



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.



Anthem HealthKeepers Plus
Manual del miembro
Commonwealth Coordinated Care Plus



Anthem HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.

Anthem HealthKeepers Plus

Manual del miembro

Commonwealth Coordinated Care Plus

855-323-4687 (TTY 711)

anthem.com/vamedicaid



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

Dónde encontrar información

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos	1
Ayuda en otros idiomas	1
Números de teléfono importantes.....	3
1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)	5
Bienvenido al plan Anthem CCC Plus	5
Cómo usar este manual.....	5
Otra información que le enviaremos	6
Tarjeta de identificación del miembro de Anthem CCC Plus	6
Directorio de proveedores y farmacias	7
2. ¿Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus?	8
¿Qué lo hace elegible para ser miembro de CCC Plus?	8
Inscripción en CCC Plus:	8
Motivos por los que no sería elegible para participar en CCC Plus	8
¿Qué pasa si estoy embarazada?	9
Elegibilidad para Medicaid	11
Elegir o cambiar su plan médico	12
Asignación del plan médico	12
Puede cambiar su plan médico a través de la CCC Plus Helpline	12
Reinscripción automática	13
¿Cuál es el área de servicio de Anthem CCC Plus?	13
Si usted tiene Medicare y Medicaid	14
Usted puede elegir el mismo plan médico para Medicare y Medicaid	15
Cómo ponerse en contacto con el Medicare State Health Insurance Assistance Program (SHIP).....	17
3. Cómo funciona CCC Plus	18
¿Cuáles son las ventajas de CCC Plus?	18
¿Cuáles son las ventajas de elegir el plan Anthem CCC Plus?	19
Política de transición de la atención: periodo de continuidad de la atención	19
Si tiene otra cobertura.....	20

4. Su coordinador de la atención.....	21
Cómo puede ayudar su coordinador de la atención.....	21
¿Qué es un Examen médico de diagnóstico?	22
¿Qué es una Evaluación de riesgos de la salud?	22
¿Qué es un plan de salud?	22
Cómo ponerse en contacto con su coordinador de la atención	23
5. Ayuda de Servicios para Miembros.....	24
Cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus	24
Cómo Servicios para Miembros puede ayudar.....	24
Línea de Enfermería 24/7 disponible 24 horas al día, los siete días de la semana	25
Behavioral Health Crisis Line disponible 24 horas al día, los siete días de la semana.....	26
Línea de Servicios de tratamiento y recuperación de la adicción (ARTS) disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.	26
Si usted no habla inglés	27
Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para entender la información o trabajar con su coordinador de la atención.....	27
Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid	27
6. Cómo obtener atención y servicios	28
Cómo obtener atención de su médico de atención primaria (PCP).....	28
Su médico de atención primaria (PCP)	28
Cómo elegir su PCP	28
Si tiene Medicare, háganos saber sobre su PCP	29
Si su PCP actual no está en nuestra red	29
Cómo cambiar su PCP	30
Cómo obtener una cita con su PCP.....	30
Estándares sobre citas	30
Cómo recibir atención de proveedores dentro la red.....	31
Estándares de tiempo de viaje y distancia.....	31
Accesibilidad.....	32
Consultas de telesalud	32

¿Qué son proveedores dentro de la red?	32
¿Qué son farmacias de la red?.....	32
¿Qué son especialistas?	33
Si su proveedor abandona nuestro plan	33
Avances médicos y nueva tecnología	34
Cómo recibir atención de proveedores de fuera de la red	34
Atención de proveedores fuera del estado	35
Los proveedores dentro la red no pueden facturarle directamente	35
Si recibe una factura por servicios cubiertos	36
Si recibe atención de proveedores fuera de los Estados Unidos	36
7. Cómo obtener atención para emergencias	37
¿Qué es una emergencia?	37
Qué debe hacer en una emergencia	37
¿Qué es una emergencia médica?.....	37
¿Qué es una emergencia de salud del comportamiento?.....	37
Ejemplos de situaciones que no son emergencias	38
Si tiene una emergencia cuando está fuera de casa	38
¿Qué está cubierto si tiene una emergencia?.....	38
Cómo avisarnos sobre su emergencia.....	38
Después de una emergencia.....	38
Si es hospitalizado	39
Qué pasa si no era una emergencia médica	39
8. Cómo recibir cuidado necesario de forma urgente	40
¿Qué es el cuidado necesario de forma urgente?	40
9. Cómo obtener sus medicamentos recetados	41
Normas para la cobertura de medicamento ambulatorios de Anthem CCC Plus	41
Cómo abastecer sus recetas	41
Lista de medicamentos cubiertos.....	42
Límites para la cobertura de algunos medicamentos	43
Obtener aprobación por anticipado	43

Intento de un medicamento diferente primero	43
Límites de cantidad	44
Suministro de emergencia	44
Medicamentos no cubiertos	44
Cambio de farmacia.....	45
¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?	45
¿Puede utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos?	45
¿Puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	46
¿Qué es el programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS)?	46
10. Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus	48
Beneficios de CCC Plus	48
Normas de cobertura general	48
Beneficios cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus	49
Beneficios adicionales que proporcionamos que no están cubiertos por Medicaid.....	54
Cómo acceder a los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento	55
¿Qué es EPSDT?	55
Cómo obtener servicios de EPSDT.....	55
Como obtener servicios de intervención temprana.....	55
Cómo acceder a servicios de salud del comportamiento.....	56
Cómo acceder a Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS)	57
Cómo acceder a servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).....	58
Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus	58
Cómo autodirigir su atención.....	59
Servicios de centro de enfermería.....	59
Examen médico para servicios y apoyos a largo plazo	60
Libertad de elección	60
Cómo obtener servicios si tiene una exención de Discapacidad del desarrollo	60
Cómo obtener servicios de transporte que no sean de emergencia	62

Servicios de transporte que no son de emergencia cubiertos por el plan de Anthem HealthKeepers Plus	62
Transporte hacia y desde servicios de exención de DD.....	63
11. Servicios cubiertos a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid del DMAS.....	64
Servicios excluidos	64
Servicios que finalizarán su inscripción en CCC Plus	66
12. Servicios no cubiertos por CCC Plus.....	67
Si recibe servicios no cubiertos	67
13. Costos compartidos del miembro	69
Pago del paciente miembro para servicios y apoyos a largo plazo	69
Miembros de Medicare y medicamentos de la Parte D.....	70
14. Autorización de servicio y Determinación de beneficios	71
Autorización de servicio.....	71
Autorizaciones de servicios y continuidad de la atención.....	73
Cómo enviar una solicitud de autorización de servicio.....	73
¿Qué sucede después que recibimos su solicitud de autorización de servicio? ...	73
Períodos de tiempo para revisiones de autorización de servicio.....	74
15. Apelaciones, Audiencias imparciales estatales y Quejas	77
Su derecho a apelar.....	77
Representante autorizado	77
Determinación adversa de beneficios	77
Cómo presentar una apelación	77
Continuación de beneficios.....	78
Qué sucede después de que recibimos su apelación	79
Plazos de las apelaciones	79
Notificación escrita de la decisión sobre la apelación	80
Su derecho a una Audiencia imparcial estatal.....	80
Solicitudes de revisión estándar o acelerada.....	81
Representante autorizado	81
Dónde enviar la solicitud de Audiencia imparcial estatal.....	81
Después de que usted presenta su apelación de Audiencia imparcial estatal ...	82

Plazos para una Audiencia imparcial estatal.....	82
Continuación de beneficios	82
Si la Audiencia imparcial estatal revierte la denegación	83
Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia imparcial estatal	83
Su derecho a presentar una queja	83
Plazo para las quejas	83
¿Qué tipos de problemas deben ser quejas?	84
Hay distintos tipos de quejas.....	85
Quejas internas	85
Quejas externas	85
16. Derechos del miembro	88
Sus derechos	88
Su derecho a estar seguro	90
Su derecho a la confidencialidad.....	90
Su derecho a la privacidad.....	91
Puede encontrar nuestro Aviso de prácticas de privacidad al final de este manual. Este incluye una lista de todos sus derechos de privacidad y nuestras políticas.....	91
Cómo unirse al Comité Consultivo de Miembros	91
Respetamos las políticas de no discriminación	91
17. Obligaciones del miembro	94
Sus obligaciones	94
Directivas anticipadas.....	95
Dónde puede obtener el formulario de directivas anticipadas	95
Cómo completar el formulario de directivas anticipadas	96
Comparta la información con las personas que desea que estén al tanto	96
Podemos ayudarlo a entender los documentos de directivas anticipadas.....	96
Otros recursos.....	96
Si no se siguen sus directivas anticipadas.....	96
18. Fraude, desperdicio y abuso.....	98
¿Qué es fraude, desperdicio y abuso?	98
¿Cómo denuncio fraude, desperdicio o abuso?	98

19. Otros recursos importantes	100
20. Información para miembros de la ampliación de Medicaid	101
¿Qué lo hace elegible para ser un miembro de la ampliación de Medicaid?	101
Inscripción para un miembro de la ampliación de Medicaid	101
Beneficios y servicios de la ampliación de Medicaid	102
21. Programa Healthy Rewards	104
22. Palabras y definiciones importantes usadas en este manual	107

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos

Este manual está disponible de forma gratuita en otros idiomas y formatos, incluyendo en línea, en letra grande, braille o en CD de audio. Para solicitar el manual en un formato y/o idioma alternativo, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene algún problema para leer o entender esta información, comuníquese con nuestro personal de Servicios para Miembros al **855-323-4687 (TTY 711)** para obtener ayuda sin costo para usted.

Proporcionamos adaptaciones razonables y acceso a las comunicaciones a personas con discapacidades. Las personas que son sordas o tienen problemas de audición o del habla, que deseen hablar con un representante de Servicios para Miembros y que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia pueden marcar **711** para comunicarse con un operador de retransmisión. Ellos lo ayudarán a comunicarse con nuestro personal de Servicios para Miembros. Si no tiene un dispositivo TTY, puede comunicarse con Servicios para Miembros en su cuenta en Internet segura en **anthem.com/vamedicaid** o hacer que un representante designado llame a Servicios para Miembros por usted.

Ayuda en otros idiomas

ATENCIÓN: Si usted no habla inglés, hay a su disposición servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas. Llame al **855-323-4687 (TTY 711)**.

Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **855-323-4687 (TTY 711)**.

Coreano

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **855-323-4687 (TTY 711)**번으로 전화해 주십시오.

Vietnamita

CHÚ Ý: Nếu quý vị không nói Tiếng Anh, thì có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí cho quý vị. Gọi **855-323-4687 (TTY 711)**.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Chino

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **855-323-4687 (TTY 711)**。

Árabe

تنبيه: إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجاناً، اتصل برقم **855-323-4687 (TTY 711)**.

Tagalo

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **855-323-4687 (TTY 711)**.

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. **855-323-4687 (TTY 711)** تماس بگیرید.

Amárico

ትኩረት፡ ኢንግሊዝኛ ቋንቋ የጥያቄ ለሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች፣ ከክፍያ ነጻ፣ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ፡ **855-323-4687 (TTY 711)**።

Urdú

کی معاونت کی زبان لیے کے پر آپ نمبر ذیل مندرجہ تو بولتیں/بولتے نہیں انگریزی آپ اگر: اطلاع **855-323-4687 (TTY 711)** کریں کال ، ہیں دستیاب مفت خدمات

Francés

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **855-323-4687 (TTY 711)**.

Ruso

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **855-323-4687 (TTY: 711)**.

Hindú

यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **855-323-4687 (TTY 711)** पर कॉल करें।

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Alemán

ACHTUNG: Wenn Sie kein Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **855-323-4687 (TTY 711)**.

Bengalí

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি ইংরেজিভাষী না হন, তাহলে আপনার জন্য, বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি উপলভ্য রয়েছে। কল করুন **855-323-4687 (TTY 711)** নম্বরে।

Bassa

Dè dɛ nìà kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsó ò -wùdù-po-nyò jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dò po-poò b́é ìn m̀ gbo kpáa. Dá **855-323-4687 (TTY 711)**.

Números de teléfono importantes

Su coordinador de la atención		855-323-4687 (TTY 711) O llame al número directo de su coordinador de la atención
Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus		855-323-4687 (TTY 711)
Línea de Enfermería 24/7 de Anthem CCC Plus para obtener consejos médicos y de salud del comportamiento		855-323-4687 (TTY 711)
Administrador de los beneficios dentales del DMAS		Para preguntas o para encontrar un dentista en su área, llame al Administrador de los beneficios dentales del DMAS al 888-912-3456 . La información también está disponible en el sitio web del DMAS en dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental o el sitio web de DentaQuest en dentaquestgov.com .

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Transporte de Anthem CCC Plus		Access2Care: 855-325-7581 (TTY 711)
Contratista de transporte del DMAS para transporte hacia y desde servicios de exención de DD		866-386-8331 TTY 866-288-3133 O marque 711 para contactar a un operador de retransmisión
CCC Plus Helpline		844-374-9159 TDD 800-817-6608 o visite el sitio web en cccplusva.com
Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos		800-368-1019 o visite el sitio web en hhs.gov/ocr
Cover VA para cambios de dirección/renovación de Medicaid		833-5CALLVA (Línea gratuita) 888-221-1590 (TDD) Renovar en línea commonhelp.virginia.gov .

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

Bienvenido al plan Anthem CCC Plus

Gracias por ser un miembro del plan Anthem HealthKeepers Plus Commonwealth Coordinated Care Plus (Anthem CCC Plus). Si es un miembro nuevo, nos pondremos en contacto con usted en las próximas semanas para revisar cierta información muy importante con usted. Puede hacernos cualquier pregunta que tenga o puede recibir ayuda para hacer citas. Si necesita hablar con nosotros de inmediato o antes de que nos comuniquemos con usted, llámenos al número que figura a continuación.

Trabajando para que la atención de la salud sea menos complicada para usted

Estamos aquí para guiarlo a través de su plan y ayudarlo a obtener los beneficios y servicios que necesita. Y eso es más fácil cuando sabe qué hacer desde el principio. Esto es lo que debe hacer primero como miembro nuevo de Anthem CCC Plus:

- Busque su tarjeta de identificación del miembro en el correo si aún no la ha recibido.
- Espere que su coordinador de la atención se comunique con usted pronto. Su coordinador de la atención también lo ayudará a completar su evaluación de la salud para ayudarnos a conocer más sobre usted.
- Conserve los números de teléfono, como la información de contacto de su coordinador de la atención, donde pueda encontrarlos fácilmente.
- Infórmenos de inmediato si se muda o si cambia su información de contacto. Llame a Servicios para Miembros o acceda a su cuenta en Internet segura para informarnos y también notificar a su Department of Social Services. Si no tienen su dirección actual en archivos, usted podría perder sus beneficios.
- Busque médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores en su plan con nuestra herramienta de búsqueda Find a Doctor. Elija entre una gran cantidad de proveedores cerca de usted para recibir atención cuando la necesite.

No olvide renovar sus beneficios cada año. El Estado le enviará una carta de recordatorio y un formulario cuando sea hora de renovar. Llene el formulario y devuélvalo a su Department of Social Services local. Llame a Cover Virginia al **833-5CALLVA** si necesita ayuda para la renovación.

Cómo usar este manual

Este manual lo ayudará a entender sus beneficios de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) y cómo obtener ayuda de su plan Anthem CCC Plus. Este manual es su guía a servicios de salud.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Explica su cobertura de atención de la salud, salud del comportamiento, medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo bajo el programa CCC Plus. Le dice los pasos a seguir para que su plan médico funcione para usted. Siéntase en libertad de compartir este manual con un miembro de la familia o alguien que conozca sus necesidades de atención de la salud. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual, llame a Servicios para Miembros, visite nuestro sitio web en **anthem.com/vamedicaid** o llame a su coordinador de la atención.

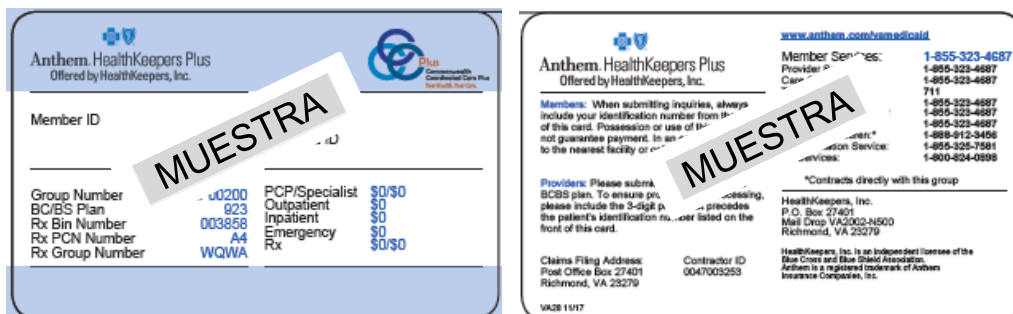
Servicios para Miembros, nuestro sitio web y su coordinador de la atención también pueden brindarle la información más reciente relacionada con el COVID-19.

Otra información que le enviaremos

Ya debe haber recibido su tarjeta de identificación del miembro de Anthem CCC Plus e información sobre cómo acceder a un directorio de proveedores y farmacias y una lista de medicamentos cubiertos. En su paquete de nuevo miembro, también obtendrá una guía de inicio rápido. Use este folleto como referencia fácil cuando tenga preguntas sobre su plan. Visite **anthem.com/vamedicaid** para encontrar todos sus recursos en línea o solicitar una tarjeta de identificación del miembro de reemplazo. Si desea que le enviemos copias impresas de algo, llame a Servicios para Miembros.

Tarjeta de identificación del miembro de Anthem CCC Plus

Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Anthem CCC Plus cuando reciba servicios de Medicaid, incluso cuando obtenga servicios y apoyos a largo plazo, en las visitas al médico y cuando recoja sus recetas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o recetas. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y Anthem CCC Plus cuando reciba los servicios. A continuación, está una tarjeta de muestra para enseñarle como se verá la suya:



Si no ha recibido su tarjeta, o si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página y le enviaremos una nueva tarjeta. Además de su tarjeta de

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Anthem CCC Plus, conserve su tarjeta de identificación de Commonwealth of Virginia Medicaid para acceder a los servicios que están cubiertos por el Estado bajo el programa de tarifa por servicio de Medicaid. Estos servicios se describen en **Servicios cubiertos a través de tarifa por servicio de Medicaid** en la Sección 11 de este manual.

Directorio de proveedores y farmacias

El directorio de proveedores y farmacias proporciona información sobre profesionales de atención de la salud (como médicos, enfermeros practicantes, psicólogos, etc.), centros (hospitales, clínicas, centros de enfermería, etc.), proveedores de apoyo (como servicios de atención diurna para adultos, proveedores de atención de la salud en el hogar, etc.) y farmacias de la red de Anthem CCC Plus. Mientras sea miembro de nuestro plan, generalmente debe utilizar uno de nuestros proveedores y farmacias dentro de la red para recibir los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones, incluyendo:

- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte **Periodo de continuidad de la atención** en la Sección 3 de este manual).
- Si tiene Medicare (consulte **Cómo obtener atención de su médico de atención primaria** en la Sección 6 de este manual).
- En varias otras circunstancias (consulte **Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red** en la Sección 6 de este manual).

Puede pedir una copia impresa del directorio de proveedores y farmacias o la lista de medicamentos cubiertos llamando a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página. También puede ver el directorio de proveedores y farmacias y la lista de medicamentos cubiertos en **anthem.com/vamedicaid** o descargarla de este sitio web. Consulte la **Lista de medicamentos cubiertos** en la Sección 9 de este manual. Use su directorio de proveedores para encontrar:

- Médicos, hospitales, especialistas, farmacias y otros proveedores de atención de la salud cerca de usted.
- Información de contacto de todos los proveedores de su plan.
- Detalles sobre los diferentes tipos de servicios y los proveedores de los que puede obtenerlos, incluyendo salud del comportamiento, servicios y apoyos a largo plazo, transporte y más.

También puede buscar médicos y otros proveedores cerca de usted con nuestra herramienta Find a Doctor en línea. Busque por ubicación, tipo de proveedor o especialidad para encontrar el proveedor que está buscando.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

2. ¿Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus?

El programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) es un programa de atención administrada de Medicaid a través del Department of Medical Assistance Services (DMAS). El plan Anthem HealthKeepers Plus tiene aprobación del DMAS para proporcionar coordinación de la atención y servicios de atención de la salud. Nuestra meta es ayudarle a mejorar su calidad del cuidado médico y su calidad de vida.

¿Qué lo hace elegible para ser miembro de CCC Plus?

Usted es elegible para CCC Plus cuando tiene todos los beneficios de Medicaid y cumple con una de las siguientes categorías:

- Tiene 65 años de edad o más.
- Es un adulto o un niño con discapacidad.
- Reside en un centro de enfermería (NF).
- Recibe servicios a través de la exención para servicios basados en el hogar y la comunidad de CCC Plus, anteriormente conocido como las exenciones de Technology Assisted y Elderly o Disabled with Consumer Direction (EDCD).
- Recibe servicios a través de cualquiera de las tres exenciones que atienden a personas con discapacidades del desarrollo (exenciones de Building Independence, Family y Individual Supports y Community Living), también conocidas como las exenciones DD.

Inscripción en CCC Plus

Las personas elegibles deben inscribirse en el programa CCC Plus. El DMAS y la CCC Plus Helpline manejan la inscripción para el programa CCC Plus. Para participar en CCC Plus, debe ser elegible para Medicaid.

Motivos por los que no sería elegible para participar en CCC Plus

No sería elegible para participar en CCC Plus si se encuentra en alguno de los siguientes casos:

- Pierde/perdió la elegibilidad para Medicaid.
- No cumple con una de las categorías elegibles indicadas anteriormente.
- Está inscrito en hospicio bajo el programa regular de tarifa por servicio de Medicaid antes de cualquier asignación de beneficios de CCC Plus.
- Se inscribe en el programa Medicaid Health Insurance Premium Payment (HIPP).
- Se inscribe en PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly). Para obtener más información sobre PACE, hable con su coordinador de la atención o visite **www.pace4you.org**.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Usted reside en un Centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IID).
- Está recibiendo atención en un Centro de tratamiento psiquiátrico residencial (niños menores de 21 años).
- Reside en un centro de enfermería para veteranos.
- Reside en uno de estos centros estatales de atención a largo plazo: Piedmont, Catawba, Hiram Davis o Hancock.
- Vive en Tangier Island.

¿Qué pasa si estoy embarazada?

Si está embarazada, debe acudir a su proveedor de atención primaria (PCP) u obstetra o ginecólogo (OB/GYN) para recibir atención. Esta clase de atención se conoce como **atención prenatal**. La atención prenatal siempre es importante, aun si este no es su primer bebé.

New Baby, New LifeSM es un programa para miembros embarazadas que ayuda a que usted y su bebé se mantengan sanos. Si está embarazada, obtendrá un coordinador de la atención de nuestro equipo de Servicios maternos/infantiles (MCS). Su coordinador de la atención de MCS se asegurará de que tenga:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para dar seguimiento al plan de salud de su médico.
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad, como transporte, el programa Women, Infants, and Children (WIC), lactancia y asesoramiento.

Su coordinador de la atención regular, su coordinador de la atención de MCS y sus médicos trabajarán juntos durante su embarazo y después de que nazca su bebé para asegurarse de que reciba los servicios que necesita. Si está dentro de los primeros 90 días de la inscripción inicial y en el tercer trimestre de embarazo, y su proveedor no participa en el plan Anthem HealthKeepers Plus, puede solicitar cambiarse a otra MCO en la que participe su proveedor. Si su proveedor no participa en ninguno de los planes médicos de CCC Plus, puede solicitar recibir cobertura a través de tarifa por servicio de Medicaid hasta después de dar a luz a su bebé. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al **844-374-9159** o TDD: **800-817-6608** para hacer esta solicitud.

Al embarazarse

Si cree que está embarazada:

- Llame de inmediato a su PCP o a su médico ginecólogo obstetra. No necesita una referencia de su PCP para ver a un médico ginecólogo obstetra.
- Llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo obstetra en el plan Anthem CCC Plus o use nuestra herramienta Find a Doctor para buscar uno cerca de usted.

Cuando sepa que está embarazada, llame a Servicios para Miembros para informarnos. Le enviaremos información con los recursos y programas útiles que ofrecemos.

Cuando está embarazada, necesita cuidar muy bien su salud. Podrá obtener alimentos saludables del programa WIC. Busque en nuestro sitio web en **anthem.com/vamedicaid** o llame a Servicios para Miembros para obtener el número de teléfono del programa WIC más cercano a usted.

Durante su embarazo, vaya a su PCP o ginecólogo obstetra al menos:

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

Tal vez su PCP o ginecólogo obstetra desee que vaya más veces basado en sus necesidades de salud.

Cuando tenga a un nuevo bebé

Cuando dé a luz a su bebé, usted y el bebé deben quedarse en el hospital por lo menos:

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

Podría pasar menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el médico del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé se van del hospital antes de tiempo, su PCP o ginecólogo obstetra pueden pedirle que vaya al consultorio o que un enfermero la visite en su casa en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé, usted debe:

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Llamar a Servicios para Miembros lo más pronto posible para informarle a su coordinador de la atención que ya tuvo al bebé. Necesitaremos conocer detalles sobre su bebé.
- Comuníquese con su Department of Social Services para solicitar los beneficios de Medicaid para su bebé. Consulte la sección **Cobertura para recién nacidos de madres cubiertas bajo CCC Plus** para obtener más información.

Después de tener a su bebé

Programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra en un periodo de 7 a 84 días después de tener a su bebé para un chequeo postparto. Podría sentirse bien y pensar que se está recuperando, pero puede tardar varias semanas para recuperarse después del parto. Si tuvo una cesárea, su médico puede pedirle que regrese para un chequeo posterior a la cirugía. Esto no es lo mismo que un chequeo postparto, por lo que aún debe volver a visitar a su médico en un plazo de 7 a 84 días después del parto.

Cobertura para recién nacidos de madres cubiertas por CCC Plus:

Si tiene un bebé, deberá informar el nacimiento de su hijo lo antes posible para inscribir a su bebé en Medicaid:

- Llamando al Centro de llamadas de Cover Virginia al **833-5CALLVA** para informar el nacimiento de su hijo por teléfono, o
- Contactando a su Department of Social Services local para informar el nacimiento de su hijo

Se le pedirá que proporcione su nombre y número de identificación de Medicaid, así como los de su bebé:

- Nombre.
- Fecha de nacimiento.
- Raza.
- Género.

Cuando se inscribe por primera vez en Medicaid, su bebé podrá acceder a la atención de la salud a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid. Esto significa que puede llevar a su bebé a cualquier proveedor dentro la red de tarifa por servicio de Medicaid para obtener los servicios cubiertos. Busque información adicional en el correo sobre cómo su bebé recibirá la cobertura de Medicaid del DMAS.

Elegibilidad para Medicaid

La elegibilidad para Medicaid la determina su Department of Social Services

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

(DSS) local o la Unidad de procesamiento central de Cover Virginia. Comuníquese con su trabajador local de elegibilidad del DSS o llame a Cover Virginia al **833-5CALLVA** o **TDD: 888-221-1590** sobre cualquier pregunta de elegibilidad para Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar Cover Virginia en **coverva.org**.

Elegir o cambiar su plan médico

Asignación del plan médico

Usted recibió una notificación del DMAS que incluía su asignación del plan médico inicial. Con esa notificación, el DMAS incluyó una tabla de comparación de los planes médicos en su área. La notificación de asignación le brindó instrucciones de cómo seleccionar su plan médico.

Es posible que nos haya elegido como su plan médico. De lo contrario, es posible que el DMAS lo haya asignado a nuestro plan médico según su historial con nosotros como su plan de atención administrada. Por ejemplo, es posible que haya estado inscrito con nosotros antes, ya sea a través de Medicare o Medicaid. También es posible que haya sido asignado a nosotros si ciertos proveedores que usted ve están en nuestra red. Estos incluyen centros de enfermería, centros de atención diurna para adultos y proveedores de enfermería privada.

Puede cambiar su plan médico a través de la CCC Plus Helpline

La CCC Plus Helpline puede ayudarlo a elegir el plan médico más adecuado para usted. Para obtener ayuda, llame a la CCC Plus Helpline al **844-374-9159** o **TDD 800-817-6608**, o visite el sitio web en **cccplusva.com**. La CCC Plus Helpline está disponible de lunes a viernes (excepto los días feriados estatales) de 8:30 a.m. a 6 p.m. La CCC Plus Helpline puede ayudarlo a entender las opciones de su plan médico y responder sus preguntas sobre qué médicos y otros proveedores participan en cada plan médico. Los servicios de la CCC Plus Helpline son gratuitos y no están conectados con ningún plan médico de CCC Plus.

Puede cambiar su plan médico durante los primeros 90 días de su inscripción al programa CCC Plus por cualquier motivo. También puede cambiar su plan médico una vez al año durante la inscripción abierta por cualquier motivo. La inscripción abierta ocurre cada año entre octubre y diciembre. Recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información.

También puede solicitar cambiar su plan médico en cualquier momento por una “causa justificada”, que puede incluir cuando:

- Se muda fuera del área de servicio de plan médico.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Necesita que se le brinden múltiples servicios al mismo tiempo, pero no puede acceder a ellos dentro de la red del plan médico.
- Su residencia o empleo se vería interrumpido como resultado de que su proveedor de apoyo residencial, institucional o laboral cambie de un proveedor dentro de la red a un proveedor fuera de la red.
- Tiene otros motivos determinados por el DMAS, incluyendo la mala calidad del cuidado médico y la falta de acceso a proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluyendo atención especializada.

La CCC Plus Helpline maneja solicitudes de causa justificada y puede responder cualquier pregunta que pueda tener. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al **844-374-9159** o TDD **800-817-6608**, o visite el sitio web en **cccplusva.com**.

Reinscripción automática

Si su inscripción termina con nosotros y recupera la elegibilidad para el programa CCC Plus en un plazo de 60 días o menos, quedará automáticamente reinscrito en el plan Anthem HealthKeepers Plus. También se le enviará una carta de reinscripción del DMAS.

¿Cuál es el área de servicio de Anthem CCC Plus?

Nuestra área de servicio incluye las ciudades y los condados a continuación.

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

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

Región Norte y 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 Charlottesville/Oeste: Albemarle, Amherst, Appomattox, Augusta,

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Buckingham, Campbell, Charlotte, Charlottesville, Danville, Fluvanna, Greene, Halifax, Harrisonburg, Louisa, Lynchburg, Madison, Nelson, Orange, Pittsylvania, Rockingham, Staunton, Waynesboro

Región Roanoke/Alleghany: Alleghany, Bath, 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 Suroeste: 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 con nosotros. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en este plan. Si esto sucede, recibirá una carta del DMAS pidiéndole que elija un nuevo plan. También puede llamar a la CCC Plus Helpline si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan médico. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al **844-374-9159 (TDD 800-817-6608)** o visite el sitio web en **cccplusva.com**.

Si usted tiene Medicare y Medicaid

Si tiene Medicare y Medicaid, algunos de nuestros servicios estarán cubiertos por su plan de Medicare y algunos estarán cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus. Nosotros somos su plan de CCC Plus Medicaid.

Tipos de servicios bajo Medicare

- Atención para pacientes hospitalizados (médica y psiquiátrica)
- Atención ambulatoria (médica y psiquiátrica)
- Servicios médicos y de especialistas
- Radiografías, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico
- Atención en un centro de enfermería especializada
- Atención médica domiciliaria
- Cuidado para pacientes terminales

Tipos de servicios bajo CCC Plus (Medicaid)

- Copagos de Medicare
- Hospital y enfermería especializada cuando los beneficios de Medicare se hayan agotado
- Atención en un centro de enfermería a largo plazo (de custodia)
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad como cuidado personal y atención de relevo, modificaciones del entorno y servicios de tecnología asistencial

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Medicamentos recetados
- Equipo médico duradero
- Para obtener más información, contacte a su plan de Medicare, visite **Medicare.gov** o llame a Medicare al **800-633-4227**
- Servicios de salud del comportamiento basados en la comunidad
- Servicios no cubiertos por Medicare, como algunos medicamentos de venta libre, equipo y suministros médicos y productos para incontinencia

Usted puede elegir el mismo plan médico para Medicare y Medicaid

Tiene la opción de elegir el mismo plan médico para su cobertura de Medicare y CCC Plus Medicaid. El plan de Medicare se conoce como un Dual Special Needs Plan (D-SNP). Al tener el mismo plan médico para Medicare y Medicaid mejoraremos y simplificaremos la coordinación de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Hay beneficios para usted si está cubierto por el mismo plan médico para Medicare y Medicaid. Algunos de estos beneficios incluyen:

- Recibir una mejor coordinación de la atención a través del mismo plan médico.
- Tener un plan médico y un número para llamar si tiene preguntas sobre todos sus beneficios.
- Trabajar con el mismo coordinador de la atención para Medicare y Medicaid. Esta persona trabajará con usted y sus proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Cuando nos elige como su plan para Medicare y Medicaid, podemos ayudar a que todos sus beneficios funcionen juntos. Con el plan Anthem HealthKeepers MediBlue Dual Advantage (HMO SNP) Medicare, obtendrá sus beneficios de Medicare y Medicaid y los medicamentos recetados de nuestra parte. Además, con Anthem MediBlue Dual Advantage, obtendrá beneficios adicionales más allá de lo que cubre Medicare, como:

- Un plan con médicos que son mayormente los mismos que los de su plan CCC Plus Medicaid.
- Ninguna prima del plan.*
- Sin deducible.
- Sin copagos para atención cubierta.
- No paga nada para servicios cubiertos.**
- Cobertura de la Part D.
- Cuidado dental de rutina: Dos exámenes orales y dos limpiezas por año, si utiliza un proveedor dentro la red dental complementaria del plan, sin costo para usted.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Audición de rutina: Un examen de audición y una adaptación de audífono cada año, si usa un proveedor de Hearing Care Solutions Network, sin costo para usted.
- Atención de la vista de rutina: Un examen de la vista cada año, anteojos (lentes y marcos), lentes de contacto, si usa un proveedor de Blue View Vision, sin costo para usted.
- Videoconsultas con el médico: Visite un médico en línea a través de una computadora o un dispositivo móvil, en cualquier momento, en cualquier parte inscribiéndose en **livehealthonline.com**, sin costo para usted. Es una opción de atención ideal para resfriados, gripe, alergias, conjuntivitis, tos, fiebre y dolores de cabeza.
- Línea de Enfermería 24/7: Acceso telefónico gratuito a un enfermero registrado para ayudarlo a responder sus preguntas relacionadas con la salud las 24 horas del día, los siete días de la semana durante todo el año, sin costo para usted.
- Programa de ejercicios SilverSneakers®: Acceda a más de 13,000 lugares de ejercicios de SilverSneakers a nivel nacional, clases y actividades en grupo, o kits de ejercicios para el hogar, sin costo para usted.
- Coordinación de la atención: Acceso a un equipo de atención de médicos, enfermeros, terapeutas, farmacéuticos y trabajadores sociales si tiene afecciones crónicas o necesita ayuda para la transición después del alta hospitalaria, sin costo para usted.
- My Advocate™: Le ayuda a encontrar programas locales, estatales y federales que le ayuden con sus costos de atención de la salud y gastos generales, como servicios públicos, transporte, impuestos a la propiedad y más, sin costo para usted.

* Debe continuar pagando la prima de Medicare Part B (a menos que su prima de la Part B se la haya pagado Medicaid u otro tercero).

** Algunos miembros tienen Pago del paciente. Si el Department of Social Services ha determinado que tiene un monto de Pago del paciente, debe pagar este monto a su proveedor de servicio a largo plazo y Medicaid paga cualquier saldo remanente para sus reclamaciones de atención a largo plazo cubiertas.

Tivity Health, SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc. y/o sus subsidiarias y/o afiliadas en los Estados Unidos y/u otros países. © 2017 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

LiveHealth Online es el nombre comercial de Health Management Corporation, una compañía aparte que brinda servicios de telesalud a nombre del plan Anthem HealthKeepers Plus.

¿Desea elegir a Anthem MediBlue Dual Advantage? Llame al **800-Medicare (800-633-4227)** o a su equipo de Servicios para Miembros de Medicare al **855-306-9357** para cambiarse.

Puede cambiar su inscripción en el plan médico de Medicaid para que coincida con su elección de Medicare, o puede cambiar su inscripción en el plan médico de Medicare para que coincida con su elección del plan médico de Medicaid. Esto se llama inscripción alineada. La inscripción alineada es voluntaria en este momento.

Si elige un plan de tarifa por servicio de Medicare o un plan de Medicare distinto a nuestro plan Medicare D-SNP, trabajaremos con su plan de Medicare para coordinar sus beneficios.

Cómo ponerse en contacto con el Medicare State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) proporciona asesoramiento sobre seguro de salud gratuito a personas con Medicare. En Virginia, el SHIP se denomina Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP). Puede ponerse en contacto con el Virginia Insurance Counseling Assistance Program si necesita ayuda con sus opciones de seguro de salud de Medicare. El VICAP puede ayudarle a entender sus opciones de plan de Medicare y responder sus preguntas sobre cambiarse a un nuevo plan de Medicare. El VICAP es un programa independiente que es gratuito y no está conectado con ningún plan médico de CCC Plus.

LLAME AL	800-552-3402 Esta llamada es gratuita.
TTY	Los usuarios de TTY deben marcar el 711
ESCRIBA A	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program 1610 Forest Avenue, Suite 100 Henrico, Virginia 23229
CORREO ELECTRÓNICO	aging@dars.virginia.gov
SITIO WEB	vda.virginia.gov/vicap.htm

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

3. Cómo funciona CCC Plus

El plan Anthem HealthKeepers Plus tiene contratos con médicos, especialistas, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. Estos proveedores forman nuestra red de proveedores. También tendrá un coordinador de la atención. Su coordinador de la atención trabajará en estrecha colaboración con usted y sus proveedores para entender y satisfacer sus necesidades. Su coordinador de la atención también le proporcionará información sobre sus servicios cubiertos y las opciones que están disponibles para usted. Consulte **Su coordinador de la atención** en la Sección 4 de este manual.

¿Cuáles son las ventajas de CCC Plus?

CCC Plus brinda apoyo y coordinación centrados en la persona para satisfacer sus necesidades individuales. Algunas de las ventajas de CCC Plus incluyen:

- Tendrá un equipo de atención que usted ayudará a formar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de atención de la salud que estarán ahí para ayudarle a recibir la atención que usted necesita.
- Tendrá un coordinador de la atención. Su coordinador de la atención trabajará con usted y con sus proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención con ayuda de su equipo de atención y el coordinador de la atención.
- El equipo de atención y el coordinador de la atención trabajarán con usted para generar un plan de salud específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud y/o necesidades de apoyo a largo plazo. Su equipo de atención estará a cargo de la coordinación de los servicios que necesita. Esto significa, por ejemplo, que:
 - Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos conozcan los medicamentos que usted toma para reducir cualquier efecto secundario.
 - Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus análisis sean compartidos con todos sus médicos y otros proveedores, para que puedan mantenerse informados de su estado y necesidades de salud.
- Opciones de tratamiento que incluyen atención preventiva, cuidado de rehabilitación y basado en la comunidad.
- Un enfermero disponible u otro personal autorizado está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para responder a sus preguntas. Estamos listos para ayudarle. Puede comunicarse con nosotros llamando al número en la parte inferior de esta página. Consulte también Línea de Enfermería 24/7, **disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana** en la Sección 5 de

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

este manual.

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

Nuestro equipo experimentado encuentra la manera de conseguirle lo que necesita, sin perder de vista sus opciones. Trabajamos con muchos médicos, hospitales y especialistas en todo el estado, para que pueda elegir los médicos que se adapten a usted y a sus necesidades de salud. Y con nosotros, usted recibe beneficios adicionales que realmente puede usar sin costo, como:

- \$100 para anteojos cada año para adultos de 21 años en adelante.
- Exámenes de audición, audífonos y baterías para audífonos para adultos de 21 años en adelante (se requiere aprobación previa).
- Traslados a lugares de culto, supermercados, bibliotecas, el DMV, peluquerías y otras actividades y eventos de bienestar cerca de usted.
- \$100 en dispositivos de asistencia/accesorios para silla de ruedas enviados por correo directamente a su puerta.
- Teléfono inteligente con datos mensuales, minutos y mensajes de texto, además de llamadas gratuitas a Servicios para Miembros y asesoría de salud.
- Community Resource Link para buscar empleo, alimentos, vivienda y más.
- Apoyo de pares en línea para conversar sobre los retos de la salud del comportamiento con personas que comparten experiencias similares.
- Herramientas en línea para hacer la vida más fácil: inicie sesión en su cuenta segura para imprimir su tarjeta de identificación del miembro, actualizar su dirección o información de contacto y cambiar su PCP.
- Aplicación móvil.
- Purificador de aire de grado HEPA (se requiere aprobación previa).

Política de transición de la atención: periodo de continuidad de la atención

El periodo de continuidad de la atención es de 30 días. Si el plan Anthem CCC Plus es algo nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que visita ahora 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. Después de 30 días en nuestro plan, deberá acudir a médicos y otros proveedores de nuestra red.

Un proveedor dentro la red es un proveedor que tiene contrato y trabaja con el plan médico. Puede llamar a su coordinador de la atención o a Servicios para Miembros para que le ayuden a encontrar un proveedor dentro la red. Su nuevo proveedor puede obtener una copia de sus registros médicos de su proveedor anterior si

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

es necesario.

Si está en un centro de enfermería al comienzo del programa CCC Plus, puede elegir:

- Permanecer en el centro siempre que continúe cumpliendo con los criterios del DMAS de Virginia para la atención en un centro de enfermería,
- Cambiarse a un centro de enfermería diferente, o
- Recibir servicios en su hogar u otro entorno basado en la comunidad.

El periodo de continuidad de la atención puede superar los 30 días. Podemos extender este periodo de tiempo hasta que se complete la evaluación de riesgos de la salud. También ampliaremos este plazo para que tenga una transición segura y eficaz a un proveedor calificado dentro de nuestra red. Hable con su coordinador de la atención si desea obtener más información sobre estas opciones.

Si tiene otra cobertura

Medicaid es el pago de último recurso. Esto significa que, si usted tiene otro seguro, está en un accidente de tránsito o se lesiona en el trabajo, su otro seguro o Compensación para trabajadores tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la obligación de cobrar el pago por servicios cubiertos por Medicaid cuando Medicaid no sea el primer pagador. No intentaremos cobrarle ningún pago directamente. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene otro seguro para que podamos coordinar mejor sus beneficios. Su coordinador de la atención también trabajará con usted y su otro plan médico para coordinar sus servicios.

4. Su coordinador de la atención

Tiene un coordinador de la atención dedicado que puede ayudarle a entender sus servicios cubiertos y cómo acceder a estos servicios cuando sea necesario. Su coordinador de la atención también le ayudará a trabajar con su médico y otros profesionales de atención de la salud (como enfermeros y fisioterapeutas) para proporcionar una evaluación de riesgos de la salud y desarrollar un plan de salud que considere sus necesidades y preferencias. A continuación, proporcionamos más información sobre la evaluación de riesgos de la salud y el plan de salud.

Cómo puede ayudar su coordinador de la atención

Su coordinador de la atención puede:

- Responder preguntas sobre su atención de la salud.
- Proporcionar ayuda con la programación de citas.
- Responder preguntas sobre cómo obtener cualquiera de los servicios que necesita. Por ejemplo: servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).
 - Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a adultos mayores y personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de ayuda, mejorar la calidad de vida y facilitar la máxima independencia. Ejemplos incluyen servicios de asistencia personal (ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal), como también apoyo para tareas diarias como preparación de comidas, lavandería y compras. Los LTSS son proporcionados durante un periodo prolongado de tiempo, por lo general en hogares y comunidades, pero también en centros de enfermería.
- Ayudar con los arreglos del transporte a sus citas cuando sea necesario. Si necesita un traslado para recibir un servicio cubierto por Medicaid y no puede llegar allí, el transporte que no es de emergencia está cubierto. Solo llame al **855-323-4687 (TTY 711)** (número gratuito) o llame a su coordinador de la atención para obtener ayuda.
- Responder preguntas que tenga sobre su atención de la salud diaria y sus necesidades de la vida diaria, incluyendo estos servicios:
 - Cuidado especializado de enfermería
 - Terapia física
 - Terapia ocupacional
 - Terapia del habla
 - Atención médica domiciliaria
 - Servicios de cuidado personal

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Servicios de salud mental
- Servicios para tratar la adicción
- Otros servicios que pueda necesitar

¿Qué es un Examen médico de diagnóstico?

Dentro de los tres meses posteriores a su inscripción en el plan Anthem HealthKeepers Plus, un representante se comunicará con usted o con su representante autorizado por teléfono, correo o en persona para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades sociales y de salud. Estas preguntas conformarán lo que se llama el “Examen médico de diagnóstico”. El representante le preguntará sobre cualquier condición médica que tenga actualmente o haya tenido en el pasado, su capacidad para hacer las cosas diarias y sus condiciones de vida.

Sus respuestas nos ayudarán a entender sus necesidades, identificar si tiene o no necesidades médicamente complejas y determinar cuándo se requiere su Evaluación de riesgos de la salud. Usaremos sus respuestas para desarrollar su plan de salud (para obtener más información sobre su plan de salud, consulte a continuación).

Póngase en contacto con nosotros si necesita adaptaciones para participar en el examen médico de diagnóstico. Si tiene preguntas sobre su examen médico de diagnóstico, llame al **855-323-4687**, opción 4. La llamada es gratuita.

¿Qué es una Evaluación de riesgos de la salud?

Después de inscribirse en el plan Anthem HealthKeepers Plus, su coordinador de la atención se reunirá con usted para hacerle algunas preguntas sobre su salud, necesidades y opciones. Su coordinador de la atención hablará con usted sobre cualquier necesidad de servicios médicos, del comportamiento, físicos y sociales que pueda tener. Esta reunión puede ser en persona o por teléfono y es conocida como una Evaluación de riesgos de la salud (HRA). Una HRA es una evaluación completa y detallada de su estado médico, del comportamiento, social, emocional y funcional. Por lo general, su coordinador de la atención completa la HRA. Esta evaluación de riesgos de la salud permitirá que su coordinador de la atención entienda sus necesidades y lo ayude a obtener la atención que necesita.

¿Qué es un plan de salud?

Un plan de salud incluye los tipos de servicios de salud que se necesitan y cómo los obtendrá. Se basa en su Evaluación de riesgos de la salud. Después de que usted y su coordinador de la atención completen su HRA, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre qué servicios y apoyos de salud y/o a largo plazo necesita y desea, así como sus objetivos y preferencias.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Juntos, usted y su equipo de atención elaborarán un plan de salud personalizado para sus necesidades. Esto también se conoce como plan de salud centrado en la persona. Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar Su plan de salud cuando los servicios de salud que necesita o elija cambien y al menos una vez al año.

Cómo ponerse en contacto con su coordinador de la atención

Su coordinador de la atención debe brindarle la información de contacto para comunicarse con este directamente. También puede ponerse en contacto con su coordinador de la atención en cualquiera de las formas a continuación. Asegúrese de comunicarse con su coordinador de la atención si necesita ayuda, tiene preguntas sobre su atención o si cambian sus preferencias.

Si necesita cambiar de coordinador de la atención, llame a Servicios para Miembros y pida hablar con el gerente regional de su coordinador de la atención. Este puede ayudarlo con los próximos pasos.

LLAME AL	855-323-4687 Esta llamada es gratuita. de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	800-359-5781
ESCRIBA A	Anthem CCC Plus Member Services P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279
SITIO WEB	anthem.com/vamedicaid Inicie sesión en Su plan de salud para enviar mensajes seguros directamente a su coordinador de la atención.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

5. Ayuda de Servicios para Miembros

Nuestro personal de Servicios para Miembros está disponible para ayudarle si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, servicios, procedimientos o si tiene alguna inquietud sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus. Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita ayuda fuera del horario normal o durante el fin de semana, puede llamar a Servicios para Miembros para hablar con un enfermero en Línea de Enfermería 24/7 en cualquier momento, de día o de noche.

Cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus

LLAME AL	855-323-4687 Esta llamada es gratuita. de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	800-359-5781
ESCRIBA A	Anthem CCC Plus Member Services P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279
SITIO WEB	anthem.com/vamedicaid Inicie sesión en su cuenta segura para enviar mensajes a Servicios para Miembros o programe una hora de devolución de llamada.

Cómo Servicios para Miembros puede ayudar

Servicios para Miembros puede:

- Responder las preguntas que tenga sobre el plan Anthem CCC Plus.
- Responder las preguntas que tenga sobre reclamos, facturas o su tarjeta de identificación del miembro.
- Ayudarle a encontrar un médico o ver si hay un médico en la red de Anthem CCC Plus.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Ayudarle a cambiar su médico de atención primaria (PCP).
- Responder preguntas sobre su PCP y otros médicos o especialistas, incluyendo nombres, especialidades, direcciones, números de teléfono y calificaciones profesionales.
- Proporcionar información sobre decisiones de cobertura acerca de sus servicios de atención de la salud (incluyendo medicamentos).
 - Una decisión de cobertura sobre su atención de la salud es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y servicios cubiertos
 - El monto que pagaremos por sus servicios de salud
- Proporcionar información sobre cómo puede presentar una apelación sobre una decisión de cobertura en sus servicios de atención de la salud (incluyendo medicamentos). Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión sobre su cobertura y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. (Consulte su Derecho a apelar en la Sección 15 de este manual).
- Quejas sobre sus servicios de atención de la salud (incluyendo medicamentos). Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluyendo proveedores dentro la red o fuera de la red). Un proveedor dentro la red es un proveedor que tiene contrato y trabaja con el plan médico. También puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado médico que recibió o a la CCC Plus Helpline al **844-374-9159** o **TDD 800-817-6608**. (Consulte **Su derecho a presentar una queja** en la Sección 15 de este manual).

Línea de Enfermería 24/7 disponible 24 horas al día, los siete días de la semana

Si no puede comunicarse con su coordinador de la atención, puede comunicarse con un enfermero o un profesional de la salud del comportamiento las 24 horas del día, los siete días de la semana para responder sus preguntas al número gratuito **855-323-4687 (TTY 711)**.

Llame a Línea de Enfermería 24/7 para obtener ayuda con:

- Cualquier pregunta médica o duda que tenga.
- Encontrar a dónde ir cuando necesite recibir atención.
- Qué debe hacer seguidamente cuando necesita atención.
- Consejos para ayudarlo a mantenerse sano.
- Más.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

LLAME AL	855-323-4687 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana Tenemos servicios gratuitos de intérprete para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.

Behavioral Health Crisis Line disponible 24 horas al día, los siete días de la semana

Contáctenos si no sabe cómo recibir servicios durante una crisis. Le ayudaremos a encontrar un proveedor para casos de crisis para usted. Llame al **855-323-4687**. Si tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otra persona, debe:

- Obtener ayuda de inmediato llamando al 911.
- Ir al hospital más cercano para atención de emergencia.

LLAME AL	855-323-4687 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana Tenemos servicios gratuitos de intérprete para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.

Línea de Servicios de tratamiento y recuperación de la adicción (ARTS) disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Si no puede comunicarse con su coordinador de la atención, puede comunicarse con un profesional de la salud las 24 horas del día, los siete días de la semana para responder sus preguntas al **855-323-4687**. La llamada es gratuita.

Nuestro equipo de Servicios del comportamiento lo conectará con alguien que pueda ayudarlo con cualquier pregunta o inquietud sobre adicción o uso de sustancias.

LLAME AL	855-323-4687 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana Tenemos servicios gratuitos de intérprete para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si usted no habla inglés

Podemos proporcionarle servicios de traducción. Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus tiene empleados que hablan su idioma y podemos acceder a los servicios de interpretación. También tenemos información escrita en muchos idiomas para nuestros miembros.

Actualmente, los materiales escritos están disponibles en inglés y español. Si necesita interpretación, llame a Servicios para Miembros (sin costo) al **855-323-4687** y solicite hablar con un intérprete o solicite materiales escritos en su idioma.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para entender la información o trabajar con su coordinador de la atención

Ofrecemos adaptaciones razonables para las personas con discapacidades de conformidad con la Americans with Disabilities Act. Esto incluye, pero no se limita a comunicaciones accesibles (como un intérprete de lenguaje de señas calificado), braille o materiales en letra grande, etc. Si necesita una adaptación razonable, llame a Servicios para Miembros (sin costo) al **855-323-4687** para preguntar por la ayuda que necesita.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, póngase en contacto con el trabajador de elegibilidad para Medicaid del Department of Social Services en la ciudad o condado donde usted vive. Si tiene preguntas sobre los servicios que obtiene bajo el plan Anthem CCC Plus, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono a continuación.

6. Cómo obtener atención y servicios

Cómo obtener atención de su médico de atención primaria (PCP)

Su médico de atención primaria (PCP)

Un médico de atención primaria (PCP) es un médico seleccionado por usted que satisface los requisitos estatales y está capacitado para ofrecerle atención médica básica. Por lo general, acudirá a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención de rutina de la salud. Su PCP trabajará con usted y su coordinador de la atención para coordinar la mayoría de los servicios que recibe como miembro de nuestro plan. La coordinación de sus servicios o suministros incluye el control o la consulta con otros proveedores de planes sobre su atención. Si necesita consultar a un médico distinto a su PCP, tal vez necesite una referencia (autorización) de su PCP. También podrá necesitar la aprobación por adelantado de su PCP antes de recibir ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos. En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización (aprobación previa). Ya que su PCP proveerá y coordinará su atención médica, usted debe pedir que todos sus registros médicos pasados sean enviados al consultorio de su PCP. Póngase en contacto con Servicios para Miembros o con su coordinador de la atención si tiene alguna pregunta sobre la transferencia de sus registros médicos a su PCP o sobre su atención y servicios.

Cómo elegir su PCP

Los nuevos miembros tienen derecho a elegir un PCP de nuestra red poco después de inscribirse en el plan Anthem CCC Plus iniciando sesión en su cuenta segura en línea o llamando a Servicios para Miembros. Si aún no tiene un PCP, debe solicitar uno antes del día 25 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción o, de lo contrario, podemos asignarle un PCP. Tiene derecho a cambiar su PCP en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página o en línea en su cuenta en Internet segura.

Si no tiene un PCP en nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un PCP altamente calificado en su comunidad. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor:

- Use la herramienta Find a Doctor en nuestro sitio web o
- Busque en el PDF de nuestro directorio de proveedores en **[anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid)**

El directorio de proveedores incluye una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios, especialistas, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores que trabajan con el plan Anthem CCC Plus.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

El directorio también incluye información sobre las adaptaciones que cada proveedor tiene para las personas que tienen discapacidades o que no hablan inglés. También podemos proporcionarle una copia impresa del directorio de proveedores. Puede llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página o llamar a su coordinador de la atención para obtener ayuda.

Tal vez quiera encontrar un médico:

- Que lo conozca y entienda su condición médica.
- Que acepte recibir pacientes nuevos.
- Que hable su idioma.
- Que tenga adaptaciones adecuadas para personas con discapacidades físicas o de otro tipo.

Si tiene una discapacidad o una enfermedad crónica, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP. También tenemos contrato con Federally Qualified Health Centers (FQHC) que 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 cuestiones relacionadas con la salud de la mujer. Estas incluyen chequeos de rutina, atención de seguimiento si hay un problema y atención regular durante el embarazo. Las mujeres no necesitan una referencia de su PCP para consultar a un ginecólogo obstetra de nuestra red.

Use nuestra herramienta en línea Find a Doctor para obtener la lista actualizada de médicos y proveedores cerca de usted; la actualizamos diariamente.

Si tiene Medicare, hablemos sobre su PCP

Si tiene Medicare, no tiene que elegir un PCP en la red de Anthem CCC Plus. Simplemente llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de la atención para decirnos el nombre y la información de contacto de su PCP. Coordinaremos su atención con su PCP asignado por Medicare.

Si su PCP actual no está en nuestra red

Si no tiene Medicare, debe elegir un PCP que esté en la red de Anthem CCC Plus. Puede seguir viendo a su PCP actual durante el periodo de continuidad de la atención incluso si no está en la red de Anthem CCC Plus. El periodo de continuidad de la atención es de 30 días. Su coordinador de la atención puede ayudarle a encontrar un PCP en nuestra red. Al final del periodo de continuidad de la atención, si no elige un PCP en la red de Anthem CCC Plus, le asignaremos un PCP.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Cómo cambiar su PCP

Puede llamar a Servicios para Miembros para cambiar su PCP en cualquier momento a otro PCP de nuestra red. Además, es posible que su PCP abandone nuestra red. Le informaremos en un plazo de 15 días a partir de la fecha en que nos enteramos de esto. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP.

Es incluso más fácil cambiar de PCP en línea: nuestra opción web para encontrar y elegir un PCP es rápida, conveniente y está disponible las 24 horas, los siete días de la semana. Primero, use nuestra herramienta Find a Doctor para encontrar un PCP en su plan. Luego, inicie sesión en su cuenta segura en **anthem.com/vamedicaid** para cambiar su PCP. Cuando cambia de PCP en línea o por teléfono, el cambio entrará en vigencia 24 horas después de que realizó la solicitud.

Cómo obtener una cita con su PCP

Su PCP atenderá la mayoría de sus necesidades de atención de la salud. Comuníquese con su PCP para hacer una cita. Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para pedir que se adelante la cita. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Servicios para Miembros al número que figura a continuación.

Estándares sobre citas

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

- Para una emergencia: inmediatamente
- Para atención de urgencia y visitas al consultorio con síntomas: dentro de 24 horas de la solicitud
- Para visita de atención primaria de rutina: dentro de 30 días calendario

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

- Primer trimestre (primeros tres meses): dentro de 14 días calendario de la solicitud
- Segundo trimestre (3 a 6 meses): dentro de siete días calendario de la solicitud
- Tercer trimestre (6 a 9 meses): dentro de cinco días hábiles de la solicitud
- Embarazo de alto riesgo: dentro de tres días hábiles o inmediatamente si existe una emergencia

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si no puede obtener una cita dentro de los tiempos enumerados arriba, llame a Servicios para Miembros al número que figura a continuación y ellos le ayudarán a conseguir la cita. Cumpla con todas sus citas programadas. Si no puede, llame al consultorio de su PCP para cancelar al menos 24 horas antes de su cita.

Cómo recibir atención de proveedores dentro la red

Nuestra red de proveedores incluye acceso a atención las 24 horas del día, los siete días de la semana e incluye hospitales, médicos, especialistas, centros de atención de urgencia, centros de enfermería, proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad, proveedores de intervención temprana, proveedores de terapia de rehabilitación, proveedores de servicios de tratamiento de adicción y recuperación, proveedores de atención médica en el hogar y hospicio, proveedores de equipos médicos duraderos y otros tipos de proveedores. Le proporcionamos una selección de proveedores y dónde están ubicados, para que no tenga que viajar muy lejos para verlos. En raras ocasiones, puede haber circunstancias especiales en las que se requiera un mayor tiempo de viaje.

Estándares de tiempo de viaje y distancia

Le proporcionaremos los servicios que necesita dentro de los estándares de tiempo de viaje y distancia descritos en la tabla a continuación. Estos estándares se aplican a los servicios a los que viaja para recibir atención de proveedores dentro la red. Estos estándares no se aplican a los proveedores que le brindan los servicios en su hogar. Si vive en un área urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir los servicios. Si vive en un área rural, en la Región de Roanoke/Alleghany o en la Región suroeste, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir los servicios.

Estándares de tiempo de viaje y distancia del miembro		
Estándar	Distancia	Tiempo
Urbana • PCP • Especialistas y otros proveedores	15 millas	30 minutos
	30 millas	45 minutos
Rural • PCP • Especialistas y otros proveedores	30 millas	45 minutos
	60 millas	75 minutos

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Regiones de Roanoke/Alleghany y Suroeste		
Urbana y rural		
• PCP	30 millas	45 minutos
• Especialistas y otros proveedores	60 millas	75 minutos

Accesibilidad

Queremos asegurarnos de que todos los proveedores y servicios estén tan accesibles (incluyendo acceso físico y geográfico) a personas con discapacidades como lo están para personas sin discapacidades. Si tiene dificultades para obtener una cita a un proveedor o acceder a servicios por una discapacidad, contacte a Servicios para Miembros a los números de teléfono que figuran a continuación para recibir asistencia.

Consultas de telesalud

El plan Anthem HealthKeepers Plus proporciona a los miembros telesalud, en donde esté disponible. Para obtener más información, visite **anthem.com/vamedicaid** o llame a Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus al **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

¿Qué son proveedores dentro de la red?

Los proveedores dentro la red de Anthem CCC Plus incluyen:

- Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan.
- Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan.
- Proveedores de intervención temprana, agencias de atención médica en el hogar y proveedores de equipos médicos duraderos.
- Proveedores de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), incluyendo centros de enfermería, hospicio, atención médica diurna para adultos, cuidado personal, atención de relevo y otros proveedores de LTSS.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago en su totalidad.

¿Qué son farmacias de la red?

Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han aceptado abastecer recetas para nuestros miembros. Use el directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Excepto durante una emergencia,

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

debe abastecer sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas. Llame a Servicios para Miembros al número que está en la parte inferior de la página para obtener más información.

Tanto Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red. Llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página o visite nuestro sitio web en **anthem.com/vamedicaid** para obtener la lista más reciente de proveedores y farmacias de su plan.

¿Qué son especialistas?

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, su PCP puede enviarlo a un especialista. La mayoría de los especialistas pertenecen a la red de Anthem CCC Plus. Un especialista es un médico que proporciona atención de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Estos son unos cuantos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden pacientes con cáncer
- Cardiólogos, que atienden pacientes con problemas cardíacos
- Ortopedas, que atienden pacientes con problemas de los huesos, articulaciones o músculos

No necesita una referencia de su PCP para ver a un especialista de nuestra red, pero puede comunicarse con su PCP para que le ayude a encontrar un especialista con el que trabajemos. O puede buscar diferentes tipos de especialistas en nuestra red en línea con la herramienta Buscar médico. Si tiene una discapacidad o una enfermedad crónica, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP.

Si su proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor dentro de la red que esté usando podría abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, debemos darles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Cuando sea posible, le daremos aviso con por lo menos 15 días por anticipado para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de atención de la salud.
- Si se está sometiendo a tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

necesario que está recibiendo no sea interrumpido.

- Si piensa que no hemos reemplazado su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no está siendo manejada apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una queja o solicitar un nuevo proveedor.
- Si está embarazada y se encuentra en su segundo trimestre en el momento en que su ginecólogo obstetra abandona la red, puede seguir viendo a su proveedor actual para la atención posparto.
- Si se entera de que uno de sus proveedores está abandonando nuestro plan, póngase en contacto con su coordinador de la atención de modo que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y manejar su atención.

Avances médicos y nueva tecnología

Nuestros directores médicos y los médicos con los que trabajamos ven los nuevos avances y cambios médicos en la tecnología existente en:

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

Revisan nuevos avances y tecnologías y literatura científica para decidir si:

- Estos avances deben ser beneficios cubiertos
- El gobierno ha aceptado que el tratamiento es seguro y efectivo
- Los resultados de los avances tienen los mismos o mejores resultados que los tratamientos que usamos ahora

Lo hacen para decidir si debemos incluir estos procedimientos y tratamientos en nuestro plan.

Cómo recibir atención de proveedores de fuera de la red

Si no tenemos un especialista en la red de Anthem CCC Plus que pueda darle el cuidado que necesita, le conseguiremos la atención que necesita de parte de un especialista fuera de la red de Anthem CCC Plus. También podemos conseguirle atención fuera de la red de Anthem CCC Plus en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando hayamos aprobado a un médico fuera de su red establecida
- Cuando un proveedor o un centro fuera de la red le brindan servicios de emergencia y planificación familiar
- Cuando recibe tratamiento de emergencia por parte de proveedores que no

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

pertenecen a la red

- Cuando los servicios médicos necesarios no están disponibles en la red de Anthem CCC Plus
- Cuando no podemos proporcionar al especialista necesario dentro del estándar de distancia de más de 30 millas en áreas urbanas o más de 60 millas en áreas rurales
- Cuando el tipo de proveedor necesario y disponible en la red de Anthem CCC Plus, debido a objeciones morales o religiosas, no proporciona el servicio que necesita
- Dentro de los primeros 30 días de su inscripción, cuando su proveedor no es parte de la red de Anthem CCC Plus pero lo ha tratado en el pasado
- Si se encuentra en un centro de enfermería cuando se inscribe en el plan de Anthem CCC Plus y el centro de enfermería no está en la red de Anthem CCC Plus

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus o su PCP lo refiere a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto por el pago del paciente por servicios y apoyos a largo plazo. Vea en la Sección 13 de este manual información sobre lo que es un pago del paciente y cómo saber si usted tiene uno.

Si necesita ver a un médico u otro proveedor fuera de nuestra red, deberá solicitarnos una autorización de servicio (o aprobación previa). Usted, su PCP o alguien de su confianza pueden obtener un formulario de solicitud de autorización de servicio en nuestro sitio web o llamando a Servicios para Miembros.

Atención de proveedores fuera del estado

El plan Anthem HealthKeepers Plus no es responsable de los servicios que obtenga fuera de Virginia, excepto en las siguientes circunstancias:

- Servicios de emergencia o de posestabilización 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 de la red ni dentro del Commonwealth of Virginia

Los proveedores dentro la red no pueden facturarle directamente

Los proveedores dentro la red siempre deben facturarle al plan Anthem HealthKeepers Plus. Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró. Esto se conoce como

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

facturación de saldos. Esto es verdadero incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tendrá que pagarlos.

Si recibe una factura por servicios cubiertos

Si se le factura por alguno de los servicios cubiertos por nuestro plan, no debe pagar la factura. Si paga la factura, es posible que no podamos reembolsarle el dinero.

Siempre que reciba una factura de un proveedor dentro la red o por servicios cubiertos fuera de la red (por ejemplo: servicios de emergencia o de planificación familiar), envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos haremos cargo de la factura de los servicios cubiertos.

Si recibe atención de proveedores fuera de los Estados Unidos

Nuestro plan no cubre ninguna atención que reciba fuera de los Estados Unidos.

7. Cómo obtener atención para emergencias

¿Qué es una emergencia?

Siempre tiene cobertura para emergencias. Una emergencia es una enfermedad, dolor intenso, accidente o lesión repentino o inesperado que puede ocasionar una lesión grave o la muerte si no se lo trata de inmediato.

Qué debe hacer en una emergencia

Llame al **911** de inmediato. No es necesario que nos llame primero. No necesita aprobación o una referencia para servicios de emergencia.

Diríjase al hospital más cercano. Llamar al **911** le ayudará a llegar a un hospital. Puede ir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso aunque esté en otra ciudad u otro estado. Si está ayudando a otra persona, trate de mantener la calma.

Dígale al hospital que es miembro de Anthem CCC Plus. Pídales que nos llamen al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro de CCC Plus.

¿Qué es una emergencia médica?

Es cuando una persona piensa que debe actuar rápidamente para prevenir 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, cree que podría causar cualquiera de los siguientes:

- Riesgo grave a su salud.
- Daño grave a las funciones corporales.
- Disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, lo que significa trabajo de parto en un momento en que puede ocurrir algunas de las siguientes situaciones:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla con seguridad a un hospital distinto antes del parto.
 - La transferencia podría ser una amenaza a su salud o seguridad o a la de su hijo no nacido.

¿Qué es una emergencia de salud del comportamiento?

Una emergencia de salud del comportamiento es cuando una persona piensa o teme que pueda hacerse daño a sí misma o a otra persona.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Ejemplos de situaciones que no son emergencias

Ejemplos de situaciones que no son emergencias son resfriados, dolor de garganta, dolor estomacal, cortadas y magulladuras leves o músculos distendidos. Si no está seguro, llame a su PCP o a Línea de Enfermería 24/7 de Anthem CCC Plus al **855-323-4687 (TTY 711)**.

Si tiene una emergencia cuando está fuera de casa

Usted o un miembro de la familia puede tener una emergencia médica o de salud del comportamiento lejos del hogar. Puede estar visitando a alguien fuera de Virginia. Mientras viaja, sus síntomas pueden empeorar en forma repentina. Si esto sucede, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede ir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia. Muéstreles su tarjeta de identificación del miembro de Anthem CCC Plus. Dígales que está en el programa de Anthem CCC Plus.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia?

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan cubre el transporte en ambulancia. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia. Esos médicos nos informarán cuando su emergencia médica haya terminado.

Cómo avisarnos sobre su emergencia

Avísele a su médico y a nosotros tan pronto como sea posible sobre la emergencia dentro de las 48 horas, si puede. Sin embargo, no tendrá que pagar por servicios de emergencia debido a un retraso en informarnos. Necesitamos darle seguimiento a su atención de emergencia. Su coordinador de la atención le ayudará a obtener los servicios correctos en orden antes que sea dado de alta para garantizar que obtenga la mejor atención posible. Llame a Servicios para Miembros al **855-323-4687 (TTY 711)**. Este número también se encuentra en el dorso de su tarjeta del miembro de Anthem CCC Plus.

Después de una emergencia

Proporcionaremos la atención de seguimiento necesaria, incluso a través de proveedores fuera de la red si es necesario, hasta que su médico diga que su afección es lo suficientemente estable como para que lo transfiera a un proveedor dentro de la red o para que lo den de alta. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores dentro la red se hagan cargo de su atención lo antes posible después de que el médico diga que

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

está estable. También es posible que necesite atención de seguimiento para asegurarnos de que haya una mejoría. Su atención de seguimiento será cubierta por nuestro plan.

Si es hospitalizado

Si es hospitalizado, un familiar o amigo debe comunicarse con el plan Anthem HealthKeepers Plus lo antes posible. Al mantenernos informados, su coordinador de la atención puede trabajar con el equipo del hospital para organizar la atención correcta para usted antes de que sea dado de alta. Su coordinador de la atención también mantendrá informado a su equipo médico, incluyendo sus proveedores de servicio de cuidado médico en el hogar de sus planes de hospitalización y alta.

Qué pasa si no era una emergencia médica

Algunas veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Podría ir a recibir atención de emergencia y el médico le dice que no fue realmente una emergencia médica. Siempre y cuando usted crea razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos su cuidado. Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si sigue las **Normas generales de cobertura** descritas en la Sección 10 de este manual.

8. Cómo recibir cuidado necesario de forma urgente

¿Qué es el cuidado necesario de forma urgente?

Cuidado necesario de forma urgente es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es mortal y que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener una afección existente que empeora y necesita tratamiento inmediato. Otros ejemplos de cuidado necesario de forma urgente incluyen esguinces, distensiones, erupciones cutáneas, infecciones, fiebre, gripe, etc. En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado necesario de forma urgente solo si lo recibe de un proveedor dentro la red.

Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia con los que trabajamos en nuestro directorio de proveedores y farmacias, disponible en nuestro sitio web en **anthem.com/vamedicaid**.

Cómo recibir atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado

Excepto en caso de una emergencia o cuando necesite cuidado que no necesita una referencia, siempre debe llamar **primero** a su PCP antes de recibir atención médica. Si llama al consultorio de su PCP cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y número de teléfono donde lo puedan localizar. Si no es una emergencia, alguien debería devolverle la llamada pronto para decirle qué hacer. También puede llamar a nuestra Línea de Enfermería 24/7 para hablar con un enfermero las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Si cree que necesita servicios de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato.

9. Cómo obtener sus medicamentos recetados

Esta sección explica las normas para recibir sus medicamentos recetados ambulatorios. Son medicamentos que le indica su proveedor y que puede conseguir en una farmacia o droguería.

Normas para la cobertura de medicamento ambulatorios de Anthem CCC Plus

El plan Anthem CCC Plus generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga las normas de esta sección.

1. Debe pedirle a un médico u otro proveedor autorizado que haga su receta. Esta persona a menudo es su médico de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su médico de atención primaria lo ha referido para recibir atención. Las recetas de sustancias controladas deben ser hechas por un médico o proveedor dentro la red.
2. Por lo general, debe usar una farmacia de la red para abastecer su receta.
3. Su medicamento recetado debe estar en la lista de medicamentos cubiertos de Anthem CCC Plus. Si no está en la lista de medicamentos cubiertos, es posible que podamos cubrirlo otorgándole una autorización de servicio.
4. Su medicamento debe ser usado para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia médica.
5. Si tiene Medicare, la mayoría de sus medicamentos están cubiertos a través de su prestadora de Medicare. No podemos pagar ningún medicamento que esté cubierto por Medicare Part D, incluyendo copagos.
6. El plan Anthem CCC Plus puede brindar cobertura de coseguro y deducibles para los medicamentos de Medicare Part A y B. Estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.

Cómo abastecer sus recetas

En la mayoría de los casos, su plan Anthem CCC Plus pagará las recetas solo si se abastecen en las farmacias de la red de Anthem CCC Plus. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado abastecer recetas para nuestros miembros. Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, comunicarse con su coordinador de la atención o llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

Para abastecer su receta, muestre su tarjeta de identificación del miembro en su farmacia de la red. Si tiene Medicare, muestre sus tarjetas de identificación de Medicare Part D y Anthem CCC Plus. La farmacia de la red nos facturará el costo de su medicamento recetado cubierto. Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro cuando abastece su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para abastecer una receta, puede comunicarse con su coordinador de la atención o llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

Lista de medicamentos cubiertos

Tenemos una lista de medicamentos cubiertos que seleccionamos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos cubiertos de Anthem CCC Plus también incluye todos los medicamentos de la lista de medicamentos preferidos (PDL) del DMAS. La lista de medicamentos cubiertos se puede encontrar en **[anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid)**. La lista de medicamentos cubiertos le indica qué medicamentos están cubiertos por el plan de Anthem CCC Plus y también le informa si existen normas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener.

Puede llamar a Servicios para Miembros para saber si sus medicamentos están en la lista de medicamentos cubiertos, consultar en línea en **[anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid)** o podemos enviarle por correo una copia impresa de la lista de medicamentos cubiertos. La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar durante el año. Le enviaremos una carta para informarle si hay cambios en la lista de medicamentos cubiertos o si alguno de los medicamentos que está tomando sale de la lista.

Para obtener la lista más actualizada de medicamentos cubiertos, visite **[anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid)** o llame a Servicios para Miembros al **855-323-4687 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la lista de medicamentos cubiertos de Anthem CCC Plus siempre que siga las normas explicadas en esta sección.

Si no ve su medicamento en la lista de medicamentos, puede solicitar una excepción en submitmyexceptionreq@anthem.com.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Usted puede obtener también medicamentos que no están en la lista cuando sea médicamente necesario. Tal vez su médico tenga que obtener autorización de servicio de nosotros para que usted pueda recibir algunos medicamentos.

Límites para la cobertura de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, hay normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubrimos. En general, nuestras normas lo animan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro, efectivo y rentable.

Si hay una norma adicional para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar pasos adicionales con el fin de que cubramos el medicamento. Por ejemplo, tal vez su proveedor necesite solicitar una autorización del servicio para que usted reciba el medicamento. Podemos o no aceptar aprobar la solicitud sin tomar medidas adicionales. Consulte **Autorización de servicio y Determinación de beneficios y Autorizaciones de servicio y continuidad de la atención** en la Sección 14 de este manual.

Si el plan Anthem CCC Plus es nuevo para usted, puede seguir obteniendo sus medicamentos autorizados durante el periodo de la autorización o durante el periodo de continuidad de la atención después de su primera inscripción, lo que ocurra primero. El periodo de continuidad de la atención es de 30 días. Consulte **Periodo de continuidad de la atención** en la Sección 3 de este manual.

Si negamos o limitamos la cobertura de un medicamento, y si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte **Su derecho a apelar** en la Sección 15 de este manual. Si tiene alguna preocupación, contacte a su coordinador de la atención. Su coordinador de la atención trabajará con usted y su PCP para asegurarse de que reciba los medicamentos que mejor funcionen para usted.

Obtener aprobación por anticipado

Para algunos medicamentos, usted o su médico debe obtener una aprobación de autorización de servicio de nosotros antes de abastecer su receta. Si no obtiene aprobación, puede que no cubramos el medicamento.

Intento de un medicamento diferente primero

Tal vez requiramos que pruebe primero un medicamento (normalmente menos costoso) antes de que cubramos otro medicamento (normalmente más costoso) para la misma condición médica. Por ejemplo, si el Medicamento A y el B tratan la misma condición médica el plan puede requerirle que intente primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el Medicamento B. A esto se le denomina terapia escalonada.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, podemos limitar la cantidad del medicamento que puede recibir. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar cuánto de un medicamento puede recibir cada vez que abastece su receta.

Para saber si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que su médico le recetó, consulte la lista de medicamentos cubiertos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en **anthem.com/vamedicaid**.

Suministro de emergencia

Puede haber casos en los que su medicamento requiere una autorización de servicio y su médico recetante no pueda proporcionarnos autorización rápidamente, por ejemplo, durante el fin de semana o en un día feriado. Si su farmacéutico piensa que su salud se vería comprometida sin el beneficio del medicamento, podríamos autorizar un suministro de emergencia de 72 horas del medicamento recetado. Este proceso le brinda un suministro a corto plazo de los medicamentos que necesita y da tiempo para que su médico envíe 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 son cubiertos por Medicare o Medicaid:

- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados por razones cosméticas o para promover el crecimiento del cabello
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra[®], Cialis[®], Levitra[®] y Caverject[®], a menos que dichos 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 usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Todos los medicamentos DESI (Drug Efficacy Study Implementation) según lo definido por la FDA como menos que efectivos, incluyendo las recetas que incluyen un medicamento DESI
- Medicamentos que han sido retirados
- Medicamentos experimentales o medicamentos aprobados no aprobados por la FDA

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Cualquier medicamento comercializado por un fabricante que no participe en el programa Virginia Medicaid Drug Rebate

Cambio de farmacia

Si necesita cambiar de farmacia y necesita abastecer una receta, puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia. Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página o con su coordinador de la atención.

Si la farmacia que usa abandona la red de Anthem CCC Plus, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar una nueva 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 se encuentra en la parte inferior de la página o con su coordinador de la atención. Servicios para Miembros puede decirle si hay una farmacia de la red cercana.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

Algunas veces las recetas deben ser abastecidas en una farmacia especializada.

Los medicamentos especializados se usan para el tratamiento de enfermedades complejas y, cuando se recetan, los medicamentos requieren un manejo especial o apoyo de atención clínica antes de ser dispensados. Cada plan médico contrata solo un número limitado de farmacias para proporcionar estos medicamentos. Estos medicamentos se enviarán directamente a su hogar o al consultorio del médico y no se pueden recoger en todos los puntos de venta.

Además, estos medicamentos generalmente requieren una autorización de servicio antes de ser dispensados. Asegúrese de consultar el formulario de su plan con respecto a la cobertura de estos medicamentos especializados y deje tiempo para las entregas de envío.

¿Puede utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos?

Como miembro del plan Anthem HealthKeepers Plus, usted puede tener algunos medicamentos enviados a su hogar. Puede recibir suministros para hasta 90 días de ciertos medicamentos, y todos los demás medicamentos están limitados a un suministro de 34 días. Dos abastecimientos anteriores del mismo medicamento son requeridos para ser elegibles para un suministro de 90 días.

Si quiere cambiarse a farmacia con entrega a domicilio a través de IngenioRx, nuestro administrador de beneficios de farmacia, puede llamar al **833-203-1737**

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

(TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Ellos le ayudarán a inscribirse, incluyendo llamar a su médico para transferir recetas.

¿Puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo?

Puede obtener suministros para hasta 90 días de ciertos medicamentos, y todos los demás medicamentos están limitados a un suministro de 34 días.

¿Puede usar una farmacia que no esté en la red de Anthem CCC Plus?

Debe usar una farmacia de nuestra red para obtener sus medicamentos sin costo alguno para usted. Use la herramienta Find a Doctor para encontrar una farmacia de la red de Anthem CCC Plus cerca de usted.

¿Qué es 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 requerido por el 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 verificar la herramienta del Prescription Monitoring Program (PMP) que el Virginia Department of Health Professions mantiene para revisar sus medicamentos.

Esta herramienta utiliza un sistema electrónico para monitorear la distribución de medicamentos recetados de sustancias controladas.

Si es elegido para el PUMS, se lo puede restringir o bloquear para que use una sola farmacia o visite un solo proveedor para obtener determinados tipos de medicamentos. Le enviaremos una carta para informarle cómo funciona PUMS.

El periodo de bloqueo es de 12 meses. Al final del período de bloqueo, revisaremos para ver si debe continuar en el programa. Si es colocado en el PUMS y no cree que debería estar en el programa, puede apelar. Debe presentarnos una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha en que se reciba la carta que dice que ha sido colocado en el PUMS. También puede solicitar una Audiencia imparcial estatal. Consulte **Apelaciones, Audiencias imparciales estatales y Quejas** en la Sección 15 de este manual.

Si está en el programa PUMS, puede obtener recetas fuera del horario normal si la farmacia seleccionada no tiene acceso las 24 horas. También podrá elegir un PCP, farmacia u otro proveedor en el que desee estar bloqueado. Si no selecciona proveedores para el bloqueo en un plazo de 15 días, los elegiremos por usted.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Los miembros que están inscritos en PUMS recibirán una carta de nosotros que les proporcionará información adicional sobre PUMS incluyendo toda la siguiente información:

- Una breve explicación del programa PUMS
- Una declaración explicando el motivo para la colocación en el programa PUMS
- Información sobre cómo apelar al plan Anthem HealthKeepers Plus si está inscrito en el programa PUMS
- Información con respecto a cómo solicitar una Audiencia imparcial estatal después de agotar por primera vez el proceso de apelaciones de Anthem CCC Plus
- Información sobre cualquier norma especial a seguir para obtener servicios, incluyendo para una emergencia o servicios fuera del horario normal
- Información sobre cómo elegir un proveedor de PUMS

Comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece a continuación o llame a su coordinador de la atención si tiene alguna pregunta sobre PUMS.

10. Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus

Beneficios de CCC Plus

Como miembro de Anthem CCC Plus, tiene una variedad de beneficios y servicios de atención de la salud a su disposición. Obtendrá la mayoría de sus servicios a través de su plan Anthem CCC Plus, pero puede recibir algunos a través del DMAS o de un contratista del DMAS.

- Los servicios proporcionados a través del plan Anthem CCC Plus se describen en la Sección 10 del manual.
- Los servicios cubiertos por el DMAS o un contratista del DMAS se describen en la Sección 11 de este manual.
- Los servicios que no están cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus o el DMAS se describen en la Sección 12 de este manual.

Los servicios que reciba a través del plan Anthem CCC Plus o del DMAS no requerirán que pague ningún costo distinto al que paga el paciente por los servicios y apoyos a largo plazo. La Sección 13 de este manual proporciona información sobre lo que es el pago de un paciente y cómo saber si tiene uno.

Normas de cobertura general

Para recibir cobertura de servicios, usted debe cumplir con los requisitos de cobertura general descritos a continuación.

1. Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario generalmente significa que necesita el servicio o los suministros para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas según los estándares aceptados de la práctica médica.
2. En la mayoría de los casos, debe obtener la atención de un proveedor dentro de la red. Un proveedor dentro la red es un proveedor que trabaja con el plan Anthem HealthKeepers Plus. En la mayoría de los casos, no pagaremos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que el servicio esté autorizado por nosotros. La Sección 6 tiene más información sobre el uso de proveedores dentro la red y fuera de la red.
3. Algunos beneficios solo están cubiertos si el médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación previa. Esto se denomina autorización de servicios. La Sección 14 incluye más información sobre las autorizaciones de servicios.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

4. Si el plan Anthem CCC Plus es nuevo para usted, puede seguir viendo a los médicos a los que va ahora durante el periodo de continuidad de la atención de 30 días. También puede seguir recibiendo sus servicios autorizados mientras dure la autorización o durante el periodo de continuidad de la atención después de que se inscriba por primera vez, lo que ocurra primero. Consulte también **Periodo de continuidad de la atención** en la Sección 3 de este manual.

Beneficios cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus

El plan Anthem CCC Plus cubre todos los siguientes servicios para usted cuando sean médicamente necesarios. Si tiene Medicare u otro plan de seguro, coordinaremos estos servicios con su plan de Medicare u otro plan de seguro. Refiérase a la Sección 11 de este manual para **Servicios cubiertos a través del Programa de tarifa por servicio de Medicaid del DMAS**.

- Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS), incluyendo tratamiento para pacientes hospitalizados, ambulatorios, basados en la comunidad, tratamiento asistido por medicamentos, servicios entre pares y manejo de casos. Los servicios pueden requerir autorización. Información adicional sobre servicios de ARTS se proporciona a continuación en esta sección del manual.
- Servicios de cuidado de salud de adultos durante el día (consulte la exención de CCC Plus).
- Servicios de coordinación de la atención, incluyendo ayuda para conectarse con los servicios cubiertos por CCC Plus y con los recursos de vivienda, alimentos y comunitarios. Consulte la Sección 4 de este manual para obtener más información sobre su coordinador de la atención.
- Servicios clínicos, incluyendo diálisis renal.
- Servicios de exención de CCC Plus basados en el hogar y en la comunidad (anteriormente conocidos como exenciones EDCD y asistidas por tecnología), que incluyen: atención médica diurna para adultos, tecnología de asistencia, modificaciones del entorno, servicios de cuidado personal, sistemas de respuesta de emergencia personal (PERS), servicios de enfermería privada, servicios de relevo, facilitación de servicios, servicios de transición. Más adelante en esta sección se proporciona información adicional sobre los servicios de exención de CCC Plus. La Sección 11 de este manual proporciona información sobre los servicios de exención de DD.
- Prueba de detección de cáncer colorrectal.
- Servicios ordenados por la corte.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Equipo médico duradero (DME) y suministros, incluyendo equipos y suministros respiratorios, de oxígeno y ventiladores, sillas de ruedas y accesorios, camas de hospital, equipos y suministros para diabéticos, productos para la incontinencia, tecnología de asistencia, dispositivos de comunicación y equipos y dispositivos de rehabilitación y otros equipos y suministros necesarios.
- Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para niños menores de 21 años. Información adicional sobre servicios EPSDT se proporciona más adelante en esta sección del manual.
- Servicios de intervención temprana para niños desde el nacimiento hasta los 3 años. Información adicional sobre servicios de intervención temprana se proporciona más adelante en esta sección del manual.
- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Órdenes de custodia de emergencia (ECO).
- Servicios de emergencia, incluyendo servicios de transporte de emergencia (ambulancia, etc.).
- Servicios de emergencia y de posestabilización. Información adicional sobre servicios de emergencia y de posestabilización se proporciona en la Sección 7 de este manual.
- Servicios para enfermedad renal en etapa terminal.
- Exámenes de la vista.
- Servicios de planificación familiar, incluyendo servicios, dispositivos, medicamentos (como la anticoncepción reversible de acción prolongada) y suministros para postergar o evitar el embarazo. Usted es libre para elegir su método para planificación familiar incluyendo a través de proveedores que están dentro/fuera de la red de Anthem CCC. No requerimos que usted obtenga autorización de servicios o referencias de un PCP para servicios de planificación familiar.
- Servicios de tratamiento para disforia de género.
- Tiras reactivas de glucosa en sangre.
- Servicios de audición (audiología).
- Servicios de salud en el hogar.
- Servicios para enfermos terminales.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Cuidado hospitalario: pacientes hospitalizados/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 dirigidas.
- Mamografías.
- Atención de maternidad: incluye atención para el: embarazo, servicios médicos/enfermero obstetra certificado. Información adicional sobre cuidado de maternidad se proporciona en la Sección 6 de este manual.
- Servicios de salud mental, incluyendo, servicios de psicoterapia para paciente ambulatorio, servicios basados en la comunidad, de crisis y paciente hospitalizado. Los servicios basados en la comunidad y en centro médico incluyen:
 - Manejo de casos de salud mental
 - Tratamiento diurno terapéutico (TDT) para niños
 - Servicios de desarrollo de habilidades de salud mental (MHSS)
 - Intensivo en el hogar
 - Rehabilitación psicosocial
 - Análisis aplicado del comportamiento (ABA)
 - Servicios de apoyo para la recuperación de salud mental de pares
 - Programa de hospitalización parcial de salud mental
 - Ambulatorio intensivo de salud mental
 - Tratamiento comunitario asertivo
 - Terapia multisistémica (MST)
 - Terapia familiar funcional (FFT)
 - Móviles para crisis

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Estabilización comunitaria
- Observación por 23 horas
- Estabilización de crisis residencial
- Centro de enfermería: incluye atención especializada, hospitalización prolongada y cuidado supervisado. Más adelante en esta sección del manual se proporciona información adicional sobre los servicios en centros de enfermería.
- Servicios de enfermero partero a través de una enfermero obstetra certificado.
- Trasplantes de órganos.
- Ortesis, incluyendo aparatos ortopédicos, férulas y soportes, para niños menores de 21 años o adultos a través de un programa de rehabilitación intensivo.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Pruebas de Papanicolaou.
- Servicios de cuidado personal o asistencia personal (a través de EPSDT o de la exención de CCC Plus).
- Servicios de médicos y proveedores, incluyendo visitas al consultorio médico.
- Terapias física, ocupacional y del habla.
- Servicios de podología (atención de los pies).
- Servicios prenatales y maternos.
- Medicamentos recetados. Consulte la Sección 9 de este manual para obtener más información acerca de los servicios de farmacia.
- Atención preventiva, incluyendo chequeos regulares, exámenes de detección y visitas de rutina para el bebé/niño. Consulte la Sección 6 de este manual para obtener más información sobre los servicios de PCP.
- Servicios de enfermería privada (a través de EPSDT y de la exención de CCC Plus HCBS).
- Prueba del antígeno prostático específico (PSA) y tactos rectales.
- Dispositivos prostéticos (incluyendo brazos, piernas y sus accesorios de soporte, mamas y prótesis oculares).
- Servicios psiquiátricos o psicológicos.
- Servicios de radiología.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Cirugía reconstructiva de mamas.
- Atención médica periódica, incluyendo las visitas al consultorio de su PCP, referencias a especialistas, exámenes, etc. Consulte la Sección 6 de este manual para obtener más información sobre los servicios de su PCP.
- Servicios de diálisis renal.
- Servicios de rehabilitación: para pacientes hospitalizados y ambulatorios (que incluyen servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiológica).
- Servicios de segunda opinión de un proveedor de cuidado médico calificado dentro de la red o haremos los arreglos para que obtenga uno sin costo fuera de la red. El médico que proporciona la segunda opinión no debe pertenecer al mismo consultorio que el primer médico. Las referencias fuera de la red pueden ser aprobadas cuando no esté accesible ningún proveedor participante o cuando ningún proveedor participante pueda cumplir con sus necesidades individuales.
- Servicios de cirugía cuando sean médicamente necesarios y estén aprobados por el plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Servicios de telemedicina.
- Órdenes de detención temporal (TDO).
- Servicios, educación y farmacoterapia para cesación del uso de tabaco para todos los miembros.
- Servicios de transporte, incluyendo los de emergencia y que no sean de emergencia (transporte aéreo, ambulancia terrestre, camionetas camilla, vehículo para silla de ruedas, autobús público, conductores voluntarios/registrados, taxis). El plan Anthem CCC Plus también proporcionará transporte hacia/desde la mayoría de los servicios mejorados y “excluidos”. Más adelante en esta sección del manual se proporciona información adicional sobre los servicios de transporte. Los servicios de transporte para los servicios de exención de DD están cubiertos a través del DMAS, como se describe en la Sección 11 de este manual.
- Atención de los ojos de rutina: un examen oftalmológico integral de rutina cada año y \$100 para anteojos (un marco y dos lentes) cada año.
- Visitas de bienestar: cubrimos todas las visitas preventivas al médico para ayudarlo a mantenerse saludable.
- Servicio de aborto: la cobertura está disponible solamente en casos en donde habría un peligro considerable a la vida de la madre.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Beneficios adicionales que proporcionamos que no están cubiertos por Medicaid

Como miembro de Anthem CCC Plus, tiene acceso a servicios que generalmente no están cubiertos a través de tarifa por servicio de Medicaid. Estos servicios se conocen como “beneficios ampliados”. Los miembros pueden solicitar estos servicios llamando a Servicios para Miembros o poniéndose en contacto con su coordinador de la atención. Proveemos los siguientes beneficios ampliados:

- Comidas entregadas en su hogar después de abandonar el hospital o centro de enfermería: una comida al día por siete días.
- \$100 por anteojos (lentes y marcos) cada año para adultos de 21 años en adelante.
- Un examen de audición y \$1,000 para audífonos y 60 baterías por año para adultos de 21 años en adelante (se requiere aprobación previa).
- Traslados a lugares de culto, supermercados, bibliotecas, el DMV, peluquerías y otras actividades o eventos de bienestar cerca de usted. Tiene cobertura para tres viajes de ida y vuelta en transporte no médico cada tres meses (sin exceder los 12 viajes de ida y vuelta al año). Necesitará llamar a Access2Care al **855-325-7581** con 48 horas hábiles de anticipación tanto para traslados médicos como no médicos. Los viajes urgentes también se pueden programar con Access2Care.
- Folleto de cupones con más de \$1,000 en ahorros en tiendas al por menor como Dick's Sporting Goods, Barnes & Noble, Ruby Tuesday y más.
- \$100 en dispositivos de asistencia (ayudas para vestirse, extensores, abrelatas antideslizantes y más) y accesorios para silla de ruedas (luces de seguridad, cojines de asiento, guantes para sillas de ruedas y más) enviados por correo directamente a su puerta. Inicie sesión o cree una cuenta segura en **anthem.com/vamedicaid** y visite el Benefit Reward Hub para solicitar sus dispositivos. Si aún no tiene una cuenta segura, elija Register (Registrarse) para crear una. O llame a su coordinador de la atención o a Servicios para Miembros para que le ayuden a realizar un pedido.
- Teléfono celular con datos mensuales, minutos y mensajes de texto, además de llamadas gratuitas a Servicios para Miembros y asesoría en salud.
- Community Resource Link: busque en línea por código postal alimentos, vivienda, ayuda para encontrar trabajo y más.
- Herramientas en línea para hacer la vida más fácil: use su cuenta segura para ver detalles sobre Su plan de salud, descargar materiales, ponerse en contacto con su coordinador de la atención y más.
- Aplicación móvil.
- Purificador de aire (se requiere aprobación previa).

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Cómo acceder a los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento

¿Qué es EPSDT?

Los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) son un beneficio de Medicaid exigido por el gobierno federal que brinda servicios de atención médica integral y preventiva para niños menores de 21 años.

Si tiene un hijo menor de 21 años, EPSDT brinda servicios preventivos, dentales, de salud del comportamiento, de desarrollo y especializados adecuados. Incluye cobertura para vacunas, controles médicos pediátricos, investigaciones de plomo, enfermería privada, cuidado personal y otros servicios y terapias que tratan o mejoran una afección.

También cubrirá los servicios que eviten que la afección de su hijo empeore. EPSDT puede brindar cobertura para servicios médicamente necesarios, incluso si estos normalmente no están cubiertos por Medicaid.

Cómo obtener servicios de EPSDT

Brindamos la mayoría de los servicios de EPSDT cubiertos por Medicaid. Sin embargo, algunos servicios de EPSDT, como el cuidado dental pediátrico, no están cubiertos por nosotros. Para cualquier servicio no cubierto por el plan Anthem HealthKeepers Plus, puede obtenerlos a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid. En la Sección 11 de este manual se proporciona información adicional sobre los servicios prestados a través de tarifa por servicio de Medicaid.

Es posible que deba obtener una autorización de servicio (o aprobación previa) de nuestra parte para algunos servicios de EPSDT, de modo que podamos asegurarnos de que sean médicamente necesarios para la atención de su hijo. Hable con su médico si su hijo necesita servicios de EPSDT. Consulte la Sección 14 **Autorización de servicio y Determinación de beneficios** para obtener más información sobre las autorizaciones de servicio.

Como obtener servicios de intervención temprana

Si tiene un bebé menor de tres años, y usted cree que no está aprendiendo o desarrollándose como otros bebés e infantes, su hijo puede calificar para servicios de intervención temprana. La intervención temprana incluye servicios como terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, coordinación de servicios y servicios de desarrollo que ayudan a las familias a apoyar el aprendizaje y el desarrollo de sus hijos durante las actividades y rutinas diarias. Los servicios se brindan generalmente en su hogar.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

El primer paso es reunirse con el programa local Infant and Toddler Connection en su comunidad para ver si su hijo es elegible. Un niño desde el nacimiento hasta los 3 años es elegible si tiene:

- Un retraso del desarrollo del 25% en una o más áreas del desarrollo.
- Un desarrollo atípico.
- Una afección física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo.

Hable con su coordinador de la atención para obtener más información. Su coordinador de la atención puede ayudar. Si su hijo está inscrito en el plan Anthem CCC Plus, brindamos cobertura para servicios de intervención temprana. Su coordinador de la atención trabajará de cerca con usted y con el programa Infant and Toddler Connection para ayudarle a acceder a estos servicios y a cualquier otro servicio que su hijo pueda necesitar. La información también está disponible en **infantva.org** o llamando al **800-234-1448**.

Cómo acceder a servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento ofrecen una amplia gama de opciones de tratamiento para personas con trastornos de salud mental o de abuso de sustancias. Muchas personas luchan con afecciones de salud mental como depresión, ansiedad u otros problemas, además de consumir sustancias en algún momento de sus vidas. 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 cuidado hospitalario, incluidos tratamientos diurnos y servicios para crisis. Estos servicios se pueden proporcionar en su hogar o en la comunidad, por un periodo de tiempo corto o largo, y todos son realizados por personas y organizaciones calificadas.

Comuníquese con su coordinador de la atención si tiene problemas para afrontar pensamientos y sentimientos. Su coordinador de la atención lo ayudará a programar una cita para hablar con un profesional de la salud del comportamiento.

Algunos servicios de salud del comportamiento están cubiertos a través de Magellan, el Administrador de servicios de salud del comportamiento (BHSA) del DMAS. Su coordinador de la atención trabajará en estrecha colaboración con el BHSA para coordinar los servicios que necesita, incluyendo los que se brindan a través de la BHSA.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Algunos servicios de salud del comportamiento para los que necesita obtener una autorización de servicio, incluyen servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados.

Llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los servicios para los que puede necesitar aprobación previa. Consulte también la sección **Autorización de servicio y Determinación de beneficios** para obtener más información sobre cómo funcionan las autorizaciones de servicio.

Cómo acceder a Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS)

Su plan Anthem CCC Plus ofrece una variedad de servicios que ayudan a las personas que luchan contra el uso de sustancias, incluyendo las drogas y el alcohol.

La adicción es una enfermedad médica, como la diabetes, con la que muchas personas se enfrentan, 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 ambientes en tratamiento para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, basados en su residencia y en la comunidad. Las opciones de tratamiento asistido por medicamentos, los servicios de asesoramiento y las opciones de terapia del comportamiento también están disponibles si está tratando con el uso de medicamentos recetados o de venta libre. Otras opciones que son útiles incluyen los servicios de recuperación de pares (alguien que ha experimentado problemas similares y en recuperación), así como los servicios de manejo de casos.

Hable con su PCP o llame a su coordinador de la atención para determinar la mejor opción para usted y cómo obtener ayuda en 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 coordinador de la atención o comunicarse con Servicios para Miembros a uno de los a continuación.

Necesita una autorización de servicio para algunos servicios de ARTS, que incluyen:

- Servicios para paciente hospitalizado para uso de sustancias
- Servicios residenciales por abuso de sustancias
- Programa ambulatorio intensivo

Consulte la sección **Autorización de servicio y Determinación de beneficios** para obtener más información sobre cómo funcionan las autorizaciones de servicio.

Cómo acceder a servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Brindamos cobertura para servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que incluyen una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias y mantener la máxima independencia. LTSS puede brindarle asistencia que lo ayude a vivir en su propia casa u otro entorno de su elección y mejorar su calidad de vida. Ejemplos de servicios incluyen servicios de asistencia personal (ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal), así como apoyo para tareas diarias como lavandería, compras y transporte. Los LTSS se brindan durante un periodo de tiempo prolongado, por lo general en hogares y comunidades (a través de una exención basada en el hogar y la comunidad), pero también en centros de enfermería. Si necesita ayuda con estos servicios, llame a su coordinador de la atención, quien lo ayudará en el proceso para saber si cumple con los requisitos de elegibilidad de Virginia para estos servicios. Consulte también las secciones: **Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus, servicios de un centro de enfermería y cómo obtener servicios si está en una exención de DD que se describe más adelante en esta sección del manual.**

Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus

Algunos miembros pueden calificar para los servicios de exención de atención basada en el hogar y la comunidad a través de la exención de Commonwealth Coordinated Care Plus (anteriormente conocida como exenciones de Elderly o Disabled with Consumer Direction y Technology Assistance).

La exención de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) está destinada a permitir que un miembro que califica para el nivel de atención de un centro de enfermería permanezca en la comunidad con ayuda para satisfacer sus necesidades diarias. Si se determina que es elegible para los servicios de exención de CCC Plus, puede elegir cómo recibir los servicios de asistencia personal.

Tiene la opción de recibir servicios a través de una agencia (conocida como dirigida por la agencia) o puede elegir actuar como empleador para un asistente de asistencia personal (conocido como autodirigido). La información sobre la atención autodirigida se describe con más detalle a continuación en esta sección del manual. Los servicios de la exención de CCC Plus pueden incluir:

- Servicios de enfermería privada (dirigidos por agencias)
- Cuidado personal (dirigido por una agencia o autodirigido)
- Atención de relevo (dirigido por una agencia o autodirigido)
- Cuidado de adultos durante el día

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Sistema de respuesta de emergencia personal (con o sin monitoreo de medicamentos)
- Coordinación/servicios de transición para miembros en transición a la comunidad desde un centro de enfermería o un hospital de estancia prolongada
- Tecnología asistencial
- Modificaciones del entorno

Las personas inscritas en una exención de DD deben consultar **Cómo obtener servicios si está en una exención de DD** que se describe más adelante en esta sección.

Cómo autodirigir su atención

La atención autodirigida se refiere a los servicios de cuidado personal y atención de relevo proporcionados bajo la exención de CCC Plus. Estos son servicios en los que el miembro o su familia/cuidador es responsable de contratar, capacitar, supervisar y despedir a su asistente. Recibirá apoyo de administración financiera en su rol de empleador para ayudarlo a inscribir a sus proveedores, realizar verificaciones de antecedentes de proveedores y pagarle a los proveedores.

Si ha sido aprobado para recibir los servicios de exención CCC Plus y desea obtener más información sobre el modelo de atención autodirigida, comuníquese con su coordinador de la atención, quien lo ayudará con estos servicios.

Su coordinador de la atención también monitoreará su atención siempre que reciba los servicios de la exención de CCC Plus para asegurarse de que la atención brindada satisfaga sus necesidades diarias. Una vez que su coordinador de la atención evalúe sus necesidades actuales para saber más sobre si LTSS podría marcar una diferencia en su vida diaria, usaremos esas evaluaciones para asegurarnos de que está recibiendo los servicios de exención de CCC Plus que necesita. Su coordinador de la atención también puede ayudarlo a obtener otros servicios que se ajusten a sus necesidades fuera de la exención de CCC Plus. Para obtener más información sobre las autorizaciones de servicio, consulte la sección **Autorización de servicio y Determinación de beneficios**.

Servicios de centro de enfermería

Si está decidido a cumplir con los criterios de cobertura para la atención en un centro de enfermería y elige recibir sus servicios y apoyos a largo plazo en un centro de enfermería, proporcionaremos cobertura para la atención en un centro de enfermería. Si tiene Medicare, le brindaremos cobertura para el cuidado en un centro de enfermería después de que agote los días cubiertos por Medicare en el centro de enfermería, lo que generalmente se denomina cuidado especializado de

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

enfermería. Si se encuentra en un centro de enfermería, es posible que pueda mudarse de su centro de enfermería a su propio hogar y recibir servicios en el hogar y en la comunidad si lo desea. Si está interesado en mudarse del centro de enfermería a la comunidad, hable con su coordinador de la atención.

Su coordinador de la atención está disponible para trabajar con usted, su familia y el planificador de alta en el centro de enfermería si está interesado en mudarse del centro de enfermería a un hogar o entorno comunitario. Si elige no abandonar el centro de enfermería, puede permanecer en el centro de enfermería durante el tiempo que esté decidido a cumplir con los criterios de cobertura para el cuidado en un centro de enfermería.

Examen médico para servicios y apoyos a largo plazo

Antes de que pueda recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), debe ser examinado por un equipo médico basado en la comunidad o el hospital. Se usa un examen médico para determinar si cumple con los criterios de nivel de atención para LTSS. Comuníquese con su coordinador de la atención para obtener más información sobre el proceso de selección para recibir LTSS.

Libertad de elección

Si es aprobado para recibir servicios y apoyos a largo plazo, tiene derecho a recibir atención en el entorno que elija:

- En su hogar
- En otro lugar en la comunidad
- En un centro de enfermería

Puede elegir los médicos y profesionales de atención de la salud para su atención de nuestra red. Si prefiere recibir servicios en su hogar bajo la exención CCC Plus, por ejemplo, puede elegir contratar directamente a su asistente de cuidado personal, conocido como atención autodirigida. Otra opción que tiene es elegir una agencia de cuidado personal en nuestra red, donde la agencia contratará, capacitará y supervisará a los trabajadores de asistencia personal en su nombre, lo que se conoce como dirección de la agencia. También tiene la opción de recibir servicios en un centro de enfermería de nuestra red de proveedores de centros de enfermería.

Cómo obtener servicios si tiene una exención de Discapacidad del desarrollo

Si está inscrito en una de las exenciones de DD, estará inscrito en CCC Plus para sus servicios que no son de exención. Las exenciones DD incluyen:

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- La exención de Building Independence (BI).
- La exención de Community Living (CL).
- La exención de Family and Individual Supports (FIS).

Solo proporcionamos cobertura para sus servicios que no son de exención. Los servicios que no son de exención incluyen todos los servicios enumerados en la Sección 10 **Beneficios cubiertos a través de su plan Anthem CCC Plus.**

Excepción: Si está inscrito en una de las exenciones DD, tampoco sería elegible para recibir servicios a través de la exención de CCC Plus.

Los servicios de exención de DD, los servicios de administración de casos dirigida de DD e ID y el transporte hacia/desde los servicios de exención de DD se pagarán a través de la tarifa por servicio de Medicaid como servicios excluidos. La exclusión también incluye cualquier servicio de exención de DD que esté cubierto a través de EPSDT para personas menores de 21 años inscritas en la exención de DD.

Si tiene una discapacidad del desarrollo y necesita servicios de exención de DD, su Community Services Board (CSB) local deberá completar una evaluación de elegibilidad funcional y de diagnóstico. Todas las personas inscritas en una de las exenciones de DD siguen el mismo proceso para calificar y acceder a los servicios y apoyos de BI, CL y FIS. Los servicios se basan en las necesidades evaluadas y están incluidos en su plan de servicio individualizado centrado en la persona.

Las exenciones de DD tienen una lista de espera. Las personas que están en la lista de espera de la exención DD pueden calificar para inscribirse en la exención de CCC Plus hasta que un espacio de exención BI, CL o FIS DD esté disponible y se le asigne a la persona. Los CSB de su comunidad mantienen la lista de espera de exenciones de DD.

Para obtener más información sobre las exenciones de DD y los servicios que están cubiertos por cada exención de DD, visite el sitio web del Departamento de Servicios de salud del comportamiento y del desarrollo (DBHDS) en **mylifemycommunityvirginia.org** o llame al **844-603-9248**. Su coordinador de la atención trabajará en estrecha colaboración con usted y su administrador de casos de DD o ID para ayudarlo a obtener todos los servicios cubiertos. Comuníquese con su coordinador de la atención si tiene alguna pregunta o inquietud.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Cómo obtener servicios de transporte que no sean de emergencia

Servicios de transporte que no son de emergencia cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus

Los servicios de transporte que no son de emergencia están cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus para servicios cubiertos, servicios exclusivos y beneficios ampliados.

Excepción: Si está inscrito en una exención de DD, proporcionamos cobertura para su transporte hacia/desde sus servicios que no son de exención. (Consulte **Transporte hacia/desde los servicios de exención de DD** a continuación).

Se le puede proporcionar transporte si usted no tiene ningún otro medio de transporte y necesita ir a un médico o a un centro médico para un servicio cubierto. Para citas médicas urgentes o que no sean de emergencia, llame a la línea de reservaciones al **855-325-7581**. Si tiene problemas para conseguir transporte a sus citas, llame a Access2Care al **855-325-7581** o llame a Servicios para Miembros al número que aparece a continuación. Servicios para Miembros está a su disposición para ayudar.

En caso de una emergencia mortal, llame al 911. Consulte **Cómo recibir atención para emergencias** en la Sección 7 de este manual.

Programe un traslado llamando a Access2Care al menos dos días hábiles antes de su cita. También puede obtener reembolso de millas por citas aprobadas, y los boletos de autobús también están disponibles. Para obtener boletos de autobús, llame al menos siete días antes de su cita.

Los traslados no médicos se pueden programar entre las 8 a.m. y las 5 p.m. los siete días de la semana. Hay una limitación de millaje que incluye áreas urbanas (30 millas de ida y vuelta) y áreas rurales (60 millas de ida y vuelta). Estos viajes no deben programarse con un viaje médico.

Si tiene una solicitud urgente para una cita el mismo día, comuníquese con Access2Care. Ellos verificarán su solicitud urgente y lo ayudarán a programar su viaje. La asistencia para reservas urgentes y para el mismo día está disponible en cualquier momento. Solo llame al **855-325-7581**.

Para emergencias, llame al 911.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Transporte hacia y desde servicios de exención de DD

Si está inscrito en una exención de DD, proporcionamos cobertura para su transporte hacia y desde sus servicios que no son de exención. Llame al número de arriba para el transporte a sus servicios que no son de exención.

El transporte a sus servicios de exención de DD está cubierto por el Contratista de transporte del DMAS. Puede obtener más información sobre cómo acceder a los servicios de transporte a través del Contratista de transporte del DMAS en el sitio web en **transport.dmas.virginia.gov** o llamando al contratista de transporte. El transporte para las citas de rutina se realiza de lunes a viernes entre las 6 a.m. y las 8 p.m.

El Contratista de transporte del DMAS está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para programar reservas urgentes al **866-386-8331**, TTY **866-288-3133** o TTY **711** para comunicarse con un operador de retransmisión.

Si tiene problemas para obtener transporte a sus servicios de exención de DD, puede llamar a su administrador de casos de exención de DD o ID o al Contratista de transporte del DMAS al número que se indica arriba. También puede llamar a su coordinador de la atención. Su coordinador de la atención trabajará en estrecha colaboración con usted y su administrador de casos de exención de DD o ID para ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Servicios para Miembros también está disponible para ayudar al número que aparece a continuación.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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

Servicios excluidos

El Department of Medical Assistance Services le proporcionará cobertura para los servicios que se indican a continuación. Estos servicios se denominan “servicios excluidos”. Su proveedor le factura a tarifa por servicio a Medicaid (o a un Contratista del DMAS) por estos servicios.

Su coordinador de la atención también puede ayudarlo a acceder a estos servicios si los necesita.

- Lo servicios dentales son proporcionados a través del Administrador de los beneficios dentales del DMAS. El DMAS ha contratado a su Administrador de los beneficios dentales para coordinar la prestación de todos los servicios dentales de Medicaid. El programa dental proporciona cobertura para las siguientes poblaciones y servicios:
 - Para niños menores de 21 años: procedimientos de diagnóstico, preventivos, reconstituyentes/quirúrgicos, así como servicios de ortodoncia.
 - Para mujeres embarazadas: Radiografías y exámenes, limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, tratamientos relacionados con las encías, coronas, parciales, dentaduras postizas, extracciones dentales y otras cirugías orales y otros servicios generales apropiados. El tratamiento de ortodoncia no está incluido. La cobertura dental termina 60 días después del nacimiento del bebé.
 - Para adultos de 21 años en adelante, la cobertura incluirá limpiezas, radiografías, exámenes, empastes, dentaduras, tratamientos de conductos, tratamiento relacionado con las encías, cirugía oral y más.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura dental a través del Administrador de los beneficios dentales del DMAS, puede comunicarse con Servicios para Miembros de DentaQuest al **888-912-3456**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. El número **TTY/TDD** es **800-466-7566**. Se proporciona información adicional en **dmas.virginia.gov/for-members/benefits-and-services/dental/**.

El plan Anthem HealthKeepers Plus brinda cobertura para transporte que no sea de emergencia para cualquier servicio dental cubierto a través del Administrador de los beneficios dentales del DMAS como se describe anteriormente. Comuníquese con Servicios para Miembros al **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. si necesita ayuda.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

El plan Anthem HealthKeepers Plus proporciona cobertura para servicios orales como hospitalizaciones, cirugías o servicios facturados por un médico, no un dentista.

- Los servicios de exención de discapacidad del desarrollo (DD), incluyendo el manejo de casos para los servicios de exención de DD, están cubiertos a través del DBHDS. La exclusión incluye cualquier servicio de exención de DD que esté cubierto a través de EPSDT para las personas inscritas en la exención de DD y el transporte hacia/desde los servicios de exención de DD. Consulte también **Cómo obtener servicios si tiene una exención de Discapacidad del desarrollo** en la Sección 10 de este manual.
- 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 de educación individualizado (IEP) de cada estudiante. Aunque las escuelas son responsables financieramente por los servicios educativos, en el caso de un estudiante elegible para Medicaid, parte de los costos de los servicios identificados en el IEP del estudiante pueden ser cubiertos por Medicaid. Cuando sean cubiertos por Medicaid, los servicios de salud escolar son pagados por el DMAS. Contacte al administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud de la escuela.
- El Manejo de casos de tratamiento de tutela temporal es administrado por Magellan of Virginia y hay más información disponible en **magellanofvirginia.com**. También puede llamar al **800-424-4046 (TDD 800-424-4048; TTY 711)** o a su coordinador de la atención para obtener ayuda.
- Servicios terapéuticos grupales en el hogar para niños y adolescentes menores de 21 años. Este es un lugar donde viven niños y adolescentes mientras reciben tratamiento. Los niños en este nivel de atención tienen serios problemas de salud mental. Estos servicios brindan supervisión y atención de la salud del comportamiento para lograr objetivos terapéuticos. Estos servicios también ayudan al miembro y su familia a trabajar para el alta al hogar del miembro. Información adicional sobre Therapeutic Group Home Services está disponible en el sitio web de Magellan en **magellanofvirginia.com** o llamando al **800-424-4046, TDD 800-424-4048 o TTY 711**. También puede llamar a su coordinador de la atención para obtener más información.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Para miembros de 21 a 64 años, cuando el miembro ingresa a una Institución para Enfermedades Mentales (IMD) privada o estatal para una Orden de Detención Temporal (TDO), el programa TDO estatal pagará por el servicio.

Servicios que finalizarán su inscripción en CCC Plus

Si recibe alguno de los servicios a continuación, finalizará su inscripción en el plan Anthem CCC Plus. Recibirá estos servicios a través del DMAS o un Contratista del DMAS.

- PACE (Program of All Inclusive Care for the Elderly). Para obtener más información sobre PACE, hable con su coordinador de la atención o visite **pace4you.org**.
- Usted reside en un Centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IID).
- Recibe atención en un Centro de tratamiento psiquiátrico residencial (niños menores de 21 años). Información adicional sobre los servicios del Centro de tratamiento psiquiátrico residencial está disponible en el sitio web de Magellan en **magellanofvirginia.com** o llamando al **800-424-4046**, **TDD 800-424-4048** o **TTY 711**. También puede llamar a su coordinador de la atención para obtener ayuda.
- Reside en un centro de enfermería para veteranos.
- Reside en uno de estos centros estatales de atención a largo plazo: Piedmont, Catawba, Hiram Davis o Hancock.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

12. Servicios no cubiertos por CCC Plus

Los siguientes servicios no están cubiertos por Medicaid o su plan de Anthem CCC Plus. Si recibe alguno de los siguientes servicios no cubiertos, usted será responsable por el costo de estos servicios.

- Acupuntura
- Gastos administrativos, tal como llenado de formularios y copiado de registros
- Inseminación artificial, fertilización in vitro u otros servicios para promover la fertilidad
- Ciertos medicamentos cuya eficacia no se haya probado
- Ciertos procedimientos quirúrgicos y diagnósticos experimentales
- Servicios de quiropráctica
- Tratamiento o cirugía cosmética
- Cuidado diurno, inclusive los servicios de acompañante para personas mayores (excepto en algunas exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad)
- Medicamentos recetados para tratar la pérdida de cabello o para aclarar la piel
- Vacunas si tiene 21 años en adelante (excepto contra la gripe y la neumonía para las personas en riesgo y según lo autorizamos)
- Atención médica que no sean servicios de emergencia o servicios de planificación familiar, recibida de proveedores fuera de la red, a menos que lo autorizamos
- Servicios de cuidado personal (excepto a través de algunas exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad o bajo EPSDT)
- Medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte D, incluyendo el copago de Medicare
- Enfermería privada (excepto a través de algunas exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad o bajo EPSDT)
- Programas clínicos de pérdida de peso, a menos que sean autorizados
- Atención fuera de los Estados Unidos

Si recibe servicios no cubiertos

Cubrimos sus servicios cuando está inscrito en nuestro plan y:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios se enumeran como **Beneficios cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus** en la Sección 10 de este manual.
- Usted recibe servicios al seguir las normas del plan.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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 por algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. Puede llamar a Servicios para Miembros o a su coordinador de la atención para averiguar más sobre servicios y cómo obtenerlos. También tiene derecho a pedir esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

La Sección 15 proporciona instrucciones sobre cómo apelar las decisiones de cobertura de **Anthem CCC Plus**. También puede llamar a Servicios para Miembros para saber más acerca de sus derechos a apelar o para obtener ayuda para presentar una apelación.

13. Costos compartidos del miembro

No hay copagos por los servicios cubiertos a través del programa CCC Plus. Esto incluye los servicios cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus o los servicios excluidos del contrato de CCC Plus. Los servicios proporcionados a través del plan Anthem CCC Plus o del DMAS no requerirán que pague ningún costo distinto al que paga el paciente por los servicios y apoyos a largo plazo. Consulte la sección de **Pago del paciente miembro** a continuación.

CCC Plus no permite que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos a los proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio. Si recibe una factura por un servicio cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros y ellos lo ayudarán.

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 por algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. Puede llamar a Servicios para Miembros o a su coordinador de la atención para averiguar más sobre servicios y cómo obtenerlos. También tiene derecho a pedir esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la Sección 12 de este manual para obtener una lista de los servicios no cubiertos.

Pago del paciente miembro para servicios y apoyos a largo plazo

Es posible que un paciente pague la responsabilidad del costo de la atención en un centro de enfermería y los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Se requiere que se calcule el pago de un paciente para todos los miembros que reciben servicios de exención en un centro de enfermería o basados en el hogar y la comunidad. Cuando sus ingresos exceden una cierta cantidad, debe contribuir al costo de sus servicios y apoyos a largo plazo. Si tiene un monto de pago del paciente, recibirá un aviso de su Department of Social Services (DSS) local de su responsabilidad de pago del paciente. El DMAS también comparte con nosotros el monto de su pago del paciente si debe pagar el costo de sus servicios y apoyos a largo plazo. Si tiene preguntas sobre el monto de su pago del paciente, comuníquese con su trabajador de elegibilidad de Medicaid en el Department of Social Services local.

Miembros de Medicare y medicamentos de la Parte D

Si tiene Medicare, obtiene sus medicamentos recetados de Medicare Part D, no del programa CCC Plus Medicaid. CCC Plus no paga el copago por los medicamentos que cubre Medicare Part D.

14. Autorización de servicio y Determinación de beneficios

Autorización de servicio

Hay algunos tratamientos, servicios y medicamentos que necesitan ser autorizados para que pueda recibirlos o para que pueda seguir recibiendo. Esto se denomina autorización de servicios. Usted, su médico o alguien de su confianza pueden solicitar una autorización de servicio.

Si los servicios que necesita están cubiertos a través de Medicare, no se requiere una autorización de servicio de nuestra parte. Si tiene preguntas sobre qué servicios están cubiertos por Medicare, comuníquese con su plan médico de Medicare. También puede comunicarse con su coordinador de la atención de Anthem CCC Plus.

Una autorización para servicios ayuda a determinar si ciertos servicios o procedimientos son médicamente necesarios y 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.

Examinamos los estándares de atención sobre la base de:

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

No recompensamos a los empleados, consultores u otros proveedores por:

- Negar atención o servicios que usted necesita.
- Apoyar decisiones que aprueban menos que lo que usted necesita.
- Decir que usted no tiene cobertura.

No se requieren autorizaciones de servicio para servicios de intervención temprana, atención de emergencia, servicios de planificación familiar (incluyendo los anticonceptivos reversibles de acción prolongada), servicios preventivos y atención prenatal básica.

Los siguientes tratamientos y servicios deben autorizarse antes de que los reciba:

- Servicios para la salud del comportamiento: servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS)
 - Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
 - Servicios residenciales por abuso de sustancias
 - Programa ambulatorio intensivo

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red (consulte la sección **Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red**)
- Ciertos tipos de suministros y equipos médicos (DME)
- Servicios ordenados por la corte
- Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)
- Servicios hospitalarios, incluyendo los servicios para pacientes hospitalizados para situaciones que no son de emergencia y ciertos pacientes ambulatorios
- Servicios y apoyos a largo plazo
 - Servicios de CCC Plus Waiver, incluyendo:
 - Cuidado de adultos durante el día
 - Modificaciones del entorno
 - Coordinación de transición
 - Cuidado personal
 - Atención de relevo
 - Tecnología asistencial
 - Algunas visitas del coordinador de la atención
 - Cuidado personal y enfermería privada de EPSDT
 - Servicios de centros de enfermería especializada (los servicios de cuidado custodial en centros de enfermería no necesitan una autorización de servicio)
 - Hospitalización de larga estancia
 - Hospicio
 - Servicios de salud a domicilio
- Servicios de enfermera partera
- Servicios de enfermero practicante
- Trasplantes de órganos, como:
 - Médula ósea y quimioterapia de dosis alta para miembros de 21 años en adelante diagnosticados con cáncer de mama, leucemia, linfoma y mieloma.
 - Trasplantes de hígado, corazón y pulmón médicamente necesarios para miembros de todas las edades, incluyendo la cobertura parcial o total:
 - Trasplante de hígado ortotrópico o heterotópico.
 - Trasplantes de uno o dos pulmones o de lóbulos pulmonares para niños y adultos.
 - Trasplantes de corazón y pulmón solo para niños.
 - Trasplantes de hígado o de lóbulo hepático (donante vivo o cadáver) para niños y adultos.
 - Trasplantes de páncreas realizados al mismo tiempo que trasplantes de riñón cubiertos (solo para niños).

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Servicios de farmacia para:
 - Medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos cubiertos.
 - Ciertos medicamentos de nuestra lista cuando se especifiquen.
- Hospitalizaciones de pacientes hospitalizados que no sean de emergencia
- Exámenes de audición y audífonos si tiene 21 años o más
- Purificador de aire de grado HEPA

Esta lista puede cambiar. Para obtener la lista más actualizada y detallada de los servicios que requieren autorización de servicio, llame a Servicios para Miembros. Para obtener más información sobre cómo solicitar la aprobación de estos tratamientos o servicios, puede comunicarse con Servicios para Miembros al número que aparece a continuación o llamar a su coordinador de la atención.

Autorizaciones de servicios y continuidad de la atención

Si es nuevo en el plan Anthem CCC Plus, respetaremos todas las aprobaciones de autorización de servicio realizadas por el DMAS o emitidas por otro plan de CCC Plus durante el período de continuidad de la atención o hasta que finalice la autorización si es antes. El periodo de continuidad de la atención es de 30 días. Consulte Periodo de continuidad de la atención en la Sección 3 de este manual.

Cómo enviar una solicitud de autorización de servicio

Usted, su médico o alguien de su confianza pueden enviar una solicitud de autorización de servicio llamando a Servicios para Miembros al número que aparece a continuación. Usted o su médico también pueden solicitar una autorización para medicamentos recetados o beneficios de farmacia enviando un correo electrónico a authowrkgp-submitmyexceptionreq@anthem.com.

¿Qué sucede después que recibimos su solicitud de autorización de servicio?

Tenemos un equipo de revisión para asegurarnos de que usted reciba los servicios médicamente necesarios. Médicos, enfermeros y profesionales clínicos licenciados están en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó es médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacerlo, comparan su plan de tratamiento con estándares médicamente aceptables. Los estándares que usamos para determinar lo que es médicamente necesario no pueden ser más restrictivos que los que usa el DMAS.

Cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad menor que la solicitada se denomina determinación (decisión) adversa de beneficios. Estas decisiones serán tomadas por un profesional

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

de atención de la salud calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un profesional médico o de salud del comportamiento, quien podrá ser un médico o cualquier otro profesional de atención de la salud que típicamente proporciona la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados criterios de revisión clínica, usados para tomar las decisiones en cuanto a acciones relacionadas con la necesidad médica.

Períodos de tiempo para revisiones de autorización de servicio

Seguimos los estándares y plazos para autorización de servicios del National Committee for Quality Assurance. Tenemos la responsabilidad de decidir cuán rápido se necesita la autorización dependiendo de la urgencia y el tipo de servicio solicitado. Para decisiones de autorización estándares, proporcionaremos aviso por escrito lo más pronto posible y en un plazo de catorce días calendario. Para decisiones urgentes, proporcionaremos aviso por escrito en un plazo de tres días calendario.

Las solicitudes urgentes incluyen solicitudes de servicios o atención médica o del comportamiento en los que esperar catorce días podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad para funcionar en el futuro. La atención o los servicios para ayudar con transiciones de una internación en hospital o un entorno institucional hacia la casa también son solicitudes urgentes. Usted o su médico pueden pedir una solicitud urgente si piensan que una demora ocasionará un grave daño a su salud. Para las decisiones estándares o urgentes, si el plan Anthem HealthKeepers Plus, usted o su proveedor solicitan una extensión, o se necesita más información, se permite una extensión de hasta catorce días calendario adicionales.

Para servicios farmacéuticos, debemos proporcionar las decisiones por teléfono u otro dispositivo de telecomunicaciones en un plazo de 24 horas.

Puede haber casos en los que su medicamento requiere una autorización de servicio y su médico recetante no pueda proporcionarnos autorización rápidamente, por ejemplo, durante el fin de semana o en un día feriado. Si su farmacéutico piensa que su salud se vería comprometida sin el beneficio del medicamento, podríamos autorizar un suministro de emergencia de 72 horas del medicamento recetado. Este proceso le brinda un suministro a corto plazo de los medicamentos que necesita y permite tiempo para que su médico envíe una solicitud de autorización para el medicamento recetado.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar sobre su solicitud de servicio:

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Le escribiremos y le diremos a usted y a su proveedor cuál información se necesita. Si su solicitud es una solicitud urgente, lo llamaremos a usted o a su proveedor de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos la decisión no más de 14 días después del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionarnos para ayudar a decidir su caso.

Esto se puede hacer llamando al **855-323-4687 (TTY 711)** o escribiendo a:

Central Appeals Processing
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Usted o alguien de su confianza puede presentarnos una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre la forma en que su plan Anthem CCC Plus manejó su solicitud de autorización de servicio al estado a través de la Línea de ayuda de CCC Plus al **844-374-9159** o **TDD 800-817-6608**. Consulte también **Su derecho a presentar una queja** en la Sección 15 de este manual.

Determinación de beneficios

Le avisaremos nuestra decisión antes de la fecha en la que nuestro tiempo para revisión haya vencido. Pero si por algún motivo, no tiene noticias nuestras para esa fecha, es lo mismo que si le negáramos su solicitud de autorización de servicio. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte también **Su derecho a apelar** en la Sección 15 en este manual.

Si se niega su solicitud, se lo informaremos a usted y a su proveedor. Una denegación incluye cuando la solicitud se aprueba por una cantidad menor que la cantidad solicitada. También le indicaremos el motivo para esta decisión y el nombre, dirección y número del contacto de la persona responsable por tomar la determinación adversa. Explicaremos las opciones que tiene para apelaciones si no está de acuerdo con nuestra decisión. Consulte también **Su derecho a apelar** en la Sección 15 de este manual.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Notificación anticipada

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 usted está recibiendo ahora, debemos informarle al menos 10 días antes de realizar cualquier cambio en el servicio. Consulte también **Continuación de beneficios** en la Sección 15 de este manual.

Revisión posterior al pago

Si estamos revisando atención o servicios que usted recibió en el pasado, hacemos una revisión posterior al pago al proveedor. Si denegamos el pago a un proveedor por un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que el pago es denegado. No tendrá que pagar por la atención que recibió que estaba cubierta por el plan Anthem CCC Plus, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.

15. Apelaciones, Audiencias imparciales estatales y Quejas

Su derecho a apelar

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios por parte del plan Anthem HealthKeepers Plus con la que no está de acuerdo que se relaciona con la cobertura o pago de servicios.

Por ejemplo, usted puede apelar si denegamos:

- Una solicitud para un servicio médico, suministro, artículo o medicamento que piensa que debería poder obtener o
- Una solicitud de pago de un servicio médico, suministro, artículo o medicamento que denegamos

También puede apelar si el plan Anthem HealthKeepers Plus deja de proporcionar o pagar todo o parte de un servicio o medicamento que recibe a través de CCC Plus y que cree que aún necesita.

Representante autorizado

Es posible que desee autorizar a alguien de su confianza para que presente una apelación en su nombre. Esta persona es su representante autorizado. Debe informarnos del nombre de su representante autorizado. Puede hacerlo llamando a nuestro departamento de Servicios para Miembros a uno de los números de teléfono a continuación. Le proporcionaremos un formulario que puede completar y firmar indicando quién será su representante.

Determinación adversa de beneficios

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o con el fin de poder seguir recibéndolos. Pedir la aprobación de un tratamiento o servicio se conoce como una solicitud de autorización de servicio. Este proceso está descrito anteriormente en este manual. Cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una cantidad menor que la solicitada se denomina determinación adversa de beneficios. Consulte **Autorización de servicio y Determinación de beneficios** en la Sección 14 de este manual.

Cómo presentar una apelación

Si no está satisfecho con una decisión que tomamos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días calendario después de tener noticias nuestras para presentar

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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 aparecen a continuación si necesita ayuda para presentar una apelación o si necesita ayuda en otro idioma o necesita un formato alternativo. No lo trataremos de manera injusta porque usted presentó 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).

Usted o su médico puede solicitar que se revise la apelación bajo el proceso acelerado si cree que su condición médica o su necesidad de servicio necesita una revisión acelerada. Su médico deberá explicar cómo una demora causará daños a su salud física o del comportamiento. Si su solicitud de apelación acelerada es denegada, se lo informaremos y su apelación será revisada de acuerdo con el proceso estándar.

Envíe su solicitud de apelación por teléfono al **855-323-4687 (TTY 711)** o por correo electrónico a:

Central Appeals Processing
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Si envía su apelación estándar por teléfono, debe darle seguimiento por escrito. Las apelaciones de proceso acelerado presentadas por teléfono no requieren que usted presente una solicitud por escrito.

Continuación de beneficios

En algunos casos puede seguir recibiendo los servicios que denegamos mientras espera a que se tome una decisión sobre su apelación. Podrá continuar los servicios que están programados para terminar o ser reducidos si pide una apelación:

- Dentro de los diez días a partir de haber sido notificado de que su solicitud ha sido denegada o de que el cuidado va a cambiar **o**
- Antes de la fecha en que el cambio en los servicios está programado para ocurrir

Si su apelación resulta en otra denegación, tal vez tenga que pagar por el costo de cualquier beneficio continuo que recibió si los servicios fueron proporcionados solamente debido a los requisitos descritos en esta sección.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Qué sucede después de que recibimos su apelación

Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación y estamos en esta. Las apelaciones de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión y que tienen la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Antes y durante la apelación, usted o su representante autorizado pueden ver el expediente de su caso, incluyendo los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se utilice para tomar una decisión sobre su caso. Esta información está a su disposición sin costo alguno.

También puede proporcionar personalmente o por escrito la información que desea que se use para tomar la decisión sobre la apelación. Puede comunicarse con nosotros al número de Servicios para Miembros que aparece a continuación o enviar cualquier información a:

Central Appeals Processing
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

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 la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. Le informaremos en un plazo de dos días calendario después de recibir su apelación si necesitamos más información. Se enviará un aviso por escrito acerca de nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que tomamos la decisión.

Apelaciones aceleradas

Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelación aceleradas se tomarán en un plazo de **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos su apelación y le enviaremos una notificación por escrito e intentaremos proporcionar una notificación oral dentro de este plazo. Si hay necesidad de documentación adicional o si un retraso en la toma de decisión es en su interés el plazo para una decisión de apelación acelerada, el plazo puede ser aumentado

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

hasta 14 días adicionales. Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionarnos para ayudar a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando a Servicios para Miembros o escribiendo a:

Central Appeals Processing
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el plan Anthem HealthKeepers Plus si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre la forma en que manejamos su apelación al estado a través de la línea de ayuda en CCC Plus Helpline al **844-374-9159** o **TDD 800-817-6608**.

Si no le informamos a tiempo nuestra decisión sobre su apelación, usted tiene el derecho de apelar ante el Estado a través del proceso de Audiencia imparcial estatal. Una respuesta fuera de tiempo se considera un motivo válido para que usted apele a través del proceso de Audiencia imparcial estatal.

Notificación escrita de la decisión sobre la apelación

Le informaremos por escrito a usted y a su proveedor si su solicitud es denegada o aprobada en un monto menor al solicitado. También le indicaremos el motivo para esta decisión y el nombre, dirección y número del contacto de la persona responsable por tomar la determinación adversa. Le explicaremos su derecho a apelar a través del proceso de Audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión.

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 por 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 apelaciones de Anthem CCC Plus antes de que pueda presentar una solicitud de apelación a través del proceso de Audiencia imparcial estatal.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si no respondemos su solicitud de apelación a tiempo, el DMAS tomará esto como una apelación agotada. Se pueden solicitar Audiencias imparciales estatales para una decisión adversa de beneficios relacionada con los servicios cubiertos por Medicaid. No puede apelar ante el DMAS por una decisión adversa de beneficios relacionada con beneficios adicionales que proporcionamos y que no están cubiertos por Medicaid (consulte la Sección 10 para obtener una lista de beneficios adicionales).

Solicitudes de revisión estándar o acelerada

Para las solicitudes estándar, se escucharán las apelaciones y el DMAS le dará una respuesta generalmente en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación. Si desea que su Audiencia imparcial estatal sea manejada rápidamente, debe escribir “SOLICITUD ACELERADA” en su solicitud de apelación. También debe pedirle a su médico que envíe una carta al DMAS para explicar por qué necesita una apelación acelerada. El DMAS le informará si califica para una apelación acelerada en un plazo de 72 horas después de recibir la carta de su médico.

Representante autorizado

Puede darle a alguien como su PCP, proveedor, amigo o miembro de la familia una autorización por escrito para ayudarlo con su solicitud de Audiencia imparcial estatal. Esta persona es su representante autorizado.

Dónde enviar la solicitud de Audiencia imparcial estatal

Hay varias formas para pedir una apelación ante el DMAS. Su plazo para solicitar una apelación ante el DMAS es de 120 días calendario desde la fecha en la que emitimos nuestra decisión interna de apelación final de HealthKeepers Plus.

1. **Electrónicamente.** En línea en **dmas.virginia.gov/#/appealsresources** o por correo electrónico a appeals@dmas.virginia.gov.
2. **Por fax.** Envíe por fax su solicitud de apelación al DMAS al **804-452-5454**.
3. **Por correo o en persona.** Envíe o lleve su solicitud de apelación a Appeals Division, Department of Medical Assistance Services
600 E. Broad Street
Richmond, VA 23219
4. **Por teléfono.** Llame a DMAS al **804-371-8488 (TTY: 800-828-1120)**.

Para ayudarlo, está disponible un formulario de solicitud de apelación del DMAS en **dmas.virginia.gov/#/appealsresources**. También puede escribir su propia carta. Incluya una copia completa de nuestra carta final de denegación cuando presente

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

su apelación ante el DMAS. Incluya también cualquier documento que le gustaría que el DMAS revise durante su apelación. Toda la información enviada durante la solicitud inicial y durante el proceso de apelación del DMAS se considerará para determinar si la persona cumple con los criterios para la aprobación de la elegibilidad/servicios solicitados.

Después de que usted presenta su 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 para una Audiencia imparcial estatal

Apelación acelerada

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

Apelación estándar

Si su solicitud no es una apelación acelerada o si el DMAS decide que no califica para una apelación acelerada el DMAS le dará una respuesta, por lo general, dentro de los 90 días desde la fecha en la que presentó su apelación. Tendrá una oportunidad para participar en una audiencia para presentar su postura antes de tomar una decisión.

Continuación de beneficios

En algunos casos, podrá seguir recibiendo los servicios que fueron denegados por nosotros mientras espera que se decida su apelación de la Audiencia imparcial estatal. Podrá continuar los servicios que están programados para terminar o ser reducidos si pide una apelación:

- 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 que el cambio en los servicios está programado para ocurrir.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Sus servicios continuarán hasta que revoque la apelación finalice el período de autorización original de su servicio o hasta que el Oficial de Audiencias imparciales estatales tome una decisión que no sea a su favor.

Sin embargo, tal vez usted tenga que reembolsarnos por cualquier servicio que haya recibido durante el periodo de cobertura continua si nuestra determinación adversa de beneficios se mantiene y los servicios fueron proporcionados únicamente debido a los requisitos descritos en esta sección.

Si la Audiencia imparcial estatal revierte la denegación

Si los servicios no se continuaron mientras la Audiencia imparcial estatal estuvo pendiente

Si la decisión de la Audiencia imparcial estatal es revertir la denegación, debemos autorizar o proporcionar los servicios bajo apelación tan pronto como su condición lo requiera y a más tardar en 72 horas desde la fecha en la que recibimos la notificación del Estado revirtiendo la denegación.

Si los servicios se proporcionaron mientras la Audiencia imparcial estatal estaba pendiente

Si la decisión de la Audiencia imparcial estatal es revertir la denegación y los servicios fueron prestados mientras la apelación estaba aún pendiente, debemos pagar por esos servicios, de acuerdo con la política y las regulaciones 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 definitiva entregada por el Department of Medical Assistance Services. Si está en desacuerdo con la decisión del Oficial de Audiencias, puede apelarla ante su corte de circuito local.

Su derecho a presentar una queja

Haremos nuestro mejor esfuerzo por lidiar con sus preocupaciones tan pronto como sea posible para su satisfacción. Dependiendo del tipo de inquietud que tenga, se tratará como una queja formal o una apelación.

Plazo para las quejas

Puede presentar una queja ante nosotros en cualquier momento.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

¿Qué tipos de problemas deben ser quejas?

El proceso de quejas se usa para inquietudes de calidad del cuidado médico, tiempos de espera y servicio de atención al cliente. Estos son ejemplos de las clases de problemas manejados por el proceso de quejas de Anthem CCC Plus.

Quejas sobre la calidad

- No está satisfecho con la calidad del cuidado médico, tal como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial o privado.

Quejas por mal servicio de atención al cliente

- Un proveedor o personal de cuidado médico fue grosero o descortés con usted.
- El personal de Anthem CCC Plus lo trató en forma deficiente.
- El personal de Anthem CCC Plus no responde a sus preguntas.
- No está contento con la asistencia que está obteniendo de su coordinador de la atención.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios médicos y a las instalaciones en un consultorio médico o de un proveedor.
- No se le brindaron las adaptaciones razonables que fueron solicitadas y que usted necesitaba para participar a conciencia en su atención.

Quejas sobre acceso a la comunicación

- Su médico o proveedor no le ofreció un intérprete calificado por su sordera o dificultad auditiva o un intérprete de otro idioma durante su cita.

Quejas sobre tiempos de espera

- Está teniendo problemas para obtener una cita o está esperando demasiado para obtenerla.
- Ha debido esperar demasiado por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención de la salud o por Servicios para Miembros u otro personal de Anthem CCC Plus.

Quejas sobre la limpieza

- Cree que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Cree que hemos fallado en entregarle una notificación o carta que debió haber recibido.
- Cree que la información escrita que enviamos es muy difícil de entender.
- Solicitó ayuda para entender la información y no la recibió.

Hay distintos tipos de quejas

Puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna es presentada ante y revisada por el plan Anthem HealthKeepers Plus. Una queja externa es presentada ante y revisado por una organización que no está afiliada a nuestro plan.

Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al número que figura a continuación. También puede escribir su queja y enviárnosla. Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito. Puede presentar una queja por escrito, enviándonosla por correo o por fax a:

HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
Fax: **800-359-5781**

Para que podamos ayudarlo mejor, incluya detalles acerca de quién o de qué trata la queja y cualquier otra información sobre su queja. Revisaremos su queja y solicitaremos cualquier información adicional. Puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura a continuación si necesita ayuda para presentar una queja o si necesita asistencia en otro idioma o formato. Le notificaremos del resultado de su queja dentro de un período de tiempo razonable, pero no más allá de 90 días calendario después de haber recibido su reclamo. Si su queja está relacionada con su solicitud de apelación acelerada, responderemos en un plazo de 24 horas después del recibo de la queja.

Quejas externas

Puede presentar una queja con la CCC Plus Helpline.

Puede presentar una queja sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus a la CCC Plus Helpline. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al **844-374-9159** o TDD **800-817-6608**.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Puede presentar un reclamo ante la Office for Civil Rights.

Puede presentar un reclamo ante el Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights si cree que no ha sido tratado imparcialmente. Por ejemplo, puede presentar un reclamo acerca de acceso para discapacitados o asistencia en otros idiomas. También puede visitar **hhs.gov/ocr** para obtener más información.

Puede comunicarse con la Office for Civil Rights local en:

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

Puede llamarnos al:

800-368-1019

Fax: **215-861-4431**

TDD: 800-537-7697

Puede presentar una queja ante la Office of the State Long-Term Care Ombudsman.

El State Long-Term Care Ombudsman actúa como defensor de las personas mayores que reciben servicios de atención a largo plazo. Los defensores locales brindan a las personas mayores de Virginia y a sus familias información, defensa, asesoramiento sobre quejas y asistencia para resolver problemas de atención.

El programa State's Long-Term Care Ombudsman ofrece ayuda a las personas que reciben servicios de atención a largo plazo, ya sea que la atención se brinde en un centro de enfermería, un centro de vida asistida o a través de servicios basados en la comunidad para ayudar a las personas que aún viven en el hogar.

Un Long-Term Care Ombudsman no trabaja para el centro, el Estado o el plan Anthem HealthKeepers Plus. Esto los ayuda a ser justos y objetivos para resolver problemas e inquietudes. El programa también representa los intereses de los consumidores de atención a largo plazo ante las agencias gubernamentales estatales y federales y la Asamblea General.

El State Long-Term Care Ombudsman puede ayudarlo si está teniendo un problema con el plan Anthem HealthKeepers Plus o un centro de enfermería. El State Long-Term Care Ombudsman no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los servicios son gratuitos.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Puede comunicarse con el State Long-Term Care Ombudsman de cualquiera de las formas a continuación:

- **800-552-5019** (Esta llamada es gratuita.)
- **800-464-9950** (Este número es para las personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.)
- Por correo o en persona a la siguiente dirección:
Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman
Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services
8004 Franklin Farms Drive
Henrico, VA 23229
804-662-9140
elderrightsva.org

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

16. Derechos del miembro

Sus derechos

Es la política del plan Anthem HealthKeepers Plus tratarlo con respeto. Además, nos interesa mantener un alto nivel de confidencialidad con respecto a su dignidad y privacidad. Como miembro de CCC Plus, usted tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- Recibir acceso oportuno a atención y servicios.
- Tomar parte en decisiones sobre su atención de la salud, incluyendo su derecho a elegir sus proveedores de la red de proveedores de Anthem CCC y su derecho a rechazar tratamiento.
- Elegir recibir servicios y apoyos a largo plazo en su hogar o comunidad o en un centro de enfermería.
- La confidencialidad y privacidad sobre sus registros médicos y cuando obtiene tratamiento.
- Recibir información y conversar sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentadas en una manera y en un lenguaje que entienda e independientemente del costo o cobertura del beneficio.
- Obtener información en un idioma que entienda. Puede obtener servicios de traducción oral de forma gratuita.
- Recibir adaptaciones razonables para garantizar que pueda acceder y comunicarse efectivamente con los proveedores, incluyendo ayudas auxiliares, intérpretes, programación flexible y edificios y servicios físicamente accesibles.
- Recibir información necesaria para que dé un consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad, en reconocimiento de su derecho a la privacidad.
- Obtener una copia de sus registros médicos y pedir que los registros sean enmendados o corregidos.
- Participar en decisiones con respecto a su atención de la salud, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento.
- No sufrir ninguna forma de encierro o reclusión, a menos que lo prescriba 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. El aislamiento y restricción nunca serán utilizados como un medio de coerción, disciplina, represalias o conveniencia.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

- Recibir atención de una manera culturalmente competente, incluso sin tener en cuenta la discapacidad, el género, la raza, el estado de salud, el color, la edad, el origen nacional, la orientación sexual, el estado civil o la religión.
- Ser informado de dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan Anthem CCC Plus, incluyendo cómo puede recibir los beneficios de proveedores fuera de la red si los servicios no están disponibles en la red de Anthem CCC Plus.
- Quejarse del plan Anthem HealthKeepers Plus ante el estado. Puede llamar a la Línea de ayuda de CCC Plus al **844-374-9159 (TDD 800-817-6608)** para presentar una queja sobre nosotros.
- Nombrar a alguien para hablar por usted sobre su atención y tratamiento y para representarlo en una apelación.
- Hacer directivas anticipadas y planes sobre su atención en caso de que usted no pueda tomar sus propias decisiones de atención de la salud. Consulte la Sección 17 de este manual para obtener información sobre las directivas anticipadas.
- Cambiar su plan médico de CCC Plus una vez al año por cualquier motivo durante la inscripción abierta o cambiar su MCO después de la inscripción abierta por un motivo aprobado. Consulte la Sección 2 de este manual, llame a la CCC Plus Helpline al **844-374-9159 (TDD 800-817-6608)** o visite el sitio web en **cccplusva.com** para obtener más información.
- Apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios por parte del plan Anthem HealthKeepers Plus con la que no está de acuerdo que se relaciona con la cobertura o pago de servicios. Consulte **Su derecho a apelar** en la Sección 15 del manual.
- Presentar una queja sobre cualquier inquietud que tenga 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 una queja** en la Sección 15 de este manual.
- Recibir información de nuestra parte sobre nuestro plan, sus servicios cubiertos, los proveedores de nuestra red y sus derechos y obligaciones.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y obligaciones de los miembros, por ejemplo, al unirse a nuestro Comité Consultivo de Miembros (como se describe más adelante en esta sección del manual).
- Ejercer sus derechos y saber que no tendrá ninguna represalia en su contra por parte de Anthem HealthKeepers Plus, ninguno de nuestros médicos/proveedores o las agencias estatales.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Su derecho a estar seguro

Todos tienen derecho a vivir una vida segura en el hogar o entorno de su elección. Cada año, muchos adultos mayores y adultos más jóvenes que son discapacitados son víctimas de maltrato por parte de miembros de la familia, cuidadores y otras personas responsables de su bienestar.

Si usted, o alguien a quien conoce, está siendo abusado, físicamente, está siendo abandonado o se está tomando ventaja de esta persona financieramente por un miembro de la familia o alguien más, usted debería llamar a su Department of Social Services local o a la línea directa gratuita de 24 horas del Virginia Department of Social Services al **888-832-3858**. Puede hacer esta llamada de forma anónima. No tiene que proporcionar 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

Solo divulgaremos información si es permitido específicamente por leyes estatales y federales o si se exige para uso de programas que revisan registros médicos para monitorear la calidad del cuidado médico o para combatir fraude o abuso.

El personal de Anthem CCC Plus hará preguntas para confirmar su identidad antes de conversar o brindar cualquier información con respecto a su información de salud.

Si está recibiendo tratamiento para un trastorno por uso de sustancias o adicción, necesitamos su consentimiento por escrito para:

- Divulgar cualquiera de sus registros relacionados con su recuperación, incluso si son necesarios para su tratamiento.
- Ayudarle a obtener servicios de recuperación como parte de ARTS. Su médico también puede enviarnos un consentimiento por escrito si desea obtener ayuda para el uso de sustancias a través de ARTS.

Su derecho a la privacidad

Puede encontrar nuestro Aviso de prácticas de privacidad al final de este manual. Este incluye una lista de todos sus derechos de privacidad y nuestras políticas.

Cómo unirse al Comité Consultivo de Miembros

Nos gustaría ayudarlo a mejorar nuestro plan médico. Lo invitamos a unirse a nuestro Comité Consultivo de Miembros. Participar en el Comité le permitirá hacernos saber cómo prestarle un servicio mejor.

Ir a estas reuniones le darán a usted y a su cuidador o miembro de la familia la oportunidad de ayudar a planificar reuniones y conocer a otros miembros en la comunidad. Estas reuniones educativas tienen lugar cada tres meses. Si le gustaría asistir o le gustaría más información, contacte a Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus utilizando uno de los números a continuación.

Respetamos las políticas de no discriminación

Usted no puede ser tratado de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, religión, género, estado civil, embarazo, nacimiento de hijos, orientación sexual o condiciones médicas.

Si piensa que no ha sido tratado imparcialmente por cualquiera de estos motivos, llame al Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights al **800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800-537-7697**. También puede visitar **hhs.gov/ocr** para obtener más información.

El plan Anthem HealthKeepers Plus (HealthKeepers, Inc.) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Español

HealthKeepers, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Coreano

HealthKeepers, Inc.은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Vietnamita

HealthKeepers, Inc. tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Chino

HealthKeepers, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。

Árabe

تمتثل HealthKeepers, Inc. لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

Tagalo

Sumusunod ang HealthKeepers, Inc. sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

Farsi

HealthKeepers, Inc. از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قابل نمی شود.

Amárico

የፌዴራል ሲቪል መብቶችን መብት የሚያከብር ሲሆን ሰዎችን በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በዘር ሃረግ፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልጽም።

Urdú

HealthKeepers, Inc. قابل اطلاق وفاقى شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور یہ کہ نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری یا جنس کی بنیاد پر امتیاز نہیں کرتا۔

Francés

HealthKeepers, Inc. respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.

Ruso

HealthKeepers, Inc. соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

или пола.

Hindú

लाग ूहोनेयोग्य संघीय नागरक ििधकार कानन ू का पालन करता ह और जात, रंग, राय म ूल, आय ु, वकलांगता, या लग केआधार पर भेदभाव नह करता हा।

Alemán

HealthKeepers, Inc. erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

Bengalí

িজন্ ফডারল নাথিরক যিধকার আইন আন আচল এবাং জাত, রঙ, জাতীয় উৎযিত্ত, বয়স, িেতা, বা আলর যভলত্ত বশেষ্ আকর না।

Bassa

HealthKeepers, Inc. Nyo ðě̀è kpɔ̃ nyɔ̃n-dyù gbo-gmò -gmà ðě̀ò dyi ké wa ní ge nyɔ̃n-dyù mú dyiìn dɛ̀ bódó-dù nyɔ̀ò sò kɔ̃ ɛ́ mú, mɔ̀ɔ kà nyɔ̀ò dyɔ̀ò -kù nyu niè kɛ́ mú, mɔ̀ɔ bódó bɛ́ nyɔ̀ò sò kɔ̃ ɛ́ mú, mɔ̀ɔ zɔ̃jĩ kà nyɔ̀ò dǎ nyue mú, mɔ̀ɔ nyɔ̀ò mɛ́ kó dyíe mú, mɔ̀ɔ nyɔ̀ò mɛ́ mò gàa, mɔ̀ɔ nyɔ̀ò mɛ́ mò màa kɛɛ́ mú.

17. Obligaciones del miembro

Sus obligaciones

Como miembro, usted tiene algunas obligaciones. Estas incluyen:

- Presentar su tarjeta de identificación del miembro de Anthem CCC Plus siempre que busque atención médica.
- Brindar información completa y precisa, en la medida de sus posibilidades, sobre su salud e historia médica.
- Participar en sus reuniones con el equipo de atención, desarrollar una comprensión de su condición médica y proporcionar insumos al desarrollar objetivos de tratamiento mutuamente acordados lo mejor que pueda.
- Seguir los planes y las instrucciones que haya acordado con su equipo de atención.
- Cumplir con sus citas. Si debe cancelar, llame lo más pronto posible.
- Recibir todos sus servicios cubiertos de la red de Anthem CCC Plus.
- Obtener autorización del plan Anthem HealthKeepers Plus antes de recibir servicios que requieren una revisión de autorización de servicio (consulte la Sección 14).
- Llamar a Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus siempre que tenga una pregunta sobre su membresía o si necesita ayuda mediante una llamada gratuita a uno de los números que aparecen a continuación.
- Avisarnos si va a estar fuera de la ciudad para que podamos ayudarlo a gestionar sus servicios.
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, aun si es fuera del horario normal.
- Avisarnos si cree que es necesario cambiar su plan de atención.
- Decirnos si tiene problemas con cualquier 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 que figuran a continuación por lo siguiente:
 - Si tiene algún cambio en su nombre, dirección o número de teléfono. Infórmele a su asistente social en el Departamento de Servicios Sociales local.
 - Si tiene algún cambio en otra cobertura de seguros médicos, como de su empleador, el empleador de su cónyuge o compensación de trabajadores.
 - Si tiene reclamos de responsabilidad, tales como reclamos de un accidente de automóvil.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

- Si lo internan en un centro de enfermería u hospital.
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia que están fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su cuidador o la persona responsable de usted.
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Directivas anticipadas

Tiene el derecho de decir lo que quiere que suceda si no es capaz de tomar usted mismo decisiones sobre atención de la salud. Puede llegar un momento en su vida cuando no sea capaz de tomar decisiones de atención de la salud por sí mismo.

Antes de que eso le ocurra, usted puede:

- Llenar un formulario escrito para dar a alguien el derecho de tomar decisiones de atención de la salud en su nombre si usted queda incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.
- Dar instrucciones escritas a sus médicos sobre cómo desea que manejen su atención de la salud si queda incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para entregar sus instrucciones se denomina directiva anticipada. Una directiva anticipada entra en vigencia solamente si usted no es capaz de tomar decisiones de atención de la salud por sí mismo. Toda persona de 18 años en adelante puede completar una directiva anticipada. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Ejemplos son un testamento vital, un poder de representación duradero para atención de la salud y directivas anticipadas de atención para decisiones de atención de la salud. No tiene que utilizar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si así desea. Esto es lo que debe hacer:

Dónde puede obtener el formulario de directivas anticipadas

Puede obtener el formulario de directivas avanzadas de Virginia en **virginiaadvancedirectives.org/the-virginia-hospital---healthcares-association--vhha--form.html**. También puede obtener el formulario de su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicaid, como el Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services (DARS) y la Asociación de Agencias de Área de Virginia para el Envejecimiento, también pueden tener formularios de directivas anticipadas.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

Cómo completar el formulario de directivas anticipadas

Llene y firme el formulario. El formulario es un documento legal. Tal vez quiera que un abogado lo ayude a 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 necesitan saber sobre este. Debe entregar una copia del formulario de testamento vital, la directiva anticipada o el poder legal a su médico. Debe entregar también una copia a la persona que designa para que tome las decisiones por usted. Es posible que desee también entregar copias a amigos cercanos o familiares.

Asegúrese de conservar una copia en casa.

Si va a estar hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, lleve consigo 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 preguntarán si desea firmar uno.

Podemos ayudarlo a entender los documentos de directivas anticipadas

Su coordinador de la atención puede ayudarle a entender u obtener estos documentos. Estos no cambian su derecho a los beneficios de atención de la salud de calidad. El único propósito es permitir que otros sepan lo que desea si no puede hablar por sí mismo. Recuerde, llenar una directiva anticipada es su elección. Puede revocar o cambiar su directiva anticipada de atención médica o poder legal si sus deseos sobre sus decisiones de atención de la salud o representante autorizado cambian.

Otros recursos

Puede encontrar también información sobre directivas anticipadas en Virginia en virginiaadvancedirectives.org. Puede guardar su directiva anticipada en el Registro de directivas anticipadas de atención de la salud del Departamento de Salud de Virginia: connectvirginia.org/adr.

Si no se siguen sus directivas anticipadas

Si ha firmado una directiva anticipada y piensa que un doctor u hospital no ha seguido sus instrucciones, puede presentar un reclamo ante las siguientes organizaciones.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Para reclamos sobre médicos y otros proveedores, comuníquese con la División de Cumplimiento del Virginia Department of Health Professions:

LLAME AL	Virginia Department of Health Professions: Número gratuito: 800-533-1560 Teléfono local: 804-367-4691
ESCRIBA A	Virginia Department of Health Professions Enforcement Division 9960 Mayland Drive, Suite 300 Henrico, Virginia 23233-1463
FAX	804-527-4424
CORREO ELECTRÓNICO	enfcomplaints@dhp.virginia.gov
SITIO WEB	dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm

Para reclamos sobre centros de enfermería, hospitales para pacientes hospitalizados y ambulatorios, centros de aborto, organizaciones de cuidado en el hogar, programas de cuidados paliativos, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud (también conocidos como organizaciones de atención administrada), comuníquese con la Oficina de Licencias y Certificación en el Virginia Department of Health.

LLAME AL	Número gratuito: 800-955-1819 Teléfono local: 804-367-2106
ESCRIBA A	Virginia Department of Health Office of Licensure and Certification 9960 Mayland Drive, Suite 401 Henrico, VA 23233-1463
FAX	804-527-4503
CORREO ELECTRÓNICO	OLC-Complaints@vdh.virginia.gov
SITIO WEB	vdh.virginia.gov/licensure-and-certification

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

18. Fraude, desperdicio y abuso

¿Qué es 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 la Ley Federal o Estatal aplicable.

El desperdicio incluye el sobreuso, infrautilización o uso inadecuado de 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 incluye prácticas que son inconsistentes con prácticas fiscales, comerciales o médicas sensatas y que resultan en un costo innecesario al programa Medicaid, pago por servicios que no sean médicamente necesarios o la incapacidad de cumplir con estándares de atención de la salud reconocidos profesionalmente.

Tipos comunes de fraude, desperdicio y abuso de atención de la salud incluyen:

- Robo de identidad médica.
- Facturar artículos o servicios innecesarios.
- Facturar artículos o servicios no proporcionados.
- Facturar un código por un servicio o procedimiento más costoso que fue desempeñado (conocido como aumento de código).
- Cobrar por servicios de forma separada que normalmente son agrupados en una tarifa (cargo por procedimientos separados).
- Artículos o servicios no cubiertos.
- Cuando un médico recibe un formulario de pago a cambio de referir un paciente a otro médico. Estos pagos se llaman “sobornos”.

¿Cómo denuncio fraude, desperdicio o abuso?

Si sospecha de otro miembro o proveedor de fraude, desperdicio o abuso, debe recopilar la mayor cantidad de información posible y denunciarlo. Puede informarnos sus inquietudes directamente llamando al **800-368-3580** o escribiendo a:

Government Business Division Special Investigations Unit
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 66407
Virginia Beach, VA 23462

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Si prefiere referir sus preocupaciones de fraude, desperdicio o abuso directamente al Estado, puede denunciarlo a los contactos enumerados a continuación.

Línea directa de fraude del Department of Medical Assistance Services

Teléfono: **800-371-0824, 866-486-1971 o 804-786-1066**

Unidad de control de fraude de Virginia Medicaid (Oficina del Procurador General)

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

Fax: **804-786-3509**

Correo: Office of the Attorney General
Medicaid Fraud Control Unit
202 North Ninth Street
Richmond, VA 23219

Oficina de del Inspector General del Estado de Virginia: Línea directa para fraude, desperdicio y abuso

Teléfono: **800-723-1615**

Fax: **804-371-0165**

Correo electrónico: cov hotline@osig.virginia.gov

Correo: State FWA Hotline
101 N. 14th Street
The James Monroe Building 7th Floor
Richmond, VA 23219

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

19. Otros recursos importantes

El Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services (DARS)

proporciona recursos y servicios para ayudar con el empleo, la calidad de vida, la seguridad y la independencia de los residentes de edad avanzada y discapacitados de Virginia y sus familias.

800-552-5019 (TTY 800-464-9950)

Asociación de Virginia de Agencias del Área sobre Envejecimiento

vaaaa.org

El Virginia Department for the Deaf and Hard of Hearing (VDDHH)

El Technology Assistance Program (TAP) proporciona equipos de telecomunicaciones a solicitantes calificados cuyas discapacidades les impiden usar un teléfono estándar. Los especialistas de extensión de VDDHH también pueden proporcionar información y referencias para dispositivos de tecnología de asistencia.

804-662-9502 (Voice/TTY)

800-552-7917 (Voice/TTY)

Fax: 804-662-9718

1602 Rolling Hills Drive, Suite 203

Richmond, VA 23229-5012

vddhh.org

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

20. Información para miembros de la ampliación de Medicaid

¿Qué lo hace elegible para ser un miembro de la ampliación de Medicaid?

Usted es elegible para la ampliación de Medicaid si tiene entre 19 y 64 años de edad y cumple con todas las siguientes categorías:

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

La elegibilidad para Medicaid la determina su Department of Social Services (DSS) local o la Unidad de procesamiento central de Cover Virginia. Comuníquese con su trabajador local de elegibilidad del DSS o llame a Cover Virginia al **833-5CALLVA** o **TDD: 888-221-1590** sobre cualquier pregunta de elegibilidad para Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar Cover Virginia en **coverva.org**.

Inscripción para un miembro de la ampliación de Medicaid

Dentro de los tres meses posteriores a su inscripción en el plan Anthem HealthKeepers Plus, un representante del plan médico se comunicará con usted o con su representante autorizado por teléfono, correo o en persona para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades sociales y de salud. Si no cumple con los criterios médicamente complejos, puede transferirse de CCC Plus al programa Medicaid Managed Care Medallion 4.0. Si no podemos comunicarnos con usted o si se niega a participar en todo el examen médico de diagnóstico, es posible que lo transfieran al programa Medallion. Permanecerá en el plan Anthem HealthKeepers Plus sin importar en qué programa se encuentre. Si prefiere cambiar de plan médico, puede hacerlo dentro de los primeros 90 días de haberse inscrito en el programa Medallion 4.0. Para obtener más información sobre el Examen médico de diagnóstico, consulte la sección 4.

Si no cumple con los criterios médicamente complejos y no está de acuerdo, tiene derecho a enviarnos una queja. Consulte la sección Su derecho a presentar una queja para obtener más detalles. Puede cambiar su plan médico durante los primeros 90 días de su inscripción al programa CCC Plus por cualquier motivo. También puede cambiar su plan médico una vez al año durante la inscripción abierta por cualquier motivo. La inscripción abierta ocurre cada año entre el 1 de noviembre y el

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

31 de diciembre. Recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información.

También puede solicitar cambiar su plan médico en cualquier momento por una “causa justificada”, que puede incluir:

- Se muda fuera del área de servicio de plan médico.
- Necesita que se le brinden múltiples servicios al mismo tiempo, pero no puede acceder a ellos dentro de la red del plan médico.
- Su residencia o empleo se vería interrumpido como resultado de que su proveedor de apoyo residencial, institucional o laboral cambie de un proveedor dentro de la red a un proveedor fuera de la red.
- Otros motivos determinados por el DMAS, incluyendo la mala calidad del cuidado médico y la falta de acceso a proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluyendo atención especializada.
- No cumple con los criterios médicamente complejos y se transfiere al programa Medallion 4.0 Medicaid Managed Care.

La CCC Plus Helpline maneja solicitudes de causa justificada y puede responder cualquier pregunta que pueda tener. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al **844-374-9159** o **TDD 800-817-6608**, o visite el sitio web en **cccplusva.com**.

Beneficios y servicios de la ampliación de Medicaid

Como miembro de la ampliación de Medicaid, usted tiene una variedad de beneficios y servicios de atención de la salud disponibles para usted. Recibirá la mayoría de sus servicios a través de nosotros, pero puede recibir algunos a través del DMAS o de un Contratista del DMAS.

- Los servicios proporcionados a través del plan Anthem HealthKeepers Plus se describen en la Sección 10 del Manual del miembro del Commonwealth Coordinated Care Plus Program.
- Los servicios cubiertos por el DMAS o un Contratista del DMAS se describen en la Sección 11 del Manual del miembro del Commonwealth Coordinated Care Plus Program.
- Los servicios que no están cubiertos a través del plan Anthem HealthKeepers Plus o el DMAS se describen en la Sección 12 del Manual del miembro Programa Commonwealth Coordinated Care Plus.

Si es un miembro elegible para la ampliación de Medicaid, además de los servicios enumerados anteriormente (en la misma cantidad, duración y alcance de servicios

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

que otros miembros del programa de CCC Plus) también recibirá los siguientes tres beneficios de salud adicionales:

- Exámenes de control anuales para adultos
- Asesoramiento nutricional si es diagnosticado con obesidad o enfermedades médicas crónicas
- Vacunas recomendadas para adultos

También lo motivamos a tomar un rol activo en su salud. Para obtener más información, consulte la sección Healthy Rewards a continuación. Si usted visita con frecuencia la sala de emergencias, lo contactaremos para ayudarlo a abordar sus necesidades. Puede haber oportunidades para abordar sus necesidades fuera de la sala de emergencias, como en consultorios de médicos y clínicas.

El plan Anthem HealthKeepers Plus también puede discutir con usted varias oportunidades para aprovechar la capacitación laboral, la educación y la asistencia para la colocación en el trabajo y ayudarlo a encontrar la situación laboral que sea adecuada para usted.

21. Programa Healthy Rewards

Nuestro programa Healthy Rewards le da recompensas por hacer cosas buenas para su salud. Puede ganar tarjetas de regalo por hacer cosas como vacunarse contra la gripe o hacerse un chequeo. Para inscribirse en Healthy Rewards y ver para qué actividades califica, inicie sesión en su cuenta segura en **anthem.com/vamedicaid** y visite el Centro de recompensas de beneficios para navegar al portal de Healthy Rewards. O, para averiguar más sobre el programa Healthy Rewards, también puede llamar al **888-990-8681 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Consulte la lista a continuación con el fin de ver para cuáles actividades saludables puede calificar.

Actividad saludable	Rango de edad para miembros elegibles	Recompensa	Límite
Reposición de medicamentos para presión arterial alta	De 18 a 75 años	\$10, máx. \$40	Cuatro por año, una vez por trimestre
Prueba de detección de plomo	0 a 2	\$25	Una por miembro
Visita de control médico infantil	De 3 a 21 años	\$25	Una cada 12 meses
Vacunas infantiles	0 a 1	\$25	Una por miembro (finaliza al cumplir los 2 años)
Vacunas de adolescentes	De 11 a 12 años	\$25	Una por miembro (finaliza al cumplir los 13 años)
Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	De 11 a 13 años	\$25	Una por miembro

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Control médico para adultos	22 años en adelante	\$25	Una cada 12 meses
Prueba de detección de cáncer de mama	De 50 a 74 años	\$50	Una cada 24 meses
Prueba de detección de clamidia	16 a 24 años	\$25	Una cada 12 meses
Prueba de detección del cáncer de cuello del útero	21 a 64	\$50	Una cada 36 meses
Examen de los ojos de retina diabética	18 a 75	\$25	Una cada 12 meses
Prueba de detección de diabetes A1c	18 a 75	\$25	Una cada 12 meses
Cuestionario sobre el manejo de la diabetes	18 a 75	\$5	Uno cada 12 meses
Ser dado de alta de la sala de emergencias	18 años en adelante	\$25	Tres cada 12 meses
Finalización del programa de atención institucionale	18 años en adelante	\$25	Una por miembro
Seguimiento de 30 días después del alta por salud del comportamiento	6 años en adelante	\$25	Tres cada 12 meses
Vacuna contra la gripe	18 años en adelante	\$10	Una cada 12 meses
Prueba de detección colorrectal	50 a 74	\$50	Una cada 36 meses

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

Cuestionario sobre la importancia de la vacunación	0 a 2	\$5	Uno cada 12 meses
--	-------	-----	-------------------

Pueden aplicar límites y restricciones.

Para obtener más información sobre el programa Healthy Rewards e inscribirse, llame al **888-990-8681 (TTY 711)** o visítenos en línea en **[anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid)**. Debe inscribirse en el programa antes de completar las actividades saludables para ganar recompensas.

22. Palabras y definiciones importantes usadas en este manual

- **Actividades de la vida cotidiana:** Las cosas que hacen las personas en un día normal, tales como comer, usar el inodoro, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.
- **Determinación adversa de beneficios:** Cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad menor que la solicitada.
- **Apelación:** Una forma para que usted pueda impugnar una determinación adversa de beneficios (tal como un rechazo o reducción de beneficios) realizada por el plan Anthem HealthKeepers Plus si usted piensa que se cometió un error. Puede pedirnos cambiar una decisión de cobertura presentando una apelación.
- **Facturación del saldo:** Una situación cuando un proveedor (tal como un doctor u hospital) factura a una persona más del monto de costo compartido de Anthem CCC Plus para servicios. No permitimos que los proveedores le “facturen saldos”. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.
- **Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que es hecho y vendido por la compañía que hizo el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son hechos y vendidos por otras compañías farmacéuticas.
- **Coordinación de la atención:** Un proceso individual que se centra en una persona para brindarle asistencia y acceder a los servicios que necesita. El coordinador de la atención trabajará con usted, sus familiares, si es apropiado, sus proveedores y cualquier otra persona involucrada en su atención para ayudarle a recibir los servicios y apoyos que usted necesita.
- **Coordinador de la atención:** Una persona principal de nuestro plan de que trabaja con usted y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.
- **Plan de salud:** Un 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 atención de la salud quienes están a su disposición para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a desarrollar un plan de salud.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

- CCC Plus Helpline: Un Agente de inscripción que el DMAS contrata para desempeñar actividades de asesoramiento de elección y de inscripción.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): La agencia federal a cargo de los programas de Medicare y Medicaid.
- Coseguro: Consulte la definición de costos compartidos.
- Copago: Consulte la definición de costos compartidos.
- Costos compartidos: Los costos que los miembros pueden tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. Este término generalmente incluye deducibles, coseguro y copagos, o cargos similares. Consulte también la definición de pago del paciente.
- Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye 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 su plan Anthem CCC Plus.
- Servicios cubiertos: El término general que usamos para implicar toda la atención de la salud, los servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por el plan Anthem CCC Plus.
- Equipo médico duradero: Algunos artículos que su médico solicita para que use en su hogar. 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 de su bebé por nacer.
- Transporte médico de emergencia: Su afección es tal que no le permite ir al hospital por ningún otro método que no sea a través de una ambulancia luego de llamar al 911.
- Atención en la sala de emergencias: Una habitación del hospital equipada para brindar tratamiento a personas que requieren atención y/o servicios médicos inmediatos.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

- **Servicios de emergencia:** Servicios prestados en una sala de emergencias por un proveedor capacitado para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.
- **Servicios excluidos:** Servicios que no están cubiertos bajo los beneficios de Medicaid.
- **Audiencia imparcial:** Consulte el término Audiencia imparcial estatal. El 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:** El término general usado para describir los servicios de Medicaid cubiertos por el Department of Medical Assistance Services (DMAS).
- **Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona igual de bien que el medicamento de marca.
- **Queja:** Un reclamo que usted hace sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su cuidado médico.
- **Servicios y dispositivos de habilitación:** Servicios y dispositivos que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento del diario vivir.
- **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:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de la atención para ayudarle a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.
- **Evaluación de riesgos de la salud (HRA):** Una revisión del historial médico y condición actual de un paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.
- **Asistente de cuidado médico a domicilio:** Una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta certificados, tales como ayuda con cuidado personal (como bañarse, usar

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de cuidado médico a domicilio no tienen licencia de enfermería o brindan terapia.

- **Atención de la salud en el hogar:** Servicios de atención de la salud que una persona recibe en el hogar, incluyendo atención de enfermería, servicios auxiliares de atención de la salud en el hogar y otros servicios.
- **Servicios de hospicio:** Un programa de cuidado y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis o menos meses de vida. Un inscrito que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir hospicio. Un equipo de profesionales y cuidadores entrenados especialmente proporcionan cuidado para toda la persona, incluyendo necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- **Hospitalización:** El acto de ingresar una persona a un hospital como paciente.
- **Cuidado ambulatorio en hospital:** Atención o tratamiento que no requiere pasar la noche en el hospital.
- **Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan Anthem CCC Plus. Los medicamentos de la lista de medicamentos de Anthem CCC Plus se eligen con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le indica si hay alguna norma que deba seguir para recibir sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.
- **Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS):** Una variedad de servicios y apoyos que ayudan a adultos mayores y personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de ayuda mejorar la calidad de sus vidas y mantener independencia máxima. Ejemplos incluyen ayuda para bañarse, vestirse, usar el inodoro, comer y otras actividades básicas de la vida diaria y de cuidado personal, así como también apoyo para tareas diarias como lavandería, compras y transporte. Los LTSS son proporcionados durante un periodo prolongado de tiempo, por lo general en hogares y comunidades, pero también en ambientes de centros de cuidado, como centros de enfermería. La mayoría de estos servicios le ayudan a mantenerse en su hogar de modo que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital.
- **Medicaid (o Asistencia Médica):** Un programa ejecutado por el gobierno federal y del estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. Cubre servicios

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. La mayoría de los costos médicos son cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

- **Médicamente necesario:** Esto describe los servicios que se necesitan para prevenir diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Incluye atención que le evita ir a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica o como sea necesario bajo las normas de cobertura actuales de Virginia Medicaid.
- **Medicare:** El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad en adelante, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente con falla permanente de los riñones que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidado administrado (vea “Plan médico”).
- **Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B.
- **Inscrito en Medicare-Medicaid:** Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.
- **Medicare Part A:** El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado necesario por motivos médicos de hospital, centro de enfermería especializada, salud en el hogar y hospicio.
- **Medicare Part B:** El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.
- **Medicare Part C:** El programa de Medicare que permite que las compañías privadas de seguro de salud proporcionen beneficios de Medicare a través de un Medicare Advantage Plan.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

- Medicare Part D: El programa de beneficio de medicamentos recetados de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo llamamos “Part D”). La Part D cubre medicamentos recetados ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por Medicare Part A o Part B o Medicaid.
- Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable por responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.
- Modelo de atención: Una forma de brindar atención de alta calidad. El modelo de atención de CCC Plus incluye 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 usamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención de la salud, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo. Están autorizados o certificados por Medicaid y por el estado para proporcionar servicios de atención de la salud. Los llamamos “proveedores dentro la red” cuando aceptan trabajar con el plan Anthem CCC Plus y aceptan nuestro pago y no les cobran un monto adicional a nuestros miembros. Mientras sea miembro del plan Anthem CCC Plus, debe usar proveedores dentro la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores dentro la red también se denominan “proveedores del plan”.
- Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha aceptado abastecer recetas de miembros de Anthem CCC Plus. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nosotros. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son abastecidas en una de nuestras farmacias de la red.
- Proveedor no participante: Un proveedor o centro que no está empleado poseído u operado por el plan Anthem CCC Plus y no está bajo contrato para prestarles servicios cubiertos a los miembros del plan Anthem CCC Plus.
- Centro de enfermería: Un centro de cuidado médico que brinda atención para personas que no pueden recibir su atención en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital. Se deben cumplir ciertos requisitos para vivir en un centro de enfermería.
- Defensor: Una oficina en su estado que lo ayuda si tiene problemas con el plan Anthem HealthKeepers Plus o con sus servicios. Los servicios del defensor son gratuitos.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

- **Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** Un proveedor o centro que no está empleado poseído u operado por el plan Anthem HealthKeepers Plus y no está bajo contrato para prestarles servicios cubiertos a los miembros del plan Anthem CCC Plus.
- **Proveedor participante:** Proveedores, hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención de la salud, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo que tienen contrato con el plan Anthem HealthKeepers Plus. Los proveedores participantes son también “proveedores dentro de la red” o “proveedores del plan”.
- **Pago del paciente:** El monto que usted puede tener que pagar para servicios a largo plazo basado en sus ingresos. El Department of Social Services (DSS) debe calcular el monto de pago del paciente si vive en un centro de enfermería o recibe servicios de exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar una parte de su atención. El DSS le notificará a usted y al plan Anthem HealthKeepers Plus si tiene un pago de paciente, incluyendo el monto del pago del paciente (si corresponde).
- **Servicios médicos:** Atención proporcionada a usted por una persona autorizada bajo la ley estatal para practicar medicina, cirugía o salud del comportamiento.
- **Plan:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de la atención para ayudarle a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.
- **Prima:** Un pago mensual que recibe un plan médico para brindarle cobertura de atención de la salud.
- **Cobertura de medicamentos recetados:** Medicamentos recetados o medicamentos cubiertos (pagados) por nuestro plan. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.
- **Medicamentos recetados:** Un fármaco o medicamento que, por ley, solo puede obtenerse a través de una receta emitida por un médico.
- **Médico de atención primaria (PCP):** Su médico de atención primaria (también conocido como su proveedor de atención primaria) es el médico que se ocupa de todas sus necesidades de salud. Es responsable de proporcionar hacer arreglos y coordinar todos los aspectos de su atención de la salud. Con frecuencia es la

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

primera persona que debe contactar si necesita atención de la salud. Su PCP es típicamente un médico de familia, internista o pediatra. Tener un PCP ayuda a garantizar la disponibilidad de la atención médica adecuada cuando usted la necesite.

- **Servicios privados de enfermería:** Servicios de enfermería especializada en el hogar proporcionados por un RN certificado, o por un LPN bajo la supervisión de un RN, a los miembros de la exención que tienen afecciones médicas graves o necesidades de cuidado médico complejas.
- **Prótesis y ortótica:** Estos son dispositivos médicos ordenados por 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:** Una persona que está autorizada para prestar su atención de la salud o sus servicios. Muchos tipos de proveedores participan con el plan Anthem CCC Plus, incluyendo 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 la red de Anthem CCC Plus. Esto se llama referencia.
- **Servicios y dispositivos de rehabilitación:** Tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente lesión u operación compleja.
- **Área de servicio:** Un área geográfica donde se permite que opere un plan. Generalmente también es el área donde puede acceder a los servicios de rutina (que no sean de emergencia).
- **Autorización de servicio:** También conocido como preautorización. Aprobación necesaria antes de que usted pueda recibir ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red recibe autorización previa del plan Anthem HealthKeepers Plus.
- **Cuidado especializado de enfermería:** Atención o tratamiento que solo pueden realizar enfermeros licenciados. Ejemplos de necesidades de enfermería especializada incluyen vendajes complejos para heridas, rehabilitación, alimentación por sonda o cambios rápidos en el estado de salud.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

- Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con el personal y equipos para dar cuidado de enfermería especializado, y en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.
- Especialista: Un médico que proporciona atención de la salud para una enfermedad, discapacidad o parte del cuerpo específica.
- Cuidado necesario de forma urgente (atención de urgencia): Atención que recibe para una enfermedad, lesión o condición repentina que no sea mortal, que no sea una emergencia, pero que necesite atención inmediatamente. Puede recibir cuidado necesitado con urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda llegar a ellos.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus

LLAME AL	855-323-4687 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Servicios para Miembros también tiene disponibles servicio de interpretación de idiomas gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	800-359-5781
ESCRIBA A	HealthKeepers, Inc. P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279 Envíenos un mensaje iniciando sesión en su cuenta segura en nuestro sitio web que aparece a continuación.
SITIO WEB	anthem.com/vamedicaid

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003.
La fecha de revisión más reciente se muestra al final de este aviso.

Lea cuidadosamente este aviso. Este le dice:

- **Quién puede ver su información de salud protegida (PHI).**
- **Cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartir su PHI.**
- **Cuándo podemos compartir su PHI sin su autorización.**
- **Qué derechos tiene para ver y cambiar su PHI.**

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener esta clase de información, llamada PHI segura para nuestros miembros. Eso significa que si en este momento usted es un miembro o si solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos autorizar y pagar su atención de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos.
 - Destruimos el papel con información de salud de modo que otros no puedan tener acceso a esta.
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a esta.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.

- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
 - Hacemos normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos).
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas.

Cuándo está bien que usemos y compartamos su PHI

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted escoja que ayude o pague por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**
 - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle la atención que usted necesita
- **Para pago, operaciones de atención de la salud y tratamiento**
 - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su atención
 - Cuando decimos que pagaremos por la atención de la salud o los servicios antes de que los reciba (conocido como autorización previa o aprobación previa)
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como apoyarlo y ayudarlo a recibir los beneficios y servicios disponibles. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos dar su PHI a intercambios de información de salud para pagos, operaciones de atención de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite anthem.com/vamedicaid para obtener más información.
- **Para motivos comerciales de la atención de la salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Para motivos de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su atención**
 - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de que usemos o compartamos su PHI para todo, salvo su atención, pago, actividades diarias, investigación u otras

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su autorización por escrito antes de que compartamos notas de psicoterapia de su médico sobre usted. Puede informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, usar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y abandono
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas tales como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

Sus derechos

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de esta. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo. Aunque, no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente a la que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos todas las veces durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a atención de la salud, pago, actividades diarias de

atención de la salud o algunos otros motivos que no listamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.

- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la pidió por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

Qué tenemos que hacer

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en este aviso.
- Tenemos que decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Tenemos que enviar su PHI a algunas otras direcciones o en una manera diferente a la de su correo usual si lo pide por motivos que tengan sentido, tal como si está en peligro.
- Tenemos que informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que dijimos aquí, seguiremos esas leyes.
- Debemos informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Cómo lo contactaremos

Nosotros, junto con nuestros afiliados y proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, solo dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. O puede llamar al número gratuito 844-203-3796 (TTY 711) y agregar nuestro número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

Qué debe hacer si tiene preguntas

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o desea usar sus derechos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al 800-901-0020 (TTY 711) para Medallion Medicaid o 855-323-4687 (TTY 711) para CCC Plus de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no se ha mantenido segura, puede llamar a Servicios para Miembros o comunicarse con el Departamento de

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1030133VAMSPAHP

Salud y Servicios Humanos. No pasará nada malo si usted presenta un reclamo.

Usted puede escribir o llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

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: 800-368-1019

TDD: 800-537-7697

Fax: 215-861-4431

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en una carta. También los publicaremos en la red en anthem.com/vamedicaid.

Raza, origen étnico e idioma

Obtenemos información sobre su raza, origen étnico e idioma de las agencias estatales para Medicaid y del Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar resultados de salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción.

No usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar beneficios.
- Compartir con usuarios no aprobados.

Su información personal

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por motivos del seguro.

Servicios para Miembros de Anthem CCC Plus: **855-323-4687 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
1030133VAMSPAHP

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud.
 - Hábitos.
 - Pasatiempos.
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos tales como:
 - Médicos.
 - Hospitales.
 - Otras compañías de seguro.
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su autorización.
- Le informaremos antes de hacer cualquier cosa, en donde tengamos que darle la oportunidad para que se niegue.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Llame a la línea gratuita para servicios de traducción o interpretación sin cargo: 800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

anthem.com/vamedicaid

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

Revisado en marzo de 2021.



Anthem. HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

855-323-4687 (TTY 711)

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