



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.



Manual del miembro Cardinal Care

Vigente a partir del 1.º de enero de 2024

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE
ASISTENCIA MÉDICA (DMAS)

Manual del miembro del modelo
de Cardinal Care

1.º de enero de 2024



CardinalCare
Virginia's Medicaid Program



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

HealthKeepers, Inc. es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Anthem HealthKeepers Plus, ofrecido por HealthKeepers, Inc., es un plan médico que tiene contrato con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia para ofrecer beneficios de Medicaid a los inscritos.

Índice

1. Comencemos	5
Le damos la bienvenida a Cardinal Care	5
Otros idiomas y formatos.....	5
Aviso de no discriminación	9
Información de contacto importante	9
Cómo mantenerse conectado	11
2. Visión general de la atención administrada de Cardinal Care	12
Inscripción en el plan médico	12
Paquete de bienvenida.....	13
Otro seguro.....	15
3. Proveedores y cómo recibir cuidado	16
Red de proveedores del plan Anthem HealthKeepers Plus	16
Proveedores de atención primaria (PCP)	17
Especialistas	19
Proveedores fuera del estado	19
Cuando un proveedor se retira de la red	19
Cómo obtener cuidado fuera de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus	20
Opciones para miembros en centros de enfermería.....	21
Cómo programar citas con proveedores	21
Telesalud	21
Cómo obtener cuidado en el lugar adecuado cuando lo necesita rápidamente	21
Cómo recibir cuidado fuera del horario normal	23
Transporte para recibir cuidado	23
4. Coordinación de cuidado y administración de cuidados médicos	25
Coordinación de cuidado	25
¿Qué es la administración de cuidados médicos?.....	25
Cómo obtener un administrador de cuidados médicos.....	25

Evaluación de riesgos de la salud	27
Su plan de salud	27
Su equipo de cuidado médico	27
Coordinación con Medicare u otros planes médicos	28
Servicios adicionales de administración de cuidados médicos	28
5. Sus beneficios.....	29
Visión general de los beneficios cubiertos	29
Beneficios para todos los miembros	29
Beneficios para personas inscritas en la exención de servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS).....	35
Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años.....	38
Beneficios de planificación familiar y para mujeres embarazadas/durante el posparto.....	39
Cobertura para recién nacidos.....	43
Beneficios adicionales para los miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus	43
6. Sus medicamentos recetados	45
Entienda su cobertura de medicamentos recetados	45
Medicamentos recetados para miembros del plan Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS)	45
Cómo obtener sus medicamentos en una farmacia de la red.....	46
Cómo solicitar que le envíen sus medicamentos por correo a su casa	47
Programa de Seguridad y Administración de la Utilización del Paciente.....	47
7. Cómo obtener la aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos.....	49
Segundas opiniones.....	49
Autorización de servicios.....	49
Determinaciones adversas de beneficios	51
8. Apelaciones y quejas	52
Apelaciones.....	52
Quejas.....	55
9. Costos compartidos	58
Copagos.....	58

Pago del paciente	58
Primas.....	58
10. Sus derechos	59
Derechos generales	59
Directivas anticipadas	60
Comité Asesor de Miembros	61
11. Sus responsabilidades	62
Responsabilidades generales.....	62
12. Términos clave y definiciones utilizados en este manual	66

1. Comencemos

Le damos la bienvenida a Cardinal Care

Medicaid y el plan Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS) son programas de seguro médico financiados por el estado y el gobierno federal. Son administrados por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS o “el Departamento”) de Virginia. Para obtener más información, visite dmas.virginia.gov y dmas.virginia.gov/for-members/cardinal-care.

Los límites de ingresos mensuales para la elegibilidad varían según el programa. Para obtener más información sobre la elegibilidad, visite coverva.org. Ambos programas tienen beneficios completos como se describe a continuación.

En este manual del miembro, se explican los beneficios y cómo obtener acceso a los servicios de Cardinal Care, el programa Medicaid/FAMIS de Virginia. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, visite nuestro sitio web en anthem.com/vamedicaid o llame a su administrador de cuidados médicos.

Otros idiomas y formatos

Si quiere este manual en letra grande o en otros formatos o idiomas, o si necesita que se lo lean en voz alta o que le envíen una copia impresa, llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020 (TTY: 711)**. Puede obtener lo que necesita sin costo. Los miembros con necesidades auditivas o de comunicación oral alternativas pueden marcar el **711** para comunicarse con un operador de Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS) y obtener ayuda. Hay asistencia y servicios adicionales disponibles sin costo si los solicita. Visítenos en línea en cualquier momento en anthem.com/vamedicaid o dmas.virginia.gov.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-901-0020 (TTY: 711).

The Anthem HealthKeepers Plus plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Spanish

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-901-0020 (TTY 711).

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

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-901-0020 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.

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

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-901-0020 (TTY 711).

Chương trình Anthem HealthKeepers Plus 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.

Chinese

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 800-901-0020 (TTY 711)

Anthem HealthKeepers Plus 計劃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。

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات الغوية المساعدة تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-901-0020 (هـ الصم والبكم 711).

تلتزم خطة Anthem HealthKeepers Plus بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-901-0020 (TTY 711).

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

Farsi

اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم : توجه (TTY 711) 800-901-0020 تماس بگیرید بگیرید می باشد با شماره

طرح Anthem HealthKeepers Plus 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.

Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-901-0020 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

የAnthem HealthKeepers Plus እቅድ የሚመለከቱ የፌዴራል ሲቪል መብቶች ህጎችን የሚያከብር ሲሆን ሰዎችን በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በዘር ሃረግ፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳት፣ ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልጽም።

Urdu

توجہ: اگر آپ اردو بولتے ہیں، آپ کے لیے زبان کی مدد، مفت دستیاب ہے۔ کال .800-901-0020 (TTY: 711)

Anthem HealthKeepers Plus ہے پلان کرتا تعمیل کی قوانین کے حقوق شہری وفاقی اطلاق قابل کرتا نہیں امتیاز پر بنیاد کی جنس یا معذوری عمر، قومیت، رنگ نسل، کہ یہ اور۔

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-901-0020 (ATS : 711).

Le régime Anthem HealthKeepers Plus 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.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-901-0020 (телетайп: 711).

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

Hindi

ज्ञान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके ि लए मु म भाषा सहायता सेवाएं उपल ह। 800-901-0020 (TTY 711) पर कॉल कर।

Anthem HealthKeepers Plus योजना लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करती है और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता, या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करती है।

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-901-0020 (TTY: 711).

Die Anthem HealthKeepers Plus-Krankenversicherung erfüllt geltende bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

Bengali

লক্ষ্য করুন: যিহদ আযন বাংলা, কথা বললত িাল রন, তালেল য নঃখরচায় ভাষা েসায়তা িযলরষবা িউল আআছ। আ ফান করন ১-800-901-0020 (TTY: ১-711)।

Anthem HealthKeepers Plus **ককান কযোজক ফেডারেল নাগিরক অধিকার আইন েমেন** চল এবং জািত, রঙ, জাতীয় উৎপি, বয়স, অকমতা, বা িলেকর িভিকতে বৈষমক কের না।

Bassa

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ̃ jũ ké m̃ [Bàsɔ̃ ɔ̃ -wùdù-po-nyɔ̃] jũ ní, n̄í, à wuɖu kà kò dò po-poɔ̃ bɛ̀ ìn m̃ gbo kpáa. Đá 800-901-0020 (TTY:711)

Anthem HealthKeepers Plus dyí-só-dè Nyɔ̃ bɛ̀ɛ̀ kpɔ̃ nyɔ̃n-dyù gbo-gmò -gmà bɛ̀ɛ̀ dyi ké wa ní ge nyɔ̃n- dyù mú dyìn dé bódó-dù nyɔ̃ sè kɔ̃ ɛ̀ mú, mɔ̃ kà nyɔ̃ dyɔ̃ -kù nyu n̄è kɛ mú, mɔ̃ bódó bɛ̀ nyɔ̃ sè kɔ̃ ɛ̀ mú, mɔ̃ zɔ̃ j̄ kà nyɔ̃ d̄ɔ̃ nyue mú, mɔ̃ nyɔ̃ mɛ̀ kó dyíe mú, mɔ̃ nyɔ̃ mɛ̀ mò gaa, mɔ̃ nyɔ̃ mɛ̀ mò màa kɛɛ̀ mú.

Aviso de no discriminación

Anthem HealthKeepers Plus no discrimina a las personas (ni las trata diferente) por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El plan Anthem HealthKeepers Plus cumple las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El plan Anthem HealthKeepers Plus ofrece lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios gratuitos de ayuda con el idioma a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus llamando al **800-901-0020 (TTY: 711)**. Esta llamada es gratuita.

Si cree que Anthem HealthKeepers Plus no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo en persona, por correo o por teléfono: HealthKeepers, Inc. para Anthem HealthKeepers Plus, Attention: Civil Rights Coordinator for Discrimination Complaints, P.O. Box 62509, Virginia Beach, VA 23466-2509, teléfono: **800-901-0020 (TTY: 711)**.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; por correo a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; o por teléfono llamando al **800-368-1019 (TTY 800-537-7697)**. Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Información de contacto importante

A continuación, hay una lista de números de teléfono importantes que podría necesitar. Si no sabe a quién debe llamar, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus para obtener ayuda. Esta llamada es gratuita. Hay servicios de interpretación gratuitos en todos los idiomas para personas que no hablan inglés.

Nombre de la entidad	Información de contacto
Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus	800-901-0020 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este anthem.com/vamedicaid Aplicación móvil Anthem Medicaid
Administración de cuidados médicos de Anthem HealthKeepers Plus	800-901-0020, opción 6 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este
Línea de Asesoramiento Médico de Anthem HealthKeepers Plus	800-901-0020 TTY: 711 Las 24 horas, los 7 días de la semana
Línea de crisis de salud conductual de Anthem HealthKeepers Plus	844-429-9620 TTY: 711 Las 24 horas, los 7 días de la semana
Línea de Asesoramiento Médico de Servicios de Tratamiento de Adicción y Recuperación (ARTS)	800-901-0020 TTY: 711 Las 24 horas, los 7 días de la semana
Servicios del Departamento de Salud Conductual y del Desarrollo (DBHDS) para servicios de exención por discapacidad del desarrollo (DD)	Línea de ayuda de My Life, My Community 844-603-9248 TDD: 804-371-8977 De lunes a viernes de 9 a.m. a 4:30 p.m. mylifemycommunityvirginia.org
Administrador de beneficios dentales de Cardinal Care	888-912-3456 TTY: 800-466-7566 https://dentaquest.com/state-plans/regions/virginia/ De lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.
Servicios de la visión de Anthem HealthKeepers Plus	800-901-0020 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este

Nombre de la entidad	Información de contacto
Servicios de transporte de Anthem HealthKeepers Plus	877-892-3988 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este
Transporte de Cardinal Care para servicios de exención por discapacidad del desarrollo	866-386-8331 TTY: 866-288-3133 Marque 711 para comunicarse con un operador de TRS las 24 horas, los 7 días de la semana
Línea de ayuda para inscripciones de atención administrada de Cardinal Care	800-643-2273 TTY: 800-817-6608 De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m.
Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos	800-368-1019 TTY: 800-537-7697 hhs.gov/ocr
Oficina del Defensor Estatal para el Cuidado a Largo Plazo	800-552-5019 TTY: 800-464-9950 elderrightsva.org

Cómo mantenerse conectado

¿Se mudó, cambió de número de teléfono o tiene una nueva dirección de correo electrónico? Es importante que nos informe estos cambios para que pueda seguir recibiendo seguro médico de alta calidad. El Departamento y el plan Anthem HealthKeepers Plus deben tener su número de teléfono y sus direcciones de correo postal y de correo electrónico actuales para que usted siga recibiendo todas las actualizaciones importantes e información sobre cambios en su seguro médico.

Puede actualizar su información de contacto hoy mismo:

- ✓ Llame a [Cover Virginia](#) al **833-5CALLVA**.
- ✓ Ingrese en línea en [commonhelp.virginia.gov](https://www.commonhelp.virginia.gov).
- ✓ Llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus.
- ✓ Llame a su [Departamento de Servicios Sociales \(DSS\) local](#).

ASEGÚRESE DE RECIBIR LA INFORMACIÓN MÁS ACTUALIZADA SOBRE SU SEGURO MÉDICO DE MEDICAID.

Actualice su información de contacto hoy mismo





2. Visión general de la atención administrada de Cardinal Care

Inscripción en el plan médico

Usted está inscrito correctamente en el plan Anthem HealthKeepers Plus. El plan Anthem HealthKeepers Plus, un plan de atención administrada de Medicaid/FAMIS de Cardinal Care (un “plan médico”), cubre su cuidado médico y ofrece administración de cuidados médicos. Un plan médico es una organización que tiene contratos con médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan juntos para proporcionarle a usted (el miembro) el cuidado médico que necesita. En Virginia, hay seis planes médicos de Cardinal Care que prestan servicios en todo el estado.

Si se muda a otro estado, ya no será elegible para Cardinal Care en Virginia, pero es posible que califique para el programa de Medicaid en el estado donde usted vive. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Cardinal Care, comuníquese con su [DSS local](#) o llame a [Cover Virginia](#) al **833-5CALLVA (TTY: 888-221-1590)**. Esta llamada es gratuita.

Tres pasos que deben seguir los nuevos miembros

1. Busque su tarjeta de identificación del miembro en su correspondencia. Dentro de los 60 días, programe una visita al proveedor de atención primaria (PCP) que figura en su tarjeta de identificación.
2. Ingrese en línea en **[anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid)** para registrarse en su cuenta segura en Internet y consultar la guía de inicio rápido, el manual del miembro, el Directorio de proveedores y el formulario. Puede usar el Directorio de proveedores o la herramienta en línea *Encontrar un doctor (Find a Doctor)* para elegir un PCP o cambiarlo.
3. Complete su evaluación de salud dentro de los primeros 120 días. Es un cuestionario breve que nos ayuda a determinar cómo proporcionarle mejor el cuidado que necesita.

Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus está disponible para ayudarle si tiene alguna pregunta o inquietud. Llame al **800-901-0020 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este o visítenos en **[anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid)**.

Puede cambiar su plan médico:

- Por cualquier motivo, durante los primeros 90 días calendario a partir de la inscripción.
- Por cualquier motivo, una vez al año, durante su periodo de inscripción abierta.
- Por “motivos justificados” según lo determine el Departamento. Por ejemplo, una mala calidad del cuidado médico y la falta de acceso a proveedores, servicios y apoyo adecuados, incluido el cuidado especializado. Esto incluye el cuidado obstétrico. Si está embarazada y su obstetra no participa en el plan Anthem HealthKeepers Plus, pero participa en el plan de cargo por servicio (FFS) de Medicaid, puede solicitar cobertura a través de FFS de Medicaid hasta después del parto de su bebé.

Llame a la Línea de ayuda para inscripciones de atención administrada de Cardinal Care al **800-643-2273 (TTY: 800-817-6608)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m. para obtener información sobre su periodo de inscripción abierta o los “motivos justificados”, o para obtener ayuda para elegir o cambiar su plan médico. Los servicios de la Línea de ayuda para inscripciones de atención administrada de Cardinal Care son gratuitos. Los miembros de FAMIS pueden llamar a Cover Virginia al **833-5CALLVA** para cambiar de plan médico.

Paquete de bienvenida

Probablemente haya recibido un paquete de bienvenida que incluye su tarjeta de identificación del miembro, información sobre el Directorio de proveedores del plan Anthem HealthKeepers Plus y la Lista de medicamentos preferidos. Si no recibió su paquete de bienvenida, llame a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus. También puede visitar nuestro sitio web en **anthem.com/vamedicaid** para buscar proveedores en su plan y consultar nuestra Lista de medicamentos preferidos. Para obtener acceso a su tarjeta de identificación del miembro, inicie sesión en su cuenta segura en **anthem.com/vamedicaid**.

Tarjeta de identificación del miembro de Anthem HealthKeepers Plus

Debe mostrar su tarjeta de identificación del miembro de Anthem HealthKeepers Plus para recibir servicios o medicamentos recetados cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus (consulte la tarjeta de identificación del miembro de muestra a continuación) cuando visite a su proveedor o vaya a la farmacia. Si todavía no recibió su tarjeta, o si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus de inmediato para obtener una nueva.

 Anthem HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.		 CardinalCare Virginia's Medicaid Program	
JOHN Q SAMPLE Member ID 123456789		PCP Name PCP Phone Medicaid ID	
Group Number BC/BS Plan RxBIN: RxPCN: RxGRP:	HKP00200 923 020107 FM WQWA	PCP/Specialist Outpatient Inpatient Emergency Rx	\$0/\$0 \$0 \$0 \$0 \$0/\$0
 Anthem HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.		anthem.com/vamedicaid	
Members: When sending inquiries, always include your ID number from the front of this card. Possession or use of this card does not guarantee payment. In an emergency, go to the nearest ER (call 911).		Pharmacists: For network contracting and claims inquiries, call the pharmacists-only number 800-901-0020.	
Providers: Please submit claims to your local BCBS plan. To ensure proper claims processing, please include the 3-digit prefix that precedes the patient's ID number listed on the front of this card.		HealthKeepers, Inc. P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279 HealthKeepers, Inc. is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc.	
Claims Filing Address: Post Office Box 27401 Richmond, VA 23279		Contractor ID 0047003253	
VA21 1/23			

Todos los miembros recibirán nuevas tarjetas de identificación con el logotipo de Cardinal Care entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2023. Los proveedores seguirán aceptando su tarjeta de identificación del plan Anthem HealthKeepers Plus actual.

Es posible que tenga más de una tarjeta de seguro médico. Además de su tarjeta de identificación del miembro de Anthem HealthKeepers Plus, también debe tener su tarjeta de identificación de Medicaid/FAMIS del Commonwealth of Virginia. Conserve esta tarjeta para obtener acceso a los servicios que están cubiertos por el Departamento según Medicaid. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre su tarjeta de Medicare y su tarjeta de identificación del miembro de Anthem HealthKeepers Plus cuando reciba servicios. Si tiene cobertura de una compañía de seguro privada (que no sea Medicaid), muestre su tarjeta de identificación del seguro privado y su tarjeta de identificación del miembro de Anthem HealthKeepers Plus cuando reciba servicios.

Directorio de proveedores de Anthem HealthKeepers Plus

El Directorio de proveedores incluye a los proveedores y farmacias que participan en la red de proveedores contratados del plan Anthem HealthKeepers Plus. También incluye información sobre las adaptaciones que tiene cada proveedor para miembros con discapacidades o que no hablan inglés. Puede usar la herramienta *Encontrar un doctor* (*Find a Doctor*) en mss.anthem.com/va/care/find-a-doctor.html o llamar a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020 (TTY: 711)** y solicitarnos que le enviemos por correo una copia impresa del Directorio de proveedores para su región.

Tanto en la herramienta *Encontrar un doctor* (*Find a Doctor*) como en la copia impresa del Directorio de proveedores, encontrará los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los proveedores de nuestra red. También obtendrá información sobre la licencia del proveedor (incluida la especialidad y la certificación del Colegio de Médicos), si el proveedor acepta nuevos pacientes, los idiomas que se hablan en el consultorio del proveedor y si el consultorio del proveedor cumple con las normas de accesibilidad conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

Para obtener aun más información acerca de un PCP o un especialista (como la escuela de medicina o la residencia), visite los siguientes sitios web:

- Asociación Médica Estadounidense (AMA) en apps.ama-assn.org/doctorfinder/home.jsp. * Este enlace lo llevará a la herramienta Encontrar un médico (Doctor Finder).
- Certification Matters en certificationmatters.org. * Seleccione *¿Está mi médico certificado por el Colegio de Médicos? (Is My Doctor Board Certified?)* Aquí podrá buscar un proveedor.

* Estos enlaces conducen a sitios web de terceros. Estas organizaciones son las únicas responsables de las políticas de privacidad y los contenidos de sus sitios.

Lista de medicamentos preferidos

En esta lista, se indican los medicamentos recetados que están cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus y el Departamento. También se informa si existen normas o restricciones para los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener (consulte la *Sección 6, Sus medicamentos recetados*). Llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus para averiguar si sus medicamentos se encuentran en la lista o consulte en línea en **[anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid)**. El plan Anthem HealthKeepers Plus también puede enviarle por correo una copia impresa si la solicita.

Otro seguro

Si tiene más de un plan de seguro médico, Medicaid pagará los servicios después de que sus otros planes de seguro le hayan pagado a su proveedor. Esto significa que si tiene otro seguro y tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el otro seguro o la compensación para trabajadores deben pagar sus servicios primero. Informe a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus si tiene otro seguro para que el plan Anthem HealthKeepers Plus pueda coordinar sus beneficios. El [Programa de Consejería y Asistencia sobre Seguros de Virginia](#) (VICAP) también puede ayudar. Llame al **800-552-3402 (TTY: 711)** para obtener consejería sobre el seguro de salud para personas con Medicare. Esta llamada es gratuita.

3. Proveedores y cómo recibir cuidado

Red de proveedores del plan Anthem HealthKeepers Plus

Es importante que los proveedores que elija acepten miembros de Cardinal Care y participen en la red del plan Anthem HealthKeepers Plus. La red del plan Anthem HealthKeepers Plus incluye acceso a la atención las 24 horas, los 7 días de la semana.

El plan Anthem HealthKeepers Plus le ofrece una selección de proveedores que se encuentran cerca de usted. Si usted vive en una zona urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir los servicios. Si vive en una zona rural, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir servicios.

Estándares de tiempo de viaje del miembro y distancia		
Estándar	Distancia	Tiempo
Urbano <ul style="list-style-type: none">• PCP• Especialistas y otros proveedores	15 millas 30 millas	30 minutos 45 minutos
Rural <ul style="list-style-type: none">• PCP• Especialistas y otros proveedores	30 millas 60 millas	45 minutos 75 minutos
Regiones de Roanoke/Alleghany y región sudoeste		
Urbano y rural <ul style="list-style-type: none">• PCP• Especialistas y otros proveedores	30 millas 60 millas	45 minutos 75 minutos

Para encontrar proveedores, como proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y hospitales, puede hacer lo siguiente:

- Buscar proveedores en el Directorio de proveedores (consulte la *Sección 2, Visión general de la atención administrada de Cardinal Care*).
- Llamar a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020 (TTY: 711)** o visitarnos en **anthem.com/vamedicaid**.

Nuestra red de proveedores incluye acceso a la atención las 24 horas, los 7 días de la semana, e incluye hospitales, médicos, especialistas, centros de atención de urgencia, centros de enfermería, proveedores de servicios en el hogar y la comunidad, proveedores de intervención temprana, proveedores de terapia de rehabilitación, proveedores de salud mental, proveedores de servicios de tratamiento de adicción y recuperación, proveedores de cuidado médico en el hogar y en hospicios, proveedores de equipo médico duradero y otros tipos de proveedores.

Le ofrecemos una selección de proveedores cercanos para que no tenga que trasladarse una gran distancia para verlos. Podría haber circunstancias especiales en las se requiera un viaje más largo; sin embargo, eso debería ocurrir solo en raras ocasiones.

No necesita referencia ni autorización de servicios para obtener lo siguiente:

- Cuidado de su proveedor de atención primaria (PCP).
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios de cuidado de salud de rutina para mujeres, como exámenes de mamas, mamografías de detección, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de urgencia o de emergencia.
- Servicios dentales de rutina.
- Servicios de proveedores de salud para indígenas, si usted es elegible.
- Otros servicios para miembros con necesidades médicas especiales según lo determine el plan Anthem HealthKeepers Plus.

Consulte a continuación para obtener más información sobre qué sucede cuando un proveedor se retira de la red y cómo puede obtener cuidado de proveedores fuera de la red.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Su PCP es un médico o enfermero especializado que lo ayuda a estar y mantenerse saludable. Su PCP prestará y coordinará sus servicios médicos. Debe consultar a su PCP:

- Para realizarse exámenes físicos y chequeos de rutina.
- Para obtener servicios de cuidado preventivo.
- Cuando tiene preguntas o inquietudes sobre su salud.
- Cuando no se siente bien y necesita ayuda médica.

Para ayudar a que su PCP se familiarice con usted y su historial médico, debe enviar sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Puede solicitar ayuda a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus o a su administrador de cuidados médicos.

Elección de su PCP

Tiene derecho a elegir un PCP que participe en la red del plan Anthem HealthKeepers Plus. Revise su Directorio de proveedores para encontrar un PCP en su comunidad que pueda satisfacer lo mejor posible sus necesidades médicas. También puede llamar a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus o a su administrador de cuidados médicos para obtener ayuda. Si no elige un PCP antes del día 25 del mes anterior a que comience su cobertura médica, el plan Anthem HealthKeepers Plus le asignará uno. El plan Anthem HealthKeepers Plus le notificará por escrito cuál es su PCP asignado.

Hay varios tipos de proveedores de la red que puede elegir como su PCP. Algunos tipos de PCP incluyen:

- Médico de familia (también llamado médico general), que atiende a niños y adultos
- Ginecólogo (GYN), que atiende a mujeres
- Médico especialista en medicina interna (también llamado internista), que atiende a adultos
- Enfermero especializado (NP), que atiende a niños y adultos
- Obstetra (OB), que atiende a mujeres embarazadas
- Pediatra, que atiende a niños

Si ya tiene un PCP que no participa en la red del plan Anthem HealthKeepers Plus, puede continuar consultándolo hasta 30 días después de inscribirse en el plan. Las embarazadas o las personas que tienen necesidades médicas o sociales significativas pueden seguir consultando a su PCP hasta 60 días después de inscribirse. Si no elige un PCP de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus después del periodo de 30 o 60 días, el plan le asignará uno. Si tiene un PCP asignado por Medicare, no tiene que elegir uno de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus. Llame a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus o a su administrador de cuidados médicos para obtener ayuda con la selección de un PCP y la coordinación de su atención.

Cambio de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus para elegir otro PCP de la red del plan. Es importante que entienda que su PCP puede retirarse de nuestra red. Le notificaremos la intención del proveedor de dejar de pertenecer a nuestra red en un plazo de 30 días. Con gusto le ayudaremos a encontrar un nuevo PCP.

Es fácil cambiar su PCP en línea. Nuestra herramienta *Encontrar un doctor (Find a Doctor)* es rápida y útil, y está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Para cambiar de PCP en línea:

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

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

Especialistas

Si necesita atención que su PCP no puede proporcionar, el plan Anthem HealthKeepers Plus o su PCP pueden referirlo a un especialista. Un especialista es un proveedor que tiene capacitación adicional sobre servicios en un área específica de la medicina, como un cirujano. La atención que recibe de un especialista se llama cuidado especializado. Si necesita cuidado especializado continuo, es posible que su PCP pueda referirlo para un determinado número de visitas o por un periodo determinado (una “referencia permanente”).

Servicios hospitalarios

Su PCP puede enviarlo a cualquier hospital en su plan. Busque en su Directorio de proveedores para encontrar una lista de los hospitales de su plan. Puede encontrar el Directorio de proveedores en nuestro sitio web en mss.anthem.com/va/care/find-a-doctor.html. También puede solicitar sin costo un Directorio de proveedores impreso llamando a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020 (TTY: 711)**. **Vaya al hospital más cercano en caso de una emergencia.**

Proveedores fuera del estado

El cuidado que puede obtener de proveedores fuera del estado se limita a lo siguiente:

- Servicios de emergencia, en caso de crisis o posteriores a la estabilización que sean necesarios.
- Casos especiales en los que los residentes de su localidad suelen usar recursos médicos en otro estado.
- Servicios médicamente necesarios y requeridos que no están disponibles dentro de la red ni en el estado de Virginia.
- Periodos de transición (hasta que pueda recibir servicios de manera oportuna de un proveedor de la red en el estado).
- Ambulancias fuera del estado para trasladarse de un centro a otro.

Es posible que el plan Anthem HealthKeepers Plus deba otorgarle una autorización para consultar a un proveedor que se encuentra fuera del estado. El plan Anthem HealthKeepers Plus no cubre ningún servicio médico fuera de los EE. UU.

Cuando un proveedor se retira de la red

Si su PCP se retira de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus, el plan se lo informará y le ayudará a encontrar un nuevo PCP. Si uno de sus otros proveedores se retira de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus o con su administrador de cuidados médicos para obtener ayuda para encontrar un nuevo proveedor y manejar su cuidado. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar que el tratamiento médicamente necesario que recibe no se interrumpa y que el plan Anthem HealthKeepers Plus trabaje con usted para garantizar la continuidad.
- Obtener ayuda para seleccionar un nuevo proveedor calificado.

- Presentar una queja (consulte la *Sección 8, Apelaciones y quejas*) o solicitar un nuevo proveedor si considera que el plan Anthem HealthKeepers Plus no reemplazó a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su cuidado no se está manejando correctamente.

Cómo obtener cuidado fuera de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus

Puede obtener el cuidado que necesita de un proveedor fuera de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si el plan Anthem HealthKeepers Plus no tiene un proveedor de la red que pueda brindarle el cuidado que necesita.
- Si un especialista que usted necesita no se encuentra lo suficientemente cerca de su domicilio (a menos de 30 millas en áreas urbanas o 60 millas en áreas rurales).
- Si un proveedor no ofrece el cuidado que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Si el plan Anthem HealthKeepers Plus aprueba a un proveedor fuera de la red.
- Si usted está en un centro de enfermería cuando se inscribe en el plan Anthem HealthKeepers Plus, y el centro de enfermería está fuera de la red.
- Si usted recibe atención de emergencia o servicios de planificación familiar de un proveedor o en un centro médico que no pertenece a la red. Usted puede recibir tratamiento de emergencia y servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, incluso si este no está en la red del plan Anthem HealthKeepers Plus. Esta atención no tiene ningún costo.

Si su PCP o el plan Anthem HealthKeepers Plus lo refieren a un proveedor fuera de nuestra red, usted no tiene que pagar ningún costo, excepto su pago como paciente para los servicios y apoyo a largo plazo.

Usted también tiene el derecho de acudir a sus proveedores anteriores y acceder a los medicamentos recetados u otros suministros médicos necesarios por hasta 30 días (o 60 días si está embarazada o tiene necesidades de salud o sociales significativas) si anteriormente estaba inscrito en el programa de Medicaid de Virginia, pero es nuevo en el plan Anthem HealthKeepers Plus. Después de 30 días (o 60 días), deberá consultar a proveedores de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus a menos que el plan Anthem HealthKeepers Plus prolongue el plazo para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus o a su administrador de cuidados médicos, si tiene uno, para que lo ayuden a encontrar un proveedor de la red (ver *Sección 4, Coordinación de cuidado y administración de cuidados médicos*, para obtener más información sobre su administrador de cuidados médicos).

Opciones para miembros en centros de enfermería

Si se encuentra en un centro de enfermería al momento de inscribirse en el plan Anthem HealthKeepers Plus, usted puede elegir:

- Permanecer en el centro mientras siga siendo elegible para recibir atención en un centro de enfermería.
- Trasladarse a otro centro de enfermería.
- Recibir servicios en su hogar o en otro entorno de la comunidad.

Cómo programar citas con proveedores

Llame al consultorio de su proveedor para programar una cita. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus. Si necesita transporte para ir a la cita, llame al **877-892-3988 (TTY 711)**. Si llama fuera del horario normal, deje un mensaje indicando cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP u otro proveedor le devolverán la llamada lo antes posible. Si le resulta difícil conseguir una cita con un proveedor, contacte a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus. Recuerde informar al plan Anthem HealthKeepers Plus cuando tenga pensado salir de la ciudad para que el plan pueda ayudarle a organizar los servicios.

Telesalud

La telesalud le permite recibir cuidado de su proveedor sin hacer una visita presencial al consultorio. La telesalud normalmente se lleva a cabo en línea, con acceso a Internet en su computadora, tableta o teléfono inteligente. A veces se puede hacer por teléfono. Si bien la telesalud no es adecuada para todas las condiciones o situaciones, a menudo usted puede usar la telesalud para lo siguiente:

- Hablar con su proveedor por teléfono o videollamada.
- Intercambiar mensajes electrónicos con su proveedor.
- Participar en monitoreo remoto para que su proveedor pueda llevar un registro de cómo se siente en su casa.
- Recibir servicios médicos y de salud conductual médicamente necesarios.

Para programar una cita de telesalud, contacte a su proveedor para conocer qué servicios ofrece a través de telesalud.

Cómo obtener cuidado en el lugar adecuado cuando lo necesita rápidamente

Es importante elegir el lugar adecuado donde recibir cuidado según sus necesidades de salud, en especial cuando usted necesita cuidado rápida e inesperadamente. A continuación, encontrará una guía que lo ayudará a decidir si su equipo de cuidado médico habitual, como su PCP, puede ayudarle o si debería acudir a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencia. Si no está seguro del tipo de cuidado que necesita, llame a su PCP o a la Línea de Asesoramiento Médico del plan Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Tipo de cuidado	Dónde recibir cuidado	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de cuidado	¿Necesita una referencia?
Los PCP pueden ofrecerle cuidado cuando usted se enferma o se lesiona, así como cuidado preventivo para que se mantenga saludable	Llame al consultorio de su PCP o al plan Anthem HealthKeepers Plus para programar una cita	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad/ lesión menor • Influenza/ fiebre • Vómitos/diarrea • Dolor de garganta, dolor de oído o infección ocular • Esguinces/ distensiones • Posible fractura de huesos 	No
La atención de urgencia es aquella que usted recibe para una enfermedad o lesión que necesita cuidado médico rápidamente y que podría convertirse en una emergencia	Consulte el Directorio de proveedores en anthem.com/vamedicaid para encontrar una clínica de atención de urgencia	La atención de urgencia puede manejar cosas similares a las que maneja su PCP, pero está disponible cuando los demás consultorios no lo están	No, pero asegúrese de ir a una clínica de atención de urgencia que pertenezca a la red del plan Anthem HealthKeepers Plus si puede hacerlo.
La atención de emergencia (o atención para una condición médica de emergencia) es aquella que usted recibe cuando una enfermedad o lesión es tan grave que su salud, sus funciones corporales, los órganos de su cuerpo o las partes de su cuerpo (o, si corresponde, los de su bebé por nacer)	Llame al 911 y diríjase al hospital más cercano. Usted tiene derecho a recibir atención de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana, en cualquier hospital u otro establecimiento, incluso si usted se encuentra en otra ciudad o estado. El plan Anthem HealthKeepers Plus le proporcionará cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del conocimiento • Dificultad para respirar • Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda • Dolor/presión en el pecho • Hemorragia intensa • Quemaduras graves • Convulsiones/ epilepsia • Fracturas de huesos 	No. Usted puede recibir atención de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red. No necesita referencia ni autorización de servicios.

Tipo de cuidado	Dónde recibir cuidado	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de cuidado	¿Necesita una referencia?
pueden estar en peligro si usted no recibe cuidado médico de inmediato	de seguimiento después de la emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Temor de que quizás se lastime usted mismo o a otra persona (“emergencia de salud conductual”) • Agresión sexual 	

Cómo recibir cuidado fuera del horario normal

Si necesita atención que no sea de emergencia después del horario de atención normal, llame a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al **800-901-0020 (TTY: 711)**.

Un enfermero o profesional de salud conductual puede:

- Responder preguntas médicas y ofrecerle asesoramiento en forma gratuita.
- Ayudarlo a decidir si usted debería ver a un proveedor de inmediato.
- Ayudarlo con sus condiciones médicas.
- Proporcionar información de cuidado personal, esto incluye asistencia con los síntomas, medicamentos y efectos secundarios, y tratamientos confiables de cuidado personal en el hogar.
- Analizar problemas de salud específicos de los miembros adolescentes.
- Ofrecer información sobre más de 300 temas de cuidado médico a través de la biblioteca de audio de salud de la Línea de Enfermería 24/7.

Usted también puede suscribirse en livehealthonline.com para consultar a un médico en línea a través de una computadora o un dispositivo móvil en cualquier momento y lugar. Esto es sin costo para usted. Es la opción de cuidado ideal para problemas como resfriados, influenza, alergias, conjuntivitis, tos, fiebre y dolores de cabeza.

Transporte para recibir cuidado

Transporte médico que no sea de emergencia

Si necesita transporte para recibir beneficios cubiertos, como servicios médicos, de salud conductual, dentales, de visión y de farmacia, llame a la línea de Reservas de transporte del plan Anthem HealthKeepers Plus al **877-892-3988 (TTY: 711)**. El plan Anthem HealthKeepers Plus cubre el transporte que no sea de emergencia para servicios cubiertos. Si tiene problemas para conseguir una cita, llame al servicio de Transporte del plan Anthem HealthKeepers Plus Where’s My Ride/Asistencia para el Transporte, a Servicios para Miembros o a su administrador de cuidados médicos. Si cuenta con un medio de transporte propio para acudir a su cita, podemos pagarle al conductor una tarifa fija por milla (se aplican límites). Los miembros, la familia, los amigos y los cuidadores son elegibles para el reembolso de millas a través del plan Anthem HealthKeepers Plus.

Debe llamar a Access2Care al 877-892-3988 (TTY 711) antes de su cita para ser elegible para el reembolso. Para el reembolso de millas por el consumo de gasolina, se requiere el nombre del conductor, la fecha de nacimiento y la dirección postal correcta. Los niños de Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS) no son elegibles para el transporte médico que no sea de emergencia.

Si necesita transporte a servicios de exención por discapacidad del desarrollo, contacte al contratista de transporte para servicios de exención por discapacidad del desarrollo de Cardinal Care llamando al **866-386-8331 (TTY: 866-288-3133)** o visite transportation.dmas.virginia.gov/. Si tiene problemas para conseguir transporte para recibir sus servicios de exención por discapacidad del desarrollo, llame a Where's My Ride al **866-246-9979** o a su administrador de casos de exención por discapacidad del desarrollo.

Transporte médico de emergencia

Si experimenta una condición médica de emergencia y necesita transporte hasta el hospital, llame al 911 para acceder a una ambulancia. El plan Anthem HealthKeepers Plus cubrirá el costo de una ambulancia si usted la necesita.

4. Coordinación de cuidado y administración de cuidados médicos

Coordinación de cuidado

Todos los miembros pueden recibir ayuda para encontrar el cuidado médico o los recursos comunitarios adecuados llamando a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus. Los servicios de coordinación de cuidado están disponibles para todos los miembros de Anthem HealthKeepers Plus. Los miembros pueden comunicarse con nuestro experimentado equipo de administradores de casos/coordinadores de cuidado debidamente capacitados llamando al **800-901-0020, opción 6**. Usted también puede llamar al **800-901-0020 (TTY: 711)**, las 24 horas, los 7 días de la semana, para hablar con un enfermero de guardia u otro profesional de la salud certificado.

¿Qué es la administración de cuidados médicos?

Si usted tiene necesidades médicas importantes, recibirá administración de cuidados médicos. La administración de cuidados médicos ayuda a mejorar la coordinación entre los distintos proveedores y los servicios que usted recibe. Si usted recibe administración de cuidados médicos, el plan Anthem HealthKeepers Plus le asignará un administrador de cuidados médicos. Su administrador de cuidados médicos es una persona del plan Anthem HealthKeepers Plus con experiencia en cuidado médico que trabaja con usted, su PCP y los proveedores que lo atienden, los miembros de su familia y otras personas de su círculo social para entender y satisfacer sus necesidades y objetivos.

Cómo obtener un administrador de cuidados médicos

Durante los primeros tres meses después de inscribirse, el plan Anthem HealthKeepers Plus se comunicará con usted o con alguien en quien usted confíe (su “representante autorizado”) para realizar un examen médico de diagnóstico. Durante el examen médico de diagnóstico, se le pedirá que responda algunas preguntas sobre sus necesidades de salud (como cuidado médico) y necesidades sociales (como vivienda, alimentos y transporte). El examen médico de diagnóstico incluye preguntas sobre sus condiciones médicas, su capacidad para realizar las tareas cotidianas y sus condiciones de vida. Sus respuestas ayudarán al plan Anthem HealthKeepers Plus a entender sus necesidades y decidir si usted necesita que se le asigne un administrador de cuidados médicos. Si no se le asigna un administrador de cuidados médicos, puede solicitar al plan Anthem HealthKeepers Plus que considere darle uno si usted necesita ayuda para recibir cuidado ahora o en el futuro.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con el examen médico de diagnóstico, contacte a Servicios para Miembros llamando al **800-901-0020 (TTY: 711)**. Esta llamada es gratuita.

Cómo puede ayudarle su administrador de cuidados médicos

Su administrador de cuidados médicos es una persona del plan Anthem HealthKeepers Plus que cuenta con experiencia médica especial y puede ayudarle a administrar sus necesidades de salud y sociales. Su administrador de cuidados médicos puede:

- Evaluar sus necesidades de salud y sociales.
- Responder preguntas sobre sus beneficios, como servicios de salud física, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) (consulte la *Sección 5, Sus beneficios*).
- Ayudar a conectarlo con recursos comunitarios (por ejemplo, programas que pueden ayudarle con sus necesidades de vivienda y alimentos).
- Apoyarlo para que tome decisiones informadas sobre su cuidado médico y lo que prefiere.
- Ayudarle a programar citas cuando sea necesario y a buscar proveedores disponibles en la red del plan Anthem HealthKeepers Plus; también puede referirlo a otros proveedores, según sea necesario.
- Ayudarle a conseguir transporte a sus citas (consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo recibir cuidado*).
- Asegurarse de que usted reciba sus medicamentos recetados y ayudarle si presenta efectos secundarios.
- Compartir los resultados de sus pruebas y otra información médica con sus proveedores para que su equipo de cuidado médico esté al tanto de su estado de salud.
- Ayudar con el cambio de un entorno de cuidado médico a otro (por ejemplo, de un hospital o centro de enfermería a su casa o a otro centro).
- Asegurarse de que se satisfagan sus necesidades una vez que abandone un hospital o centro de enfermería y de forma permanente.

Cómo contactar a su administrador de cuidados médicos

Si necesita cambiar de administrador de cuidados médicos, llame a Servicios para Miembros y pida hablar con el gerente regional de su administrador de cuidados médicos. Esta persona podrá indicarle los pasos que debe seguir.

Hay servicios de interpretación gratuitos en todos los idiomas para personas que no hablan inglés.

Método de contacto	Información de contacto
Teléfono	800-901-0020 TTY: 711 De 8 a.m. a 6 p.m.
Fax	866-920-4097
Correo	P.O. Box 27401, Richmond, VA 23286-8708
Sitio web	anthem.com/vamedicaid

Su administrador de cuidados médicos se comunicará con usted regularmente y puede ayudarle con cualquier pregunta o inquietud que usted tenga. Usted tiene derecho a pedirle en cualquier momento a su administrador de cuidados médicos a que se comunique con usted con mayor o menor frecuencia. Usted decide cómo quiere que su administrador de cuidados médicos se comunique con usted (por teléfono, videoconferencia o una visita presencial). Si se reúne con su administrador de cuidados médicos personalmente, usted puede sugerirle la hora y el lugar. Le recomendamos que colabore con su administrador de cuidados médicos y tenga una comunicación abierta con esta persona.

Evaluación de riesgos de la salud

Una vez que el plan Anthem HealthKeepers Plus le asigne un administrador de cuidados médicos, un representante de Anthem HealthKeepers Plus se comunicará con usted o con su representante autorizado por teléfono, por correo o personalmente para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades de salud y sociales con el fin de llevar a cabo el examen médico de diagnóstico. Su administrador de cuidados médicos luego se comunicará con usted para realizar una evaluación de riesgos de la salud más completa. Durante la evaluación de riesgos de la salud, su administrador de cuidados médicos u otro profesional médico le hará más preguntas sobre su salud física, su salud conductual, sus necesidades sociales y sus objetivos y preferencias. La evaluación de riesgos de la salud ayuda a su administrador de cuidados médicos a entender sus necesidades y proporcionarle el cuidado adecuado. Usted puede elegir si completar la evaluación de riesgos de la salud personalmente, por teléfono o por videoconferencia. Con el tiempo, su administrador de cuidados médicos lo contactará para hacerle nuevamente las preguntas de la evaluación de riesgos de la salud para averiguar si hay algún cambio en sus necesidades.

Su plan de salud

Basándose en su evaluación de riesgos de la salud, su administrador de cuidados médicos trabajará con usted para elaborar su plan de salud personalizado. Su plan de salud incluirá el cuidado médico, los servicios sociales y otros servicios de apoyo que usted recibirá y explica cómo los obtendrá, con qué frecuencia podrá acceder a ellos y qué proveedores los prestarán. Su administrador de cuidados médicos actualizará su plan de salud una vez al año. Su administrador de cuidados médicos puede hacer cambios con mayor frecuencia que una vez al año si sus necesidades cambian. Es importante mantener actualizado su plan de salud.

Su equipo de cuidado médico

Su equipo de cuidado médico incluye sus proveedores, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud. Usted y los miembros de su familia o sus cuidadores son miembros importantes de su equipo de cuidado médico. Su administrador de cuidados médicos puede organizar una reunión con su equipo de cuidado médico en función de sus necesidades, o usted puede solicitar una reunión con su equipo de cuidado médico. Usted decide si desea participar en las reuniones del equipo de cuidado médico. La comunicación entre los miembros de su equipo de cuidado médico ayuda a garantizar que sus necesidades queden satisfechas.

Coordinación con Medicare u otros planes médicos

Si tiene Medicaid y Medicare, el plan Anthem HealthKeepers Plus es responsable de coordinar sus beneficios de Cardinal Care con su plan médico de Medicare y cualquier otro plan médico que tenga. Llame a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus o a su administrador de cuidados médicos si tiene preguntas sobre cómo sus planes médicos funcionan juntos y se aseguran de que sus servicios se paguen correctamente.

Servicios adicionales de administración de cuidados médicos

Es posible que sea elegible para recibir otros servicios de administración de cuidados médicos si usted:

- Está en tutela temporal o lo estuvo en el pasado.
- Está embarazada y corre mayor riesgo de sufrir complicaciones durante y después del embarazo.
- Recibe servicios en su hogar o comunidad, como servicios médicos en el hogar, cuidado personal o servicios de relevo.
- Tiene un trastorno de abuso de sustancias.
- Usa un respirador.
- No tiene hogar.

Si necesita un administrador de cuidados médicos, llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus para recibir ayuda.

5. Sus beneficios

Visión general de los beneficios cubiertos

Los beneficios cubiertos son servicios prestados por el plan Anthem HealthKeepers Plus, el Departamento o su contratista. Para poder recibir beneficios cubiertos, el servicio debe ser médicamente necesario. Un servicio médicamente necesario es un servicio que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o sus síntomas.

Usted también puede acceder a la lista completa de beneficios cubiertos en: [anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid). Llame a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus al 800-901-0020 (TTY: 711) o a su administrador de cuidados médicos, si tiene uno, para obtener más información sobre sus servicios y cómo recibirlos.

Por lo general, usted debe recibir servicios de un proveedor que participe en la red del plan Anthem HealthKeepers Plus. En algunos casos, es posible que necesite obtener la aprobación (una “autorización de servicios”) de parte del plan Anthem HealthKeepers Plus o de su proveedor de atención primaria (PCP) antes de recibir un servicio. Los servicios marcados en esta sección con un asterisco (*) requieren una autorización de servicio. Consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo recibir cuidado*, para obtener más información sobre qué hacer si usted necesita recibir servicios de un proveedor fuera de la red. Consulte la *Sección 7, Cómo obtener la aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*, para obtener más información sobre si un servicio que usted necesita requiere aprobación.

Beneficios para todos los miembros

Servicios de salud física

El plan Anthem HealthKeepers Plus y el Departamento cubren los servicios de salud física (incluidos los servicios dentales y de visión) para los miembros de Cardinal Care:

- Cuidado médico diurno para adultos*
- Servicios y pruebas de detección de cáncer (prueba de detección de cáncer colorrectal, mamografías, pruebas de Papanicolaou, exámenes de tacto rectal y antígeno prostático específico, cirugía reconstructiva de mamas)
- Servicios de administración de cuidados médicos y coordinación de cuidado (consulte la *Sección 4, Coordinación de cuidado y administración de cuidados médicos*)
- Servicios clínicos
- Ensayos clínicos (costos de rutina del paciente por participar en un ensayo calificado)
- Servicios ordenados por el tribunal, órdenes de custodia de emergencia (ECO) y órdenes de detención temporal (TDO)
- Servicios dentales (más información a continuación)

- Equipo médico duradero (DME) (suministros y equipos de respiración, oxígeno y respirador artificial; sillas de ruedas y accesorios; camas hospitalarias; equipos y suministros para diabéticos; productos para la incontinencia; tecnología asistencial; dispositivos de comunicación; equipos y dispositivos de rehabilitación)*
- Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) (más información a continuación)
- Servicios de intervención temprana (EI) (más información a continuación)
- Servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización
- Servicios de tratamiento para la disforia de género*
- Tiras reactivas para medir la glucosa
- Servicios de audición
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (más información a continuación)*
- Salud en casa*
- Hospicio
- Cuidado hospitalario (para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios)*
- Servicios relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (consejería sobre pruebas y tratamientos)
- Vacunas (adultos y niños)
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia
- Investigaciones de plomo
- Servicios de cuidado bucal (hospitalizaciones, cirugías, servicios facturados por un proveedor médico)
- Trasplantes de órganos (para todos los niños y adultos que están en rehabilitación intensiva)
- Aparatos ortopédicos (niños menores de 21 años)
- Consejería nutricional para enfermedades crónicas
- Servicios de podología (cuidado de los pies)
- Servicios prenatales y maternos (embarazo/cuidado de posparto) (más información a continuación)
- Medicamentos recetados (consulte la *Sección 6, Sus medicamentos recetados*)
- Cuidado preventivo (chequeos regulares, pruebas de detección, consulta de control de bebé/control médico pediátrico)
- Prótesis (brazos/piernas y elementos de apoyo, mamas y prótesis oculares)
- Cuidado médico regular (visitas al consultorio del PCP, referencias a especialistas, exámenes)
- Servicios de radiología
- Servicios de rehabilitación (para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de fisioterapia/terapia ocupacional y de patologías del habla/audiología)*
- Servicios renales (diálisis, servicios para enfermedad renal en etapa terminal)

- Servicios de salud en la escuela (más información a continuación)
- Servicios quirúrgicos
- Servicios de telesalud (más información a continuación)
- Servicios para dejar de consumir tabaco
- Servicios de transporte (consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo recibir cuidado*)
- Servicios de proveedores clínicos tribales
- Servicios de la visión (exámenes de la vista/tratamiento/anteojos para reemplazar aquellos perdidos, dañados o robados para niños menores de 21 años en EPSDT)
- Visitas de bienestar

Recuerde que los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir una autorización de servicios.

El Departamento contrata a un administrador de beneficios dentales, DentaQuest, para que preste servicios dentales a todos los miembros de Medicaid/FAMIS. Consulte la tabla a continuación para conocer los servicios dentales que tiene disponibles. Usted no es responsable del costo de los servicios dentales recibidos de un proveedor de servicios dentales participante. Algunos servicios dentales requieren aprobación previa. El plan Anthem HealthKeepers Plus trabajará junto con el administrador de servicios dentales del Departamento para autorizar algunos servicios, incluida la anestesia cuando sea médicamente necesaria. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales o necesita ayuda para encontrar un dentista participante cercano, llame a Servicios para Miembros de DentaQuest al **888-912-3456 (TTY: 800-466-7566)** o visite dmas.virginia.gov/dental.

Servicio dental	Niños/jóvenes menores de 21 años	Embarazadas/ mujeres en posparto	Adultos mayores de 21 años
Aparatos de ortodoncia	Tienen cobertura	No tienen cobertura	No tienen cobertura
Limpiezas	Tienen cobertura (incluido el flúor)	Tienen cobertura	Tienen cobertura
Coronas	Tienen cobertura	Tienen cobertura	Cobertura limitada
Dentaduras postizas	Tienen cobertura (incluidas las parciales)	Tienen cobertura (incluidas las parciales)	Tienen cobertura
Exámenes	Tienen cobertura (incluidos los chequeos regulares)	Tienen cobertura	Tienen cobertura
Extracciones y cirugías bucales	Tienen cobertura	Tienen cobertura	Tienen cobertura
Empastes	Tienen cobertura	Tienen cobertura	Tienen cobertura

Servicio dental	Niños/jóvenes menores de 21 años	Embarazadas/ mujeres en posparto	Adultos mayores de 21 años
Tratamiento para las encías	Tiene cobertura	Tienen cobertura	Tiene cobertura
Tratamientos de conducto	Tienen cobertura (incluido el tratamiento)	Tienen cobertura	Tienen cobertura
Selladores	Tienen cobertura	No tienen cobertura	No tienen cobertura
Separadores	Tienen cobertura	No tienen cobertura	No tienen cobertura
Radiografías	Tienen cobertura	Tienen cobertura	Tienen cobertura

Servicios de salud conductual

El plan Anthem HealthKeepers Plus, el Departamento o sus contratistas cubren los servicios de tratamiento para la salud conductual que se detallan en la tabla a continuación para los miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus. Salud conductual se refiere a servicios de salud mental y para adicciones. En Virginia, el tratamiento para las adicciones se denomina “Servicios de Tratamiento de Adicción y Recuperación” (ARTS). Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus, su PCP y su administrador de cuidados médicos pueden ayudarle a obtener los servicios de salud conductual que usted necesita.

Servicios de salud mental

- 23 horas de observación durante una crisis de salud conductual
- Análisis conductual aplicado
- Tratamiento asertivo en la comunidad
- Estabilización comunitaria
- Terapia de familia funcional
- Servicios intensivos en el hogar
- Manejo de casos de salud mental
- Servicios intensivos de salud mental para pacientes ambulatorios
- Programas de hospitalización parcial de salud mental
- Servicios de apoyo de pares para la recuperación de la salud mental
- Servicios para el desarrollo de habilidades de salud mental
- Servicios móviles de respuesta en casos de crisis
- Terapia multisistémica
- Centro de tratamiento psiquiátrico residencial ⁺
- Rehabilitación psicosocial
- Estabilización de crisis residencial
- Tratamiento terapéutico diurno
- Hogar colectivo terapéutico ⁺

Servicios de salud mental

- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios (incluye psicoterapia y administración de medicamentos)

⁺ Servicios manejados por el administrador de salud conductual contratado del Departamento. Su administrador de cuidados médicos trabajará con el administrador contratado de salud conductual para ayudarle a recibir estos servicios si usted los necesita.

Servicios de Tratamiento de Adicción y Recuperación (ARTS)

- Prueba de detección, intervención breve y referencia para recibir tratamiento
- Servicios de administración de casos de abuso de sustancias
- Servicios para pacientes ambulatorios
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios
- Programas de hospitalización parcial
- Tratamiento residencial para abuso de sustancias
 - ASAM 3.1
 - ASAM 3.3
 - ASAM 3.5
- Tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
 - ASAM 3.7
 - ASAM 4.0
- Tratamiento asistido con medicamentos
- Servicios de apoyo de pares para la recuperación por abuso de sustancias
- Servicios de tratamiento por uso de opioides
- Tratamiento para adicciones en el consultorio

La Ley de Paridad de Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 exige la cobertura de los servicios de tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias. En consecuencia, el contratista tiene la obligación de proporcionar cobertura para los servicios de tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios que sean médicamente necesarios, ya sea de manera individual, familiar o grupal. Proporcionaremos cobertura de servicios de tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias a los miembros.

Podemos elegir cubrirle el tratamiento en un hospital independiente o en una institución para enfermedades mentales (IMD) si tiene entre 21 y 64 años. Se limitará esta cobertura a 15 días calendario en cualquier mes calendario. Cubriremos este servicio si es admitido en una IMD para recibir servicios de tratamiento de adicción y recuperación. Si es admitido en un hospital independiente o en una institución para enfermedades mentales con una orden de detención temporal, los días de la orden de detención temporal (TDO) estarán cubiertos por el estado. Si es menor de 21 años y mayor de 64 años, su tratamiento está cubierto en un

hospital independiente o en una institución para enfermedades mentales, incluso si está con una TDO. Somos responsables de todas las admisiones con TDO a un centro de atención aguda, independientemente de la edad.

Algunos servicios de salud conductual están cubiertos a través del administrador de servicios de salud conductual (BHSA) del DMAS. Su coordinador de cuidado trabajará en estrecha colaboración con este administrador para coordinar los servicios que usted necesita, incluidos los que presta el mismo BHSA. Algunos de los servicios de salud conductual que requieren autorización de servicios incluyen aquellos para pacientes hospitalizados.

Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre qué servicios pueden requerir aprobación previa.

Si tiene preguntas sobre los servicios de tratamiento de adicción y recuperación, llame a la Línea de Asesoramiento Médico de ARTS al **800-901-0020 (TTY 711)** las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Si está pensando en hacerse daño o en hacerle daño a otra persona, llame a la Línea de crisis de salud conductual al **844-429-9620 (TTY 711)** las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Recuerde que si necesita ayuda de inmediato, puede llamar al **911**.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

El plan Anthem HealthKeepers Plus y el Departamento cubren los LTSS, como servicios privados de enfermería, de cuidado personal y de cuidado médico diurno para adultos. El objetivo es ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades diarias y mantener su independencia, tanto si viven en la comunidad como en un centro. Antes de recibir LTSS, un equipo de la comunidad o del hospital realizará una revisión para ver si cumple con los criterios de “nivel de cuidado”, o sea, si reúne los requisitos para recibir estos servicios y si son necesarios. Comuníquese con su administrador de cuidados médicos para obtener información sobre el proceso de revisión para recibir LTSS.

Puede obtener LTSS en el entorno adecuado para usted: en su hogar, en la comunidad o en un centro de enfermería. Los miembros que estén interesados en mudarse del centro de enfermería a su hogar o a la comunidad deben hablar con su administrador de cuidados médicos. Sin embargo, es importante saber que, si recibe ciertos tipos de cuidado, su inscripción en la atención administrada y en el plan Anthem HealthKeepers Plus quedará cancelada, pero seguirá teniendo Medicaid. Estos tipos de cuidado incluyen:

- Centros de cuidados médicos intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID).
- Atención en uno de los siguientes centros de enfermería:
 - Hogar de ancianos del condado de Bedford
 - Birmingham Green
 - Dogwood Village of Orange County

- Lake Taylor Transitional Care Hospital
- Hogar de ancianos Lucy Corr
- Centro de enfermería The Virginia Home
- Virginia Veterans Care Center
- Sitter and Barfoot Veterans Care Center

Centro de rehabilitación y enfermería Braintree Manor

- Cuidado en los centros de cuidados médicos a largo plazo operados por el estado de Piedmont, Hiram Davis o Hancock.
- Cuidado del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Si recibe LTSS, es posible que deba pagar parte de su atención (consulte la *Sección 9, Costos compartidos*). Si tiene Medicare, el plan Anthem HealthKeepers Plus cubrirá la atención en un centro de enfermería después de que haya utilizado todo el cuidado especializado de enfermería del que disponía.

Los siguientes LTSS deben autorizarse antes de obtenerlos:

- Servicios de exención de CCC Plus, incluidos los siguientes:
 - Cuidado médico diurno para adultos
 - Modificaciones del entorno
 - Coordinación de la transición
 - Cuidado personal
 - Cuidado de relevo
 - Tecnología de asistencia
 - Algunas visitas del coordinador de cuidado
- Cuidado personal de EPSDT y servicios de enfermería privada
- Servicios prestados en un centro de enfermería especializada (los servicios de cuidado custodial en centros de enfermería no necesitan autorización de servicios)
- Hospitalización prolongada
- Hospicio

Beneficios para personas inscritas en la exención de servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS)

Algunos miembros pueden reunir los requisitos para recibir los servicios de exención de HCBS (consulte la tabla a continuación). Para obtener más información o averiguar si es elegible, comuníquese con el plan Anthem HealthKeepers Plus o con su administrador de cuidados médicos. Los servicios de exención por discapacidad del desarrollo se manejan a través del Departamento de Salud Conductual y Servicios para el Desarrollo (DBHDS). También puede encontrar más información sobre los servicios de exención por discapacidad del desarrollo en el sitio web del DBHDS mylifemycommunityvirginia.org, o puede llamar al **844-603-9248**.

Exención	Descripción	Ejemplos de beneficios cubiertos
Commonwealth Coordinated Care (CCC) Plus Waiver	Proporciona atención en su hogar y en la comunidad en lugar de en un centro de enfermería. Puede optar por recibir servicios dirigidos por la agencia o por el consumidor, o ambos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidado médico diurno para adultos ➤ Tecnología de asistencia ➤ Modificaciones del entorno ➤ Cuidado personal ➤ Sistema personal de respuesta ante emergencias ➤ Enfermería privada ➤ Relevos ➤ Servicios de transición
Exenciones por discapacidad del desarrollo: Desarrollo de la independencia (BI) Vida en la comunidad (CL) Asistencia familiar e individual (FIS)	Proporciona apoyo y servicios a los miembros con discapacidades del desarrollo para ayudarlos a tener una vida exitosa, educación, salud física y conductual, empleo, recreación e inclusión en la comunidad. Es posible que haya una lista de espera para obtener las exenciones. Debe agregar su nombre a la lista de espera si es necesario, para que, cuando se abra una vacante, pueda comenzar a recibir estos servicios.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tecnología de asistencia ➤ Servicios de planificación de beneficios ➤ Servicios electrónicos para el hogar ➤ Empleo y apoyo diurno ➤ Modificaciones del entorno ➤ Sistema personal de respuesta ante emergencias ➤ Apoyo en caso de crisis ➤ Opciones residenciales

Cuidado de condiciones

Un programa de Cuidado de condiciones (CNDC) puede ayudarlo a disfrutar más de la vida. Como parte de sus beneficios de Anthem HealthKeepers Plus, estamos aquí para ayudarlo a que conozca más sobre su salud, teniendo en cuenta sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo está formado por enfermeros registrados, llamados administradores de casos de CNDC. Este equipo lo ayudará a manejar mejor su condición o problema de salud. Puede elegir participar de un programa de CNDC sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede participar en un programa de CNDC para obtener cuidado médico y servicios de apoyo si tiene alguna de las siguientes condiciones:

- Asma
- Trastorno de abuso de sustancias

- Trastorno bipolar
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- VIH/sida
- Hipertensión
- Trastorno depresivo complejo en adultos
- Trastorno depresivo complejo en niños y adolescentes
- Esquizofrenia
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Diabetes

Cómo funciona

Cuando se inscriba en uno de nuestros programas de CNDC, un administrador de casos de CNDC hará lo siguiente:

- Le ayudará a establecer metas de salud y crear un plan para alcanzarlas.
- Le proporcionará capacitación y apoyo mediante llamadas personalizadas.
- Hará un seguimiento de su progreso.
- Le proporcionará información acerca de recursos de apoyo y cuidadores locales.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con sus problemas de salud).
- Le enviará materiales informativos para que conozca mejor su condición, y su salud y su bienestar generales.
- Coordinará su atención con los proveedores de cuidados médicos; por ejemplo, le ayudará a:
 - Programar citas.
 - Organizar el transporte a visitas a proveedores de cuidado médico.
 - Obtener referencias a especialistas dentro de nuestro plan médico, si fuera necesario.
 - Conseguir el equipo médico que usted necesite.
- Le ofrecerá materiales educativos y herramientas para el control del peso y para abandonar el tabaquismo (cómo dejar de consumir tabaco, como, por ejemplo, dejar de fumar).

Nuestro equipo de CNDC y su proveedor de atención primaria lo ayudarán con sus necesidades médicas.

Cómo inscribirse

Si reúne los requisitos, le enviaremos una carta de bienvenida a un programa de CNDC. O bien, puede llamar al número gratuito **800-901-0020 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora del Este.

Cuando llame:

- Lo pondremos en contacto con un administrador de casos de CNDC para comenzar.
- Le haremos algunas preguntas sobre su salud o la de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar juntos para crear un plan para usted o su hijo.

Puede elegir cancelar su inscripción en el programa (dejar de formar parte del programa) en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita **800-901-0020 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora del Este, para cancelar su inscripción. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado a su administrador de casos de CNDC las 24 horas.

Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años

Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Los beneficios no son los mismos para todos los miembros de Cardinal Care. Los niños y jóvenes menores de 21 años inscritos en Medicaid tienen derecho a servicios EPSDT, un beneficio requerido por el gobierno federal. Este beneficio ofrece servicios integrales para identificar la condición de un menor, tratarla y mejorarla o evitar que empeore. Los servicios cubiertos incluyen cualquier tipo de cuidado médicamente necesario, incluso si el servicio normalmente no está disponible para adultos u otros miembros de Medicaid. Los servicios EPSDT están disponibles sin costo. Estos son algunos ejemplos de servicios EPSDT:

- Exámenes médicos/controles pediátricos y vacunas
- Servicios de pruebas de detección periódicas (de la visión, de la audición y dentales)
- Visitas de consejería sobre COVID-19
- Servicios para el desarrollo
- Anteojos (incluido el reemplazo ante pérdida, rotura o robo) y otros servicios de la visión
- Servicios ortopédicos (férulas, entablillado de inmovilización, apoyos)
- Servicios de cuidado personal o asistencia personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse)
- Enfermería privada
- Administración de casos de tutela temporal

Los ensayos clínicos pueden considerarse según el caso

Los niños de FAMIS son elegibles para controles médicos pediátricos y vacunas, pero no para todos los servicios EPSDT. Para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus o con su administrador de cuidados médicos.

El EPSDT puede proporcionar cobertura para servicios médicamente necesarios, aunque normalmente no estén cubiertos por Medicaid. Es posible que tenga que conseguir una autorización de servicios (o aprobación previa) de nuestra parte para recibir algunos servicios EPSDT, para que podamos asegurarnos de que médicamente necesarios para la atención de su hijo. Hable con su médico si su hijo necesita servicios EPSDT.

Servicios de intervención temprana (EI)

Si tiene un bebé menor de tres años que tiene dificultades de aprendizaje o no se desarrolla como los demás bebés, es posible que su hijo reúna los requisitos para recibir servicios de EI. Estos servicios incluyen, entre otros:

- Terapia del habla.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Coordinación de servicios.
- Los servicios para el desarrollo respaldan el aprendizaje y el desarrollo del niño.

Los servicios de EI no requieren autorización de servicios del plan Anthem HealthKeepers Plus y son sin costo para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus y obtenga una lista de proveedores, especialistas y administradores de casos de EI. Su administrador de cuidados médicos puede ponerlo en contacto con el programa local Conexión para Bebés y Niños Pequeños (Infant and Toddler Connection) que lo ayudará a acceder a estos servicios. También puede llamar directamente al programa Conexión para Bebés y Niños Pequeños al **800-234-1448 (TTY: 711)** o visitar el sitio web itcva.online.

Servicios de salud en la escuela

El Departamento cubre el costo de algunos servicios de cuidado médico o relacionados con la salud que se prestan a los niños inscritos en Cardinal Care en su escuela. Los servicios de salud en la escuela pueden incluir ciertos servicios médicos, de salud conductual, de la audición, de cuidado personal o de terapia de rehabilitación, como terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia, y se basan en el plan de educación individualizado (IEP) de su hijo, según lo determine la escuela. La escuela se encargará de estos servicios y su hijo puede obtenerlos de forma gratuita. Los niños también pueden recibir servicios EPSDT cubiertos mientras están en la escuela (consulte la *Sección 5, Sus beneficios*). Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud en la escuela.

Beneficios de planificación familiar y para mujeres embarazadas/durante el parto

Puede obtener servicios médicos gratuitos que la ayudarán a tener un embarazo saludable y un bebé sano. Esto incluye servicios médicos hasta 12 meses después del parto. El plan Anthem HealthKeepers Plus y el Departamento cubren los siguientes servicios:

- Servicios de parto y parto
- Servicios de doula
- Servicios de planificación familiar (servicios, dispositivos, medicamentos, como la anticoncepción reversible de acción prolongada, y suministros para postergar o evitar el embarazo)

- Consultas sobre lactancia y sacaleches
- Servicios de enfermera partera/proveedor
- Servicios relacionados con el embarazo
- Programas y servicios prenatales/para bebés (Nuevo nacimiento, nueva vida [New Baby, New LifeSM], My Advocate, Mujeres, Bebés y Niños [WIC])
- Servicios posparto (incluida la prueba de detección de depresión posparto)
- Servicios para tratar cualquier condición médica que pudiera complicar el embarazo
- Servicios para dejar de fumar
- Servicios para el tratamiento de abuso de sustancias
- Servicios de aborto (solo si un médico certifica por escrito que existe un peligro sustancial para la vida de la madre)

Recuerde que no necesita una autorización de servicios ni una referencia para acceder a los servicios de planificación familiar. Puede obtenerlos de cualquier proveedor, incluso si no está en la red del plan Anthem Health Keepers Plus. No se requiere autorización de servicios por servicios de intervención temprana, atención de emergencia, servicios de planificación familiar (incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada), servicios preventivos ni atención prenatal básica.

Programa New Baby, New LifeSM del plan Anthem HealthKeepers Plus

New Baby, New LifeSM es un programa que cubre a las miembros embarazadas. Es muy importante que visite a su proveedor de atención primaria (PCP) o ginecólogo obstetra para recibir atención si está embarazada. Este tipo de atención se denomina atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. La atención prenatal siempre es importante, incluso si este no es su primer bebé. Nuestro programa ayuda a las miembros embarazadas con necesidades médicas complejas. El personal de enfermería que coordina la atención trabaja en estrecha colaboración con las miembros embarazadas para proporcionarles:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico.
- Información sobre servicios y recursos en la comunidad, como transporte, el programa WIC, lactancia materna y consejería.

Su administrador de cuidados médicos también trabajará con sus médicos y la ayudará con otros servicios que pueda necesitar. El objetivo es fomentar una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

Cuando quede embarazada

Si cree que está embarazada:

- Llame a su PCP o ginecólogo obstetra de inmediato. No necesita una referencia de su PCP para consultar a un ginecólogo obstetra.
- Si necesita ayuda para elegir un ginecólogo obstetra de la red de Anthem HealthKeepers Plus, llame a Servicios para Miembros.

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

Su paquete educación sobre el embarazo

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

- Una carta de felicitaciones.
- Un libro sobre cuidado personal con información sobre el embarazo. También puede usarlo para escribir lo que le sucede durante su embarazo.
- El folleto Tener un bebé sano (Having a Healthy Baby) con recursos útiles.

Conozca My Advocate®

Queremos brindarle la mejor atención durante el embarazo. Por eso, también participará en My Advocate, que es parte de nuestro programa New Baby, New LifeSM. My Advocate le brinda la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo.

También ofrece educación útil y divertida sobre salud maternal por teléfono, mensajes de texto y una aplicación para teléfono inteligente. Podrá conocer a MaryBeth, la asistente automatizada de My Advocate. MaryBeth responderá a sus necesidades a medida que vayan cambiando junto con el crecimiento y el desarrollo de su bebé. Usted contará con:

- Educación útil.
- Comunicación con su administrador de casos a través de mensajes en My Advocate si surgen preguntas o problemas.
- Un programa sencillo de comunicación.
- Todo sin costo alguno para usted.

Con My Advocate, se protege la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que MaryBeth llame, le preguntará su año de nacimiento. No dude en decírselo, ya que lo necesita para asegurarse de que está hablando con la persona correcta.

Las llamadas de My Advocate dan respuesta a sus preguntas y le brindan apoyo médico si lo necesita. Habrá una llamada importante para realizar el examen médico de diagnóstico y luego seguirán otras llamadas informativas continuas. Todo lo que debe hacer es escuchar, obtener información y contestar una o dos preguntas por teléfono.* Si nos cuenta que tiene algún problema, un administrador de cuidados médicos la llamará.

Los temas que trata My Advocate incluyen los siguientes:

- Cuidado durante el embarazo y de posparto.
- Cuidado de control pediátrico.
- Cuidado dental.
- Vacunas.
- Consejos para una vida sana.

* Es posible que se apliquen cargos por llamadas telefónicas o mensajes de texto.

Durante el embarazo

Mientras está embarazada, es importante cuidar muy bien su salud. Es posible que pueda obtener alimentos saludables del programa WIC. Servicios para Miembros puede darle el número de teléfono del programa WIC más cercano.

Cuando está embarazada, es importante que consulte a su PCP o ginecólogo obstetra, por lo menos, en los siguientes momentos:

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

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

Cuando nazca su bebé

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

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

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

Después de tener a su bebé

Después del parto, es importante que haga lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros apenas pueda para informarle a su administrador de casos que tuvo al bebé. Necesitaremos información sobre el recién nacido.
- Llame y presente una solicitud para inscribirlo en Medicaid.

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

- Una carta de felicitaciones.
- Un libro de cuidado personal con información sobre el cuidado del recién nacido.

- Un folleto sobre la depresión posparto.
- El folleto Cómo elaborar un plan de vida familiar (Making a Family Life Plan).

Si usted está inscrita en My Advocate y recibió llamadas informativas durante el embarazo, ahora recibirá llamadas sobre educación de posparto y controles pediátricos hasta 12 semanas después del parto.

Es importante que programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra después de tener al bebé, para recibir un chequeo posparto. Es posible que se sienta bien y piense que se está recuperando, pero el cuerpo demora al menos seis semanas en recuperarse. La visita debe hacerse entre 7 y 84 días después del parto.

Si le realizaron una cesárea, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que vuelva para hacer un chequeo una o dos semanas después del procedimiento. Esto no se considera un chequeo posparto. Debe volver a visitar al proveedor en un plazo de 7 a 84 días después de dar a luz para hacer el chequeo posparto.

Cobertura para recién nacidos

Si tiene un bebé, informe el nacimiento al Departamento lo antes posible para que su hijo tenga seguro médico. Puede hacerlo de alguna de las siguientes maneras:

- Llame a [Cover Virginia](#) al **833-5CALLVA** o comuníquese con su [Departamento de Servicios Sociales \(DSS\) local](#).
- Llame al equipo de Administración de Cuidados Médicos de Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020, opción 6**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Se le pedirá que dé su nombre, su número de identificación de Medicaid y los siguientes datos de su bebé:

- Nombre.
- Fecha de nacimiento.
- Raza.
- Sexo.

Beneficios adicionales para los miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus

El plan Anthem HealthKeepers Plus ofrece algunos beneficios adicionales para sus miembros, Entre ellos, se incluyen los siguientes:

- Exámenes de la vista para adultos, \$150 para lentes y marcos o lentes de contacto por año
- Examen de audición para adultos, \$1,000 para audífonos y 60 baterías por año*
- Programa Libros para Niños (Books for Kids), tarjeta de regalo de \$35 de Barnes and Noble

- Membresías de Boys & Girls Club en sitios participantes
- Talonario de cupones con hasta más de \$1,000 en ahorros
- Las madres en etapa de posparto pueden elegir dos artículos esenciales para el bebé, como una silla alta, una cuna portátil, un asiento para el automóvil, pañales y otros productos
- Chromebook reacondicionado para estudiantes del último año de la escuela secundaria con un promedio de calificaciones (GPA) de 3.5
- Exámenes físicos de aptitud deportiva para miembros de hasta 19 años
- Una tarjeta de regalo de \$25 para estudiantes de nivel medio, secundario y universitario con buenas notas
- Hasta cuatro (4) cupones para el Examen de Desarrollo Educativo General (GED)
- Programa ChooseHealthy, que ofrece clases y artículos de salud en línea
- Teléfono inteligente gratis con minutos y mensajes de texto ilimitados, 25 GB de datos y punto de acceso por mes
- Visitas por video con un médico las 24 horas, los 7 días de la semana
- Hasta 12 traslados por año por miembro para ir a tiendas de comestibles, mercados de productos agrícolas y bancos de alimentos locales
- 13 cupones para reuniones de Weight Watchers y cupones electrónicos para 14 semanas
- 14 comidas preparadas y entregadas en el hogar después de una hospitalización o del alta de un centro de enfermería
- Una tarjeta de regalo de Walmart por \$20 para los miembros que completen su Evaluación de salud anual
- Selección de dos artículos del catálogo de dispositivos de asistencia y accesorios para sillas de ruedas*
- Selección de dos artículos de un catálogo de alivio del asma y de la EPOC

* *Elegibilidad sujeta a miembros específicos del plan*

6. Sus medicamentos recetados

Entienda su cobertura de medicamentos recetados

Los medicamentos recetados son aquellos que su proveedor le indica (“receta”). Por lo general, el plan Anthem HealthKeepers Plus cubrirá (“pagará por”) sus medicamentos si su PCP u otro proveedor le hace una receta y el medicamento recetado está en la Lista de medicamentos preferidos. Si es nuevo en el plan Anthem HealthKeepers Plus, puede seguir recibiendo los medicamentos que ya está tomando durante un mínimo de 30 días. Si un medicamento recetado que necesita no está en la Lista de medicamentos preferidos, puede obtenerlo si es médicamente necesario.

Para saber qué medicamentos recetados están cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus y el Departamento, consulte la Lista de medicamentos preferidos en [anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid), también puede llamar a Servicios para Miembros al **800-901-0020 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., o podemos enviarle por correo una copia impresa de la lista de medicamentos cubiertos. La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar durante el año, pero el plan Anthem HealthKeepers Plus siempre tendrá la información más actualizada.

Le enviaremos una carta para informarle si hay cambios en la lista de medicamentos cubiertos o si algún medicamento que toma ya no está en la lista. Si no ve su medicamento en nuestra Lista de medicamentos preferidos (PDL), puede buscarlo para ver si está en nuestro formulario. Nuestro formulario es una lista completa de todos los medicamentos que pagamos.

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

De acuerdo con las leyes, hay algunos medicamentos que no pueden cubrirse. Entre estos medicamentos se incluyen medicamentos experimentales, medicamentos para la pérdida o el aumento de peso, medicamentos utilizados para promover la fertilidad o para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, y medicamentos que se usan con fines cosméticos.

Medicamentos recetados para miembros del plan Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS)

Los medicamentos recetados genéricos para pacientes ambulatorios están cubiertos. Si elige un medicamento de marca, usted debe pagar el 100% de la diferencia entre el cargo permitido del medicamento genérico y el medicamento de marca.

Medicamentos que requieren que usted o su proveedor tomen medidas adicionales

Algunos medicamentos tienen normas o restricciones que limitan cómo y cuándo puede obtenerlos. Por ejemplo, un medicamento puede tener un límite de cantidad. Esto significa que usted solo puede obtener una cantidad determinada del medicamento cada vez que surta su receta. Para medicamentos que tienen normas especiales, es posible que necesite una autorización de servicios del plan Anthem HealthKeepers Plus antes de poder surtir su receta (consulte la *Sección 7, Cómo obtener la aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*). Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan Anthem HealthKeepers Plus no cubra el medicamento. Para saber si el medicamento que necesita tiene una norma especial, consulte la Lista de medicamentos preferidos. Si el plan Anthem HealthKeepers Plus deniega o limita la cobertura de un medicamento y usted no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar (consulte la *Sección 8, Apelaciones y quejas*).

En algunos casos, el plan Anthem HealthKeepers Plus puede requerir una “terapia escalonada” Esto ocurre cuando usted prueba un medicamento (por lo general, menos costoso) antes de que el plan Anthem HealthKeepers Plus cubra otro (generalmente, más costoso) para su condición médica. Si el primer medicamento no funciona, puede probar el segundo.

La sustitución terapéutica es un programa que les informa a usted y a sus proveedores acerca de las alternativas para ciertos medicamentos recetados. Podemos ponernos en contacto con usted y su proveedor para informarles acerca de estas opciones. Solo usted y su proveedor pueden decidir si el sustituto terapéutico es adecuado para usted.

Suministro de medicamentos de emergencia

Si alguna vez necesita un medicamento y no puede obtener una autorización de servicios lo suficientemente rápido (por ejemplo, durante el fin de semana o en un día feriado), puede recibir la aprobación del plan Anthem HealthKeepers Plus para obtener un suministro a corto plazo del medicamento. Puede obtener la aprobación del plan Anthem HealthKeepers Plus si un farmacéutico considera que la falta del medicamento podría poner en riesgo su salud. Cuando esto sucede, el plan Anthem HealthKeepers Plus puede autorizar a su farmacéutico a dispensar un suministro de emergencia para 72 horas. Dígale a su farmacéutico que nos llame al **833-207-3120 (TTY 711)**.

Suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro para hasta 90 días de determinados medicamentos, y todos los otros medicamentos tienen un límite de suministro para 34 días.

Cómo obtener sus medicamentos en una farmacia de la red

Una vez que su proveedor emita una receta para usted, usted deberá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red (excepto durante una emergencia). Una farmacia de la red es una tienda de medicamentos que acepta surtir medicamentos para

los miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus. Para encontrar una farmacia de la red, consulte el Directorio de proveedores disponible en anthem.com/vamedicaid. Puede usar cualquiera de las farmacias de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus.

Si necesita cambiar de farmacia, puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta a otra farmacia de la red. Si su farmacia se retira de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus, puede consultar el Directorio de proveedores o llamar a Servicios para Miembros del plan al **800-901-0020 (TTY: 711)** para encontrar una nueva farmacia.

Cuando vaya a la farmacia de la red para dejar una receta o recoger sus medicamentos, muestre su tarjeta de identificación del miembro del plan Anthem HealthKeepers Plus. Si tiene Medicare, muestre su tarjeta de Medicare y la tarjeta de identificación del miembro del plan Anthem HealthKeepers Plus. Llame a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus o a su administrador de cuidados médicos si tiene preguntas o necesita ayuda para surtir una receta o encontrar una farmacia de la red.

Cómo solicitar que le envíen sus medicamentos por correo a su casa

A veces, es posible que necesite un medicamento que no está disponible en una farmacia cercana, como un medicamento que se usa para tratar una condición compleja o que requiere un manejo y cuidado especiales. En este caso, una farmacia especializada enviará estos medicamentos a su casa o al consultorio de su proveedor.

Como miembro del plan Anthem HealthKeepers Plus, puede solicitar que le envíen algunos medicamentos por correo a su casa. Puede recibir un suministro para hasta 90 días de determinados medicamentos, y todos los otros medicamentos tienen un límite de suministro para 34 días. Se requieren dos reposiciones anteriores del mismo medicamento para ser elegible para recibir un suministro para 90 días.

Si desea cambiarse a la farmacia de entrega a domicilio a través de CarelonRx, nuestro administrador de beneficios de farmacia, llame al **833-203-1737 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Le ayudarán a inscribirse, lo que incluye una llamada a su médico para transferir las recetas.

Programa de Seguridad y Administración de la Utilización del Paciente

Algunos miembros que necesitan apoyo adicional con la administración de medicamentos pueden inscribirse en el Programa de Seguridad y Administración de la Utilización del Paciente. El programa ayuda a coordinar sus medicamentos y servicios para que funcionen juntos de una manera que no perjudique su salud. Es posible que los miembros del Programa de Seguridad y Administración de la Utilización del Paciente tengan restricciones (o bloqueos) que solo les permitan usar una farmacia para obtener sus medicamentos.

Si usted participa en este programa, el plan Anthem HealthKeepers Plus le enviará una carta con más información. Si usted está inscrito en el programa, pero considera que no debería estarlo, puede apelar dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la carta (consulte la *Sección 8, Apelaciones y quejas*).

7. Cómo obtener la aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos

Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con la opinión de su proveedor sobre los servicios que necesita, tiene derecho a una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red de manera gratuita sin una referencia. Cuando no puede obtener acceso a proveedores de la red o cuando estos no pueden satisfacer sus necesidades, el plan Anthem HealthKeepers Plus puede referirlo a un proveedor fuera de la red para obtener una segunda opinión sin costo.

Autorización de servicios

Hay algunos servicios, tratamientos y medicamentos que requieren una autorización de servicios antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Una autorización de servicios ayuda a determinar si ciertos servicios son médicamente necesarios y si el plan Anthem HealthKeepers Plus puede cubrirlos para usted. Después de evaluar sus necesidades y de hacer una recomendación de atención, su proveedor debe enviar una solicitud de autorización de servicios al plan Anthem HealthKeepers Plus con información que explique por qué necesita el servicio. Esto ayuda a garantizar que los proveedores reciban el pago por los servicios que le prestan.

Nuevos tratamientos médicos

El cuidado médico está en constante evolución. Queremos que aproveche cualquier tratamiento nuevo y, por eso, los revisamos regularmente. Un grupo de médicos, especialistas y directores médicos decide si el tratamiento:

- Está aprobado por el gobierno.
- Ha demostrado cómo afecta a los pacientes en un estudio confiable.
- Ayudará a los pacientes tanto como los tratamientos que usamos ahora, o más.
- Mejorará la salud de un paciente.
- Está todavía en evaluación.

El grupo de revisión analiza toda la información y decide si el tratamiento es médicamente necesario. Si su médico nos solicita un tratamiento que el grupo de revisión todavía no ha analizado, los revisores lo analizarán. Le informarán a su médico si el tratamiento es médicamente necesario y si cuenta con nuestra aprobación.

Si es nuevo en el plan Anthem HealthKeepers Plus, el plan respetará todas las autorizaciones de servicios aprobadas por el Departamento u otro plan médico hasta por 30 días (o hasta que finalice la autorización si esto ocurre antes de dicho plazo) o hasta 60 días si está embarazada o tiene necesidades médicas o sociales significativas.

Las decisiones se basan en lo que es adecuado para cada miembro y en el tipo de atención y servicios que se necesitan. Consultamos los estándares de cuidado basándonos en lo siguiente:

- Políticas médicas
- Guías clínicas nacionales
- Beneficios de salud y guías de Medicaid

El plan Anthem HealthKeepers Plus no recompensa a los empleados, consultores ni otros proveedores por lo siguiente:

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

Puede solicitar los planes de incentivos de su médico. Consulte la *Sección 5, Sus beneficios*, para conocer los servicios específicos que requieren una autorización de servicios.

No se requiere una autorización de servicios para servicios de atención primaria, atención de emergencia, servicios preventivos, servicios de intervención temprana (EI), servicios de planificación familiar, atención prenatal básica ni servicios cubiertos por Medicare.

Cómo obtener una autorización de servicios

Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus o su administrador de cuidados médicos pueden responder sus preguntas y compartir más información sobre cómo solicitar una autorización de servicios. Si quiere solicitar un servicio específico que requiere una autorización de servicios, su administrador de cuidados médicos puede ayudarlo a encontrar el proveedor adecuado que le ayude a determinar si necesita el servicio.

Plazos para revisiones de autorizaciones de servicios

Después de recibir su solicitud de autorización de servicios, el plan Anthem HealthKeepers Plus tomará la decisión de aprobar o rechazar la solicitud. Por lo general, el plan Anthem HealthKeepers Plus le enviará una notificación escrita tan pronto como sea necesario y dentro de los 14 días calendario (para servicios de salud física y conductual). Si esperar tanto tiempo podría ocasionarle un daño grave a su salud o sus funciones, el plan Anthem HealthKeepers Plus tomará una decisión con mayor rapidez y le enviará una notificación escrita dentro de los tres días calendario. Las solicitudes de autorización posteriores al servicio se revisan en un plazo de 30 días calendario, con una posible extensión de 14 días calendario.

El plan Anthem HealthKeepers Plus tomará cualquier decisión sobre los servicios de farmacia dentro de las 24 horas. Durante los fines de semana o en los días feriados, el plan Anthem HealthKeepers Plus puede autorizar un suministro de emergencia de 72 horas de sus

medicamentos recetados. Esto le da tiempo a su proveedor para enviar una solicitud de autorización de servicios y para que usted pueda recibir un suministro adicional de su medicamento recetado después de que se termine el suministro de emergencia de 72 horas.

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus necesita más información o tiempo para tomar una decisión sobre su autorización de servicios, el plan se comunicará con su proveedor. En caso de que nos comuniquemos con el proveedor solicitante, se lo informaremos. Si no está de acuerdo con que el plan Anthem HealthKeepers Plus se tome más tiempo para revisar su solicitud o si no está satisfecho con la forma en que el plan manejó la solicitud, consulte la *Sección 8, Apelaciones y quejas*, para obtener información sobre cómo presentar una queja. Puede hablar con su administrador de cuidados médicos sobre sus inquietudes o llamar a la Línea de ayuda para inscripciones de atención administrada de Cardinal Care al **800-643-2273 (TTY: 800-817-6608)**. Usted, un representante autorizado o su proveedor pueden solicitarle al plan Anthem HealthKeepers Plus que se tome más tiempo para tomar una decisión si usted tiene información adicional para compartir con el plan que puede ayudar a decidir su caso.

Determinaciones adversas de beneficios

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus rechaza una solicitud de autorización de servicios, esto se llama determinación adversa de beneficios. También se trata de una determinación adversa de beneficios cuando el plan Anthem HealthKeepers Plus aprueba solo una parte de la solicitud de atención o un monto del servicio que es menor de lo que solicitó su proveedor. Por ejemplo, hablamos de una determinación adversa de beneficios cuando el plan Anthem HealthKeepers Plus:

- Rechaza o limita una solicitud de cuidado médico o servicios que usted o su proveedor consideran que usted debería recibir, incluidos los servicios fuera de la red de su proveedor.
- Reduce, suspende o interrumpe cuidado médico o servicios que usted ya recibía.
- No presta servicios de manera oportuna.
- No aborda los reclamos y las apelaciones de manera oportuna.
- Rechaza su solicitud de reconsiderar la responsabilidad financiera.
- No paga la totalidad o una parte de su cuidado médico o sus servicios.

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus toma una determinación adversa de beneficios, el plan generalmente los notificará por escrito a su proveedor y a usted al menos 10 días antes de realizar cambios en su servicio. Sin embargo, si el plan Anthem HealthKeepers Plus no se pone en contacto con usted, comuníquese con Servicios para Miembros del plan o con el proveedor que le prestaría el servicio para hacer un seguimiento. En la notificación por escrito sobre la decisión del plan Anthem HealthKeepers Plus, se le informará cuál fue la decisión, por qué se tomó y cómo apelar si no está de acuerdo. Usted debe compartir una copia de la decisión con su proveedor. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una apelación. Consulte la *Sección 8, Apelaciones y quejas*, para obtener más información sobre el proceso de apelación.

8. Apelaciones y quejas

Apelaciones

Cuándo presentar una apelación al plan Anthem HealthKeepers Plus

Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con una determinación adversa de beneficios (consulte la *Sección 7, Cómo obtener la aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*) que el plan Anthem HealthKeepers Plus tomó sobre su cobertura médica o sus servicios cubiertos. Debe apelar dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del plan Anthem HealthKeepers Plus sobre su solicitud de autorización de servicios. Puede permitir que un representante autorizado (proveedor, familiar, etc.) o su abogado actúen en su nombre. Si elige autorizar a alguien para que presente la apelación en su nombre, debe llamar a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020 (TTY: 711)** para informárselo. Consulte la *Sección 7, Cómo obtener la aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*, para obtener más información sobre autorizaciones de servicios y determinaciones adversas de beneficios. Si necesita ayuda con una apelación, puede hablar con su administrador de cuidados médicos.

No perderá la cobertura si presenta una apelación. En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo servicios que le denegaron mientras espera la decisión sobre su apelación. Comuníquese con Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus si su apelación se relaciona con un servicio que usted recibe y que está programado para interrumpirse o reducirse. Si no tiene éxito con su apelación, es posible que deba pagar por los servicios que recibió durante la revisión.

Cómo presentar su apelación al plan Anthem HealthKeepers Plus

Puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. Puede enviar una solicitud de apelación estándar (regular) o acelerada (rápida). Puede decidir presentar una apelación acelerada si usted o su proveedor consideran que su condición médica o la necesidad de los servicios requiere una revisión urgente.

Solicitudes por teléfono	800-901-0020 (TTY: 711)
Solicitudes por escrito	Correo postal: Grievance and Appeals Department HealthKeepers, Inc. P.O. Box 62429 Virginia Beach, VA 23464 Fax: 855-832-7294

Plazos para apelaciones al plan Anthem HealthKeepers Plus

Cuando presente una apelación, asegúrese de informar al plan Anthem HealthKeepers Plus sobre cualquier información nueva o adicional que quiere que se use para tomar la decisión sobre la apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus si necesita ayuda. El plan Anthem HealthKeepers Plus le enviará una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que recibió su apelación.

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus necesita más información que ayude a tomar una decisión sobre la apelación, el plan le enviará una notificación escrita para indicarle qué información necesita. En el caso de apelaciones aceleradas (es decir, apelaciones que deben decidirse más rápido de lo normal), el plan Anthem HealthKeepers Plus también lo llamará de inmediato. Si el plan Anthem HealthKeepers Plus necesita más información, la decisión sobre su apelación estándar o acelerada podría demorarse hasta 14 días a partir de los plazos correspondientes.

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus cuenta con toda la información que necesita de usted:

- Dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación *acelerada*, el plan Anthem HealthKeepers Plus le enviará una notificación escrita e intentará darle un aviso verbal para informarle la decisión.
- Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación *estándar*, el plan Anthem HealthKeepers Plus le enviará una notificación escrita para informarle la decisión.

Si no está satisfecho con la decisión de apelación del plan Anthem HealthKeepers Plus

Luego de presentar una apelación al plan Anthem HealthKeepers Plus, puede apelar al Departamento a través de lo que se denomina el proceso de audiencia imparcial estatal si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Usted no está de acuerdo con la decisión de apelación final que tomó el plan Anthem HealthKeepers Plus; o
- El plan Anthem HealthKeepers Plus no tomó una decisión sobre su apelación de manera oportuna.

Como sucede durante el proceso de apelación del plan Anthem HealthKeepers Plus, usted puede seguir recibiendo los servicios que le denegaron mientras espera una decisión sobre su apelación de audiencia imparcial estatal (pero es posible que, en última instancia, deba pagar por estos servicios si su apelación de audiencia imparcial estatal es denegada).

Cómo presentar una apelación de audiencia imparcial estatal

Usted (o su representante autorizado) debe apelar ante el estado dentro de los 120 días calendario a partir de que el plan Anthem HealthKeepers Plus emite la decisión final sobre la apelación. Puede apelar por teléfono, por escrito o de manera electrónica. Si apela por escrito, puede escribir su propia carta o usar el [formulario de solicitud de apelación](#) del

Departamento. Asegúrese de incluir una copia completa de la notificación escrita final en la que se informa la decisión de apelación del plan Anthem HealthKeepers Plus y cualquier documento que quiera que el Departamento revise. Si eligió un representante autorizado, debe presentar documentos para demostrar que esa persona puede actuar en su nombre.

Si quiere que la audiencia imparcial estatal se tramite rápido, debe escribir con claridad “SOLICITUD ACELERADA” en su solicitud de audiencia imparcial estatal. También debe solicitarle a su proveedor que envíe una carta al Departamento en la que se explique por qué necesita una solicitud de audiencia imparcial estatal acelerada.

Solicitudes por teléfono	804-371-8488 TTY: 800-828-1120
Solicitudes por escrito	Correo postal: Appeals Division, DMAS, 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219 Fax: 804-452-5454
Solicitudes electrónicas	Sitio web: dmas.virginia.gov/appeals Correo electrónico: appeals@dmas.virginia.gov

Plazos para apelaciones de audiencia imparcial estatal

Una vez que presente su apelación de audiencia imparcial estatal, el Departamento le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias pueden realizarse por teléfono. También puede solicitar una audiencia en persona.

Si califica para una apelación de audiencia imparcial estatal *acelerada*, la audiencia generalmente se llevará a cabo dentro de uno o dos días después de que el Departamento reciba la carta de solicitud acelerada de su proveedor. El Departamento emitirá una decisión de apelación por escrito en un plazo de 72 horas a partir de haber recibido la carta de solicitud acelerada de su proveedor.

En el caso de una apelación de audiencia imparcial estatal *estándar*, el Departamento normalmente emitirá una decisión de apelación por escrito dentro de los 90 días a partir de la presentación de su apelación al plan Anthem HealthKeepers Plus. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días que pasan entre la fecha en que el plan Anthem HealthKeepers Plus toma la decisión sobre su apelación y la fecha en que usted envía su solicitud de audiencia imparcial estatal al Departamento. Usted tendrá la oportunidad de participar en la audiencia y presentar su posición.

Resultado de la audiencia imparcial estatal

Si se revierte la decisión de apelación del plan Anthem HealthKeepers Plus en la audiencia imparcial estatal, el plan debe autorizar o prestar los servicios tan pronto como lo requiera su condición y en un plazo máximo de 72 horas a partir de la fecha en que el Departamento notifica al plan. Si continuó recibiendo servicios mientras esperaba una decisión sobre su

apelación de audiencia imparcial estatal, el plan Anthem HealthKeepers Plus debe pagar esos servicios. Si no tiene éxito con su apelación, es posible que deba pagar por los servicios que recibió durante la revisión. La decisión tomada en la audiencia imparcial estatal es la decisión final del Departamento. Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelar ante su tribunal del circuito local.

Cómo deben solicitar una revisión externa los miembros de del plan Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS)

Los miembros de FAMIS pueden solicitar una revisión externa en lugar de una audiencia imparcial estatal. Usted o su representante autorizado deben presentar una solicitud por escrito de revisión externa dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de la decisión final sobre la apelación del plan Anthem HealthKeepers Plus. Envíe las solicitudes de revisión externa a la siguiente dirección:

FAMIS External Review

c/o Kepro

2810 N. Parham Road, Suite 305

Henrico, VA 23294

O bien, presente las solicitudes en línea en dmas.kepro.com.

Incluya su nombre, el nombre y el número de identificación de su hijo, su número de teléfono con el código de área y copias de cualquier aviso o información relevantes.

Quejas

Cuándo presentar una queja

Tiene derecho a presentar una queja (un “reclamo”) en cualquier momento. No perderá su cobertura por presentar una queja.

Puede quejarse por cualquier problema excepto por una decisión sobre su cobertura médica o sus servicios cubiertos. (Para ese tipo de problemas, deberá presentar una apelación; consulte más arriba). Puede presentar una queja al plan Anthem HealthKeepers Plus o a una organización externa si no está satisfecho. Puede presentar una queja sobre las siguientes cuestiones:

- **Accesibilidad:** Por ejemplo, si usted no puede acceder físicamente al consultorio o a las instalaciones de su proveedor o si necesita asistencia en otros idiomas y no la recibe.
- **Calidad:** Por ejemplo, si no está satisfecho con la calidad del cuidado médico que recibió en el hospital.
- **Servicios al Cliente:** Por ejemplo, si su proveedor o el personal de cuidado médico tuvo una actitud descortés con usted.
- **Tiempos de espera:** Por ejemplo, si tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar mucho tiempo para que su proveedor lo atienda.
- **Privacidad:** Por ejemplo, si alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió su información confidencial.

Cómo presentar una queja ante el plan Anthem HealthKeepers Plus

Para presentar una queja ante el plan Anthem HealthKeepers Plus, llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al **800-901-0020 (TTY: 711)** o presente una queja por escrito enviándola por correo a la siguiente dirección:

Member Services

HealthKeepers, Inc.

P.O. Box 27401

Mail Drop VA2002-N500

Richmond, VA 23279

O BIEN

Envíela por fax al **800-964-3627**. Asegúrese de incluir detalles sobre el motivo de la queja para que el plan Anthem HealthKeepers Plus pueda ayudarle.

El plan Anthem HealthKeepers Plus le informará nuestra decisión en un plazo de 90 días calendario a partir de la recepción de su queja. Si su queja tiene que ver con una solicitud de apelación acelerada (consulte más arriba), el plan Anthem HealthKeepers Plus responderá en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su queja.

Cómo presentar una queja ante una organización externa

Para presentar una queja ante una organización externa que no está afiliada al plan Anthem HealthKeepers Plus, usted puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la Línea de ayuda para inscripciones de atención administrada de Cardinal Care al **800-643-2273 (TTY: 800-817-6608)**.
- Comunicarse con la [Oficina de Derechos Civiles](#) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:
 - Solicitudes por teléfono: **800-368-1019 (TTY: 800-537-7697)**.
 - Solicitudes por escrito: 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 o por fax al **215-861-4431**.
- Contactar al [Defensor de cuidado a largo plazo](#) de Virginia (por quejas, inquietudes o para recibir asistencia con la atención en un centro de enfermería o los servicios y apoyo a largo plazo en la comunidad):
 - Solicitudes por teléfono: **800-552-5019 (TTY: 800-464-9950)**.
 - Solicitudes por escrito: Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman, Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive, Henrico, Virginia 23229.

- Contactar a la [Oficina de Licencias y Certificaciones del Departamento de Salud de Virginia](#) (por quejas relacionadas específicamente con centros de enfermería, hospitales para pacientes ambulatorios y hospitalizados, centros de aborto, organizaciones de cuidado médico en el hogar, programas de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes médicos):
 - Solicitudes por teléfono: **800-955-1819 (TTY: 711)**.
 - Solicitudes por escrito: Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, Virginia 23233-1463 o por correo electrónico: mchip@vdh.virginia.gov.

9. Costos compartidos

Copagos

Los copagos son el monto fijo que usted paga por ciertos servicios cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus o por el Departamento. La mayoría de los miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus no tendrán que pagar copagos por los servicios cubiertos. Sin embargo, hay algunas excepciones (consulte a continuación). Si recibe una factura por un servicio cubierto, contacte a Servicios para Miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus llamando al **800-901-0020 (TTY: 711)** para recibir ayuda. Recuerde que, si recibe servicios que no están cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus ni por el Departamento, usted debe pagar el costo total.

Si tiene Medicare, es posible que tenga copagos por los medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte D.

Pago del paciente

Si recibe servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), es posible que deba pagar parte de su cuidado. A esto se lo llama monto de pago del paciente. Si tiene Medicare, es posible que también tenga una responsabilidad de pago del paciente sobre la atención en un centro de enfermería especializada. Su [Departamento de Servicios Sociales \(DSS\) local](#) lo notificará si usted tiene alguna responsabilidad de pago del paciente; también puede responder preguntas sobre el monto de su pago del paciente.

Primas

No tiene que pagar ninguna prima por su cobertura. No obstante, el Departamento le paga al plan Anthem HealthKeepers Plus una prima mensual por su cobertura. Si usted está inscrito en el plan Anthem HealthKeepers Plus pero en realidad no califica para la cobertura porque la información que le proporcionó al Departamento o al plan Anthem HealthKeepers Plus era falsa o porque no informó un cambio (por ejemplo, un aumento en sus ingresos, lo que podría afectar su elegibilidad para Medicaid/FAMIS), es posible que tenga que reintegrarle al Departamento el costo de las primas mensuales. Tendrá que pagarle al Departamento incluso si no recibió servicios durante esos meses.

10. Sus derechos

Derechos generales

Como miembro de Cardinal Care, tiene derecho a lo siguiente:

- No ser discriminado por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, religión, creencias políticas, estado civil, embarazo o parto, estado de salud o discapacidad.
- Ser tratado con respeto y consideración por su privacidad y dignidad.
- Recibir información (incluso a través de este manual) sobre su plan médico, proveedor, cobertura y beneficios.
- Recibir información en un formato que pueda entender fácilmente. Recuerde: hay servicios de interpretación, traducción escrita y asistencia adicional a su disposición sin cargo.
- Acceder a cuidado médico y servicios en forma oportuna, coordinada y competente en términos culturales.
- Obtener información de su proveedor y de su plan médico sobre las opciones de tratamiento.
- Participar en todas las decisiones sobre su cuidado médico, incluido su derecho a rechazar cualquier tratamiento que se le ofrezca.
- Tener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Solicitarle ayuda a su plan médico si su proveedor no le presta un servicio por motivos morales o religiosos.
- Recibir una copia de sus registros médicos y pedir que sean modificados o corregidos conforme a las leyes estatales y federales.
- Que se mantenga la confidencialidad y privacidad de sus registros médicos y tratamientos. El plan Anthem HealthKeepers Plus solo divulgará su información si las leyes federales o estatales lo permiten, o si es necesario para monitorear la calidad del cuidado médico o evitar fraude, desperdicio y abuso.
- Vivir con seguridad en el entorno de su elección. Si usted o alguien que conoce es víctima de abuso, negligencia o es vulnerado financieramente, llame a su DSS local o el DSS de Virginia al **888-832-3858**. Esta llamada es gratuita.
- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades, y ejercer sus derechos sin ser maltratado por sus proveedores, por el plan Anthem HealthKeepers Plus ni por el Departamento.
- Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión que se utilice como método de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Presentar apelaciones y quejas, y solicitar una audiencia imparcial estatal (consulte la *Sección 8, Apelaciones y quejas*).
- Ejercer cualquier otro derecho garantizado conforme a las leyes estatales y federales (por ejemplo, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades).

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son instrucciones escritas dirigidas a las personas que cuidan de usted que les dicen qué hacer si usted no puede tomar sus propias decisiones de cuidado médico. Sus directivas anticipadas detallan el tipo de cuidado que usted quiere o no quiere recibir si su enfermedad o lesión se agrava a tal punto que usted no puede expresar verbalmente su voluntad. Es su derecho y elección completar una directiva anticipada. El plan Anthem HealthKeepers Plus es responsable de proporcionarle información por escrito sobre las directivas anticipadas y su derecho de crear una directiva anticipada conforme a la legislación de Virginia. El plan Anthem HealthKeepers Plus también debe ayudarle a entender por qué el plan Anthem HealthKeepers Plus quizás no pueda respetar su directiva anticipada.

Si desea contar con una directiva anticipada, puede completar un formulario de directiva anticipada. Puede obtener un formulario de directiva anticipada de:

- Virginiaadvancedirectives.org.
- Su administrador de cuidados médicos, si tiene uno.
- Su proveedor, un abogado, una agencia de servicios legales, un trabajador social o un hospital.

Las organizaciones que proporcionan información sobre Medicaid, como el Departamento para la Tercera Edad y Servicios de Rehabilitación (DARS) y la Asociación de Agencias del Área para la Tercera Edad de Virginia, también pueden tener formularios de directivas anticipadas.

Usted puede cancelar o cambiar su directiva anticipada o poder legal si sus decisiones o preferencias sobre sus decisiones de cuidado médico o su representante autorizado cambian. Si su proveedor no respeta su directiva anticipada, puede presentar una queja ante la [División de Cumplimiento del Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia](#):

- **800-533-1560 (TTY: 711).**
- Envíe un correo electrónico a enfcomplaints@dhp.virginia.gov.
- Escriba al Virginia Department of Health Professions, Enforcement Division, 9960 Mayland Drive, Suite 300, Henrico, Virginia 23233-1463.

Si usted cree que el plan Anthem HealthKeepers Plus no le ha provisto la información que necesita sobre las directivas anticipadas, o si le preocupa que el plan Anthem HealthKeepers Plus no esté respetando su directiva anticipada, puede comunicarse con el Departamento para presentar una queja:

- **800-643-2273 (TTY: 711)**
- Envíe un correo electrónico a DMAS-Info@dmas.virginia.gov, o bien,
- Escriba al Department at Department of Medical Assistance Services, 600 East Broad Street, Richmond, Virginia 23219.

Comité Asesor de Miembros

Usted tiene el derecho de hacernos saber cómo el Departamento y el plan Anthem HealthKeepers Plus pueden prestarle servicios de una mejor manera. El plan Anthem HealthKeepers Plus lo invita a unirse al Comité Asesor de Miembros. Como miembro del comité, usted puede participar en las reuniones informativas que se realizan una vez cada tres meses. Puede participar de forma presencial o virtual. La participación en las reuniones del comité les dará a usted y a su cuidador o miembro de la familia la posibilidad de compartir comentarios sobre Cardinal Care y reunirse con otros miembros. Si desea obtener más información o quiere participar, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus.

11. Sus responsabilidades

Responsabilidades generales

Como miembro de Cardinal Care, usted tiene algunas responsabilidades. Eso incluye la responsabilidad de hacer lo siguiente:

- Seguir este manual, entender sus derechos y preguntar cuando no entienda algo o necesite más información.
- Tratar a sus proveedores, al personal de Anthem HealthKeepers Plus y a otros miembros con respeto y dignidad.
- Elegir a su PCP y, si es necesario, cambiar su PCP (consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo recibir cuidado*).
- Llegar a tiempo a sus citas y llamar al consultorio de su proveedor tan pronto como pueda si necesita cancelar o si llegará tarde.
- Mostrar su tarjeta de identificación del miembro cada vez que reciba cuidado y servicios (consulte la *Sección 2, Visión general de la atención administrada de Cardinal Care*).
- Proporcionar (lo mejor que pueda) información completa y precisa sobre su historial médico y sus síntomas. Esta es necesaria para que la organización y sus profesionales y proveedores puedan brindarle cuidado.
- Entender sus problemas de salud y hablar con sus proveedores sobre los objetivos del tratamiento, cuando sea posible.
- Colaborar con su administrador de cuidados médicos y su equipo de cuidado médico para elaborar y seguir un plan de salud que sea adecuado para sus necesidades (consulte la *Sección 4, Coordinación de cuidado y administración de cuidados médicos*).
- Invitar a unirse a su equipo de cuidado médico a otras personas que sean útiles y respalden los fines de su tratamiento.
- Informar al plan Anthem HealthKeepers Plus cuando necesite cambiar su plan de salud.
- Recibir servicios cubiertos de la red del plan Anthem HealthKeepers Plus cuando sea posible (consulte la *Sección 3, Proveedores y cómo recibir cuidado*).
- Recibir la aprobación del plan Anthem HealthKeepers Plus para los servicios que requieren una autorización de servicios (consulte la *Sección 7, Cómo obtener la aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos*).
- Utilizar la sala de emergencia para emergencias solamente.
- Pagar los servicios que reciba y que no estén cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus ni por el Departamento.
- Denunciar sospechas de fraude, desperdicio y abuso (ver a continuación).

Llame a Servicios para Miembros de Anthem HealthKeepers Plus al 800-901-0020 (TTY 711) para hacerles saber si:

- Su nombre, dirección, número de teléfono o correo electrónico han cambiado (consulte la *Sección 1, Comencemos*).

- Su seguro médico cambia de alguna manera (de su empleador o compensación para trabajadores, por ejemplo) o si tiene reclamaciones de responsabilidad, como de un accidente de automóvil, por ejemplo.
- Su tarjeta de identificación del miembro está dañada, la extravió o se la robaron.
- Tiene problemas con sus proveedores de cuidados médicos o el personal.
- Lo admiten en un centro de enfermería u hospital.
- Su cuidador o la persona responsable por usted cambia.
- Participa en un ensayo clínico o estudio de investigación.

Primera línea de defensa contra el fraude

Como miembro de Cardinal Care, usted es responsable de denunciar sospechas de fraude, desperdicio y abuso, y de asegurarse de no participar en casos de fraude, desperdicio y abuso ni de crearlos.

La lucha contra el fraude, desperdicio y abuso comienza con conocimiento y concientización.

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

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte del *miembro* incluyen:

- Proporcionar informes falsos sobre sus ingresos y/o activos para calificar para Medicaid.
- Vivir de forma permanente en otro estado que no sea Virginia mientras recibe los beneficios de Cardinal Care.
- Utilizar la tarjeta de identificación del miembro de otra persona para recibir servicios.

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte del *proveedor* incluyen:

- Alterar los registros médicos para tergiversar los servicios que efectivamente se proporcionaron
- Prestar servicios que no son médicamente necesarios.
- Modificar los registros médicos para encubrir alguna actividad ilegal.
- Facturar por servicios no proporcionados

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

Al denunciar inquietudes relacionadas con un proveedor (un médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.), incluya la siguiente información:

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

Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Si usted sospecha que un proveedor (p. ej., grupo de proveedores, hospital, médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.) o un miembro (una persona que recibe beneficios) ha cometido fraude, desperdicio o abuso, usted tiene derecho a denunciarlo. La Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) mantiene en estricta confidencialidad el nombre de la persona que denuncia el incidente y su información.

Puede informar sus preocupaciones de las siguientes maneras:

- En nuestro sitio de información fighthaltcarefraud.com, seleccione “Denunciar” (Report it) en la parte superior de la página y llene el formulario “[Denunciar fraude, desperdicio y abuso](#)” (Report Waste, Fraud and Abuse)
- Por teléfono, llamando a la línea directa de fraude de la SIU al **866-847-8247**
- Por teléfono, llamando a Servicios para Miembros

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

Existen otras maneras de denunciar

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

Teléfono	804-786-1066 Línea gratuita: 866-486-1971 TTY: 711
Correo electrónico	RecipientFraud@DMAS.virginia.gov
Correo postal	Department of Medical Assistance Services, Recipient Audit Unit 600 East Broad St., Suite 1300 Richmond, VA 23219

Unidad de Control de Fraudes de Virginia Medicaid (Oficina del Procurador General)

Teléfono	804-371-0779 Línea gratuita: 800-371-0824 TTY: 711
Fax	804-786-3509
Correo electrónico	MFCU_mail@oag.state.va.us
Correo postal	Office of the Attorney General, Medicaid Fraud Control Unit 202 North Ninth Street Richmond, VA 23219

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

Teléfono	800-723-1615 TTY: 711
Correo electrónico	covhotline@osig.virginia.gov
Correo postal	State Fraud, Waste, and Abuse Hotline 101 N. 14 th Street The James Monroe Building 7th Floor Richmond, VA 23219

12. Términos clave y definiciones utilizados en este manual

- **Servicios de Tratamiento de Adicción y Recuperación (ARTS):** Un beneficio de tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para miembros adictos. Los miembros pueden acceder a una gama completa de servicios de tratamiento de la adicción, como servicios para pacientes hospitalizados, servicios de tratamiento residencial, hospitalización parcial, tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, tratamiento asistido con medicamentos (MAT), servicios para el abuso de sustancias y opioides y servicios de apoyo de pares para la recuperación.
- **Determinación adversa de beneficios:** Cualquier decisión de denegar un servicio o una solicitud de autorización de servicios para un miembro que toma el plan médico. Esto incluye la aprobación de un monto para un servicio que es inferior a lo solicitado.
- **Apelación:** Una solicitud presentada por un individuo (o alguien en quien este confía para que actúe en su nombre) para que el plan médico revise una solicitud de servicio nuevamente y considere modificar la determinación adversa de beneficios establecida por el plan médico respecto de la cobertura médica o los servicios cubiertos.
- **Representante autorizado:** Una persona que puede tomar decisiones y actuar en nombre de un miembro. Los miembros pueden seleccionar a un miembro de la familia de confianza, un tutor o un amigo para que sea su representante autorizado.
- **Medicamento de marca:** Un medicamento que es fabricado y vendido por una única compañía. Las versiones genéricas de estos medicamentos a veces están disponibles con los mismos ingredientes pero las produce otra compañía.
- **Línea de ayuda para inscripciones de atención administrada de Cardinal Care:** Asistencia provista por una organización que tiene un contrato con el Departamento para ayudar a las personas con las actividades de inscripción y la elección de un plan médico. Los servicios de la Línea de ayuda para inscripciones de atención administrada de Cardinal Care son gratuitos y pueden ser prestados por teléfono o en línea.
- **Cardinal Care:** Un programa de Medicaid/FAMIS de Virginia que incluye los dos programas anteriores del estado de atención administrada de Medicaid, Medallion 4.0 y Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus), miembros de Medicaid de cargo por servicio (FFS), FAMIS Children, FAMIS MOMS y FAMIS Prenatal Coverage.
- **Coordinación de cuidado:** Ayuda que proporciona el plan médico a los miembros para que entiendan qué servicios tienen disponibles y cómo recibir los servicios de cuidado médico o sociales que necesitan. La coordinación de cuidado disponible para todos los miembros, incluidos aquellos a los que no se les asignó un administrador de cuidados médicos y que no necesitan o no quieren administración de cuidados médicos.

- **Administración de cuidados médicos:** Apoyo continuo proporcionado por un administrador de cuidados médicos del plan médico a los miembros que tienen necesidades significativas de salud, sociales, y otras. Los servicios de administración de cuidados médicos incluyen una revisión exhaustiva de las necesidades del miembro, la elaboración de un plan de salud, comunicación regular con un administrador de cuidados médicos y con el equipo de cuidado médico del miembro, y ayuda para recibir servicios de cuidado médico y sociales así como con las transiciones entre diferentes entornos de cuidado médico.
- **Administrador de cuidados médicos:** Un profesional de la salud que trabaja para el plan médico y tiene experiencia especial en cuidado de salud. Este profesional se asigna a ciertos miembros con necesidades más significativas y trabaja en estrecha colaboración con ellos. El administrador de cuidados médicos trabaja con el miembro, sus proveedores y sus familiares/cuidadores para entender qué servicios de cuidado médico y sociales necesita el miembro; lo ayuda a recibir los servicios que necesita y a tomar decisiones sobre su cuidado.
- **Plan de salud:** Un plan elaborado y actualizado regularmente por un miembro y su administrador de cuidados médicos que describe las necesidades sociales y de cuidado médico del miembro, los servicios que el miembro recibirá para satisfacer sus necesidades, cómo recibirá estos servicios, quién se los prestará y, en algunos casos, con qué frecuencia los recibirá.
- **Equipo de cuidado médico:** Un grupo de proveedores de cuidado médico (incluidos los médicos, enfermeros y consejeros del miembro, elegidos por este) que ayudan al miembro a recibir el cuidado médico que necesita. El miembro y sus cuidadores forman parte del equipo de cuidado médico.
- **CCC Plus Waiver:** Un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) de Virginia que brinda cuidado médico en el hogar y la comunidad a los miembros que califican, en lugar de hacerlo en un centro de enfermería.
- **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal a cargo de los programas Medicaid y Medicare.
- **Copago:** Un monto fijo en dólares que un miembro podría tener que pagar por ciertos servicios. La mayoría de los miembros de Cardinal Care no tendrán que pagar copagos por los servicios cubiertos.
- **Cover Virginia:** El centro de apoyo para todo el estado de Virginia. Las personas pueden llamar al **833-5CALLVA (TTY: 888-221-1590)** sin cargo o visitar coverva.org/en para obtener información sobre el seguro médico e inscribirse, renovar su cobertura, actualizar la información y hacer preguntas.

- **Beneficios cubiertos:** Servicios médicos y medicamentos recetados cubiertos por el plan médico o el Departamento, incluidos los servicios de salud física, de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) médicamente necesarios.
- **Doula:** Una persona capacitada de la comunidad que ofrece apoyo a los miembros y sus familias durante el embarazo, el parto y el nacimiento, y hasta un año después de dar a luz.
- **Miembro doblemente elegible:** Una persona que tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid.
- **Equipo médico duradero (DME):** Aparatos y equipo médico, como andadores, sillas de ruedas o camas hospitalarias que los miembros pueden recibir y utilizar en su hogar cuando se considera médicamente necesario.
- **Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT):** Un beneficio requerido a nivel federal que los miembros de Medicaid menores de 21 años tienen derecho a recibir. Este beneficio ofrece servicios integrales para identificar la condición de un menor, tratarla y mejorarla o evitar que empeore. El programa de [EPSDT](#) se asegura de que los niños y jóvenes reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental, del desarrollo y especiales que necesitan.
- **Servicios de intervención temprana (EI):** Servicios para bebés menores de tres años que no están aprendiendo ni se están desarrollando como otros bebés. Los servicios pueden incluir terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, coordinación de servicios y servicios del desarrollo para apoyar el aprendizaje y el desarrollo.
- **Elegible:** Que presenta las condiciones o cumple con los requisitos para un programa.
- **Atención de emergencia (o servicios de emergencia):** Tratamiento o servicios que una persona recibe por una condición médica de emergencia.
- **Condición médica de emergencia:** Cuando una enfermedad o lesión es tan grave que la salud, las funciones corporales, los órganos del cuerpo o partes del cuerpo de una persona (o, según corresponda, los de su bebé por nacer) pueden correr peligro si no recibe cuidado médico de inmediato.
- **Transporte médico de emergencia:** Transporte en ambulancia o en un vehículo de emergencia a una sala de emergencia para recibir cuidado médico. Los miembros deben llamar al **911** para recibir transporte médico de emergencia.

- **Atención en la sala de emergencia:** Sala del hospital equipada y dotada de personal para ofrecer tratamiento a personas que requieren cuidado médico y/o servicios médicos inmediatos.
- **Servicios excluidos:** Servicios que no están cubiertos por el plan médico ni por el Departamento a través de Cardinal Care.
- **Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS) Plan o FAMIS Children:** Un programa integral de seguro médico administrado por el gobierno federal y estatal para niños sin seguro médico desde el nacimiento hasta los 18 años que no son elegibles para Medicaid y tienen un ingreso inferior al 200% del nivel federal de pobreza.
- **FAMIS MOMS:** Un programa de seguro médico ofrecido por el gobierno federal y estatal para las embarazadas sin seguro médico con la misma elegibilidad por ingresos que en FAMIS Children.
- **FAMIS Prenatal Care (FAMIS PC):** Un programa de seguro médico ofrecido por el gobierno federal y estatal para las embarazadas que no reúnen los requisitos de elegibilidad para Medicaid o FAMIS MOMS debido a su estatus de inmigración o ciudadanía. La cobertura comienza durante el embarazo y dura hasta dos meses después del nacimiento del bebé.
- **Fraude, desperdicio y abuso:** El fraude es un engaño o declaración falsa intencional por parte de una persona que sabe que la acción podría tener como resultado un beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona. El desperdicio es el uso excesivo, insuficiente o indebido de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de un miembro o proveedor que provoca un costo innecesario al programa de Medicaid, o el pago de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con ciertos estándares de cuidado médico.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento aprobado por el gobierno federal que puede usarse en lugar de uno de marca porque tiene los mismos ingredientes y funciona de la misma manera.
- **Motivos justificados:** Motivos aceptables para cambiar la cobertura médica. Los siguientes son ejemplos de motivos justificados: (1) una persona se muda fuera del estado, o (2) el plan no puede ofrecer los servicios médicos requeridos.
- **Reclamo (o queja):** Una queja escrita o verbal que un individuo presenta ante su plan médico o una organización externa. Las quejas pueden ser inquietudes que tiene sobre la accesibilidad, la calidad del cuidado médico, el servicio al cliente, los tiempos de espera y la privacidad.

- **Dispositivos y servicios de habilitación:** Servicios y dispositivos que ayudan a las personas a conservar, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria.
- **Evaluación de la salud:** Una evaluación detallada que realiza el administrador de cuidados médicos para ayudar a identificar las necesidades, metas y preferencias de salud, sociales y de otro tipo de un miembro. La evaluación de la salud ayuda a guiar el desarrollo del plan de salud para los miembros que reciben servicios de administración de cuidados médicos.
- **Seguro médico:** Un tipo de cobertura de seguro que paga algunos o todos los costos médicos del miembro. Una empresa o agencia gubernamental establece las normas sobre cuándo y cuánto pagar.
- **Plan médico (o plan):** Una organización de atención administrada de Medicaid/FAMIS de Cardinal Care que tiene contratos con un grupo de médicos, hospitales, farmacias, otros proveedores y administradores de cuidados médicos. Todos trabajan juntos para ofrecer a los miembros la atención y la coordinación de cuidado que necesitan.
- **Examen médico de diagnóstico:** Un examen que realiza el plan médico a todos los miembros con el objetivo de ayudar a determinar si el miembro se beneficiaría de la administración de cuidados médicos. Durante el examen, se les pregunta a los miembros sobre sus necesidades de salud y sociales, condiciones médicas, capacidad para hacer las tareas cotidianas y condiciones de vida.
- **Asistente de cuidado médico en el hogar:** Servicios a corto plazo que se prestan a los miembros de Medicaid para ayudarlos con el cuidado personal. Los asistentes de cuidado médico en el hogar no tienen certificación de enfermería ni tampoco proporcionan terapia.
- **Atención de la salud en el hogar:** Servicios médicos que un miembro recibe en el hogar, incluidos cuidados de enfermería, servicios de asistente de cuidado médico en el hogar, fisioterapia/terapia ocupacional y otros servicios.
- **Servicios para enfermos terminales:** Atención para dar comodidad y apoyo a los miembros con pronosis terminal (y a sus familiares); pronosis terminal significa que se espera que la persona tenga seis meses o menos de vida. Un miembro con pronosis terminal tiene derecho a elegir quedarse en un hospicio. En este tipo de institución, un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporcionan atención a la persona en todos sus aspectos, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

- **Cuidado ambulatorio en hospital:** La atención o el tratamiento en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía de noche.
- **Hospitalización:** Cuando una persona es admitida en un hospital como paciente para recibir cuidado médico. Esto también se conoce como cuidado hospitalario para pacientes internados.
- **Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** Servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a los niños o adultos con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias y mantener su independencia. Algunos ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, comer y otras actividades básicas de la vida cotidiana y del cuidado personal, así como apoyo para actividades cotidianas como lavar ropa, ir de compras y usar medios de transporte. Los miembros pueden obtener los LTSS en el entorno adecuado para ellos: en su casa, en la comunidad o en un centro de enfermería.
- **Cargo por servicio (FFS) de Medicaid o FAMIS:** La forma en que el Departamento paga a los proveedores por los servicios de Medicaid o FAMIS. Los miembros de Cardinal Care que no están inscritos en la atención administrada están inscritos en FFS.
- **Atención administrada de Medicaid/FAMIS:** Cuando el Departamento tiene un contrato con un plan médico para proporcionar beneficios de Medicaid/FAMIS a los miembros.
- **Medicaid:** Un programa de seguro médico administrado por el gobierno federal y estatal que proporciona atención y cobertura médica gratuita o de bajo costo a personas de bajos ingresos. En Virginia, Medicaid se llama Cardinal Care.
- **Medicamento necesario:** Servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o sus síntomas. El término también indica que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica, o según sea necesario en función de las normas de cobertura actuales de Virginia Medicaid.
- **Medicare:** Programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, se refiere a personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón) o con esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
- **Medicare Parte A:** Programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención hospitalaria, en centros de enfermería especializada y en el hogar, y el cuidado para enfermos terminales que sean médicamente necesarios.

- **Medicare Parte B:** Programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al proveedor) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y pruebas de detección.
- **Medicare Parte C:** Programa de Medicare que permite a las compañías de seguro médico privado ofrecer beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.
- **Medicare Parte D:** Programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Medicare Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no cubren Medicare Parte A, Medicare Parte B ni Medicaid.
- **Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- **Servicios para Miembros:** Un departamento del plan médico que es responsable de responder preguntas sobre membresía, beneficios, apelaciones y quejas.
- **Red:** Un grupo de médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros proveedores contratados por el plan médico para brindar atención a los miembros.
- **Proveedor de la red (o proveedor participante):** Un proveedor o centro que tiene un contrato con el plan médico para prestar servicios de cuidado de salud cubiertos a los miembros.
- **Farmacia de la red:** Una farmacia que ha aceptado surtir medicamentos recetados para los miembros del plan médico. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de las farmacias de la red del plan médico.
- **Centro de enfermería:** Centro de cuidados médicos para personas que no pueden recibir los servicios en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital. Los miembros deben cumplir con criterios específicos para vivir en un centro de enfermería.
- **Proveedor fuera de la red (o proveedor no participante):** Un proveedor o centro que no es empleado ni está administrado por el plan médico, ni tampoco es de su propiedad, y que no tiene un contrato para prestar servicios de cuidado de salud cubiertos a los miembros.
- **Pago del paciente:** El monto que un miembro puede tener que pagar por LTSS en función de sus ingresos. Su Departamento de Servicios Sociales (DSS) local calcula el monto del pago del paciente que debe efectuar el miembro si vive en un centro de enfermería o recibe servicios de exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar una parte de la atención.

- **Servicios de asistente de cuidado personal:** Servicios que presta un asistente para ayudar a los miembros con el cuidado personal (bañarse, ir al baño, vestirse o hacer ejercicios) de forma continua o a largo plazo.
- **Prima:** El monto mensual que un miembro podría tener que pagar por su seguro médico por mes. Los miembros de atención administrada de Cardinal Care Medicaid no necesitan pagar una prima para acceder a la cobertura. Si un miembro está inscrito en un plan médico, pero no califica para la cobertura porque la información que dio al Departamento o al plan médico era falsa, o porque no informó un cambio, es posible que el miembro deba devolverle al Departamento el costo de las primas mensuales. El miembro tendrá que reembolsar al Departamento, aunque no haya recibido servicios durante esos meses.
- **Cobertura de medicamentos recetados (o medicamentos cubiertos):** Medicamentos recetados cubiertos (pagados) por el plan médico. El plan médico también cubre algunos medicamentos de venta libre.
- **Medicamentos recetados:** Medicamentos que, por ley, los miembros solo pueden obtener con una receta de un proveedor.
- **Proveedor de atención primaria (PCP) (o médico de atención primaria):** Un médico o enfermero especializado que atiende las necesidades de los miembros para ayudarlos a estar y mantenerse saludables. Los PCP prestan y coordinan servicios médicos.
- **Servicios de enfermería privada:** Servicios de enfermería especializada en el hogar prestados por un enfermero registrado (RN) certificado, o un auxiliar de enfermería certificado bajo la supervisión de un RN, para miembros con exenciones de CCC Plus que tengan condiciones médicas graves o necesidades médicas complejas. Los niños y jóvenes de Medicaid menores de 21 años también pueden obtener servicios de enfermería privada conforme al beneficio de EPSDT.
- **Prótesis y ortótica:** Dispositivos médicos que solicita el proveedor de un miembro. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, férulas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función.
- **Proveedor:** Médicos, enfermeros especializados, especialistas y otras personas que están autorizadas a proporcionar cuidado médico o servicios a los miembros. Muchos tipos de proveedores participan en la red de cada plan médico.

- **Servicios de proveedores (o servicios médicos):** Cuidado que usted recibe de una persona certificada conforme a las leyes estatales de Virginia para llevar a cabo prácticas médicas, cirugías o prestar servicios de salud conductual.
- **Referencia:** Aprobación de un PCP para usar otros proveedores de la red del plan médico. Se requiere la referencia de un PCP para que un miembro pueda visitar a otros proveedores de la red.
- **Dispositivos y servicios de rehabilitación:** Tratamiento para ayudar a las personas a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión u operación compleja.
- **Autorización de servicios (o preautorización):** Aprobación que puede ser necesaria para que un miembro pueda obtener ciertos servicios, tratamientos o medicamentos recetados. Los proveedores solicitan las autorizaciones de servicios al plan médico para ayudar a garantizar que el proveedor pueda cobrar los servicios que le presta al miembro.
- **Cuidado especializado de enfermería:** Cuidado o tratamiento especializado que solo puede brindar personal de enfermería certificado. Entre otros, ejemplos de necesidades de enfermería especializada son los vendajes de heridas complejas, la rehabilitación, la alimentación por sonda o un estado de salud que cambia abruptamente.
- **Centro de enfermería especializada (SNF):** Un centro que cuenta con el personal y el equipo necesarios para proporcionar cuidado especializado de enfermería y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.
- **Especialista:** Un proveedor que tiene capacitación adicional sobre servicios en un área específica de la medicina, como un cirujano. La atención que reciben los miembros de un especialista se llama cuidado especializado.
- **Audiencia imparcial estatal:** El proceso en el que un miembro apela ante el estado sobre una decisión tomada por el plan médico. Las personas pueden presentar una apelación de audiencia imparcial estatal si el plan médico no responde ni toma a tiempo una decisión sobre la apelación que presentaron, o si la persona no está de acuerdo con la decisión del plan con respecto a la apelación.
- **Atención de urgencia:** La atención que usted recibe para una enfermedad o lesión que necesita cuidado médico rápidamente y que podría convertirse en una emergencia.



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

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

Lea este aviso atentamente. Le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI), cuándo debemos pedir su autorización antes de compartirla y cuándo podemos compartirla sin su autorización. Le indica, además, los derechos que tiene de ver y modificar su información.

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

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

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

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

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

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

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros proveedores le proporcionen el cuidado que necesita
- **Para pagos, operaciones médicas y tratamiento**
 - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturan su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
 - Para buscar maneras de mejorar nuestros programas, ofrecerle apoyo y ayudarlo a obtener beneficios y servicios. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos compartirla en intercambios de información de la salud para fines de pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no desea esto, visite [anthem.com/vamedicaid](https://www.anthem.com/vamedicaid) para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de salud**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por motivos de salud pública**
 - Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que las personas se enfermen o se lesionen
- **Cuando la compartimos con otras personas que le ayudan con su cuidado o lo pagan**
 - Con su familia o una persona que usted elija, que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted nos autoriza
 - Con una persona que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted no puede expresarse por sus propios medios y si es lo mejor para usted

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

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podemos revertir el uso ni la divulgación que hayamos hecho mientras teníamos su autorización. Sin embargo, dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

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

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

¿Cuáles son sus derechos?

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

¿Qué debemos hacer?

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

Cómo nos comunicamos con usted

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

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **800-901-0020**. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al **TTY 711**.

Para obtener más información

Para leer más sobre las maneras en que recopilamos y usamos su información, sus derechos de privacidad y detalles sobre otras leyes de privacidad estatales o federales, visite nuestra página web de privacidad en **[anthem.com/privacy](https://www.anthem.com/privacy)**.

¿Qué debe hacer si tiene una queja?

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

Escriba o llame 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 modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso ocurre, le comunicaremos los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en el sitio web anthem.com/vamedicaid.

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

Recibimos información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género de parte de las agencias de Medicaid estatales y del Programa de Seguro de Salud para Niños. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

Usamos esta información para:

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

No usamos esta información para:

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

Su información personal

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

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos

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

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros llamando al **800-901-0020 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Call toll free for translation or oral interpretation at no cost/Llame a la línea gratuita para servicios de traducción o interpretación sin cargo: **800-901-0020; TTY 711.**

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

HealthKeepers, Inc. es un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Anthem HealthKeepers Plus, ofrecido por HealthKeepers, Inc., es un plan médico que tiene contrato con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia para ofrecer beneficios de Medicaid a los inscritos.



**Servicios para Miembros de
Anthem HealthKeepers Plus
800-901-0020 (TTY 711)**



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

HealthKeepers, Inc. es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Anthem HealthKeepers Plus, ofrecido por HealthKeepers, Inc., es un plan médico que tiene contrato con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia para ofrecer beneficios de Medicaid a los inscritos.