes posible para inscribirlo en Medicaid. Puede hacerlo de alguna de las siguientes maneras:

- Comuníquese con el centro de llamadas de Cover Virginia al 1-855-242-8282 para informar el nacimiento de su hijo telefónicamente.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local para informar el nacimiento de su hijo.

Se le pedirá que proporcione la siguiente información acerca de usted y su hijo:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Raza
- Sexo
- Nombre y número de identificación de Medicaid de la madre

Cómo tener acceso a los servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar incluyen los servicios, dispositivos, medicamentos (como la anticoncepción reversible de acción prolongada) y suministros para postergar o evitar el embarazo. Usted es libre de elegir su método de planificación familiar, incluso a través de proveedores pertenecientes o no a nuestra red.

Cómo tener acceso a los servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento ofrecen una amplia variedad de opciones de tratamiento para personas con trastornos de salud mental o de abuso de sustancias. Muchas personas, en algún momento de su vida, padecen enfermedades de salud mental, como depresión, ansiedad u otros problemas de salud mental, así como trastornos por abuso de sustancias.

Estos servicios de salud del comportamiento tienen como objetivo ayudar a las personas a vivir en la comunidad y a mantener un estilo de vida lo más independiente y satisfactorio posible. Los servicios abarcan desde asesoramiento para pacientes ambulatorios hasta atención hospitalaria, incluidos los tratamientos diurnos y los servicios para momentos de crisis. Estos servicios se pueden proporcionar en su casa o en la comunidad, por un periodo corto o largo, y todos están a cargo de personas y organizaciones calificadas.

Algunos servicios de salud del comportamiento están cubiertos a través de Magellan, el administrador de servicios de salud del comportamiento (BHSA) del DMAS. Nuestro equipo de Servicios para Miembros puede ayudar a coordinar los servicios que necesita, incluidos los que se brindan a través del BHSA.

Si necesita servicios de salud del comportamiento, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página. Estamos aquí para ayudarlo a obtener los servicios y los proveedores que necesita.

Algunos servicios, como los siguientes, pueden requerir una autorización previa (aprobación previa):

- Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados.
- Cualquier prueba psicológica que demore más de cuatro horas.
- Todas las pruebas neuropsicopáticas.

Cómo tener acceso a los servicios para el tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS)

Ofrecemos una variedad de servicios que ayudan a las personas que intentan alejarse del consumo de sustancias, incluidas las drogas y el alcohol. La adicción es una enfermedad médica, como la diabetes, que afecta a muchas personas y de cuyo tratamiento pueden obtener beneficios, independientemente de lo grave que parezca el problema.

Si necesita tratamiento para una adicción, brindamos cobertura para los servicios que pueden ayudarlo. Estos servicios incluyen entornos para el tratamiento de pacientes hospitalizados, ambulatorios, residenciales y en la comunidad. Las opciones de tratamiento asistido por medicamentos también están disponibles si tiene problemas con el uso de medicamentos con o sin receta.

Entre otras opciones útiles, se encuentran los servicios de pares (alguien que ha experimentado problemas similares), así como servicios de manejo de casos. Comuníquese con su PCP o llame a su administrador de casos para determinar la mejor opción y cómo obtener ayuda con los servicios de tratamiento de adicción y recuperación. Para encontrar un proveedor de ARTS, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, llamar a su administrador de casos o comunicarse con Servicios para Miembros a uno de los números que aparecen a continuación.

Para obtener servicios de ARTS, hable con su proveedor directamente o llámenos al número de Servicios para Miembros que figura en la parte inferior de esta página. Algunos servicios del programa de ARTS requieren una aprobación previa, incluidos los siguientes:

- Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios (IOP) por abuso de sustancias.
- Servicios de apoyo entre pares relacionados con el abuso de sustancias.
- Servicios de desintoxicación por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.
- Servicios relacionados con el abuso de Suboxone y otras sustancias.

Servicios de transporte cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus

Cubrimos servicios de transporte que no son de emergencia para servicios cubiertos, servicios excluidos (carved out) y beneficios mejorados. Contratamos a **Access2Care** para ayudarlo a llegar adonde tenga que ir. Se puede proporcionar transporte si no tiene otro medio de transporte y necesita ir a un médico o a un centro de atención médica para recibir un servicio cubierto.

Para acudir a las citas médicas urgentes o que no sean de emergencia, llame al **1-877-892-3988 (TTY 711)** para reservar el traslado. Si tiene problemas para conseguir un transporte que lo lleve a sus citas, llame a **Access2Care** al **1-877-892-3988 (TTY 711)** o a Servicios para Miembros al número que aparece a continuación.

En caso de una emergencia que ponga en riesgo su vida, **llame al 911**.

Consulte “Cómo recibir atención en casos de emergencia” en la **sección 5** de este manual.

Ofrecemos traslados ilimitados a citas con el médico y a la farmacia para recoger medicamentos para los miembros de Medallion Medicaid, pero los traslados que no son de emergencia **NO** son un beneficio en este momento para los miembros de FAMIS.

Cómo programar el transporte

Para programar el transporte, simplemente siga estos pasos:

1. Llame a Access2Care **con dos días hábiles de anticipación** a la fecha en que necesita el transporte al 1-877-892-3988 (TTY 711). Cuando llame, tenga listo su número de identificación del miembro, la dirección y la fecha y hora de su cita. Recuerde anotar su número de confirmación por si luego lo necesita.
2. Infórmeles si tiene alguna necesidad especial de transporte.
3. Anticípese y programe el traslado de vuelta si sabe cuándo terminará su cita. Lo buscarán en un plazo de hasta una hora. Si no sabe cuánto durará su cita, simplemente llame a Access2Care cuando termine.

Si no puede coordinar el traslado o tiene un reclamo, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-800-901-0020 (TTY 711).

Como beneficio adicional para nuestros miembros de Medallion Medicaid y FAMIS, ofrecemos traslados sin fines médicos; lo llevamos a tiendas de alimentos y mercados de agricultores.*

* Los menores de 17 años deben ir acompañados de un padre o tutor.

Estos traslados están disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 5 p.m.

Cubrimos hasta 12 viajes de ida y vuelta* por año o tres traslados cada tres meses.

Un viaje de ida y vuelta está clasificado como un viaje de recogida y un viaje al lugar de destino que no excedan las 30 millas en zonas urbanas y 60 millas en zonas rurales.

Reembolso de millas

Le reembolsaremos a usted o a su cuidador si se usa un vehículo personal para traslados médicos o sin fines médicos. Para recibir un reembolso de millas, llame a Access2Care con dos días hábiles de anticipación a la fecha de su cita. Recibirá el formulario de reembolso por correo o fax y su proveedor debe firmarlo para verificar la cita.

Para necesidades de transporte recurrentes

Si necesita traslados recurrentes para recibir servicios de diálisis críticos, tratamiento por abuso de sustancias y atención diurna para adultos, sus proveedores deben comunicarse con Access2Care y pedirles que completen un formulario que se aprobará para tres meses por vez.

* Un viaje de ida y vuelta consiste en dos viajes (uno de recogida y uno de destino por viaje). Lo recogeremos, lo trasladaremos al destino y lo llevaremos de regreso al lugar de partida. En áreas urbanas, un viaje de ida y vuelta no puede superar las 30 millas. En áreas rurales, un viaje de ida y vuelta no puede superar las 60 millas.

Para obtener más información, visite **www.anthem.com/vamedicaid**.

9. Servicios no cubiertos

Los siguientes servicios no están cubiertos por Medicaid ni por el plan Anthem HealthKeepers Plus. Si recibe alguno de los siguientes servicios no cubiertos, será responsable de pagar el costo de estos servicios.

- Acupuntura
- Gastos administrativos, tal como llenado de formularios y copia de registros
- Inseminación artificial, fertilización in vitro u otros servicios para promover la fertilidad
- Suicidio asistido
- Ciertos medicamentos cuya eficacia no se haya probado
- Ciertos procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico experimentales
- Servicios de quiropráctica
- Enfermería de la Ciencia Cristiana
- Tratamiento o cirugía cosmética
- Atención diurna, inclusive los servicios de atención para personas mayores (excepto en algunas exenciones de servicios basados en el hogar o en la comunidad)
- Dentaduras postizas para miembros de 21 años o mayores
- Medicamentos recetados para tratar la pérdida de cabello o para aclarar la piel
- Abortos electivos
- Medicamentos para la disfunción eréctil
- Procedimientos experimentales o de investigación
- Anteojos y su reparación para miembros que tienen 21 años o más
- Vacunas si tiene 21 años o más (excepto contra la gripe y la neumonía para las personas en riesgo y según lo autoricemos)
- Atención médica que no son servicios de emergencia, servicios urgentes ni servicios de planificación familiar, recibidos de proveedores fuera de la red, a menos que los autoricemos
- Servicios prestados mientras se encuentra en prisión
- Programas clínicos para perder peso, a menos que estén autorizados
- Atención fuera de los Estados Unidos

Si recibe servicios no cubiertos

Cubrimos sus servicios cuando está inscripto en nuestro plan y se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios se encuentran mencionados en “Beneficios cubiertos a través del plan Anthem HealthKeepers Plus” en la **sección 8** de este manual.
- Recibe los servicios siguiendo las normas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o a través del DMAS, usted debe pagar el costo total. Si no está seguro y quiere saber si pagaremos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. Puede comunicarse con Servicios para Miembros o con su coordinador de la atención para averiguar más acerca de los servicios y cómo obtenerlos. También tiene derecho a preguntar por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión. La **sección 12** incluye instrucciones sobre cómo apelar nuestras decisiones de cobertura. También puede llamar a Servicios para Miembros para saber más acerca de sus derechos a apelar o para obtener ayuda para presentar una apelación.

10. Servicios cubiertos a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid

El DMAS le proporcionará cobertura para cualquiera de los servicios que se enumeran a continuación. Estos servicios se denominan “servicios excluidos (carved out)”. Usted permanece en el plan Anthem HealthKeepers Plus cuando recibe estos servicios. El proveedor factura estos servicios al programa de tarifa por servicio de Medicaid (o a un contratista).

Servicios excluidos

➤ Los servicios dentales brindados a través del programa Smiles For Children

El estado se ha asociado con DentaQuest para coordinar la prestación de todos los servicios dentales de Medicaid. El programa se llama Smiles For Children y proporciona cobertura a las siguientes poblaciones y para los siguientes servicios:

- Para niños menores de 21 años: procedimientos de diagnóstico, prevención, restauración/quirúrgicos, así como servicios de ortodoncia.
- Para mujeres embarazadas: radiografías y exámenes, limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, tratamiento relacionado con las encías, coronas, puentes, prótesis parciales, dentaduras postizas, extracciones y otras cirugías orales, y otros servicios generales correspondientes. El tratamiento de ortodoncia no está incluido. La cobertura dental termina 60 días a partir del nacimiento del bebé.
- En el caso de los adultos de 21 años o más, la cobertura solo está disponible para servicios limitados de cirugía maxilofacial que sean médicamente necesarios. Los servicios dentales de rutina están cubiertos para los adultos de entre 21 y 64 años como un beneficio adicional del plan Anthem HealthKeepers Plus.

Si tiene preguntas sobre su cobertura dental a través de Smiles For Children, comuníquese con Servicios para Miembros de DentaQuest al 1-888-912-3456, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. El número de TTY/TDD es 1-800-466-7566. Se ofrece información adicional sobre el programa Smiles For Children en https://www.coverva.org/programs_smiles.cfm.

Proporcionamos cobertura para transporte que no sea de emergencia para cualquier servicio dental cubierto a través de Smiles For Children, como se describió anteriormente. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al número que figura abajo.

- Servicios de salud escolar que incluyen ciertos servicios de terapias médicas, de salud mental, de la audición o de rehabilitación gestionados por la escuela de su hijo. La ley les exige a las escuelas que proporcionen a los estudiantes con discapacidad una educación pública adecuada y gratuita, que incluye educación especial y servicios relacionados de acuerdo con el programa educativo individualizado (IEP). Si bien las escuelas son financieramente responsables de los servicios de educación, en el caso de un estudiante elegible para Medicaid, parte de los costos de los servicios identificados en el IEP del estudiante puede estar cubierta por Medicaid. Cuando están cubiertos por Medicaid, el DMAS paga los servicios de salud escolar. Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud escolar.

Servicios que finalizarán su inscripción

Si recibe alguno de los servicios que figuran a continuación, su inscripción al plan Anthem HealthKeepers Plus terminará y obtendrá servicios del programa de tarifa por servicio de Medicaid, siempre que siga siendo elegible para Medicaid.

- Usted obtiene la atención en ciertos centros, incluidos los siguientes:
 - Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.
 - Centros de tratamiento psiquiátrico residencial de nivel C (menores de 21 años).
 - Centros de enfermería.
 - Centros de atención a largo plazo.
 - Hospitales para internaciones largas.
 - Centros médicos estatales de Piedmont, Catawba o Hancock operados por DBHDS.
 - Centros de enfermería operados por la Administración de Asuntos de Veteranos.
- Usted obtiene atención a través de ciertos programas, incluidos los siguientes:
 - Programa Spend down.
 - Programas federales de exención de cobertura de Medicaid para el hogar y para la comunidad.
 - Programa Commonwealth Coordinated Care (CCC) Plus.
 - Birth Injury Fund.
 - Beneficio Plan First.
 - Governor's Access Plan (GAP).
 - FAMIS Select.
 - Beneficio del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).
- Usted recibe ciertos servicios, como atención para enfermos terminales.

- Su estado cambia, por los siguientes motivos:
 - Usted es doblemente elegible y está inscripto en Medicaid y Medicare.
 - Usted no es un estudiante y vive de forma permanente fuera de nuestra área de servicio durante más de sesenta (60) días consecutivos (a menos que sea trasladado allí para recibir servicios médicamente necesarios).
 - Usted está internado en un hospital en el momento programado para la inscripción o tiene programada una hospitalización o cirugía dentro de los treinta (30) días calendario de la fecha de la inscripción. Usted permanecerá excluido hasta el primer día del mes siguiente al alta. (Esta limitación no se aplica a los recién nacidos, a menos que haya una interrupción de la cobertura).
 - Su periodo de elegibilidad es menor de tres (3) meses o solo es retroactivo.
- Usted solicita la exclusión por alguno de los siguientes motivos:
 - Usted nos fue asignado, pero su médico le dio una esperanza de vida de seis (6) meses o menos.
 - Usted está en su tercer trimestre de embarazo, pide la exclusión para el día 15 del mes en el que se inscribió con nosotros y su proveedor de obstetricia no participa con ninguna de las organizaciones de atención administrada (MCO) contratadas por el estado.

11. Procedimiento de autorización de servicios

Explicación de las autorizaciones de servicios

Hay algunos tratamientos, servicios y medicamentos que necesitan aprobación para que pueda recibirlos o para que pueda seguir recibéndolos. Esto se denomina autorización de servicios. Su médico solicita las autorizaciones de servicios.

Una autorización de servicios ayuda a determinar si ciertos servicios o procedimientos son médicamente necesarios y si están cubiertos por el plan. Las decisiones se basan en lo que es correcto para cada miembro y en el tipo de atención y los servicios que se necesitan.

Consultamos los estándares de atención basándonos en lo siguiente:

- Políticas médicas.
- Pautas clínicas nacionales.
- Pautas de Medicaid.
- Sus beneficios de salud.

No recompensamos a los empleados, consultores ni a otros proveedores con los siguientes fines:

- Denegar atención o servicios que usted necesite.
- Apoyar decisiones que aprueben menos de lo que usted necesite.
- Decir que usted no tiene cobertura.

No se requiere autorización de servicios para recibir servicios de intervención temprana, atención de emergencia, servicios de planificación familiar (incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada), servicios preventivos ni atención prenatal básica.

Los siguientes tratamientos y servicios deben autorizarse antes de que pueda obtenerlos:

- Servicios para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud del comportamiento
- Trasplantes
- Servicios fuera de la red
- Servicios para pacientes hospitalizados

Para obtener más información sobre cómo solicitar aprobación para estos tratamientos o servicios, puede comunicarse con Servicios para Miembros al número que figura a continuación o puede llamar a su coordinador de la atención. Si no está seguro si un servicio que necesita requiere autorización o no, pídale a su médico o proveedor que lo verifique por usted.

Autorización de servicios y transición de la atención

Si es nuevo en el plan Anthem HealthKeepers Plus, aceptaremos cualquier aprobación de autorización de servicios realizada por el Department of Medical Assistance Services u otorgada por otro plan durante un máximo de 30 días (o hasta que la autorización termine, si esto sucede antes de los 30 días).

Cómo presentar una solicitud de autorización de servicios

Generalmente, su proveedor presentará una solicitud de autorización de servicios, pero si desea presentarla usted mismo, comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

¿Qué sucede después de presentar una solicitud de autorización de servicios?

Tenemos un equipo de revisión para asegurarnos de que usted reciba servicios médicamente necesarios. El equipo de revisión está formado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacerlo, comparan su plan de tratamiento con estándares aceptables de la práctica médica. Los estándares que usamos para determinar lo que es médicamente necesario no pueden ser más restrictivos que los que usa el Department of Medical Assistance Services (DMAS).

Cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por un monto menor que el solicitado se denomina determinación (decisión) adversa de beneficios. Un profesional de la atención de la salud calificado se encargará de tomar estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión estará a cargo de un profesional médico o de la salud del comportamiento, que puede ser un médico u otro profesional de la atención de la salud que, generalmente, proporciona la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados criterios de revisión clínica, que se usan para tomar las decisiones en cuanto a las acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos en un proceso de revisión estándar o acelerado (rápido). Usted o su médico puede solicitar una revisión acelerada si cree que una demora causará un daño serio a su salud. Si se niega su solicitud de revisión acelerada, se lo informaremos y su caso se tratará con el proceso de revisión estándar.

Plazos de revisión de las autorizaciones de servicios

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su condición médica lo requiera, pero esto no demorará más de lo que se menciona a continuación.

Servicios de salud física	Plazos de revisión de las autorizaciones de servicios
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (proceso de revisión estándar o acelerada)	En un plazo de un día hábil si tenemos toda la información que necesitamos o hasta 3 días hábiles más si necesitamos información adicional, o tan pronto como su afección lo requiera.
Servicios para pacientes ambulatorios (proceso de revisión estándar)	En un plazo de 14 días hábiles si tenemos toda la información que necesitamos o hasta 14 días hábiles más si necesitamos información adicional.
Servicios para pacientes ambulatorios (proceso de revisión acelerada)	En un plazo de 72 horas desde que recibimos su solicitud o tan pronto como su afección lo requiera.

Servicios de salud del comportamiento	Plazos de revisión de las autorizaciones de servicios
Paciente hospitalizado (revisión estándar)	En un plazo de un día hábil si tenemos toda la información que necesitamos o hasta 3 días hábiles más si necesitamos información adicional, o tan pronto como su afección lo requiera.
Paciente ambulatorio (revisión estándar)	En un plazo de 14 días hábiles si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 14 días hábiles más si necesitamos información adicional, o tan pronto como su afección lo requiera.

Servicios de farmacia	Plazos de revisión de las autorizaciones de servicios
Servicios de farmacia	Debemos informar las decisiones por teléfono u otro dispositivo de telecomunicación en un plazo de 24 horas.
Puede haber algún caso en el que su medicamento requiera una autorización de servicio, y el médico que emite su receta no puede brindarnos de inmediato información de autorización, por ejemplo, durante el fin de semana o en un día feriado. Si su farmacéutico cree que su salud podría verse comprometida sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia para 72 horas del medicamento recetado. Este proceso le brinda un suministro a corto plazo de los medicamentos que necesita y le da tiempo a su médico para enviar una solicitud de autorización para el medicamento recetado.	

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicios, haremos lo siguiente:

- Les escribiremos a usted y a su proveedor para informarles qué información necesitamos. Si su solicitud está en una revisión acelerada, lo llamaremos a usted o a su proveedor de inmediato y después enviaremos una notificación escrita.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos una decisión no más de 14 días después del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitar que demoremos más en tomar una decisión. Esto puede suceder porque tiene más información para brindarnos para ayudar a decidir su caso. Esto puede hacerse llamando a nuestro equipo de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. Estamos a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. También puede enviar su información por fax al 1-800-964-3627.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud, usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo con nosotros. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo al Estado acerca de la forma en que manejamos su solicitud de autorización de servicios a través de la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273. También consulte “Su derecho a presentar un reclamo” en la sección 12 de este manual.

Determinación de beneficios

Le notificaremos nuestra decisión cuando nuestro tiempo para revisión se haya acabado. Si por alguna razón usted no tiene noticias nuestras para ese momento, esto significa que denegamos su solicitud de autorización de servicios. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. También consulte “Su derecho a apelar” en la sección 12 de este manual.

Si se niega su solicitud, se lo informaremos por escrito a usted y a su proveedor. También se considera denegación cuando la solicitud se aprueba por un monto menor que el monto solicitado. También le diremos la razón por la cual tomamos la decisión y el nombre, la dirección y el teléfono de contacto de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Explicaremos las opciones de apelación con las que cuenta si no está de acuerdo con nuestra decisión. También consulte “Su derecho a apelar” en la sección 12 de este manual.

Continuación de la atención

En la mayoría de los casos, si tomamos una determinación de beneficios para reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hemos aprobado y que está recibiendo, debemos notificarlo al menos 10 días antes de realizar cualquier modificación al servicio.

Revisión posterior al pago

Si revisamos atención o servicios que usted recibió en el pasado, hacemos una revisión posterior al pago al proveedor. Si negamos el pago a un proveedor por un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que el pago se niega. No tendrá que pagar ninguna atención recibida cubierta por el plan, incluso si posteriormente negamos el pago al proveedor.

12. Apelaciones, audiencias imparciales estatales y reclamos (quejas)

Su derecho a apelar

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios que hayamos tomado con la que esté en desacuerdo y que se relacione con la cobertura o el pago de los servicios. Por ejemplo, usted puede apelar si el plan Anthem HealthKeepers Plus niega lo siguiente:

- Una solicitud de un servicio de atención de la salud, suministro, artículo o medicamento que considera debe poder obtener.
- Una solicitud de pago de un servicio de atención de la salud, suministro, artículo o medicamento que negamos.

También puede apelar si dejamos de proporcionar o de pagar la totalidad o parte de un servicio o un medicamento que recibe y que considera sigue necesitando.

Representante autorizado

Es posible que desee autorizar a alguien de su confianza para que presente una apelación en su nombre. Esta persona se denomina representante autorizado. Usted debe informarnos el nombre del representante autorizado. Esto puede hacerse llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros a uno de los números de teléfono que figuran a continuación. Le proporcionaremos un formulario que debe completar y firmar para nombrar a su representante.

Determinación adversa de beneficios

Hay algunos tratamientos y servicios para los que debe obtener aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. El pedido de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicios. Este proceso se describió anteriormente en este manual. La decisión de denegar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por un monto menor que el solicitado se denomina determinación adversa de beneficios. Consulte “Autorización de servicios” y “Determinación de beneficios” en la **sección 11** de este manual.

Cómo presentar una apelación

Si no está satisfecho con una decisión que hayamos tomado sobre su solicitud de autorización de servicios, tiene 60 días calendario a partir de conocer esta decisión para presentar una apelación. Puede presentar la apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que lo haga por usted. Puede llamar a Servicios para Miembros a uno de los números que figuran a continuación si necesita ayuda para presentar una apelación, o si necesita ayuda en otro idioma o un formato alternativo. No lo trataremos injustamente por presentar una apelación.

Puede presentarla por teléfono o por escrito. Puede enviar la apelación como una solicitud de apelación estándar o como una solicitud de apelación acelerada (rápida).

Puede presentarla por teléfono o por escrito. Puede enviar la apelación como una solicitud de apelación estándar o como una solicitud de apelación acelerada (rápida).

Usted o su médico pueden solicitar que se revise la apelación con el proceso acelerado si creen que su condición médica o su necesidad del servicio requieren una revisión acelerada. El médico deberá explicar por qué la demora podría causar daños a su salud física o del comportamiento. Si su solicitud de apelación acelerada es denegada, se lo notificaremos y su apelación se revisará conforme el proceso estándar.

Envíe su solicitud de apelación a la siguiente dirección:

Grievance and Appeals Department
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-901-0020 (TTY 711).

Si envía su apelación estándar por teléfono, debe completarse por escrito.

Si presentó una apelación de proceso acelerado por teléfono, no es necesario que envíe una solicitud por escrito.

Continuación de los beneficios

En algunos casos, puede seguir recibiendo los servicios que denegamos mientras espera a que tomemos una decisión sobre su apelación. Puede continuar con los servicios que van a finalizar o a reducirse, si solicita una apelación en estos plazos:

- Dentro de los diez días a partir de haber sido notificado que su solicitud ha sido denegada o que la atención va a cambiar.
- Antes de la fecha en la que está previsto el cambio en los servicios.

Si su apelación vuelve a ser denegada, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio continuado que haya recibido si los servicios se proporcionaron únicamente por los requisitos descritos en esta sección.

Qué sucede después de que recibimos su apelación

En un plazo de **cinco** días, le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su apelación y que estamos trabajando en ella.

Las apelaciones acerca de cuestiones clínicas serán decididas por profesionales calificados de la atención de la salud que no tomaron la primera decisión y que tienen la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Antes de la apelación y durante ella, usted o su representante autorizado pueden ver el expediente del caso, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se use para tomar una decisión sobre su caso. Esta información está disponible sin costo para usted.

También puede proporcionar personalmente o por escrito la información que desea que se use para tomar la decisión sobre la apelación. Envíe su información a la siguiente dirección:

Grievance and Appeals Department
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Si no está seguro de qué información enviarnos, puede llamar a Servicios para Miembros a uno de los números que figuran a continuación.

Plazos de las apelaciones

Apelaciones estándares

Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días a partir de haber recibido su solicitud de apelación. Si necesitamos más información, se lo haremos saber en un plazo de dos días calendario a partir de haber recibido su apelación. Se enviará una notificación escrita de nuestra decisión en un plazo de **dos** días calendario a partir de que tomamos la decisión.

Apelaciones aceleradas

Si tenemos toda la información necesaria, las decisiones de apelación acelerada se tomarán en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación. Le enviaremos una notificación escrita e intentaremos notificarlo verbalmente dentro de este plazo. Si necesitamos documentación adicional o si una demora en informar la decisión lo beneficia, puede que el plazo se extienda hasta 14 días más.

Si necesitamos más información

Si no podemos tomar la decisión dentro de los plazos necesarios porque necesitamos más información, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le informaremos sobre la información que se necesita. Si su solicitud está en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y después enviaremos una notificación escrita.

- Le comunicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos la decisión **en un plazo máximo de 14 días adicionales** a partir de los plazos descritos más arriba.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitar que nos demoremos más para tomar una decisión. Esto puede suceder porque tiene más información para brindarnos para ayudar a decidir su caso. Esto se puede hacer por escrito a la siguiente dirección:

Grievance and Appeals Department
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

También puede llamarnos. Simplemente, llame al número de Servicios para Miembros que figura en la parte inferior de esta página. Estamos a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación, usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo ante nosotros. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo acerca de la forma en que manejamos su apelación ante el Estado a través de la Línea de ayuda al 1-800-643-2273.

Notificación escrita de la decisión sobre la apelación

Si no le comunicamos nuestra decisión sobre su apelación a tiempo, tiene derecho a apelar ante el Estado a través del proceso de audiencia imparcial estatal.

Una respuesta fuera de tiempo se considera una razón válida para presentar una apelación a través del proceso de audiencia imparcial estatal.

Les informaremos por escrito a usted y a su proveedor si su solicitud es denegada o aprobada en un monto inferior al solicitado. También le diremos la razón por la cual tomamos la decisión y el nombre, la dirección y el teléfono de contacto de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, le explicaremos su derecho a apelar a través del proceso de audiencia imparcial estatal.

Su derecho a una audiencia imparcial estatal

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, puede apelar directamente ante el DMAS. Este proceso se conoce como audiencia imparcial estatal. También puede presentar una solicitud para una audiencia imparcial estatal si denegamos el pago de servicios cubiertos o si no respondemos a una solicitud de apelación por servicios dentro de los tiempos descritos en este manual. El Estado requiere que primero agote (complete) nuestro proceso de apelación antes de que pueda presentar una solicitud de apelación a través del proceso de audiencia imparcial estatal. Si no respondemos su solicitud de apelación a tiempo, el DMAS tomará esto como una apelación agotada.

Solicitudes de revisión estándar o acelerada

Para las apelaciones presentadas ante el DMAS, generalmente tendrá una respuesta **dentro de los 90 días** a partir de la fecha en que presentó su apelación ante nosotros. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días que pasan entre la fecha en que tomamos nuestra decisión sobre su apelación y la fecha en que envió su solicitud de audiencia imparcial estatal al DMAS. Si desea que la audiencia imparcial estatal se tramite rápidamente, debe escribir “SOLICITUD ACELERADA” en su solicitud de apelación. También debe pedirle a su médico que envíe una carta al DMAS donde explique por qué necesita una apelación acelerada. El DMAS le dirá si reúne los requisitos para una apelación acelerada **dentro de las 72 horas** a partir de haber recibido la carta del médico.

Representante autorizado

Puede darle a su PCP, a su proveedor, a un amigo o a un familiar un permiso escrito para que lo ayude con la solicitud de audiencia imparcial estatal. Esta persona se denomina representante autorizado.

Adónde enviar la solicitud de audiencia imparcial estatal

Usted o su representante debe enviar la solicitud de apelación estándar o acelerada al DMAS por Internet, correo electrónico, fax o teléfono, en persona o a través de otro medio electrónico comúnmente disponible. Envíe las solicitudes de audiencia imparcial estatal al DMAS en el transcurso de los 120 días calendario posteriores a la fecha de nuestra decisión final. Es posible que pueda apelar después del plazo de 120 días en circunstancias especiales con permiso del DMAS.

Puede escribir una carta o completar un formulario de solicitud de apelación de Medicaid del estado de Virginia. El formulario está disponible en su Departamento de Servicios Sociales local o en Internet, en

http://www.dmas.virginia.gov/Content_atchs/forms/dmas-200.pdf. También debe enviar al DMAS una copia de la carta que le enviamos en respuesta a su apelación.

Debe firmar la solicitud de apelación y enviarla a la siguiente dirección:

Appeals Division
Department of Medical Assistance Services
600 E. Broad Street
Richmond, Virginia 23219
Fax: 1-804-452-5454

Las apelaciones estándar y aceleradas también pueden presentarse por teléfono al 1-804-371-8488.

Después de presentar una apelación de audiencia imparcial estatal

El DMAS le notificará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias pueden hacerse por teléfono.

Plazos de las audiencias imparciales estatales

Apelación acelerada

Si reúne los requisitos para una apelación acelerada, el DMAS le dará una respuesta a su apelación dentro de las 72 horas a partir de haber recibido la carta del médico. Si el DMAS decide de inmediato que usted gana su apelación, le enviará la decisión dentro de las 72 horas a partir de haber recibido la carta del médico.

Si el DMAS no toma la decisión de inmediato, usted tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su posición. Las audiencias por decisiones aceleradas generalmente se realizan en el plazo de uno o dos días a partir de que el DMAS recibe la carta del médico. El DMAS aún tiene que darle una respuesta dentro de las 72 horas desde la recepción de la carta del médico.

Apelación estándar

Si su solicitud no es una apelación acelerada o si el DMAS decide que usted no califica para una apelación acelerada, el DMAS le responderá dentro de los 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación ante el plan Anthem HealthKeepers Plus. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días que pasan entre la fecha en que tomamos nuestra decisión sobre su apelación y la fecha en que envió su solicitud de audiencia imparcial estatal al DMAS. Usted tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su posición antes de que se tome la decisión.

Continuación de los beneficios

En algunos casos puede seguir recibiendo los servicios que denegamos mientras espera la decisión sobre la apelación de la audiencia imparcial estatal. Puede continuar con los servicios que van a finalizar o a reducirse, si solicita una apelación en estos plazos:

- Dentro de los diez días a partir de haber sido notificado de que su solicitud se denegó o de que la atención va a cambiar.
- Antes de la fecha en la que está previsto el cambio en los servicios.

Sus servicios continuarán hasta que revoque la apelación, hasta que termine el periodo de autorización original del servicio o hasta que el funcionario de la audiencia imparcial estatal tome una decisión que no sea a su favor. **Sin embargo, puede tener que volver a pagarnos por los servicios que haya recibido durante el periodo de cobertura continuada si se mantiene la determinación adversa de beneficios y los servicios se proporcionaron únicamente por los requisitos descritos en esta sección.**

Si la audiencia imparcial estatal revierte la denegación y los servicios no se continuaron mientras la audiencia imparcial estatal estaba pendiente

Si la decisión de la audiencia imparcial estatal es revertir la denegación, debemos autorizar o proporcionar los servicios mencionados en la apelación tan pronto como lo requiera su afección y antes de las 72 horas a partir de la fecha en que recibimos el aviso del Estado de que se ha revertido la denegación.

Si la audiencia imparcial estatal revierte la denegación y los servicios se brindaron mientras la audiencia imparcial estatal estaba pendiente

Si la decisión de la audiencia imparcial estatal es revertir la denegación y los servicios se brindaron mientras la apelación estaba pendiente, debemos pagar esos servicios, de acuerdo con las políticas y las normas del Estado.

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial estatal

La decisión de la audiencia imparcial estatal es la decisión administrativa final del Department of Medical Assistance Services. Si no está de acuerdo con la decisión del funcionario de la audiencia, puede apelarla ante el tribunal del circuito local.

Apelaciones externas para miembros de FAMIS

Si tiene un problema con alguna decisión que hayamos tomado luego de haber completado el proceso de apelación, puede solicitar una revisión externa. Este proceso no es el mismo para los miembros de FAMIS que para los miembros de Medallion Medicaid.

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre una cobertura o apelación, usted o el representante autorizado de su hijo pueden enviar una solicitud de apelación a KEPRO. Puede solicitar una revisión externa si nosotros hicimos lo siguiente:

- Rechazamos el pago de un servicio que usted quería para su hijo.
- Aprobamos un servicio, pero después lo limitamos.
- No pagamos un servicio que habíamos aprobado anteriormente.
- No le dimos acceso a su hijo a un servicio lo suficientemente rápido.

Para pedir una revisión externa, la solicitud debe estar firmada y se debe enviar por escrito dentro de los 30 días luego de haber recibido la carta de notificación de decisión de la apelación a la siguiente dirección:

FAMIS External Review Request

c/o KEPRO

2810 N. Parham Road, Suite 305

Henrico, VA 23294

Puede encontrar más información en línea en **www.dmas.kepro.com**. Podrá acceder a este derecho cuando haya completado nuestro proceso de apelación.

Su derecho a presentar un reclamo

Nos esforzaremos por tratar sus inquietudes tan rápido como sea posible para su satisfacción. En función del tipo de inquietud que tenga, se manejará como un reclamo o como una apelación.

¿Qué tipos de problemas deberían ser reclamos?

El proceso de reclamos se usa para inquietudes relacionadas con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de reclamos.

1. Reclamos sobre calidad

- No está satisfecho con la calidad de la atención médica, tal como la atención que recibió en el hospital.

2. Reclamos sobre privacidad

- Usted piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o reveló información acerca de usted que es confidencial o privada.

3. Reclamos sobre servicio de atención al cliente deficiente

- Un proveedor o personal de atención de la salud fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de Anthem HealthKeepers Plus lo trató mal.
- No estamos respondiendo a sus preguntas.
- No está satisfecho con la asistencia que está recibiendo de su coordinador de la atención.

4. Reclamos sobre accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención de la salud ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o de un proveedor.
- No se hicieron las adaptaciones razonables que usted necesitaba y solicitó para participar a conciencia de su atención.

5. Reclamos sobre acceso a la comunicación

- Su médico o proveedor no le ofreció un intérprete calificado para su pérdida de la audición o dificultad auditiva, o un intérprete de idioma durante la cita.

6. Reclamos sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para programar una cita o hay demasiada espera para programarla.
- Médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o Servicios para Miembros, u otros integrantes del personal de Anthem HealthKeepers Plus lo han hecho esperar demasiado tiempo.

7. Reclamos sobre la higiene

- Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

8. Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o carta que tendría que haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
- Solicitó ayuda para entender la información y no la recibió.

Distintos tipos de reclamos

Puede presentar un reclamo interno y/o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante nosotros, y nosotros nos encargamos de revisarlo. Un reclamo externo se presenta a una organización que no está afiliada con el plan Anthem HealthKeepers Plus, y dicha organización lo revisa.

Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios para Miembros al número que figura a continuación. También puede escribir su reclamo y enviarnoslo. Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.

Para presentar un reclamo por escrito, debe enviarlo por correo a la siguiente dirección:

Member Services
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 27401
Mail Drop VA2002-N500
Richmond, VA 23279

Puede también enviarnos un fax al 1-800-964-3627 o llamar a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

Para que podamos ayudarlo mejor, incluya detalles acerca de quién o de qué trata el reclamo y cualquier otra información sobre su reclamo. Revisaremos su reclamo y le solicitaremos cualquier información adicional. Puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura a continuación si necesita ayuda para presentar un reclamo o si necesita asistencia en otro idioma o formato.

Le informaremos sobre el resultado de su reclamo en un plazo razonable, que **no superará los 30 días calendario a partir de la fecha en la que hayamos recibido su reclamo.**

Si su reclamo está relacionado con una solicitud de apelación acelerada, responderemos **dentro de las 24 horas** a partir de la recepción del reclamo.

Reclamos externos

Puede presentar un reclamo a través de la Línea de ayuda de Managed Care

Puede presentar un reclamo sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus a la Línea de ayuda de Managed Care llamando al 1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre el acceso para discapacitados o la asistencia en otros idiomas. También puede visitar **<http://www.hhs.gov/ocr>** para obtener más información.

Office of Civil Rights- Region III

Department of Health and Human Services

150 S. Independence Mall West, Suite 372

Public Ledger Building

Philadelphia, PA 19106

1-800-368-1019

Fax: 1-215-861-4431

TDD: 1-800-537-7697

13. Derechos del miembro

Sus derechos

La política del plan Anthem HealthKeepers Plus es tratarlo con respeto. Además, nos interesa mantener un alto nivel de confidencialidad respecto de su dignidad y privacidad. Como miembro, usted tiene ciertos derechos. Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Participar en las decisiones sobre la atención de su salud, lo que abarca el derecho a elegir sus proveedores de nuestra red de proveedores y el derecho a rechazar el tratamiento.
- Elegir recibir servicios y apoyo a largo plazo en su casa, en la comunidad o en un centro de enfermería.
- Contar con la confidencialidad y privacidad de sus registros médicos y cuando recibe tratamiento.
- Recibir información y conversar sobre todas las opciones de tratamiento y alternativas disponibles en una forma y un idioma que usted entienda e independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Obtener información en un idioma que entienda: puede obtener servicios de traducción oral sin costo.
- Recibir adaptaciones razonables que garanticen que efectivamente tenga acceso a los proveedores y que se pueda comunicar con ellos, lo que incluye asistencias auxiliares, intérpretes, horarios flexibles y servicios y edificios físicamente accesibles.
- Recibir la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar un tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir una copia de sus registros médicos y pedir que se modifiquen o corrijan los registros.
- No sufrir ninguna forma de encierro o reclusión, a menos que lo solicite un médico en caso de que exista riesgo inminente de lesiones corporales a sí mismo o a terceros, o cuando exista una necesidad médica específica. Nunca se utilizará el encierro o la reclusión como método de coacción, sanción, conveniencia ni represalia.
- Recibir atención médica independientemente de su discapacidad, género, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Estar informado de dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de nosotros, lo que comprende cómo puede recibir beneficios de proveedores fuera de la red si los servicios no están disponibles en nuestra red.

- Presentar un reclamo sobre nosotros ante el Estado. Puede llamar a la Línea de ayuda al 1-800-643-2273 para presentar un reclamo sobre nosotros.
- Designar a alguien que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento, y para que lo represente en una apelación.
- Brindar directivas anticipadas y planes sobre su atención en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones sobre la atención de la salud. Consulte la sección 14 de este manual para obtener información sobre las directivas anticipadas.
- Cambiar su plan médico una vez al año por cualquier motivo durante la inscripción abierta o cambiar su organización de atención administrada (MCO) después de la inscripción abierta por un motivo aprobado. Consulte la sección 2 de este manual, o puede descargar y usar la aplicación móvil de Managed Care del estado de Virginia, llamar a la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608) o puede visitar el sitio web **virginiamanagedcare.com** para obtener más información.
- Apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios presentada por nosotros con la que esté en desacuerdo y que se relacione con la cobertura o el pago de servicios. Consulte “Su derecho a apelar” en la sección 15 de este manual.
- Presentar un reclamo sobre cualquier inquietud que tenga en relación con nuestro servicio de atención al cliente, los servicios que ha recibido, o la atención y el tratamiento que ha recibido de uno de nuestros proveedores dentro de la red. Consulte “Su derecho a presentar un reclamo” en la sección 15 de este manual.
- Recibir información de nuestra parte sobre el plan, los servicios cubiertos, los proveedores de nuestra red y sus derechos y obligaciones.
- Hacer recomendaciones sobre los derechos de los miembros y la política de responsabilidad, por ejemplo, uniéndose a nuestro Comité Asesor de Miembros (como se describe más adelante en esta sección del manual).
- Hablar de las opciones de tratamiento disponibles con su médico o el médico de su hijo, independientemente del costo o la cobertura del beneficio.

Su derecho a estar seguro

Todos tienen derecho a vivir una vida segura en su casa o en el entorno de su elección. Cada año, muchos adultos mayores y adultos más jóvenes que son discapacitados son víctimas de maltrato por parte de familiares, cuidadores y otras personas responsables de su bienestar. Si usted o alguien que conoce son víctimas, por parte de algún familiar u otra persona, de abuso físico, trato negligente o deshonestidad financiera, debe llamar al Departamento de Servicios Sociales local o a la línea gratuita, disponible las 24 horas, del Virginia Department of Social Services al 1-888-832-3858.

Puede hacerlo de forma anónima; no tiene que dar su nombre. La llamada es gratuita.

Además, pueden brindarle un trabajador capacitado local que lo asista y lo ayude a obtener los servicios que necesita para garantizar su seguridad.

Su derecho a la confidencialidad

Solamente revelaremos información si expresamente lo permiten las leyes federales y estatales o si es necesario para usarla en programas que examinan registros médicos con el fin de supervisar la calidad de la atención médica o para combatir el fraude o abuso.

El personal de Anthem HealthKeepers Plus le hará preguntas para confirmar su identidad antes de analizar o brindar cualquier información relacionada con su salud.

Le solicitaremos su autorización por escrito para coordinar el tratamiento de trastornos asociados al uso de sustancias y los servicios para el tratamiento de adicciones y recuperación.

Su derecho a la privacidad

La información relativa a su salud y a 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 el Children's Health Insurance Program. También la obtenemos por parte de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos aprobar y pagar su atención de la salud.

La legislación federal indica que debemos informarle sobre lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos brinda en forma oral o por escrito o que se almacena en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Si está en papel (llamada física):
 - 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 (llamada técnica):
 - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas tengan acceso.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.

- Si es utilizada o compartida por el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
 - Establecemos normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos).
 - 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 atención de la salud o lo pague, si usted nos autoriza. En ocasiones, podemos usarla y compartirla sin su consentimiento:

➤ Para su atención médica

- Para ayudar a que médicos, hospitales y otras personas le brinden la atención que usted necesita.

➤ Para pagos, tratamientos y operaciones de la atención de la salud

- Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros que nos facturan su atención médica.
- Cuando decimos que pagaremos la atención de la salud o los servicios antes de que los reciba.
- Para encontrar maneras de mejorar nuestros programas, además de brindar su PHI en intercambios de información de salud para las operaciones y los tratamientos de atención de la salud y para los pagos. Si no desea esto, visite **www.anthem.com/vamedicaid** para obtener más información.

➤ Por motivos relacionados con la industria de atención de la salud

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

➤ Por motivos de salud pública

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

➤ Con otras personas que lo ayudan con su atención o lo pagan

- Con su familia o una persona que usted elija y que lo ayude con la atención de su salud o lo pague, si usted nos autoriza.
- Con una persona que lo ayude con su atención de la salud o lo pague, si usted no puede expresarse por sí mismo y si es lo mejor para usted.

Debemos recibir su autorización por escrito antes de usar o compartir su PHI para cualquier fin que no sea el de su atención, los pagos, las tareas diarias, la investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su autorización por escrito antes de compartir informes de psicoterapia sobre usted proporcionados por su médico.

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podemos recuperar la información ya usada o compartida cuando contábamos con su consentimiento. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

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

- Para ayudar a la policía y a otras personas a asegurarse de que los demás cumplan las leyes.
- Para denunciar abusos y negligencia.
- Para ayudar a los tribunales cuando se nos solicite.
- Para responder documentos legales.
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud para actividades como auditorías o exámenes.
- Para ayudar a los médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias a determinar su nombre y su causa de defunción.
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar partes de su cuerpo a la ciencia.
- Para 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. No obstante, no tenemos su registro médico completo. Si quiere una copia de su registro médico completo, pídsela a su médico o clínica de salud.
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos o de alguna otra forma. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos puede ponerlo en peligro.

- 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 atención de la salud, pagos, operaciones diarias de administración de la atención de la salud o algún otro motivo que no hayamos incluido aquí.
- 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 de una forma 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, seguiremos tales leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Es posible que nos comuniquemos con usted

Usted acepta que nosotros, junto con nuestros socios y/o proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto a cualquier número de teléfono que nos dé, incluido un número de teléfono inalámbrico, mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un mensaje grabado previamente. Estas llamadas o mensajes de texto pueden tratar sobre opciones de tratamiento, otros beneficios y servicios relacionados con la salud, inscripción, pago o facturación, entre otros.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-800-901-0020 (TTY 711).

¿Qué debe hacer si tiene un reclamo?

Estamos a su disposición. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Department of Health and Human Services. No le pasará nada malo si presenta un reclamo.

Escriba o llame al Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West
Suite 372, Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-9111
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-215-861-4431

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 informaremos sobre los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en el sitio web, en **www.anthem.com/vamedicaid**.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia estatal de Medicaid y el Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

Usamos esta información para lo siguiente:

- Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas que mejoren la salud.
- Desarrollar y enviar información educativa sobre salud.
- Informarles a los médicos acerca de sus necesidades de idioma.
- Brindar servicios de traducción.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir seguros de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Divulgarla a usuarios no aprobados.

Su información personal

Podemos pedir, utilizar y divulgar información personal (PI) tal como explicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos indica quién es usted. Con frecuencia, se pide por razones de seguro.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre su salud, hábitos y pasatiempos.
- Es posible que obtengamos la PI sobre usted de otras personas o grupos, como los siguientes:
 - 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.

Cómo unirse al Comité Asesor de Miembros

Nos gustaría que nos ayude a mejorar nuestro plan médico. Lo invitamos a unirse a nuestro Comité Asesor de Miembros. Participar en el Comité le permitirá hacernos saber cómo prestarle un mejor servicio. Asistir a estas reuniones les dará la oportunidad, a usted y a su cuidador o familiar, de planificar reuniones y conocer a otros miembros de la comunidad. Estas reuniones educativas tienen lugar cada tres meses. Si desea asistir u obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus llamando a uno de los números que figuran en la parte inferior de esta página.

Respetamos las políticas de no discriminación

No puede ser tratado de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, religión, género, estado civil, embarazo, parto, orientación sexual o condiciones médicas.

Si cree que no ha recibido un trato justo por alguna de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar **<http://www.hhs.gov/ocr>** para obtener más información.

El plan Anthem HealthKeepers Plus cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

14. Obligaciones del miembro

Sus obligaciones

Como miembro, usted también tiene algunas obligaciones. Estas incluyen lo siguiente:

- Presentar su tarjeta de membresía de Anthem HealthKeepers Plus siempre que desee obtener atención médica.
- Brindar información completa y precisa, en la medida de sus posibilidades, sobre su salud e historial médico.
- Participar en las reuniones de su equipo de atención, desarrollar una comprensión de su condición médica y contribuir al desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente en la mayor medida posible.
- Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones de atención lo mejor que pueda.
- Asistir a las citas médicas. Si debe cancelar, llame tan pronto como pueda.
- Recibir todos los servicios cubiertos de proveedores que estén en nuestra red.
- Obtener nuestra autorización antes de recibir tratamiento que requiera una revisión de autorización de servicios (consulte la sección 14).
- Llamarnos sin cargo a uno de los números que figuran a continuación siempre que tenga una pregunta sobre su membresía o si necesita asistencia.
- Avisarnos si va a estar fuera de la ciudad para que podamos ayudarlo a gestionar sus servicios.
- Utilizar la sala de emergencia solo en casos de emergencia.
- Llamar a su PCP siempre que necesite atención médica, inclusive fuera del horario normal.
- Informarnos si cree que es necesario cambiar su plan de atención médica.
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención de la salud. Llame a Servicios para Miembros a uno de los números que figuran a continuación.
- Llamar a Servicios para Miembros a uno de los números de teléfono que figuran a continuación por lo siguiente:
 - Si hay cambios en su nombre, dirección o número de teléfono. Informe sobre esto a su asistente social en el Departamento de Servicios Sociales local.
 - Si ha habido cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga; por ejemplo, su empleador, el empleador de su cónyuge o la compensación para trabajadores.
 - Si tiene alguna reclamación de responsabilidad, como las reclamaciones por un accidente automovilístico.

- Si lo admiten en un centro de enfermería u hospital.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencia que están fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia el cuidador o la persona responsable de usted.
- Si forma parte de un estudio de investigación clínica.

Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si no está en condiciones de tomar decisiones sobre la atención de su salud por sí mismo. Tal vez en algún momento usted no pueda tomar decisiones sobre la atención de su salud por sí mismo. Antes de que esto suceda, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a una persona el derecho a tomar decisiones acerca de la atención de la salud por usted, si alguna vez deja de ser capaz de tomarlas por sí mismo.
- Brindar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo quiere que lleven adelante la atención de su salud si ya no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar indicaciones se denomina directiva anticipada. Una directiva anticipada entra en vigencia solo si usted no puede tomar decisiones sobre la atención de la salud por sí mismo. Toda persona de 18 años o mayor puede completar una directiva anticipada. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes denominaciones. Algunos ejemplos son un testamento vital, un poder de representación duradero para atención médica y una directiva anticipada para decisiones de la atención de la salud.

No tiene obligación de dar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

Dónde obtener el formulario de directivas anticipadas

Puede obtener el formulario de directivas anticipadas de Virginia en <http://www.vdh.virginia.gov/OLC/documents/2011/pdfs/2011-VA-AMD-Simple.pdf>.

También puede solicitar el formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.

Cómo completar el formulario de directivas anticipadas

Complete y firme el formulario. El formulario es un documento legal. Podría considerar solicitar la ayuda de un abogado para prepararlo. Es posible que existan recursos legales gratuitos disponibles para asistirlo.

Comparta la información con las personas que desea que estén al tanto

Entregue copias a las personas que necesiten saber que existen directivas anticipadas. Debe darle una copia del formulario de testamento vital, directiva anticipada sobre la atención o poder legal a su médico. También debe darle una copia a la persona que designe para que tome las decisiones por usted. También puede darles copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de tener una copia en casa.

Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, lleve una copia al hospital. En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo lleva consigo. Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Podemos ayudarlo a conseguir o entender los documentos de las directivas anticipadas

Su coordinador de la atención puede ayudarlo a entender o conseguir estos documentos. Estos no cambian su derecho a obtener beneficios de atención de la salud de calidad. El único objetivo es que otras personas sepan qué es lo que quiere si no puede hablar por usted mismo. Recuerde, es usted quien decide si quiere completar una directiva anticipada o no. Puede revocar o cambiar su directiva anticipada o poder legal si cambia de parecer acerca de sus decisiones sobre la atención de la salud o el representante autorizado.

Otros recursos

También puede encontrar información sobre directivas anticipadas en Virginia en **www.virginiaadvancedirectives.org**.

Puede guardar su directiva anticipada en el Advance Healthcare Directive Registry del Virginia Department of Health: **www.virginiaregistry.org**.

Qué sucede si no se respetan sus directivas anticipadas

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones, puede presentar un reclamo ante las siguientes organizaciones. Por reclamos sobre médicos y otros proveedores, comuníquese con la Enforcement Division de Virginia Department of Health Professions:

LLAME AL	Virginia Department of Health Professions: Línea gratuita: 1-800-533-1560 Teléfono local: 1-804-367-4691
ESCRIBA A	Virginia Department of Health Professions Enforcement Division 9960 Mayland Drive, Suite 300 Henrico, Virginia 23233-1463

FAX	1-804-527-4424
CORREO ELECTRÓNICO	enfcomplaints@dhp.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm

Por reclamos sobre centros de enfermería, hospitales para pacientes hospitalizados o ambulatorios, clínicas de aborto, organizaciones de atención médica en el hogar, programas de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes médicos (también denominados organizaciones de atención administrada), comuníquese con la Office of Licensure and Certification del Virginia Department of Health:

LLAME AL	Línea gratuita: 1-800-955-1819 Teléfono local: 1-804-367-2106
ESCRIBA A	Virginia Department of Health Office of Licensure and Certification 9960 Mayland Drive, Suite 401 Henrico, Virginia 23233-1463
FAX	1-804-527-4503
CORREO ELECTRÓNICO	OLC-Complaints@vdh.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.vdh.state.va.us/olc/complaint

15. Fraude, desperdicio y abuso

¿Qué es el fraude, desperdicio y abuso?

Fraude es un engaño intencional o declaración falsa que hace una persona a sabiendas de que el engaño podría tener como consecuencia algún beneficio no autorizado para sí misma o para alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude según las leyes federales o estatales vigentes.

El desperdicio consiste en la utilización excesiva, la infrautilización o el uso indebido de los recursos. Por lo general, el desperdicio no es un acto intencional, pero da como resultado un gasto que no debió tener lugar. Por ende, el desperdicio debe ser informado para poder identificar y corregir pagos indebidos.

El abuso consiste en prácticas incompatibles con la buena práctica fiscal, comercial o médica, y cuyas consecuencias son un costo innecesario para el programa de Medicaid, el pago de servicios que no son médicamente necesarios o el incumplimiento de las normas de atención de la salud reconocidas profesionalmente.

Los tipos comunes de fraude, desperdicio y abuso en la atención de la salud son los siguientes:

- Robo de identidad médica.
- Facturación de artículos o servicios innecesarios.
- Facturación de artículos o servicios no provistos.
- Facturación de un código correspondiente a un servicio o procedimiento más costoso que el que se ha proporcionado (conocido como codificación aumentada).
- Cobro de servicios por separado que, por lo general, se agrupan en una única tarifa (cargo por procedimientos separados).
- Artículos o servicios no cubiertos.
- Cuando un médico recibe una forma de pago a cambio de referir un paciente a otro médico. Estos pagos se llaman “sobornos”.

¿Cómo denuncio los casos de fraude, desperdicio o abuso?

Si sospecha que un cliente (una persona que recibe beneficios) o un proveedor (como un médico o un dentista) han cometido desperdicio, abuso o fraude, tiene la responsabilidad y el derecho de denunciarlo.

Estos son algunos ejemplos de desperdicio, abuso o fraude de un cliente:

- Préstamo de tarjetas de identificación del seguro.
- El uso de más de un proveedor para obtener tratamientos y/o medicamentos similares.
- Visitas frecuentes a la sala de emergencia por afecciones que no son de emergencia.

Estos son algunos ejemplos de desperdicio, abuso o fraude de un proveedor:

- Facturación de servicios no provistos.
- Facturación de servicios profesionales prestados por personal no capacitado.
- Alteración de registros médicos.

Para denunciar desperdicio, abuso o fraude, reúna tanta información como pueda. Puede informar denunciar a proveedores o clientes directamente a su plan médico:

Government Business Division Special Investigations Unit
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 66407
Virginia Beach, VA 23462
Teléfono: 1-800-368-3580

Cuando denuncie a una persona que recibe beneficios, suministre la siguiente información:

- Nombre de la persona
- Fecha de nacimiento, número de Seguro Social o número de caso de la persona, si es posible
- Ciudad donde reside la persona
- Detalles específicos sobre el desperdicio, abuso o fraude

Si denuncia a un proveedor (médico, dentista o consejero), suministre la siguiente información:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Nombre y dirección del centro (hospital, hogar de ancianos o agencia de atención médica en el hogar)
- El número de Medicaid del proveedor o centro (si lo conoce)
- El tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta o farmacéutico)
- Los nombres y los números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar con la investigación
- Las fechas de los eventos
- Un resumen de lo ocurrido

Si prefiere remitir sus inquietudes sobre fraude, desperdicio o abuso directamente al Estado, puede presentar su denuncia ante los contactos que figuran a continuación.

Línea directa para denunciar fraude del Department of Medical Assistance Services

Fraude de beneficiarios: 1-800-371-0824 o 1-804-786-1066

Fraude de proveedores: 1-800-371-0824 o 1-804-786-2071

Virginia Medicaid Fraud Control Unit (Office of the Attorney General)

Correo electrónico: **MFCU_mail@oag.state.va.us**

Fax: 1-804-786-3509

Correo postal:

Office of the Attorney General

Medicaid Fraud Control Unit

202 N. Ninth St.

Richmond, VA 23219

Virginia Office of the State Inspector General

Línea directa para denunciar fraude, desperdicio y abuso

Teléfono: 1-800-723-1615

Fax: 1-804-371-0165

Correo electrónico: **cov hotline@osig.virginia.gov**

Correo postal:

Línea directa estatal para denunciar fraude, desperdicio y abuso

101 N. 14th St.

The James Monroe Building 7th Floor

Richmond, VA 23219

16. Información para miembros de la expansión de Medicaid

¿Cuáles son los requisitos que debe reunir para ser miembro de la expansión de Medicaid?

Es elegible para obtener la expansión de Medicaid si tiene entre 19 y 64 años, y cumple con todas las siguientes categorías:

- Todavía no es elegible para obtener la cobertura de Medicare.
- Todavía no es elegible para obtener la cobertura de Medicaid a través de un grupo de cobertura obligatoria (por ejemplo, está embarazada o tiene una discapacidad).
- Sus ingresos no superan el 138% del índice federal de pobreza (FPL).
- Indicó en su solicitud que usted tiene necesidades médicas complejas.

La elegibilidad para Medicaid está determinada por el Departamento de Servicios Sociales (DSS) local o la Cover Virginia Central Processing Unit. Comuníquese con su trabajador de elegibilidad del DSS local o llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282 (TDD 1-888-221-1590) en caso de tener alguna pregunta sobre la elegibilidad para obtener Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite el sitio web de Cover Virginia en **www.coverva.org**.

Inscripción para miembros de la expansión de Medicaid

Puede cambiar su plan médico durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa Medallion por cualquier motivo. También puede cambiar su plan médico durante el periodo anual de inscripción abierta por cualquier motivo.

Puede comunicarse con la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273 (TTY 1-800-817-6608) o visitar **www.virginiamanagedcare.com** para averiguar la fecha del periodo de inscripción abierta en su región. Durante el periodo de inscripción abierta, recibirá una carta del DMAS con más información.

Servicios y beneficios de la expansión de Medicaid

Como miembro de la expansión de Medicaid, dispone de una variedad de servicios y beneficios para la atención de la salud. Recibirá la mayoría de los servicios a través de nosotros.

Si es elegible para ser miembro de la expansión de Medicaid, además de los servicios generales de Medicaid, recibirá lo siguiente:

- Exámenes de control anuales para adultos.
- Asesoramiento individual y grupal para dejar de fumar.
- Asesoramiento nutricional si se le diagnostica obesidad o una enfermedad crónica.

➤ Vacunas e inmunizaciones recomendadas para adultos.

También lo alentamos a que asuma un papel activo en su salud. Esto significa participar en programas de control de enfermedades, vacunarse contra la gripe, dejar de fumar o de utilizar productos con nicotina/tabaco, o acceder a servicios que no suelen estar cubiertos por las prácticas médicas tradicionales, como servicios de la vista o membresías de gimnasios. Revise nuestro programa Healthy Rewards en la sección 8 de este manual.

Si visita con frecuencia la sala de emergencia, nos comunicaremos con usted para ayudarlo a atender sus necesidades. Es posible que existan otras opciones para atender sus necesidades fuera de la sala de emergencia, como en clínicas o el consultorio de un médico.

También es posible que analicemos varias oportunidades para ayudarlo a aprovechar la asistencia en la búsqueda de empleo, educación y capacitación laboral a fin de encontrar la situación laboral que sea adecuada para usted.

¿Qué es el examen médico de diagnóstico?

Dentro de los cuatro meses de haberse inscrito en el plan Anthem HealthKeepers Plus, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado por teléfono o en persona para hacerle algunas preguntas acerca de sus circunstancias sociales y necesidades de salud. Estas preguntas formarán parte de lo que se conoce como “examen médico de diagnóstico”. El representante le hará preguntas sobre cualquier condición médica que tenga actualmente o que haya tenido antes, su capacidad para realizar las tareas cotidianas y sus condiciones de vida.

Sus respuestas nos ayudarán a entender sus necesidades y a identificar si tiene necesidades médicas complejas.

Si reúne los criterios médicos complejos, lo transferiremos del programa Medallion 4.0 al programa CCC Plus. Si se determina que no tiene ninguna necesidad médica compleja o si no podemos comunicarnos con usted, o si se niega a participar del examen médico de diagnóstico, permanecerá inscrito en el programa Medallion 4.0. Contáctenos si necesita asistencia con su participación en el examen médico de diagnóstico.

Permanecerá con nosotros sin importar el programa en el que se encuentre. Si prefiere cambiar de plan médico, puede hacerlo dentro de los primeros 90 días a partir de su inscripción en el programa Medallion 4.0.

Si no cumple con los criterios médicos complejos y no está de acuerdo, tiene derecho a presentar un reclamo o una queja. Consulte la sección 12 para obtener más detalles.

17. Servicios cubiertos por FAMIS

Si tiene un hijo que es miembro de FAMIS, sus servicios cubiertos difieren de los servicios cubiertos para miembros de Medallion. No hay costos compartidos para miembros que sean amerindios o nativos de Alaska. La siguiente es una lista de los servicios cubiertos por FAMIS:

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Sí	\$15 por hospitalización	\$25 por hospitalización	Cubrimos hospitalizaciones en hospitales generales de atención aguda y rehabilitación para todos los miembros hasta 365 días por hospitalización en una habitación semiprivada o unidad de cuidados intensivos para la atención de enfermedades, lesiones o embarazo (incluye servicios auxiliares médicamente necesarios). Cubrimos planes de tratamiento alternativo para un paciente que, de no recibir ese tratamiento, exigiría servicios más costosos, entre ellos, atención para pacientes hospitalizados a largo plazo. Debemos aprobar por anticipado el plan de tratamiento alternativo.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sí	\$2 por visita (no corresponde si se lo admite)	\$5 por visita (no corresponde si se lo admite)	Cubrimos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que sean de naturaleza preventiva, de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos prestados a pacientes ambulatorios por una institución autorizada o formalmente aprobada como hospital por una autoridad designada oficialmente para fijar una normativa estatal. Los servicios de observación en cama se cubrirán siempre que sean razonables y necesarios para evaluar una condición médica con el objeto de determinar el nivel apropiado de tratamiento u observación no rutinaria para complicaciones médicas subyacentes. Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen los servicios de emergencia, de cirugía, de diagnóstico y de proveedores profesionales. Los cargos en centros de salud también están cubiertos.
Servicios de quiropráctica	Sí	\$2 (servicio limitado a \$500 por año calendario)	\$5 (servicio limitado a \$500 por año calendario)	Proporcionamos una cobertura de \$500 por año calendario destinada a servicios de manipulación espinal y servicios de quiropráctica para pacientes ambulatorios médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios clínicos <i>Visitas al médico en el consultorio u hospital para pacientes ambulatorios</i> <i>Atención primaria</i> <i>Atención especializada</i> <i>Servicios de maternidad</i>	Sí	\$2 \$0	\$5 \$0	Cubrimos servicios clínicos definidos como preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, paliativos o de rehabilitación brindados a pacientes ambulatorios en un centro médico que no sea parte de un hospital, pero cuya organización y funcionamiento tengan como fin prestar atención médica a pacientes ambulatorios. A excepción de los servicios de enfermería obstétrica, los servicios clínicos se proveen con la supervisión de un médico o un dentista. Las visitas clínicas de diálisis renal también están cubiertas. No hay copagos para servicios de maternidad.
Servicios ordenados por un tribunal	No			No cubrimos este servicio, a menos que sea médicamente necesario y sea un servicio cubierto por FAMIS.
Servicios dentales	No, salvo en ciertas circunstancias			Cubrimos los códigos CPT que facture un médico como consecuencia de un accidente. El contratista tiene la obligación de cubrir los servicios de anestesia y hospitalización médicamente necesarios para ciertas personas cuando se determina que dichos servicios son necesarios para brindar atención dental.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios dentales (continuación)	No, salvo en ciertas circunstancias (continuación)			Los servicios dentales pediátricos (para niños y jóvenes elegibles de hasta 21 años) están cubiertos a través de Smiles for Children Program mediante el administrador de beneficios dentales (DBA) del departamento. Para obtener más información sobre los beneficios de SFC, llame al 1-888-912-3456.
Servicios de intervención temprana	Sí			Cubrimos los servicios de intervención temprana, tal como se define en 12 VAC 30-50-131. El departamento cubre servicios para niños que están inscritos en un contratista con contrato, conforme a los criterios y las pautas de cobertura del departamento. Los códigos de facturación de la intervención temprana y los criterios de cobertura se describen en el Manual del Early Intervention Program del departamento, en el sitio web del DMAS en http://websrvr.dmas.virginia.gov/ProviderManuals/Default.aspx . Cubrimos otras terapias de rehabilitación y desarrollo que sean médicamente necesarias, incluida la intervención temprana para niños inscritos (cuando sea adecuado).

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	No			No cubrimos este servicio, pero cubrimos los servicios de atención preventiva de bebé sano y niño sano.
Servicios de emergencia que utilizan los criterios prudentes de personas no especialistas para el acceso <i>Sala de emergencia del hospital</i> <i>Atención del médico</i>	Sí	\$2 por visita \$2 por visita (no se aplica si parte de la visita de la sala de emergencia es para una verdadera emergencia) \$10 por visita	\$5 por visita \$5 por visita (no se aplica si parte de la visita de la sala de emergencia es para una verdadera emergencia) \$25 por visita	Brindaremos el reembolso razonable de los servicios necesarios para determinar si existe una emergencia en casos en que las circunstancias clínicas que existían al momento en que el beneficiario se presentó en la sala de emergencia indican que puede existir una emergencia. Nos aseguraremos de que todos los servicios de emergencia cubiertos estén disponibles las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Cubrimos todos los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red. No requerimos que obtenga una autorización previa para recibir servicios de emergencia. Esto se aplica a los servicios tanto fuera como dentro de la red que un miembro necesite en caso de una emergencia.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
<i>Uso de la sala de emergencia en casos que no son de emergencia</i>				Los miembros que se presenten en la sala de emergencia deberán pagar el copago aplicable. Si se determinó que la visita no fue de emergencia, el hospital podrá facturar al miembro solo la diferencia entre los copagos de sala de emergencia y de no emergencia, es decir, \$8 por 150% y \$20 por 150%. Es posible que el hospital no facture cargos adicionales.
Atención posterior a la estabilización después de recibir servicios de emergencia	Sí			Cubrimos los servicios posteriores a la estabilización después de una emergencia que un médico que lo trató considere médicamente necesarios DESPUÉS de que se establezca una condición médica de emergencia. Cubrimos los siguientes servicios sin requerir autorización e independientemente de si el miembro obtiene los servicios dentro o fuera de nuestra red.
Procedimientos experimentales y de investigación	No			No cubrimos este servicio.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de planificación familiar	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	Cubrimos todos los servicios de planificación familiar, lo que incluye los servicios, medicamentos y dispositivos para personas en edad de concebir que demoran o evitan los embarazos, pero no incluye los servicios para tratar la infertilidad o aumentar la fertilidad. Los servicios cubiertos de FAMIS incluyen medicamentos y dispositivos provistos con la supervisión de un médico. No restringimos la elección en cuanto al proveedor para los servicios o medicamentos y dispositivos de planificación familiar. Cubrimos todos los servicios y suministros de planificación familiar provistos por los proveedores dentro de la red a sus miembros. El <i>Código de Virginia</i> § 54.1-2969 (D), tal como fue enmendado, establece que los menores son considerados adultos a los fines de consentir servicios médicos necesarios en caso de control de natalidad, embarazo o planificación familiar, excepto con fines de esterilización sexual.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Audífonos	Sí	\$2	\$5	Cubrimos los audífonos, tal como se detalla en Equipo médico duradero. Los audífonos se cubren dos veces cada cinco años.
Servicios de salud en el hogar	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	Cubrimos hasta 90 visitas por año calendario de servicios de salud en el hogar, incluidos los servicios de enfermería y de atención personal dirigidos por el consumidor o dirigidos por agencia; los servicios de un asistente de atención médica a domicilio; fisioterapia (PT); terapia ocupacional (OT); terapia inhalatoria, del habla y de la audición. Atención personal significa ayuda para caminar, bañarse, vestirse; dar medicamentos; enseñar habilidades de autoayuda; y realizar algunas tareas domésticas esenciales. No cubrimos los siguientes servicios de salud en el hogar: servicios sociales médicos, servicios que FAMIS no pagaría si se brindaran a un paciente internado en un hospital, arreglos de entrega del servicio de comida comunitaria, servicios domésticos o de limpieza y quehaceres domésticos que no estén relacionados con la atención del paciente,

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de salud en el hogar (continuación)				atención custodial que es la atención de pacientes que principalmente requieren servicios de protección en lugar de servicios de atención médica definitiva y de atención especializada de enfermería, y servicios relacionados con la cirugía cosmética. Consulte las secciones 8.2.S y 8.2.S.a.
Servicios para enfermos terminales	Sí	\$0	\$0	Cubrimos los servicios de atención para enfermos terminales para incluir un programa de atención en el hogar y para pacientes hospitalizados directamente con la supervisión de un hospicio licenciado. Los programas de atención para enfermos terminales incluyen médicos paliativos y de apoyo, servicios psicológicos, psicosociales y otros servicios de salud para personas que utilizan un equipo interdisciplinario dirigido por médicos. Los servicios de atención para enfermos terminales deben ser recetados por un proveedor licenciado para hacerlo; provistos y facturados por un hospicio licenciado; y ser médicamente necesarios. Los servicios de atención para enfermos

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios para enfermos terminales (continuación)				terminales están disponibles si se diagnostica al miembro una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. La atención para enfermos terminales está disponible de manera simultánea a la atención relacionada con el tratamiento de la afección del niño según la cual se diagnosticó la enfermedad terminal.
Vacunas	Sí	\$0	\$0	Cubrimos las vacunas. Nos aseguramos de que los proveedores apliquen las vacunas, conforme a lo establecido por el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) más actual. Trabajamos con el departamento para alcanzar su objetivo relacionado con mayores tasas de vacunación. El contratista es responsable de educar a los proveedores, los padres y los tutores de los miembros en cuanto a los servicios de vacunación, y de coordinar la información sobre la vacunación de los miembros. Los miembros elegibles de FAMIS no reúnen los requisitos para el programa Free Vaccines for Children.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	Sí	\$15 por hospitalización	\$25 por hospitalización	Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados están cubiertos durante 365 días por hospitalización, incluidos los servicios de tratamiento ambulatorio parcial. Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados incluyen habitación, comidas, servicios de enfermería general, medicamentos recetados y servicios en sala de emergencia que conducen directamente a la admisión. No cubrimos los servicios prestados en hospitales psiquiátricos independientes a miembros menores de diecinueve (19) años. Los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que sean médicamente necesarios y se presten en la unidad psiquiátrica de un hospital general de atención intensiva estarán cubiertos para todos los miembros de FAMIS. Todas las admisiones de salud mental para pacientes hospitalizados de cualquier edad en hospitales generales de atención intensiva serán aprobadas por nosotros utilizando nuestros propios criterios de autorización previa. <u>Podríamos</u> cubrir los servicios prestados en hospitales psiquiátricos

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados (continuación)				independientes a modo de beneficios mejorados. El tratamiento psiquiátrico residencial (nivel C) no está cubierto con FAMIS.
Hospitales de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Sí	\$15 por hospitalización	\$25 por hospitalización	Cubrimos servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados en centros autorizados como hospitales de rehabilitación y que tengan certificación del Department of Health.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Sí	\$15 por hospitalización	\$25 por hospitalización	La Ley de Paridad de Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 exige la cobertura de los servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias. Los servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados están cubiertos en un centro de tratamiento por abuso de sustancias.
Servicios de laboratorio y radiología	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	Cubrimos todos los servicios de laboratorio y radiología indicados, prescritos y pedidos o realizados dentro del alcance de la licencia de un profesional en el contexto adecuado, incluido el consultorio de un médico,

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de laboratorio y radiología (continuación)				el hospital y laboratorios de referencia clínica o independientes. No se cobrará un copago por los servicios de laboratorio o radiología que se realicen como parte del encuentro con un médico.
Prueba de detección de plomo	Sí	\$0	\$0	Cubrimos el análisis de concentración de plomo en sangre como parte de la atención preventiva de bebé sano y niño sano.
Investigaciones de detección de plomo	Sí	\$0	\$0	Proporcionamos cobertura para investigaciones realizadas por los departamentos locales de salud que tienen el objetivo de determinar la fuente de contaminación por plomo en la casa como parte del manejo y el tratamiento de niños que califican para Medicaid a quienes les diagnosticaron niveles elevados de plomo en sangre. Los departamentos locales de salud coordinan las investigaciones medioambientales. La cobertura incluye los costos que califican para la participación en el financiamiento federal conforme a las regulaciones federales actuales y no incluye el análisis de sustancias ambientales, como el

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Investigaciones de detección de plomo (continuación)				agua, la pintura o el suelo, que se envían a un laboratorio para su análisis. Comuníquese con el departamento de salud local del miembro para comprobar si un miembro califica para una evaluación de riesgo. Hay más información disponible en http://www.vdh.virginia.gov/environmental-epidemiology/fact-sheets-for-publichealth/elevated-blood-lead-levels-in-children. Los pagos de las investigaciones medioambientales se deben limitar a no más de dos visitas por residencia.
Mamografías	Sí	\$0	\$0	Cubrimos las mamografías de detección con dosis baja para determinar la presencia de cáncer de mama oculto.
Suministros médicos <i>Equipo médico</i>	Sí	\$0 por suministros \$2 por artículo del equipo	\$0 por suministros \$5 por artículo del equipo	Cubrimos equipo médico duradero y otros dispositivos correctivos y medicamento relacionados (como dispositivos prostéticos, implantes, anteojos, audífonos, dispositivos dentales y para la adaptación). El equipo médico duradero, los dispositivos prostéticos y los anteojos se cubren cuando sean

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Suministros médicos <i>Equipo médico</i> (continuación)				medicamento necesarios. Cubrimos los suministros y los equipos necesarios para administrar la nutrición enteral. Pagamos cualquier equipo médico duradero fabricado especialmente que hayamos autorizado previamente.
Transporte médico	Sí	\$2	\$5	Los servicios de ambulancia profesional están cubiertos cuando se consideran médicamente necesarios y se los usa de manera local o desde un centro cubierto o el consultorio del proveedor. Esto incluye los servicios de ambulancia para transporte entre los hospitales locales cuando son médicamente necesarios, si lo gestiona previamente el médico de atención primaria y nosotros lo autorizamos, debido a que, por la condición médica del miembro, este no puede conducir un automóvil de manera segura para asistir al consultorio del proveedor o al departamento de pacientes ambulatorios del hospital. Los servicios de ambulancia estarán cubiertos si la afección del miembro empeora de forma repentina y debe ir a la sala de emergencia de

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Transporte médico (continuación)				un hospital local. Para la cobertura de servicios de ambulancia, el viaje al centro o al consultorio debe ser al más cercano que nosotros reconozcamos que tiene servicios adecuados para tratar la afección del miembro. Los servicios recibidos en ese centro o en el consultorio del proveedor deben ser servicios cubiertos; y si nosotros lo solicitamos o si el departamento lo solicita, el proveedor tratante debe explicar por qué el miembro no pudo ser transportado en un automóvil privado o en otro tipo de transporte más económico. Los servicios de transporte no se proporcionan para el acceso de rutina a proveedores de servicios médicos cubiertos.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Trasplante de órganos	Sí	\$15 por hospitalización y \$2 por visita como paciente ambulatorio (los servicios para identificar al donante tienen un límite de \$25,000 por miembro)	\$25 por hospitalización y \$5 por visita como paciente ambulatorio (los servicios para identificar al donante tienen un límite de \$25,000 por miembro)	Cubrimos los servicios de trasplante de órganos como médicamente necesarios y según los estándares de tratamiento de la industria para todas las personas elegibles. Esto incluye, entre otros, los trasplantes de tejido, los autotrasplantes, alotrasplantes e isotrasplantes de médula ósea, y otras formas de rescate de células madre para niños con linfoma o mieloma. Cubrimos los trasplantes renales para pacientes con insuficiencia renal y diálisis dependientes, así como trasplantes de corazón, hígado, páncreas y de un solo pulmón. Cubrimos los servicios relacionados con la adquisición/donación que sean necesarios. No cubrimos procedimientos de trasplantes que se consideren experimentales o de investigación.
Servicios de salud mental y abuso de sustancias para	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	<i>La Ley de Paridad de Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 exige la cobertura de los servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias.</i>

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
pacientes ambulatorios				<i>En consecuencia, el contratista tiene la obligación de brindar cobertura para los</i>
Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (continuación)				<i>servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios que sean médicamente necesarios, ya sea a nivel individual, familiar o grupal. Brindamos cobertura de servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias a los miembros. Los servicios de asesoramiento de emergencia, los servicios intensivos para pacientes ambulatorios, el tratamiento de día y los servicios de manejo de casos por abuso de sustancias están excluidos de este contrato y estarán cubiertos por el departamento.</i>
Servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios (CMHRS)	Sí			A más tardar el 1.º de diciembre de 2018, el programa Medallion 4.0 cubrirá los siguientes servicios de salud del comportamiento, conocidos como Servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios (CMHRS), para los inscritos en FAMIS y FAMIS MOMS Medallion 4.0:

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios (CMHRS) (continuación)				• Servicios intensivos en el hogar para niños y adolescentes • Tratamiento terapéutico de día para niños y adolescentes • Intervención para crisis de salud mental • Manejo de casos de salud mental para niños con riesgo de sufrir un trastorno emocional grave, niños con un trastorno emocional grave conforme al Manual de servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios del DMAS, Capítulo IV y conforme a la regulación estatal de Virginia El administrador de servicios de salud del comportamiento (BHSA) del departamento seguirá prestando estos servicios a los miembros de Medallion 4.0/FAMIS a través del programa de tarifa por servicio hasta que los servicios pasen a Medallion 4.0. Cubriremos los servicios CMHRS según los criterios y las pautas de cobertura del

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios (CMHRS) (continuación)				departamento, y conforme a la Ley Federal de Paridad de Salud Mental. (Consulte la CMS State Official Letter (Carta oficial del Estado a los CMS), con fecha del 16 de enero de 2013, SHO núm. 13-001). Los proveedores de CMHRS deben contar con la licencia y las calificaciones adecuadas. Consulte los manuales de proveedores de Medicaid que se indican en cada servicio para obtener descripciones detalladas y conocer las calificaciones de los proveedores y las limitaciones de servicios.
Papanicolaou	Sí	\$0	\$0	Cubrimos el Papanicolaou anual.
Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiolología	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	Cubrimos los servicios terapéuticos que sean médicamente necesarios para tratar o favorecer la recuperación de una enfermedad o lesión, incluidos los servicios de fisioterapia y terapia del habla, ocupacional, inhalatoria e intravenosa. No estamos obligados a cubrir aquellos servicios que se presten en una clínica escolar cuando estos están incluidos en el IEP.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios médicos <i>Atención brindada por el médico a pacientes hospitalizados</i> <i>Visitas al médico en el consultorio u hospital para pacientes ambulatorios</i> <i>Atención primaria</i> <i>Atención especializada</i> <i>Servicios de maternidad</i>	Sí	\$0 \$2 por visita \$2 por visita \$0 por visita	\$0 \$5 por visita \$5 por visita \$0 por visita	Cubrimos todas las visitas sintomáticas brindadas por médicos o profesionales sanitarios superiores que estén dentro del alcance de sus licencias. Los servicios cosméticos no están cubiertos, a menos que se brinden por causas fisiológicas y que sean médicamente necesarios. Los servicios médicos incluyen los servicios prestados durante una admisión en el hospital, en departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, en un entorno clínico o en el consultorio del médico.
Servicios relacionados con el embarazo	Sí	\$0	\$0	Cubrimos los servicios para embarazadas, incluidos los servicios prenatales de FAMIS y FAMIS MOMS. No hay copago para los servicios relacionados con el embarazo. No se cobrará ningún costo compartido a las miembros inscritas en FAMIS MOMS.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Medicamentos recetados <i>Suministro de hasta 34 días en una farmacia minorista</i> <i>Suministro para 35 a 90 días en una farmacia minorista</i> <i>Servicio de correo postal para suministro de hasta 90 días</i>	Sí	\$2 por receta \$4 por receta \$4 por receta	\$5 por receta \$10 por receta \$10 por receta	Cubrimos todos los medicamentos de los miembros que sean médicamente necesarios y que requieran una receta según la ley estatal o federal. Cubrimos todos los medicamentos recetados cubiertos por FAMIS que sean recetados por proveedores que tengan una licencia y/o certificación que los autorice a emitir dicha receta. Cubrimos los medicamentos que sean recetados por el proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios. No cubrimos los medicamentos de la Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI) ni los medicamentos de venta libre. Si hay un medicamento genérico disponible, el miembro deberá pagar el copago más el 100% de la diferencia entre el cargo permitido del medicamento genérico y el medicamento de marca.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de enfermería privada	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	Cubrimos los servicios de enfermería privada para menores de hasta 19 años solo si los presta un enfermero registrado (RN) o un auxiliar de enfermería licenciado (LPN). Estos servicios deben ser médicamente necesarios. El enfermero no podrá ser pariente ni formar parte de la familia del miembro. El proveedor del miembro deberá explicar por qué se necesitan los servicios del miembro y deberá describir el servicio médico profesional que se prestará. Los servicios de enfermería privada se deben autorizar previamente.
Prótesis/ Dispositivos ortopédicos	Sí	\$2 por artículo	\$5 por artículo	Cubrimos los servicios y dispositivos prostéticos (como mínimo, brazos y piernas artificiales, con sus accesorios de soporte correspondientes) para todos los miembros. Como mínimo, cubrimos los dispositivos ortopédicos que sean médicamente necesarios (es decir, férulas, órtesis de tobillo-pie, etc., más los artículos detallados en el manual) para los miembros. Cubrimos dispositivos ortopédicos que sean médicamente necesarios para los miembros cuando se los recomiende como parte de un programa de rehabilitación intensivo aprobado.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	No			Este servicio no se cubre dentro de FAMIS.
Servicios escolares de salud	Sí*			* No cubrimos servicios de salud en escuelas prestados por una agencia de educación local o el sistema escolar público. No denegamos terapias en el hogar o para pacientes ambulatorios que sean médicamente necesarios con el fundamento de que el niño también está recibiendo terapias en la escuela. Los servicios escolares de salud que cumplan con los requisitos del departamento seguirán estando cubiertos como un servicio excluido (carved out). No estamos obligados a cubrir estos servicios prestados por una clínica escolar cuando se incluyen en el IEP.
Segundas opiniones	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	Brindamos cobertura para las segundas opiniones cuando el miembro las solicite con el fin de diagnosticar una enfermedad y/o confirmar un patrón de atención para el tratamiento. Brindaremos segundas opiniones a través de un profesional de la atención de la

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Segundas opiniones (continuación)				salud calificado que esté dentro de la red o haremos los arreglos para que el miembro pueda acceder a uno fuera de la red, sin costo adicional para el miembro. Podríamos solicitar una autorización para recibir atención especializada de un proveedor adecuado; sin embargo, no podemos denegar una solicitud de segunda opinión como un servicio no cubierto.
Atención en un centro de enfermería especializada	Sí	\$15 por hospitalización	\$25 por hospitalización	Cubrimos servicios que sean médicamente necesarios y que se brinden en un centro de enfermería especializada hasta por 180 días por hospitalización.
Servicios de telemedicina	Sí			Brindamos cobertura para los servicios de telemedicina que sean médicamente necesarios. Telemedicina se define como la transferencia bidireccional de datos e información médica en tiempo real o casi real a través de una conexión interactiva de audio/video para realizar un diagnóstico médico o brindar tratamiento. Actualmente, el departamento solo reconoce estos servicios si los brindan médicos y enfermeros profesionales, y exige que uno de estos tipos de proveedores esté en los sitios

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Servicios de telemedicina (continuación)				satelitales principales para que los servicios de telemedicina se reembolsen. Además, el departamento reconoce tres tipos de telemedicina.
Órdenes de detención temporal	No			No cubrimos este servicio. Puede haber cobertura disponible a través del programa estatal de órdenes de detención temporal (TDO).
Servicios terapéuticos	Sí	\$15 por hospitalización si el paciente está internado \$2 por visita para pacientes ambulatorios	\$25 por hospitalización si el paciente está internado \$5 por visita para pacientes ambulatorios	Cubrimos los costos que se generen por diálisis renal, quimioterapia, radioterapia, terapia intravenosa y terapia inhalatoria.
Tratamiento para la dependencia del tabaco (es decir, para dejar de fumar) para embarazadas	Sí			Brindamos cobertura para tratar la dependencia del tabaco para embarazadas sin costos compartidos. El tratamiento incluye asesoramiento y farmacoterapia.
Transporte	No			Los servicios de transporte no se proporcionan para el acceso de rutina a proveedores de servicios médicos cubiertos.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Controles de salud para bebés y niños	Sí	\$0	\$0	Cubrimos todos los controles médicos de rutina para bebés y niños que estén avalado por el American Academy of Pediatrics Advisory Committee, incluidas las visitas al consultorio de rutina en las que se realicen evaluaciones de la salud y exámenes físicos, así como análisis de laboratorio de rutina y vacunación según la edad. Se cubren los siguientes servicios de atención de rutina para niños: servicios de laboratorio: análisis de concentración de plomo en sangre, HGB, HCT o FEP (máximo de 2, en cualquier combinación); prueba de la tuberculina (se cubren hasta 3 pruebas); análisis de orina (se cubren hasta 2 análisis); audiometría de tono puro para niños de 3 a 5 años (se cubre hasta 1 prueba); pruebas de visión con equipos (se cubre hasta 1 prueba). Las visitas de control médico pediátrico en el hogar, en el consultorio y en otras ubicaciones de proveedores para pacientes

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Controles de salud para bebés y niños (continuación)				ambulatorios están cubiertas desde el nacimiento y a los meses que se indica en el cronograma sugerido por la American Academy of Pediatrics. Servicios de audición: a todos los recién nacidos se les realizará un examen de diagnóstico de audición antes de que se les dé de alta del hospital.
Servicios de la vista <i>Una vez cada dos (2) años:</i> <i>Examen de la vista de rutina</i> <i>Marcos de anteojos (un par)</i> <i>Cristales de anteojos (un par)</i>	Sí	Pago de \$2 por parte del miembro	Pago de \$5 por parte del miembro	Cubrimos los servicios de la vista que se definan como exámenes de diagnóstico y procedimientos y servicios de tratamiento optométrico brindados por oftalmólogos, optometristas y oculistas. Los exámenes completos de rutina de la vista, para todos los miembros, estarán cubiertos al menos una vez cada dos (2) años. Cubrimos para los miembros los anteojos (un marco y un par de cristales) o los lentes de contacto recetados como médicamente necesarios por un médico especialista en enfermedades de los ojos o un optometrista.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
<i>Unifocales</i> <i>Bifocales</i> <i>Trifocales</i> <i>De contacto</i>				
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en un hospital psiquiátrico independiente	No			No cubrimos este servicio. Sin embargo, podríamos cubrir los servicios prestados en hospitales psiquiátricos independientes para miembros de hasta de diecinueve (19) años como un beneficio mejorado ofrecido por el contratista. Los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que sean médicamente necesarios y se presten en la unidad psiquiátrica de un hospital general de atención intensiva estarán cubiertos para todos los miembros de FAMIS.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS POR FAMIS: PARTE 4				
SERVICIO	CUBIERTO POR FAMIS	COSTOS COMPARTIDOS DE LA RED Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS		NOTAS Y LÍMITES DE DÍAS
		150%	150%	
Abortos	No			No cubrimos los servicios de aborto.
Costos compartidos:		Límite por año calendario:	Límite por año calendario:	El plan paga el 100% del cargo permitido una vez que se alcanza el límite de los servicios cubiertos. No se les cobrará costos compartidos a amerindios ni nativos de Alaska.
<i>Límite anual de copago</i>		\$180 por familia	\$350 por familia	
FAMIS MOMS				Los beneficios son los mismos que los que están disponibles con Medallion 4.0.

18. Términos claves y definiciones utilizados en este manual

- **Determinación adversa de beneficios:** cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por un monto menor que el solicitado.
- **Apelación:** método que puede utilizar para impugnar una determinación adversa de beneficios (como una denegación o reducción de beneficios) que haya tomado el plan Anthem HealthKeepers Plus, si cree que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura si presenta una apelación.
- **Actividades de la vida diaria:** las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.
- **Facturación del saldo:** situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le cobra a una persona más que nuestro monto de costos compartidos por los servicios brindados. No permitimos que los proveedores le cobren el saldo a usted. Llame a Servicios para Miembros si recibió alguna factura que no entiende.
- **Medicamento de marca:** medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos componentes que las versiones genéricas de los medicamentos. Son otras compañías de medicamentos las que fabrican y venden los medicamentos genéricos.
- **Coordinador de la atención:** una persona principal del plan de Anthem HealthKeepers Plus que trabaja con usted y sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita. También puede denominarse administrador de casos.
- **Coordinación de la atención:** proceso individual que se centra en la persona para brindarle asistencia a fin de acceder a los servicios que necesita. El coordinador de la atención trabajará con usted, sus familiares (si es necesario), sus proveedores y cualquier otra persona involucrada en su atención para ayudarle a acceder a los servicios y al apoyo que necesita. También puede denominarse manejo de casos.
- **Plan de salud:** plan que indica qué servicios de salud y asistencia recibirá y cómo los obtendrá.
- **Equipo de atención:** un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a crear un plan de salud.
- **Línea de ayuda:** agente de inscripción contratado por el DMAS para realizar actividades de inscripción y asesoramiento con las elecciones.

- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que se encarga de los programas de Medicare y Medicaid.
- Reclamo: una declaración oral o por escrito que constata que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud que tenga en cuanto a la calidad de su atención, nuestros proveedores dentro de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.
- Decisión de cobertura: decisión sobre qué beneficios cubriremos. Esto incluye las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para hacer referencia a todos los medicamentos recetados que cubre el plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a toda la atención de la salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Equipo médico duradero: algunos artículos que solicita el médico para que usted use en su casa. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas o camas hospitalarias.
- Condición médica de emergencia: 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.
- Transporte médico de emergencia: cuando su afección no le permite ir al hospital por ningún otro medio que no sea a través de una ambulancia luego de llamar al 911.
- Atención en la sala de emergencia: habitación del hospital equipada y dotada de personal para brindar tratamiento a personas que requieren atención y/o servicios médicos inmediatos.
- Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos dentro de los beneficios de Medicaid.
- Audiencia imparcial: consulte el término “audiencia imparcial estatal”. Proceso mediante el cual usted presenta una apelación ante el Estado por una decisión que nosotros tomamos y que usted considera incorrecta.
- Tarifa por servicio: término general que se utiliza para describir los servicios cubiertos de Medicaid por el Department of Medical Assistance Services (DMAS).

- **Medicamento genérico:** medicamento recetado que está aprobado por el Gobierno federal para que se utilice en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos componentes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.
- **Queja:** reclamo que usted hace sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye los reclamos sobre la calidad de la atención que recibe.
- **Dispositivos y servicios de habilitación:** servicios y dispositivos que lo ayudan a conservar, aprender o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida diaria.
- **Seguro de salud:** tipo de cobertura de seguro que paga por los gastos de salud, médicos y quirúrgicos en los que usted incurre.
- **Plan médico:** organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarlo a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.
- **Evaluación de riesgos de la salud:** revisión del estado actual y del historial médico del paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.
- **Asistente de atención médica a domicilio:** persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta licenciado, como asistencia para la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados por el médico). Los asistentes de atención médica a domicilio no tienen certificación de enfermería ni tampoco brindan terapia.
- **Atención médica en el hogar:** servicios de atención médica que una persona recibe en su casa, incluido la atención de enfermería, los servicios brindados por asistentes de atención médica a domicilio y otros.
- **Hospitalización:** el acto de ingresar una persona a un hospital como paciente.
- **Atención ambulatoria en hospital:** atención o tratamiento que no requiere una hospitalización de una noche en el hospital.
- **Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan de Anthem HealthKeepers Plus. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si hay algunas normas que tiene que cumplir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

- **Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** una variedad de servicios y apoyo que ayudan a los adultos mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia, mejorar su calidad de vida y mantener la máxima independencia. Algunos ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, comer y otras actividades básicas de la vida cotidiana y de la atención personal, así como apoyo para tareas cotidianas como lavar ropa, ir de compras y transportarse. Los LTSS se brindan durante un periodo prolongado, generalmente en la casa y en la comunidad, pero también en entornos como los centros de enfermería. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su casa para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital.
- **Medicamente necesario:** esta frase 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 para evitar que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También indica que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares de las prácticas médicas aceptadas, o que son necesarios en función de las normas de cobertura actuales de Virginia Medicaid.
- **Medicaid (o Asistencia Médica):** programa dirigido por el Gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que Medicare no cubre. La mayoría de los costos de atención de la salud están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- **Servicios para Miembros:** un departamento dentro del plan de Anthem HealthKeepers Plus que se encarga de responder las preguntas relacionadas con su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.
- **Modelo de atención:** una forma de brindar atención de alta calidad. El modelo de atención incluye la coordinación de la atención y un equipo de proveedores calificados que trabajan conjuntamente con usted para mejorar su salud y calidad de vida.
- **Red:** “proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y le brindan atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de la salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo. Cuentan con licencias o certificaciones de Medicaid y del Estado para brindar servicios de atención de la salud. Los llamamos “proveedores dentro de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan Anthem HealthKeepers Plus y aceptan nuestros pagos sin cobrarles a nuestros miembros un monto adicional. Mientras sea miembro del plan Anthem HealthKeepers Plus, debe usar proveedores dentro de la red para obtener servicios cubiertos. A los proveedores dentro de la red también se los denomina “proveedores del plan”.

- Farmacia de la red: una farmacia que ha acordado abastecer las recetas de nuestros miembros. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nosotros. En la mayoría de los casos, sus recetas solo estarán cubiertas si se abastecen en una de nuestras farmacias de la red.
- Proveedor no participante: un proveedor o centro que no está contratado ni operado por nosotros, ni es propiedad nuestra, y que no posee un contrato para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- Centro de enfermería: un centro de atención médica que brinda atención a personas que no pueden recibir su atención en su casa, pero que no necesitan estar en el hospital. Se deben cumplir ciertos requisitos para vivir en un centro de enfermería.
- Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está contratado ni operado por el plan Anthem HealthKeepers Plus, ni es propiedad del plan, y que no posee un contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Proveedor participante: proveedores, hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que prestan servicios de atención de la salud, proporcionan equipo médico y ofrecen servicios y apoyo a largo plazo, que tienen contrato con nosotros. A los proveedores participantes también se los denomina “proveedores dentro de la red” o “proveedores del plan”.
- Servicios médicos: atención que usted recibe de una persona con licencia conforme a las leyes estatales para llevar a cabo prácticas médicas, cirugías o prestar servicios de salud del comportamiento.
- Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos recetados o medicamentos cubiertos (pagados) por su plan. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.
- Medicamentos recetados: un fármaco o medicamento que, por ley, solo puede obtenerse mediante una receta emitida por un médico.
- Médico de atención primaria (PCP): su médico de atención primaria es el médico que se encarga de todas sus necesidades de salud. Es responsable de proveer y coordinar todos los aspectos relacionados con la atención de su salud. Generalmente, es la primera persona que usted debe contactar si necesita atención de la salud. El PCP suele ser un médico de familia, internista o pediatra. Contar con un PCP ayuda a garantizar la disponibilidad de la atención médica adecuada cuando usted lo necesite.
- Prótesis y ortótica: son los dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función.

- **Proveedor:** persona que está autorizada a brindarle atención de la salud o servicios. Muchos tipos de proveedores participan del plan de Anthem HealthKeepers Plus, incluidos médicos, enfermeros, proveedores de salud del comportamiento y especialistas.
- **Referencia:** en la mayoría de los casos, su PCP debe darle la aprobación antes de que pueda utilizar otros proveedores de nuestra red. Esto se conoce como una referencia.
- **Servicios y dispositivos de rehabilitación:** tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una cirugía compleja.
- **Área de servicio:** un área geográfica en la que tenemos permitido operar. Generalmente, también es el área donde puede acceder a los servicios de rutina (que no sean de emergencia).
- **Autorización de servicios:** aprobación que necesita antes de que pueda acceder a ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor dentro de la red obtienen nuestra autorización.
- **Especialista:** médico que brinda atención de la salud para una enfermedad, una discapacidad o una parte del cuerpo específicas.
- **Atención necesaria de forma urgente:** es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no pone su vida en peligro y que no es una emergencia, pero que necesita atención médica inmediato. Puede acceder a la atención necesaria de forma urgente a través de proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no estén disponibles o usted no pueda acudir a ellos.

Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus

LLAME AL	1-800-901-0020 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.
FAX	1-800-964-3627
ESCRIBA A	Member Services HealthKeepers, Inc. P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279
SITIO WEB	www.anthem.com/vamedicaid



**Servicios al Miembro de
Anthem HealthKeepers Plus**
1-800-901-0020 (TTY 711)



Anthem. HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

HealthKeepers, Inc. es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.