



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.



Manual del miembro

**Medallion 4.0 Medicaid
Managed Care**

MEDICAID MANAGED CARE

MANUAL DEL MIEMBRO



Anthem® HealthKeepers Plus Offered by HealthKeepers, Inc.

www.anthem.com/vamedicaid

AVA-MHB-0022-18

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

En vigencia desde el 1.º de agosto de 2018

Índice

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos	6
1. Plan Medicaid Managed Care	10
Bienvenido al plan Anthem HealthKeepers Plus	10
Cómo usar este manual	10
Su paquete de bienvenida	10
Tarjeta de identificación de miembro	10
Directorios de proveedores y farmacias	12
¿Qué es el área de servicio de Anthem HealthKeepers Plus?	13
Lista de medicamentos cubiertos	14
Lista de servicios cubiertos y no cubiertos	15
Información sobre elegibilidad	15
Obtener ayuda de forma inmediata	15
Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Anthem HealthKeepers Plus	15
Nuestros representantes de Servicios al Miembro pueden ayudarle a:	16
Cómo comunicarse con su administrador de casos	16
Línea de asistencia médica disponible las 24 horas del día, los 7 días a la semana	17
Behavioral Health Crisis Line	17
Otros recursos	18
Manejo de enfermedades	19
2. Cómo funciona el plan de cuidado administrado	21
¿Qué lo hace elegible para ser miembro?	21
¿Qué lo hace NO elegible para ser miembro?	21
Responsabilidad ante terceros	22
Inscripción	23
Asignación del plan de salud	23
Cambiar su plan de salud	23
Reinscripción automática	24
¿Cuáles son las ventajas de elegir el plan Anthem HealthKeepers Plus?	24
¿Qué es la evaluación de riesgo de salud?	25
Período de transición del cuidado	25
¿Qué sucede si tengo otra cobertura?	25
3. Cómo obtener el cuidado y los servicios habituales	26
Cómo obtener servicios de un proveedor de cuidado primario (PCP)	26

Directorio de proveedores.....	27
Elegir su PCP	27
Si su PCP actual no pertenece a nuestra red	28
Cómo obtener servicios de otros proveedores de la red.	28
Cambiar de PCP.....	28
Cómo programar una cita con su PCP	29
Estándares sobre citas	29
Estándares de duración del viaje y distancia	29
Accesibilidad	30
¿Qué sucede si un proveedor deja de pertenecer a la red de Anthem HealthKeepers Plus?	30
¿Qué tipo de personas y lugares se incluyen en los proveedores de la red?	31
¿Cuáles son las farmacias de la red?	31
Servicios que puede obtener sin un referido o una autorización previa.	31
4. Cómo obtener servicios y cuidado especializado.....	32
¿Qué son los especialistas?	32
¿Cómo accedo a un especialista de la red?.....	32
Cómo obtener servicios de proveedores fuera de la red.....	32
Cómo obtener servicios de proveedores fuera del estado	33
5. Cómo obtener servicios y cuidados de emergencia	34
¿Qué es una emergencia?.....	34
Qué hacer en caso de emergencia.....	34
¿Qué es una emergencia médica?	34
¿Qué es una emergencia de salud del comportamiento?	34
Ejemplos de casos que no son de emergencia	34
Si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar	35
¿Qué se cubre si tiene una emergencia?	35
Infórmenos sobre su emergencia	35
Después de una emergencia.....	35
Si es hospitalizado	36
¿Qué sucede si no fue una emergencia médica después de todo?	36
6. Cómo recibir cuidado necesario de forma urgente.....	37
¿Qué es el cuidado necesario de forma urgente?.....	37
7. Cómo obtener medicamentos recetados.....	38
Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan Anthem HealthKeepers Plus.....	38

Abastecer las recetas	38
Lista de medicamentos cubiertos.....	39
Límites para la cobertura de algunos medicamentos.....	39
Medicamentos no cubiertos	41
Cambio de farmacia.....	41
¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?	41
¿Puede usar servicios de venta por correo para obtener sus recetas?.....	42
¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	42
¿Puede usar una farmacia que no se encuentre en nuestra red?	42
¿En qué consiste el programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS)?	42
8. Beneficios.....	44
Reglas de cobertura general.....	44
Beneficios cubiertos a través del plan Anthem HealthKeepers Plus.....	44
Beneficios adicionales incluidos en el plan Anthem HealthKeepers Plus	47
Cómo tener acceso a la cobertura del servicio EPSDT	51
Cómo tener acceso a la cobertura del servicio de intervención temprana	51
Asistencia de adopción y cuidado tutelar	52
Cómo tener acceso a los Servicios para el cuidado de la salud materno infantil	52
Programa New Baby, New Life SM de Anthem HealthKeepers Plus	52
Cuando queda embarazada	53
Su paquete de educación para embarazo	53
Durante su embarazo	54
Cuando tenga un nuevo bebé.....	54
Después de tener a su bebé	55
Inscripción para recién nacidos	56
Una vez que tenga a su bebé, necesitará informar el nacimiento de su hijo lo antes posible para inscribir a su bebé en Medicaid. Puede hacerlo de la siguiente manera:.....	56
Cómo tener acceso a los Servicios de planificación familiar	56
Cómo tener acceso a los servicios de salud del comportamiento.....	56
Cómo tener acceso a los servicios para el tratamiento de adicciones y recuperación (ARTS).....	57
Servicios de transporte cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus	58
Cómo programar el transporte	58
Reembolso por millaje	59
Para necesidades de transporte recurrentes	59
9. Servicios no cubiertos	60

Si recibe servicios no cubiertos	61
10. Servicios cubiertos a través del programa Medicaid Fee-For-Service (Pago por servicio)	62
Servicios separados.....	62
Servicios que finalizarán su inscripción	63
11. Procedimiento de autorización de servicios.....	65
Explicación de las autorizaciones de servicios.....	65
Autorizaciones de servicios y transición del cuidado.....	66
Cómo presentar una solicitud de autorización de servicios	66
¿Qué sucede después de presentar una solicitud de autorización de servicios?..	66
Plazos de tiempo para revisión de autorización de servicios	66
12. Apelaciones, audiencias imparciales del Estado y reclamos (quejas)	70
Su derecho a apelar	70
Representante autorizado.....	70
Determinación adversa sobre beneficios	70
Cómo presentar una apelación.....	70
Continuación de los beneficios.....	71
Qué sucede después de que recibimos su apelación.....	71
Plazos para las apelaciones	72
Apelaciones estándar	72
Apelaciones aceleradas	72
Si necesitamos más información	72
Notificación por escrito de la decisión sobre la apelación	73
Su derecho a una Audiencia Imparcial del Estado.	73
Solicitudes de revisión estándar o acelerada	74
Representante autorizado.....	74
Dónde enviar su solicitud de Audiencia Imparcial del Estado.....	74
Después de que usted presenta su apelación de Audiencia Imparcial del Estado	75
Proceso de audiencia estatal imparcial	75
Apelación acelerada.....	75
Apelación estándar.....	75
Continuación de los beneficios.....	75
Si la Audiencia Imparcial del Estado revierte su denegación y los servicios no se continuaron mientras la Audiencia Imparcial del Estado estuvo pendiente.....	76
Si la Audiencia Imparcial del Estado revierte su denegación y los servicios continuaron mientras la Audiencia Imparcial del Estado estuvo pendiente.....	76
Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado.....	76

Apelaciones externas para miembros de FAMIS	76
Su derecho a presentar un reclamo	77
¿Por qué tipos de problemas pueden presentarse quejas?	77
Distintos tipos de reclamos	78
Reclamos internos.....	78
Reclamos externos	79
13. Derechos del miembro	80
Sus derechos	80
Su derecho a estar seguro	81
Su derecho a la confidencialidad	82
Su derecho a la privacidad.....	82
Cómo unirse al Comité Consultivo de Miembros	87
Respetamos las políticas de no discriminación	87
14. Responsabilidades del miembro	88
Sus obligaciones	88
Directivas anticipadas	89
Qué sucede si no se respetan sus Directivas anticipadas.....	90
15. Fraude, despilfarro y abuso	92
¿Qué es fraude, despilfarro y abuso?.....	92
¿Cómo denuncio fraude, despilfarro y abuso?	92
16. Servicios cubiertos por FAMIS.....	95
18. Términos y definiciones utilizados en este manual	122

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos

Este manual está disponible de forma gratuita en otros idiomas y formatos, incluidos los formatos en línea, en letra grande, braille o CD de audio. Para pedir este manual en un formato y/o idioma alternativo, llame a Servicios al Miembro al **1-800-901-0020**, y se le enviará dentro de los cinco días hábiles.

Si tiene problemas para comprender esta información, póngase en contacto con nuestro personal de Servicios al Miembro al **1-800-901-0020 (TTY 711)** y recibirá ayuda sin costo alguno.

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

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

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

Coreano: 영어로 말할 수 없다면 **1-800-901-0020 (TTY 711)** 로 전화하십시오. 저희는 통역 서비스를 이용할 수 있으며 귀하의 언어로 된 질문에 무료로 답변할 수 있습니다. 우리는 또한 귀하의 언어로 의사 소통 할 수 있는 의료 서비스 제공자를 찾으려 도움을 줄 수 있습니다.

Vietnamita: Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi tại **1-800-901-0020 (TTY 711)**. Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ phiên dịch và có thể giúp trả lời câu hỏi của bạn trong ngôn ngữ của bạn miễn phí. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm thấy một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe người có thể giao tiếp với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.

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

Árabe: -الثلاثون-الثلاثون1 إذا كنت لا يتكلمون الإنكليزية، اتصل بنا على الحصول على خدمات مترجم شفوي، ويمكن أن تساعد في الإجابة على **1-800-901-0020 (TTY 711)** أسئلتك باللغة الخاصة بك. يمكننا أيضا مساعدتك العثور على موثر الرعاية الصحية الذين يمكن التواصل معك باللغة الخاصة بك.

Tagalo: kung ikaw ay hindi nagsasalita ng ingles , mo sa amin it ; **1-800-901-0020 (TTY 711)** ; . kami ay ng interpreter paglilingkod at makakatulong ang sagot sa tanong na ang wika ng katungkulan . at kami ay tulungan ka ng pangangalaga sa kalusugan nagkakaloob na ang pamamahagi sa inyo sa inyong mga wika.

Persa:

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

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

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

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

Ruso: Если вы не говорите по-английски, позвоните нам по телефону **1-800-901-0020 (TTY 711)**. Мы имеем доступ к услугам переводчика и может помочь ответить на ваши вопросы на вашем языке бесплатно. Мы имеем доступ к услугам переводчика и может помочь ответить на ваши вопросы на вашем языке бесплатно.

Hindi: आप अंग्रेजी नहीं बोलते हैं, तो **1-800-901-0020 (TTY 711)** पर कॉल करें। हम दुभाषिया सेवाओं के लिए उपयोग किया है और निः शुल्क अपनी भाषा में आपके सवालों के जवाब कर सकते हैं। हम यह भी मदद कर सकता है आप एक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जो आपकी भाषा में आप के साथ संवाद कर सकते हैं।

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

Bengalí: আপনা ইংরেজি বলতে পারেনা, তাহলে **1-800-901-0020 (TTY 711)** আমাদরে সঙ্গে যোগাযোগ করুন. আমরা দোভাষীর পরষিবোগুলতি অ্যাক্সেসে আছে এবং নথিরচা আপনার ভাষায় আপনার প্রশ্নরে উত্তর সাহায্য করতে পারনে. আমরা সাহায্য করতে পারনে একটি স্বাস্থ্যরে যত্ন প্রদানকারী যারা আপনার ভাষায় আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারনে.

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

1. Plan Medicaid Managed Care

Bienvenido al plan Anthem HealthKeepers Plus

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

Cómo usar este manual

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

Comparta este manual con un miembro de la familia o con alguien que conozca sus necesidades de cuidado de la salud. Si tiene alguna pregunta o necesita orientación, consulte este manual, llame a Servicios al Miembro de Anthem HealthKeepers Plus al **1-800-901-0020 (TTY 711)**, visite nuestro sitio web en **www.anthem.com/vamedicaid** o llame a la Línea de ayuda gratuita de Medicaid Managed Care del estado de Virginia al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.

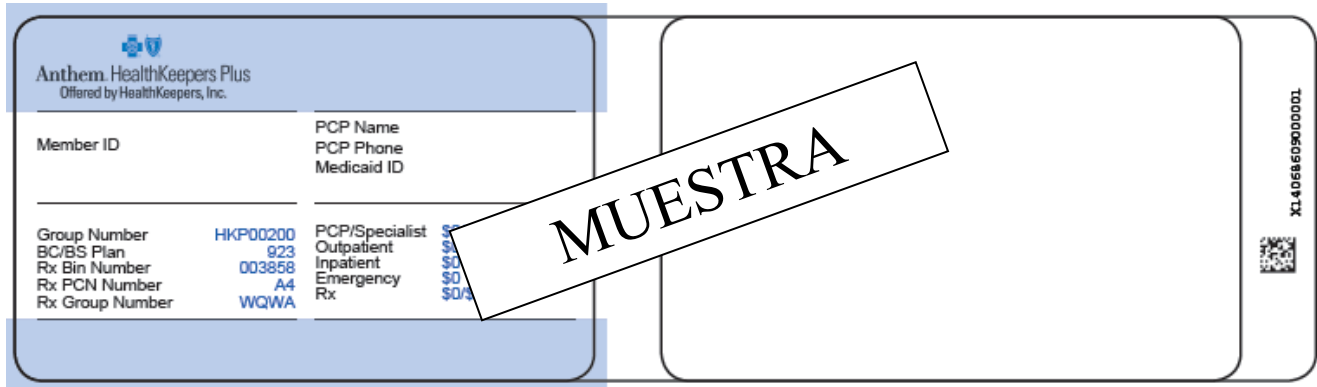
Su paquete de bienvenida

Tarjeta de identificación de miembro

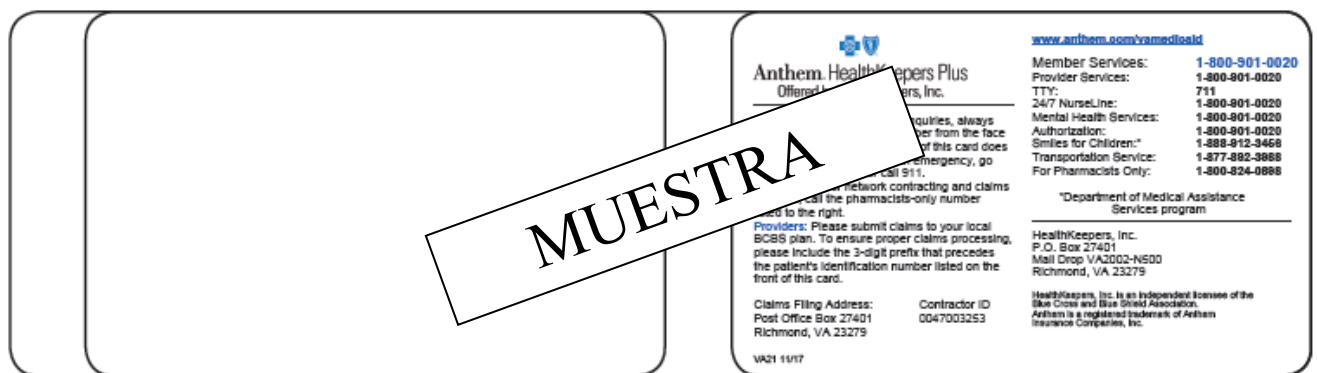
Debería haber recibido un paquete de bienvenida que incluye su tarjeta de identificación de miembro de Anthem HealthKeepers Plus. Su tarjeta de identificación de miembro se usa para acceder al programa Medicaid Managed Care, a los servicios de cuidado de la salud y a los servicios en las visitas al doctor y cuando busque recetas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o recetas.

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

(Frente)

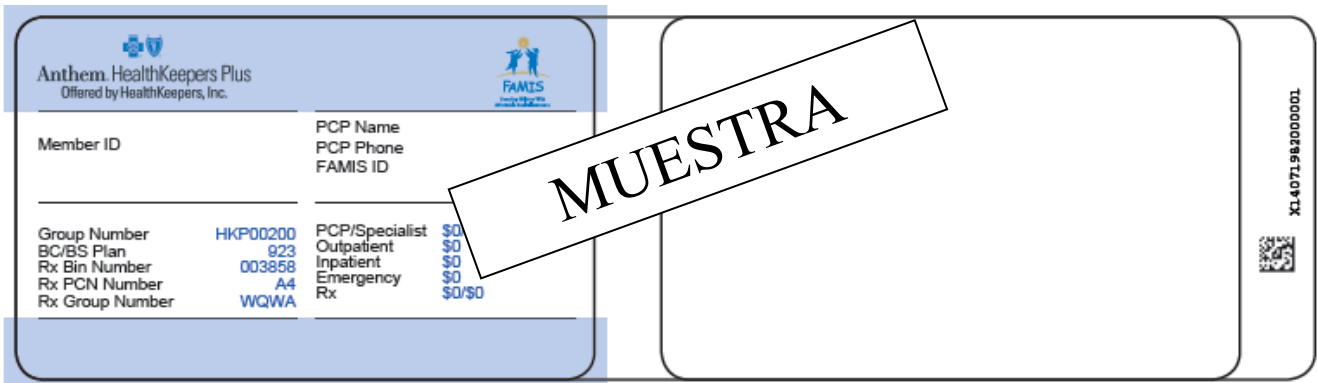


(Reverso)

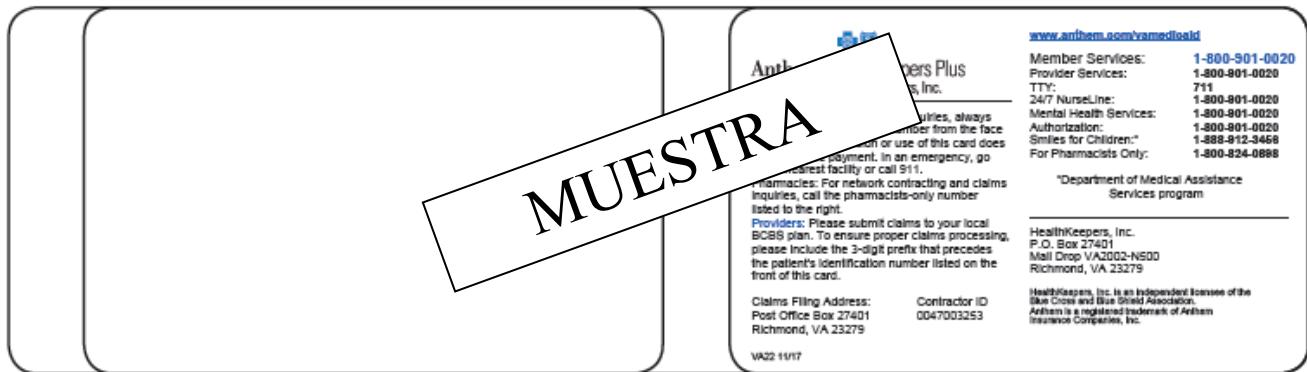


Para los miembros de FAMIS, su tarjeta de identificación será así:

(Frente)



(Reverso)



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

Guarde su tarjeta de identificación de Medicaid del Estado de Virginia para acceder a los servicios cubiertos a través del Estado, bajo el programa Medicaid Fee-For-Service (Pago por servicio). Estos servicios están descritos en la **Sección 10** de este manual.

Directorios de proveedores y farmacias

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

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

Use su directorio de proveedores para encontrar:

- Un proveedor de cuidado primario (PCP).
- Especialistas.
- Doctores en su área.
- Doctores que hablen su idioma.
- Cómo comunicarse con doctores que desea visitar.
- Farmacias en el plan Anthem HealthKeepers Plus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Nuestra aplicación móvil.
- Exámenes físicos de aptitud deportiva para niños.
- Asistencia GED.
- ¡Y mucho más!

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

Lista de medicamentos cubiertos

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

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

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

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

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

Lista de servicios cubiertos y no cubiertos

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

Información sobre elegibilidad

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

Obtener ayuda de forma inmediata

Servicios al Miembro de Anthem HealthKeepers Plus

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

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Anthem HealthKeepers Plus

LLAME AL	1-800-901-0020. Esta llamada no tiene costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada no tiene costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un aparato telefónico especial para llamar.
FAX	1-800-964-3627

ESCRIBA A	Servicios al Miembro HealthKeepers, Inc. P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279
SITIO WEB	www.anthem.com/vamedicaid

Nuestros representantes de Servicios al Miembro pueden ayudarle a:

- Responder preguntas acerca del plan.
- Responder preguntas acerca de reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembros.
- Buscar y verificar la asistencia para ver si un doctor está en nuestra red.
- Ayudarle a cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP).
- Ayudarle a entender sus beneficios y los servicios cubiertos, incluida la cantidad que pagaremos, para que usted pueda tomar la mejor decisión acerca de su cuidado de la salud.
- Presentar apelaciones sobre sus servicios de cuidado de la salud (incluidos los medicamentos). Una apelación es un método formal para solicitarnos que modifiquemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que lo cambiemos si piensa que cometimos un error.
- Presentar reclamos sobre sus servicios de cuidado de la salud (incluidas las recetas). Puede realizar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor que esté o no esté en la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar un reclamo sobre la calidad del cuidado que recibió a nosotros o a la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273.

Cómo comunicarse con su administrador de casos

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

La administración de casos no le supondrá ningún gasto. Puede solicitar los servicios de administración de casos o renunciar a ellos en cualquier momento. Si cree que los servicios de administración de casos pueden ayudarlo, usted o su proveedor pueden llamar a nuestro equipo de Servicios al Miembro al 1-800-901-0020 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, y solicitar ser transferidos al Departamento de Administración de Casos.

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

Línea de asistencia médica disponible las 24 horas del día, los 7 días a la semana

Puede comunicarse con una enfermera o un profesional de la salud mental las 24 horas, los 7 días de la semana, que responderá sus preguntas de forma gratuita al **1-800-901-0020 (TTY 711)**. Elija la indicación para nuestra **24/7 NurseLine (Línea de enfermería de 24 horas al día)** para obtener ayuda con sus preguntas sobre salud, encontrar opciones de cuidado y obtener asesoramiento acerca de dónde ir cuando necesite cuidado.

LLAME AL	1-800-901-0020. Esta llamada no tiene costo. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	TTY 711. Esta llamada no tiene costo. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un aparato telefónico especial para llamar.

Behavioral Health Crisis Line

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

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

LLAME AL	1-844-429-9620. Esta llamada no tiene costo. Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
-----------------	--

TTY	TTY 711. Esta llamada no tiene costo. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un aparato telefónico especial para llamar.
------------	---

Otros recursos

Smiles for Children a través de DentaQuest, administrador de beneficios dentales del DMAS	Si tiene preguntas o desea encontrar un dentista en su área, llame a Smiles For Children al 1-888-912-3456. También hay información disponible en el sitio web del DMAS, en: http://www.dmas.virginia.gov/Content_pgs/dnt-home.aspx o visite el sitio web de DentaQuest : http://www.dentaquestgov.com
Transporte	1-877-892-3988 (TTY 711)
Contratista de transporte del DMAS para el transporte hacia y desde Servicios de exenciones de discapacidades del desarrollo	1-866-386-8331 TTY 1-866-288-3133 O marque 711 para comunicarse con un operador para personas con problemas de audición
Magellan de Virginia; administrador de Servicios de salud mental del DMAS	Línea gratuita: 1-800-424-4046 TDD: 1-800-424-4048 O marque 711 para comunicarse con un operador para personas con problemas de audición http://www.magellanofvirginia.com
Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights	1-800-368-1019 o visite el sitio web www.hhs.gov/ocr
Maximus	1-800-643-2273

Manejo de enfermedades

Si tiene un problema de salud a largo plazo, no tiene que atravesarlo solo. Nuestro programa Disease Management puede ayudarlo a disfrutar más de la vida. Este programa es voluntario, privado y está disponible sin costo alguno. Se llama programa Disease Management Centralized Care Unit (DMCCU). Un equipo de enfermeros acreditados, llamados administradores de casos de la DMCCU, está disponible para enseñarle sobre su problema de salud y ayudarlo a aprender a controlar su salud. Su proveedor de cuidado primario (PCP) y nuestro equipo de la DMCCU lo ayudarán con sus necesidades de cuidado de la salud.

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

- Asma
- Trastorno bipolar
- Neumopatía obstructiva crónica (COPD)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Arteriopatía coronaria (CAD)
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo grave
- Esquizofrenia
- Trastorno por abuso de sustancias

Nuestro administrador de casos ayuda con servicios para el control del peso y para dejar de fumar.

Los administradores de casos de la DMCCU trabajan con usted para crear metas de salud y ayudarlo a desarrollar un plan para cumplirlas. Como miembro del programa, se beneficiará al tener un administrador de casos que:

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

Como miembro de Anthem HealthKeepers Plus afiliado en el programa DMCCU, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Tener información sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus; esta incluye todos los programas y servicios así como también la educación y experiencia laboral de nuestro personal; también incluye los contratos que tengamos con otras empresas o agencias.

- Rehusarse a participar en programas y servicios que ofrecemos, o dejar de participar en ellos.
- Saber quién es su administrador de casos y cómo pedir un cambio.
- Obtener nuestra ayuda para tomar decisiones con sus doctores sobre su cuidado de la salud.
- Conocer todos los tratamientos relacionados con DMCCU; estos incluyen los tratamientos mencionados en las pautas clínicas, ya sea que estén o no cubiertos por nosotros; tiene derecho a analizar todas las opciones con sus doctores.
- Que se guarde la confidencialidad de sus datos personales e información médica.
- Saber quién tiene acceso a su información y conocer nuestros procedimientos que se usan para garantizar la seguridad, la privacidad y la confidencialidad.
- Ser tratado con cortesía y respeto por nuestro personal.
- Presentar reclamos a Anthem HealthKeepers Plus y obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de reclamos, incluido cuánto tiempo tardamos en responder y en resolver problemas de calidad y reclamos.
- Obtener información clara y fácil de comprender.

Le recomendamos que haga lo siguiente:

- Seguir las indicaciones de cuidado de salud que ofrezca el plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Bríndenos la información que necesitamos para llevar a cabo nuestros servicios.
- Infórmenos e informe a sus doctores si decide cancelar su inscripción en el programa DMCCU.

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

También puede visitar el sitio web www.anthem.com/vamedicaid o llamar a DMCCU si desea una copia de la información en línea. Llamarnos puede ser el primer paso para lograr una mejor salud.

2. Cómo funciona el plan de cuidado administrado

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

¿Qué lo hace elegible para ser miembro?

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

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

- Niños menores de 21 años.
- Asistencia de adopción y cuidado tutelar para menores de 26 años.
- Mujeres embarazadas, incluidos dos meses posteriores al parto.
- Tutores.

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

¿Qué lo hace NO elegible para ser miembro?

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

- Pierde elegibilidad en Medicaid.
- No cumple con una de las categorías de elegibilidad anteriores.
- Cumple con los criterios de exclusión 12VAC30-120-370.
- Está hospitalizado al momento de la inscripción.
- Está inscripto en una Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad

(HCBS).

- Es admitido en un hospital psiquiátrico independiente.
- Recibe cuidados en un Centro de tratamiento psiquiátrico residencial de nivel C (niños menores de 21).
- Cumple con los criterios para otros programas de Medicaid del estado de Virginia.
- Hospicio.
- Virginia Birth-Related Neurological Injury Compensation Act (Ley de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento).

Responsabilidad ante terceros

Cobertura integral de salud

Los miembros inscritos en Medicaid, a quienes DMAS determinó como con cobertura integral de salud, que no son de Medicare, serán elegibles para inscribirse en Medallion 4.0, siempre que no se aplique otro criterio de exclusión.

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

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

Las MCO son responsables de coordinar todos los beneficios con otros proveedores de seguros (según corresponda) y seguir las reglas de Medicaid de “pagador de última instancia”.

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

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

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

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

1. Aquellos servicios que, a nivel federal, deben brindarse como parte de los gastos públicos, como es el caso de
 - a. Valoración y evaluación de EI,
 - b. desarrollo o revisión del Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP), y

- c. administración de casos/coordinación de servicios orientados.
2. Servicios de desarrollo.
3. Cualquier servicio de intervención temprana cubierto donde la familia rechazó el acceso a su seguro de salud/médico privado.

Inscripción

La inscripción en el programa es necesaria para los individuos elegibles. El DMAS y la Línea de ayuda de Managed Care gestionan la inscripción para el programa. Para participar, usted debe reunir los requisitos para Medicaid. El programa posibilita un proceso que acelera el acceso de los miembros a la coordinación del cuidado, el control de enfermedades, las líneas telefónicas de enfermería las 24 horas y acceso a cuidados especializados. Esto es especialmente importante para miembros con necesidades de cuidado crónico, mujeres embarazadas y niños en hogares de acogida que necesitan rápidamente el acceso al cuidado de la salud.

Asignación del plan de salud

Usted recibió una notificación del DMAS que incluyó su asignación inicial al plan de salud. Con esa notificación, el DMAS incluyó un cuadro comparativo de planes de salud en su área. La notificación de asignación le brindó instrucciones de cómo seleccionar su plan de salud.

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

Cambiar su plan de salud

La asistencia a través de la Línea de ayuda de Managed Care puede ayudarlo a elegir el plan de salud que sea mejor para usted. Por ejemplo, llame a la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273 o visite el sitio web virginiamanagedcare.com. La Línea de ayuda de Managed Care está disponible de lunes a viernes (excepto en feriados estatales) de 8:30 a. m. a 6:00 p. m. Los operadores pueden ayudarlo a entender sus opciones de plan de salud y/o responder preguntas acerca de qué doctores y otros proveedores participan con cada plan de salud, entre muchos puntos útiles. Los servicios de la Línea de ayuda son gratuitos y no están conectados a ningún plan de salud.

Usted puede cambiar el plan de salud durante los **primeros 90 días** de su inscripción por

cualquier motivo. También puede cambiar su plan de salud una vez al año por cualquier motivo durante **la inscripción abierta**. Recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información. También puede solicitar cambiar su plan de salud por una “causa justificada” en cualquier momento. La Línea de ayuda se encarga de las solicitudes por causas justificadas y puede responder cualquier pregunta que usted tenga. Contáctese con la Línea de ayuda al 1-800-643-2273 o visite el sitio web **virginiamanagedcare.com**.

Reinscripción automática

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

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

Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted tendrá acceso a los administradores de caso de Anthem HealthKeepers Plus. Su administrador de caso trabaja con usted y sus proveedores para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.
- Usted podrá tomar el control de su cuidado con la ayuda de nuestro equipo médico y administradores de casos.
- El equipo médico y los administradores de casos están disponibles para trabajar con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado especialmente para cubrir sus necesidades de salud.
- Una enfermera de guardia u otro personal autorizado están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana para responder sus preguntas. Estamos aquí para ayudarlo. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-800-901-0020 (TTY 711) en cualquier momento.

Cuando nos elije, obtiene más que solo un plan de salud. Usted obtiene:

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

Además, brindamos beneficios adicionales sin cargo como, por ejemplo:

- Teléfono inteligente con minutos mensuales, datos, mensajes de texto y llamadas ilimitadas a Servicios al Miembro.

- Aplicación móvil: encuentre fácilmente los detalles del plan de salud donde sea que esté, además, busque doctores del plan cercanos, llame a la 24/7 NurseLine (Línea de enfermería de 24 horas al día) y obtenga mucho más desde la aplicación.
- Exámenes físicos de aptitud deportiva para niños.
- Membresías de Boys & Girls Club para niños (cuando estén disponibles).
- Asistencia GED.
- Libros para bebés (libros enviados por correo a la puerta de su casa para niños de hasta 24 meses).
- Purificador de aire HEPA (su coordinador de cuidado determina su necesidad).
- Cupón de Weight Watchers.
- Programa de Entrenamiento físico: acceda a información en línea, entrenamiento y clases de ejercicio. Para obtener más información, visite **www.choosehealthy.com/fitnesscoachanthem**.
- Traslados sin costo a tiendas de comestibles y mercados de agricultores.

¿Qué es la evaluación de riesgo de salud?

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

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

Período de transición del cuidado

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

¿Qué sucede si tengo otra cobertura?

Medicaid es el pagador de última instancia. Esto significa que si tiene otro seguro y tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el otro seguro o el de accidentes laborales debe pagar primero.

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

3. Cómo obtener el cuidado y los servicios habituales

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

Su cuidado debe ser **necesario por motivos médicos**. Los servicios que obtiene deben ser necesarios:

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

Cómo obtener servicios de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Un PCP es un doctor que usted eligió y que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle el cuidado médico básico. Con frecuencia visitará a su PCP para la mayor parte de sus necesidades habituales en el cuidado de la salud. Su PCP trabajará con usted para coordinar la mayor parte de los servicios que usted obtiene como un Miembro de nuestro plan.

La coordinación de sus servicios o suministros incluye el control o la consulta con otros proveedores de planes sobre su cuidado.

Si necesita ver a un doctor que no sea su PCP, posiblemente necesitará solicitar un referido (autorización) a su PCP. También podrá necesitar la aprobación por adelantado de su PCP antes de recibir ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos. En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización (aprobación previa). Como su PCP se proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Comuníquese con Servicios al Miembro por cualquier pregunta sobre referidos o autorizaciones previas.

Directorio de proveedores

El directorio de proveedores incluye una lista de todos los doctores, especialistas, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, afiliaciones, adaptaciones para personas con discapacidades físicas, proveedores de la salud del comportamiento, direcciones de proveedores, números de teléfono, direcciones URL y aceptación de pacientes nuevos (paneles abiertos o cerrados) que trabajan con nuestro plan. También podemos darle una copia del directorio de proveedores. También puede llamar a nuestro equipo de Servicios al Miembro al número que figura al final de esta página para solicitar asistencia.

Elegir su PCP

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

Puede querer buscar un doctor:

- Que lo conoce y comprende su problema de salud.
- Que acepta recibir pacientes nuevos.
- Que habla su idioma.
- Que tiene las adaptaciones que usted requiere.

Si usted tiene algún problema incapacitante o enfermedades crónicas, nos puede consultar si su especialista puede ser su PCP. También contratamos Centros de salud con calificación federal (FQHC). Los FQHC brindan cuidado primario y especializado. Otra clínica también puede actuar como su PCP si la clínica es un proveedor de la red.

Las mujeres también pueden elegir un obstetra o ginecólogo para tratar cuestiones relacionadas con la salud de la mujer. Esto incluye los chequeos de rutina, el seguimiento médico si hay algún problema y la atención periódica durante el embarazo. **Las mujeres no necesitan un referido de su PCP para consultar a un obstetra o ginecólogo de nuestra red.**

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

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

Si su PCP actual no pertenece a nuestra red

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

Cómo obtener servicios de otros proveedores de la red.

Nuestra red de proveedores incluye acceso a la atención las 24 horas, los 7 días de la semana, e incluye hospitales, doctores, especialistas, centros de cuidado de urgencia, centros de enfermería, proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad, proveedores de intervención temprana, proveedores de terapia de rehabilitación, proveedores de servicios para el tratamiento de adicciones y recuperación, proveedores de salud en el hogar y en hospicios, proveedores de equipos médicos duraderos y otros tipos de proveedores.

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

Cambiar de PCP

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

Es fácil cambiar su PCP en línea. Nuestra herramienta Encontrar un doctor es rápida, cómoda y está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Para cambiar de PCP en línea:

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

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

Cómo programar una cita con su PCP

Su PCP se encargará de la mayor parte de sus necesidades de cuidado de la salud. Comuníquese con su PCP para programar una cita. Si necesita atención antes de la primera cita, llame al consultorio de su PCP para solicitar que se adelante la cita. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios al Miembro al número que figura abajo.

Estándares sobre citas

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

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

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

- Primer trimestre (primeros 3 meses): en el lapso de catorce (14) días calendario desde que se presenta la solicitud.
- Segundo trimestre (3 a 6 meses): en el lapso de siete (7) días calendario desde que se presenta la solicitud.
- Tercer trimestre (6 a 9 nueve meses): en el lapso de cinco (5) días hábiles desde que se presenta la solicitud.
- Embarazo de alto riesgo: en el lapso de tres (3) días hábiles o inmediatamente si es una emergencia.
- Si no consigue una cita dentro de los plazos mencionados anteriormente, llame a Servicios al Miembro al número que figura abajo y lo ayudarán a conseguir una cita.

Estándares de duración del viaje y distancia

Le brindaremos los servicios que necesita dentro de los estándares de duración del viaje y distancia que se describen en el cuadro a continuación. Estos estándares se aplican a servicios que recibe por parte de los proveedores de la red cuando viaja.

Estos estándares no se aplican a los proveedores que le brindan los servicios en su hogar. Si usted vive en una zona urbana, no debe viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir los servicios. Si vive en una zona rural, no debe viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir los servicios.

Estándares de duración del viaje y distancia para el miembro		
Estándar	Distancia	Tiempo
Urbano <ul style="list-style-type: none"> • PCP • Especialistas 	15 millas 30 millas	30 minutos
Rural <ul style="list-style-type: none"> • PCP • Especialistas 	30 millas 60 millas	60 minutos 45 minutos

Accesibilidad

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

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores podrá cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Cuando sea posible, lo notificaremos al menos 15 días antes para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que el tratamiento necesario por motivos médicos al que está sometido no se interrumpa.

- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por uno calificado o que su cuidado no se está manejando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si usted se entera de que uno de sus proveedores dejará de pertenecer a nuestro plan, comuníquese con su administrador de caso para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y coordinar su cuidado.

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

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

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

¿Cuáles son las farmacias de la red?

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

Llame a Servicios al Miembro al número que figura al final de la página para obtener más información. Podemos brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra de red de farmacias y proveedores. También puede realizar la consulta en línea en www.anthem.com/vamedicaid.

Servicios que puede obtener sin un referido o una autorización previa.

En la mayor parte de los casos, usted necesitará una aprobación de su PCP antes de ver a otros proveedores. Esta aprobación se conoce como referido. Usted puede obtener servicios como los que se incluyen en este listado sin necesidad de aprobación previa de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Cuidado necesario de forma urgente de proveedores de la red.
- Servicios de planificación familiar y suministros.
- Servicios de cuidado de la salud de rutina para la mujer. Esto incluye exámenes mamarios, mamografías (radiografías de las mamas), Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.

Además, si usted califica para obtener servicios de salud por parte de proveedores hindúes, podrá ver a estos proveedores sin un referido.

4. Cómo obtener servicios y cuidado especializado

¿Qué son los especialistas?

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

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

Si necesita consultar a un especialista para obtener cuidados continuos, su PCP podrá referirlo para un determinado número de visitas o un lapso determinado (que se conoce como referido permanente). Si usted tiene un referido permanente, no necesitará un nuevo referido cada vez que necesite cuidados. Si usted tiene algún problema incapacitante o enfermedades crónicas, nos puede consultar si su especialista puede ser su PCP.

¿Cómo accedo a un especialista de la red?

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

Cómo obtener servicios de proveedores fuera de la red

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

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

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

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

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

Cómo obtener servicios de proveedores fuera del estado

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

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

5. Cómo obtener servicios y cuidados de emergencia

¿Qué es una emergencia?

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

Qué hacer en caso de emergencia

¡Llame al 911 de inmediato! No es necesario que nos llame primero. Diríjase al hospital más cercano. Llamar al 911 lo ayudará a encontrar un hospital. Puede ir a cualquier hospital para recibir cuidados de emergencia, incluso aunque se encuentre en otra ciudad u otro estado. Si está ayudando a otra persona, mantenga la calma. Informe al hospital que usted es un miembro de Anthem HealthKeepers Plus. Pídales que nos llamen al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.

¿Qué es una emergencia médica?

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

- Riesgo grave para su salud.
- Daño grave para las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, trabajo de parto en un momento en el que podría suceder algo de lo siguiente:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla en forma segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad o la de su niño no nacido.

¿Qué es una emergencia de salud del comportamiento?

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

Ejemplos de casos que no son de emergencia

Algunos ejemplos de casos que no son de emergencia son: resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes menores, moretones o esguinces. Si no está seguro, llame a su PCP o a nuestra línea asesoramiento médico disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-800-901-0020 (TTY 711)**.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar

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

¿Qué se cubre si tiene una emergencia?

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

Infórmenos sobre su emergencia

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

Después de una emergencia

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

Si es hospitalizado

Si es hospitalizado, un familiar o amigo debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Al mantenernos informados, su coordinador de cuidados puede trabajar con el equipo del hospital para organizar el cuidado y los servicios adecuados para usted antes de que le den de alta.

Su coordinador de cuidados también mantendrá informado a su equipo médico, incluidos sus proveedores de servicios de cuidado en el hogar, de sus planes de estadía en el hospital y alta.

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

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

Sin embargo, una vez que el doctor diga que no se trató de una emergencia, cubriremos su cuidado adicional solo si:

- va a un proveedor de la red, o
- el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado necesario de forma urgente” y usted sigue las reglas para recibir este cuidado. (Consulte Cuidado necesario de forma urgente en la **Sección 6** de este manual.)

6. Cómo recibir cuidado necesario de forma urgente

¿Qué es el cuidado necesario de forma urgente?

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

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

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

7. Cómo obtener medicamentos recetados

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

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan Anthem HealthKeepers Plus

Por lo general, cubriremos sus medicamentos siempre y cuando respete las reglas de esta Sección.

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

Abastecer las recetas

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

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

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

Si necesita ayuda para abastecer una receta, puede comunicarse con Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

Lista de medicamentos cubiertos

El plan Anthem HealthKeepers Plus tiene una Lista de medicamentos cubiertos que seleccionamos con la ayuda de un equipo de doctores y farmacéuticos. Nuestra Lista de medicamentos cubiertos también incluye todos los medicamentos de la Lista de medicamentos preferidos (PDL) del DMAS. La Lista de medicamentos cubiertos está disponible en www.anthem.com/vamedicaid. Esta le informa qué medicamentos **cubrimos** y si hay reglas o restricciones en algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener.

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

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

Límites para la cobertura de algunos medicamentos

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

Si hay alguna regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, tal vez su proveedor necesite solicitar una autorización de servicio para que usted reciba el medicamento. Podemos o no aceptar aprobar la solicitud sin tomar medidas adicionales. Consulte “Autorización de servicios y determinación de beneficios” y “Autorizaciones de servicio y transición del cuidado” en la **Sección 11** de este manual.

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus es nuevo para usted, puede seguir recibiendo sus medicamentos autorizados mientras dure la autorización o durante **30 días** a partir de que se inscribe por primera vez, lo que sea antes.

Consulte “Período de transición del cuidado” en la **Sección 11** de este manual.

Si negamos o limitamos la cobertura de un medicamento, y si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte “Su derecho a apelar” en la **Sección 12** de este manual. Si tiene alguna inquietud, comuníquese con su coordinador de cuidados. Trabajarán con usted y su PCP para asegurarse de que reciba los medicamentos que sean más convenientes para usted.

Obtener aprobación con anticipación

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

Probar un medicamento distinto en primer lugar

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

Límites de cantidad

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

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplican a un medicamento que su médico ha recetado, revise la Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web www.anthem.com/vamedicaid.

Suministro de emergencia

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

Medicamentos no cubiertos

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

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

Cambio de farmacia

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

Si la farmacia que usted usa deja nuestra red, tendrá que encontrar una farmacia nueva. Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página o con su coordinador de cuidados. Servicios al Miembro puede decirle si hay una farmacia de la red cercana.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces las recetas deben abastecerse en una farmacia especializada. Estas recetas se llaman medicamentos especializados. A menudo es necesario que tenga especial cuidado cuando los tome.

Los medicamentos especializados a menudo se usan para tratar enfermedades crónicas y, por lo general, requieren manejo, administración o supervisión especial.

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

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

- Accredo al 1-877-241-3489
- Acaria Health al 1-800-511-5144

O puede llamarnos al 1-800-901-0020 (TTY 711) si tiene dificultades para obtener sus medicamentos especializados. Estamos para ayudarlo. Llámenos para averiguar si un medicamento se considera especializado o para obtener una copia de la lista de medicamentos especializados. Usted y su doctor pueden trabajar juntos para decidir qué medicamento es mejor para usted.

¿Puede usar servicios de venta por correo para obtener sus recetas?

No puede usar servicios de venta por correo para obtener sus recetas.

¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Puede obtener un suministro de hasta 31 días de sus medicamentos.

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

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

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

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

Si es elegido para el PUMS, se lo puede restringir o bloquear para que use una sola farmacia o visite un solo proveedor para obtener determinados tipos de medicamentos. Le enviaremos una carta para informarle cómo funciona el PUMS. El período de inclusión es de 12 meses. Al final del período de bloqueo, hablaremos con usted para ver si debe continuar en el programa.

Si es colocado en el PUMS y no cree que debería estar en el programa, puede apelar. Debe presentarnos una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha en que se reciba la carta que dice que ha sido colocado en el PUMS. También puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Consulte “Apelaciones, audiencias imparciales del Estado y reclamos” en la **Sección 12** de este manual.

Si es colocado en el programa PUMS, puede obtener recetas fuera del horario de atención si su farmacia seleccionada no está disponible las 24 horas. También podrá escoger un PCP, una farmacia u otro proveedor de los que desee ser bloqueado. Si no selecciona proveedores para bloqueo en un plazo de 15 días, los seleccionaremos por usted. Los miembros que estén inscritos en el PUMS recibirán una carta nuestra que brinda información adicional sobre el PUMS, incluida toda la siguiente información:

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

Si tiene alguna pregunta acerca del programa PUMS, póngase en contacto con Servicios al Miembro al número que figura abajo.

8. Beneficios

Reglas de cobertura general

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

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

Beneficios cubiertos a través del plan Anthem HealthKeepers Plus

Cubrimos los siguientes servicios cuando sean necesarios por motivos médicos.

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

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

- Servicios de salud en el hogar.
- Servicios de hospicio.
- Cuidado hospitalario: pacientes internados y ambulatorios.
- Asesoramiento sobre pruebas y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Inmunizaciones.
- Servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados.
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia.
- Investigaciones de plomo.
- Mamografías.
- Cuidados de maternidad: incluyen cuidado durante el embarazo y servicios de doctores y enfermera obstétrica certificada. En la **Sección 6** de este manual se brinda información adicional acerca del cuidado durante el embarazo.
- Servicios de enfermera obstétrica certificada a través de un proveedor de enfermeras obstétricas certificadas.
- Trasplantes de órganos.
- Ortesis, incluidos aparatos ortopédicos, férulas y soportes; para menores de 21 años o adultos a través de un programa de rehabilitación intensivo.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Prueba de Papanicolaou.
- Servicios de doctores y prestadores, incluidas las visitas al consultorio médico.
- Terapias físicas, ocupacionales y del habla.
- Servicios de podología (cuidado de los pies).
- Servicios prenatales y maternos.
- Medicamentos recetados. Consulte la **Sección 7** de este manual para obtener más información acerca de los servicios de farmacia.
- Servicios privados de enfermería (a través de EPSDT) para menores de 21 años.
- Exámenes de antígeno prostático específico (PSA) y tactos rectales.
- Dispositivos protésicos, que incluyen brazos, piernas y sus accesorios de soporte, senos y prótesis oculares.
- Servicios psiquiátricos o psicológicos.

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

Beneficios adicionales incluidos en el plan Anthem HealthKeepers Plus

Como miembro de nuestro plan, usted tiene acceso a servicios que generalmente no están cubiertos a través del programa Medicaid fee-for-service (Pago por servicio). Estos servicios se conocen como "beneficios mejorados". Proporcionamos los siguientes beneficios mejorados:

- Teléfono inteligente con 350 minutos mensuales, datos y mensajes de texto ilimitados. También recibe llamadas ilimitadas a Servicios al Miembro.

- Transporte para comprar víveres (obtenga más información al final de esta sección, en “Servicios de transporte cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus”).
- Asistencia GED (cupón de prueba de un valor de hasta \$120).
- Exámenes físicos de aptitud deportiva para niños.
- Purificador de aire (su coordinador de cuidado determina su necesidad).
- Membresías de Boys & Girls Club para niños (si están disponibles).
- Programa Books for Babies: obtenga hasta tres libros para niños sin costo entregados directamente en su hogar si su bebé recién nacido tiene menos de 24 meses de edad.
- Cupones Weight Watchers® de un valor de \$120 o 13 semanas de tarifa de membresía y 14 semanas de cupones de herramientas electrónicas.*
- Fitness Coach Program: acceda a información en línea, entrenamiento y clases de ejercicio. Para obtener más información, visite **www.choosehealthy.com/fitnesscoachanthem**.
- Aplicación móvil: encuentre fácilmente los detalles del plan de salud donde sea que esté, busque doctores del plan cercanos, llame a la 24/7 NurseLine (Línea de enfermería de 24 horas al día) y obtenga mucho más desde la aplicación. Incluso puede ver su tarjeta de identificación.
- Community Resource Link: busque eventos de la comunidad, trabajo y más con esta fantástica herramienta en línea.

*Los vales de Weight Watchers® corresponden a un programa gratuito de 13 semanas con Weight Watchers. Para utilizar el vale, se debe crear una cuenta de Weight Watchers. A menos que la cuenta se cancele antes de que finalice el periodo de 13 semanas, Weight Watchers podrá facturar las tarifas mensuales de membresía luego de que se complete el curso de 13 semanas.

Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al número que figura al final de esta página. Estamos a su disposición de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Nuestro programa Healthy Rewards

Nuestro programa Healthy Rewards le da recompensas por hacer cosas buenas para su salud. Puede ganar hasta \$25 por completar actividades como chequeos de bienestar, exámenes de detección de diabetes, mamografías o resurtido de sus medicamentos.

Puede gastarlos en las tiendas cercanas para comprar diversos artículos aprobados que necesite para conservar la salud. Revise la lista a continuación y vea qué actividades saludables puede hacer:

Actividades saludables	Quién es elegible	Recompensa	Límite
Examen de detección de cáncer de mamas	Todos los miembros de entre 50 y 74 años	\$25	Una vez cada 24 meses
Examen de detección de cáncer de cuello uterino	Todos los miembros de entre 21 y 64 años	\$10	Una vez cada 36 meses
Examen de detección de clamidia	Todos los miembros de entre 16 y 24 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Vacunaciones infantiles Combo 3	Todos los miembros de entre 0 y 2 años	\$15	Una vez cada 12 meses
Vacunaciones en adolescentes	Todos los miembros de entre 10 y 13 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Examen de detección de plomo	Todos los miembros de entre 0 y 2 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Visitas de bienestar para adolescentes	Todos los miembros de entre 12 y 21 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Vacuna contra el Virus del papiloma humano (VPH)	Todos los miembros de entre 9 y 13 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Visita de bienestar infantil	Todos los miembros de entre 15 meses y 11 años	\$10	Una vez cada 12 meses

Resurtido de medicamento para la hipertensión arterial	Todos los miembros de entre 18 y 85 años	\$10	Tres veces cada 12 meses
Pruebas de diabetes A1c	Todos los miembros de entre 18 y 75 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Prueba ocular para diabéticos	Todos los miembros de entre 18 y 75 años	\$25	Una vez cada 12 meses
Examen de retinopatía diabética	Todos los miembros de entre 18 y 75 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Visitas de bienestar para adultos	Todos los miembros de entre 18 y 74 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Vacuna contra la influenza	Todos los miembros de entre 18 y 64 años	\$10	Una vez cada 12 meses

Para obtener más información acerca del Programa Healthy Rewards e inscribirse, llame al 1-877-868-2004 (TTY 711) o visítenos en línea, en www.myanthem.com/healthyrewards. Para ganar recompensas, debe inscribirse en el programa antes de completar las actividades saludables.

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

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

EPSDT fomenta la evaluación universal y temprana de las necesidades de cuidados de la salud en niños a través de exámenes de detección periódicos y servicios de diagnóstico y tratamiento dentales, auditivos y para la visión. Los encargados de realizar los exámenes de detección de EPSDT son médicos y enfermeros profesionales certificados y pueden llevarse a cabo en los siguientes casos:

- Examen de detección/chequeos de bienestar infantil (EPSDT/exámenes de detección periódicos): chequeos que se realizan a intervalos regulares.
- Visitas por enfermedad (EPSDT/exámenes de detección interperiódicos): chequeos no programados o evaluación centrada en un problema que puede producirse en cualquier momento como consecuencia de una enfermedad del niño o un cambio en la condición.

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

Cómo tener acceso a la cobertura del servicio EPSDT

El plan Anthem HealthKeepers Plus proporciona la mayoría de los servicios cubiertos por el EPSDT de Medicaid. Estos servicios requieren una autorización previa de su doctor. Sin embargo, algunos servicios de EPSDT, como el cuidado dental pediátrico, no están cubiertos. Puede obtener los servicios que no cubrimos a través del programa Medicaid Fee-For-Service (Pago por servicio). En la **Sección 11** de este manual se proporciona información adicional.

Cómo tener acceso a la cobertura del servicio de intervención temprana

Si tiene un bebé menor de tres años y cree que no está aprendiendo ni desarrollándose como otros bebés y niños pequeños, es posible que su hijo tenga acceso a los servicios de intervención temprana.

Estos incluyen servicios diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo del bebé o niño pequeño con una discapacidad en una o más de las siguientes áreas: física, cognitiva, social o emocional o en el desarrollo adaptativo. Los servicios incluyen terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional. El primer paso consiste en reunirse en su comunidad con el programa local Infant and Toddler Connection para ver si su hijo es elegible para obtener el beneficio. Los niños desde el nacimiento hasta los tres años son elegibles si tienen (i) un retraso del 25 % en una o más áreas de desarrollo; (ii) desarrollo atípico; o bien, (iii) una condición física o mental diagnosticada que tiene una alta

probabilidad de provocar un retraso en el desarrollo.

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

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

Asistencia de adopción y cuidado tutelar

Podemos brindarles a los individuos que están en cuidado tutelar o que reciben asistencia de adopción ayuda en referidos a proveedores, planificación de la transición (para jóvenes que están por dejar el sistema de cuidado tutelar) y coordinación de cuidados. De hecho, tenemos un equipo de administración de casos que se especializa en estos servicios y en trabajar con Departamentos de servicios sociales para ayudar a navegar los cuidados de salud médicos o del comportamiento y otros recursos. Para obtener más información sobre estos recursos, llame a nuestro **equipo de Administración de casos de cuidado tutelar al 1-844-533-1994, ext. 106-125-5019.**

Cómo tener acceso a los Servicios para el cuidado de la salud materno infantil

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

Tenemos programas para mujeres embarazadas que incluyen lo siguiente:

- servicios relacionados con el embarazo y de postparto;
- programas prenatales y para bebés;
- servicios para tratar cualquier afección médica que pueda complicar el embarazo;
- consultas sobre lactancia y sacaleches;
- programas para dejar de fumar y
- exámenes de detección de depresión posparto.

Programa New Baby, New LifeSM de Anthem HealthKeepers Plus

New Baby, New LifeSM es un programa que cubre a los miembros durante el embarazo. Es muy importante que visite a su proveedor de cuidado primario (PCP) u obstetra/ginecólogo (OB/GYN) para recibir cuidados si está embarazada. Este tipo de

atención se denomina cuidado prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé saludable. Siempre es importante el cuidado prenatal, aunque ya haya tenido un bebé.

Nuestro programa también ayuda a miembros durante el embarazo con necesidades complejas de cuidado de la salud. Un coordinador de cuidados de enfermeros trabaja estrechamente con las embarazadas miembro para brindarles lo siguiente:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de cuidados del doctor.
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad, como transporte, el programa Women, Infants and Children (WIC), lactancia materna y asesoramiento.

Su administrador de caso también trabajará con sus doctores y le brindará ayuda con otros servicios que pueda necesitar. El objetivo es promover una mejor salud para las madres y el nacimiento de bebés saludables.

Cuando queda embarazada

Si cree que está embarazada:

- Llame a su obstetra/ginecólogo de inmediato. No necesita un referido de su PCP para consultar a un OB/GYN.
- Si necesita ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo de la red de Anthem HealthKeepers Plus, llame a Servicios al Miembro.

También debe llamar a Servicios al Miembro cuando se entere de que está embarazada.

Su paquete de educación para embarazo

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

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

Conozca My Advocate™

Queremos brindarle los mejores cuidados durante el embarazo. Por eso también será parte de My Advocate™, que es parte de nuestro programa New Baby, New LifeSM. My Advocate™ le brinda la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo.

My Advocate™ proporciona educación útil y divertida sobre salud maternal por teléfono, mensajes de texto y aplicación para teléfono inteligente. Podrá conocer a Mary

Beth, la personalidad automatizada de My Advocate™. Mary Beth dará respuesta a sus cambiantes necesidades a medida que su bebé crece y se desarrolla. Puede contar con:

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

Con My Advocate™, se conserva la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que Mary Beth la llame, le preguntará su año de nacimiento. No dude en decírselo. Necesita ese dato para asegurarse de hablar con la persona correcta.

Las llamadas de My Advocate™ dan respuesta a sus preguntas y apoyo médico si lo necesita. Se hará una importante llamada para hacer un examen de detección, seguido por comunicación constante para ofrecer educación. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas por teléfono.* Si nos cuenta que tiene algún problema, un administrador de casos la llamará.

Los temas que trata My Advocate™ incluyen:

- Cuidado durante el embarazo y el posparto.
- Cuidado de bienestar infantil.
- Cuidado dental.
- Inmunizaciones.
- Consejos para una vida sana.

*Posibles cargos por teléfono o mensajes de texto.

Durante su embarazo

Mientras esté embarazada, necesita cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables del programa Women, Infants and Children (WIC). Servicios al Miembro puede darle el número de teléfono del programa WIC más cercano.

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

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

Es posible que su PCP u obstetra/ginecólogo le indiquen consultas más frecuentes en función de sus necesidades de salud.

Cuando tenga un nuevo bebé

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

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

Puede quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP u obstetra/ginecólogo y el proveedor de cuidados del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y el bebé salen del hospital antes, su PCP u obstetra/ginecólogo puede pedirle que lo visiten en el consultorio o que un enfermero los vea en el hogar en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé

Después de tener a su bebé, usted debe:

- Llamar a Servicios al Miembro apenas pueda para informarle a su administrador de caso que tuvo un bebé. Necesitaremos información sobre su bebé.
- Llame y presente una solicitud para Medicaid para su bebé.

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

- Una carta de felicitación.
- Un libro de cuidado personal con información sobre los cuidados del recién nacido.
- Un folleto sobre la depresión posparto.
- Un folleto sobre *Cómo elaborar un plan de vida familiar*.

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

Es importante que programe una visita a su PCP u obstetra/ginecólogo después de tener al bebé, para recibir su control posparto. Es posible que se sienta bien, pero el cuerpo demora al menos seis semanas en recuperarse del parto.

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

Inscripción para recién nacidos

Una vez que tenga a su bebé, necesitará informar el nacimiento de su hijo lo antes posible para inscribir a su bebé en Medicaid. Puede hacerlo de la siguiente manera:

- Llamando al Centro de llamadas de Cover Virginia al 1-855-242-8282 para informar el nacimiento de su hijo telefónicamente.
- Poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios Sociales para informar el nacimiento de su hijo.

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

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

Cómo tener acceso a los Servicios de planificación familiar

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

Cómo tener acceso a los servicios de salud del comportamiento

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

Estos servicios de salud del comportamiento tienen como objetivo ayudar a las personas a vivir en la comunidad y a mantener un estilo de vida lo más independiente y satisfactorio posible. Los servicios abarcan desde asesoramiento para pacientes ambulatorios hasta cuidado hospitalario, incluidos tratamientos diurnos y servicios de crisis.

Estos servicios se pueden proporcionar en el hogar o en la comunidad, por un período corto o largo, y todos están a cargo de personas y organizaciones.

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

Si necesita servicios de salud del comportamiento, llame a nuestro equipo de Servicios al Miembro al número que figura al final de la página. Estamos aquí para ayudarlo a obtener

los servicios y los proveedores que necesita.

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

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

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

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

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

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

Para obtener servicios de ARTS, hable con su proveedor directamente o llámenos al número de Servicios al Miembro que figura al final de esta página.

Algunos servicios del programa de ARTS requieren una aprobación previa, incluidos los siguientes:

- Substance abuse Intensive Outpatient Programs (IOPs).
- Servicios de autoayuda relacionados con el abuso de sustancias.
- Servicios de desintoxicación por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.
- Servicios relacionados con el abuso de suboxona y otros fármacos.

Servicios de transporte cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus

Cubrimos servicios de transporte que no son de emergencia para servicios cubiertos, servicios separados y beneficios mejorados. Contratamos a **Southeastrans** para ayudarlo a ir a donde usted necesite.

Se puede proporcionar transporte si no tiene otro medio de transporte y necesita ir a un médico o a un centro de cuidado de la salud para obtener un servicio cubierto. Para citas urgentes o que no sean de emergencia, llame al **1-877-892-3988 (TTY 711)** para reservar el traslado. Si tiene problemas para conseguir un transporte que lo lleve a sus citas, llame a **Southeastrans** al **1-877-892-3988 (TTY 711)** o a Servicios al Miembro al número que aparece a continuación.

En caso de una emergencia que ponga en riesgo su vida, **llame al 911**. Vea “Cómo recibir cuidados en caso de emergencias” en la **Sección 5** de este manual.

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

Cómo programar el transporte

Para programar el transporte, simplemente siga estos pasos:

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

Si no puede coordinar el traslado o tiene una queja, llame a nuestro equipo de Servicios al Miembro al 1-800-901-0020 (TTY 711).

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

*Los miembros menores de 17 años deberán estar acompañados de un padre o tutor.

Estos traslados están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 5 p. m. Cubriremos hasta 12 viajes de ida y vuelta* anuales o tres cada tres meses. Un viaje de ida y vuelta está clasificado como un viaje de recogida y un viaje al lugar de destino que no excedan las 30 millas en zonas urbanas y 60 millas en zonas rurales.

Reembolso por millaje

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

Para necesidades de transporte recurrentes

Si necesita traslados recurrentes para servicios de diálisis críticos, tratamiento por abuso de sustancias y cuidados diurnos para adultos, sus proveedores necesitan comunicarse con Southeastrans y deberán completar un formulario que se aprobará para tres meses por vez.

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

9. Servicios no cubiertos

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

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

Si recibe servicios no cubiertos

Cubrimos sus servicios cuando está inscripto en nuestro plan y:

- Los servicios son necesarios por motivos médicos.
- Los servicios se encuentran mencionados en “Beneficios cubiertos a través del plan Anthem HealthKeepers Plus” en la **Sección 8** de este manual.
- Recibe servicios al seguir las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o a través del DMAS, usted debe pagar el costo total. Si no está seguro y quiere saber si pagará por cualquier servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. Puede comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de cuidados para averiguar más acerca de los servicios y de cómo obtenerlos. También tiene derecho a preguntar por escrito.

Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión. La **sección 12** proporciona instrucciones sobre cómo apelar nuestras decisiones de cobertura. También puede llamar a Servicios al Miembro para saber más acerca de sus derechos a apelar o para obtener ayuda para presentar una apelación.

10. Servicios cubiertos a través del programa Medicaid Fee-For-Service (Pago por servicio)

El DMAS le proporcionará cobertura para cualquiera de los servicios que se enumeran abajo. Estos servicios se denominan “servicios separados”. Usted permanece en el plan Anthem HealthKeepers Plus cuando recibe estos servicios. Su proveedor le factura el pago por servicios de Medicaid (o su Contratista) por estos servicios.

Servicios separados

- Servicios dentales proporcionados a través del programa Smiles For Children.

El estado se ha asociado con DentaQuest para coordinar el suministro de todos los servicios dentales de Medicaid. El nombre del programa es Smiles For Children. Smiles for Children proporciona cobertura para las siguientes poblaciones y los siguientes servicios:

- Para niños menores de 21 años: procedimientos de diagnóstico, preventivos, reconstituyentes/quirúrgicos, así como servicios de ortodoncia.
- Para mujeres embarazadas: radiografías y exámenes, limpiezas, amalgamas, tratamientos de conducto, tratamiento relacionado con las encías, coronas, puentes, prótesis parciales, y dentaduras, extracciones y otras cirugías bucales, y otros servicios generales adecuados. El tratamiento de ortodoncia no está incluido. La cobertura dental termina 60 días a partir del nacimiento del bebé.
- Para adultos de 21 años o más, la cobertura solo está disponible para servicios limitados de cirugía maxilofacial necesarios por motivos médicos. Los servicios dentales de rutina para adultos están cubiertos tal como se describió anteriormente para las mujeres embarazadas.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura dental a través de Smiles For Children, puede comunicarse con Servicios al Miembro de DentaQuest al 1-888-912-3456, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar del este. El número de TTY/TDD es 1-800-466- 7566. Puede obtener más información acerca del programa Smiles For Children en:

https://www.coverva.org/programs_smiles.cfm.

Brindamos cobertura para transporte que no sea de emergencia para cualquier servicio dental cubierto a través de Smiles for Children, como se describió anteriormente. Si necesita ayuda, póngase en contacto con Servicios al Miembro de Servicios al Miembro de Anthem HealthKeepers Plus al número que figura abajo.

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

Servicios que finalizarán su inscripción

Si recibe alguno de los servicios que figuran abajo, su inscripción al plan Anthem HealthKeepers Plus terminará y obtendrá servicios del programa Medicaid Fee-For-Service (Pago por servicio) siempre que siga siendo elegible para Medicaid.

- Usted obtiene los cuidados en ciertos centros, incluidos los siguientes:
 - Centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales.
 - Centro de tratamiento psiquiátrico residencial de nivel C (niños menores de 21)
 - Centros de enfermería.
 - Centros de cuidado a largo plazo.
 - Hospitales para internaciones largas.
 - Centros estatales de Piedmont, Catawba o Hancock operados por DBHDS.
 - Centros de enfermería operados por la Administración de Veteranos.
- Usted obtiene cuidados a través de ciertos programas, entre ellos:
 - Programa Spend down.
 - Programas Federal Waiver para cobertura de Medicaid para el hogar y para la comunidad
 - Programa Commonwealth Coordinated Care (CCC) Plus
 - Birth Injury Fund
 - Beneficio Plan First
 - Governor's Access Plan (GAP)
 - FAMIS Select
 - Beneficio del Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).
- Usted recibe ciertos servicios como cuidado de hospicio.
- Su estado cambia, por los siguientes motivos:
 - Usted es doblemente elegible y se inscribe en Medicaid y Medicare.

- Usted no es un estudiante ni vive de forma permanente fuera de nuestra área de servicio durante más de sesenta (60) días consecutivos (a menos que sea trasladado allí por servicios necesarios por motivos médicos).
 - Usted es un paciente internado en un hospital, durante el periodo programado de inscripción o tiene programada una internación o cirugía dentro de los treinta (30) días calendario de la fecha de la inscripción. Usted permanecerá excluido hasta el primer día del mes siguiente al alta. (Esta limitación no se aplica a los recién nacidos a menos que haya una interrupción de la cobertura).
 - Su periodo de elegibilidad es menor a tres (3) meses o solo es retroactivo.
- Usted solicita la exclusión debido a que:
- Usted nos fue asignado, pero su doctor le dio una expectativa de vida de seis (6) meses o menos.
 - Usted está en su tercer trimestre de embarazo, pide la exclusión para el día 15 del mes en el que se inscribió con nosotros y su proveedor de obstetricia no participa con ninguno de los MCO contratados por el estado.

11. Procedimiento de autorización de servicios

Explicación de las autorizaciones de servicios

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

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

Examinamos los estándares de cuidado sobre la base de:

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

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

- Negar cuidados o servicios que usted necesita.
- Apoyar decisiones que aprueben menos de lo que usted necesita.
- Decir que no necesita cobertura.

No se requiere autorización de servicios por servicios de intervención temprana, cuidado de emergencia, servicios de planificación familiar (incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada), servicios preventivos y cuidado prenatal básico.

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

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

Para obtener más información sobre cómo solicitar aprobación para estos tratamientos o servicios puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro al número que figura abajo o puede llamar a su coordinador de cuidados. Si no está seguro si un servicio que necesita requiere autorización o no, pídale a su doctor o proveedor que lo verifique por usted.

Autorizaciones de servicios y transición del cuidado

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

Cómo presentar una solicitud de autorización de servicios

Generalmente, su proveedor presentará una solicitud de autorización de servicios, pero si desea presentarla usted mismo, comuníquese con Servicios al Miembro al número que aparece al final de esta página.

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

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

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

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

Plazos de tiempo para revisión de autorización de servicios

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

Servicios de salud físicos	Plazos de tiempo para revisión de autorización de servicios
Servicios hospitalarios para pacientes internados (Proceso de revisión estándar o acelerado)	Dentro de los 14 días hábiles si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 14 días hábiles más si necesitamos información adicional, o tan pronto como su condición lo requiera.
Servicios para pacientes ambulatorios (Proceso de revisión estándar)	Dentro de los 14 días hábiles si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 14 días hábiles más si necesitamos información adicional.
Servicios para pacientes ambulatorios (Proceso de revisión acelerada)	Dentro de las 72 horas desde que recibimos su solicitud; o tan pronto como su condición lo requiera.

Servicios de salud del comportamiento	Plazos de tiempo para revisión de autorización de servicios
Paciente ambulatorio (Proceso de revisión estándar)	Dentro de los 14 días hábiles si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 14 días hábiles más si necesitamos información adicional, o tan pronto como su condición lo requiera.
Paciente internado (Revisión estándar)	Dentro de los 14 días hábiles si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 14 días hábiles más si necesitamos información adicional, o tan pronto como su condición lo requiera.

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

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

- Escribiremos e informaremos a usted y a su proveedor qué información se necesita. Si su solicitud está en una revisión acelerada, lo llamaremos a usted o a su proveedor de inmediato y después enviaremos una notificación por escrito.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos la decisión no más de 14 días después del día en que solicitamos más información.

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

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

Determinación de beneficios

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

Si se niega su solicitud, se lo informaremos por escrito a usted y a su proveedor. Una negación incluye cuando la solicitud se aprueba por una cantidad menor que la cantidad solicitada. También le diremos la razón por la cual tomamos la decisión y el nombre, la dirección y el teléfono de contacto de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Explicaremos las opciones de apelación con las que cuenta si no está de acuerdo con nuestra decisión. Consulte Su derecho a apelar en la Sección 12 de este manual.

Continuación de los cuidados

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

Revisión posterior al pago

Si revisamos cuidados o servicios que usted recibió en el pasado, hacemos una revisión posterior al pago al proveedor. Si negamos el pago a un proveedor por un servicio, le notificaremos a usted y a su proveedor el día en que el pago se niega. No tendrá que pagar por ningún cuidado recibido cubierto por el plan o por Medicaid incluso si posteriormente negamos el pago al proveedor.

12. Apelaciones, audiencias imparciales del Estado y reclamos (quejas)

Su derecho a apelar

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

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

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

Representante autorizado

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

Determinación adversa sobre beneficios

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. El pedido de aprobación para un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicios. Este proceso se describió anteriormente en este manual. Cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad menor que la solicitada se denomina determinación adversa sobre beneficios. Consulte Autorización de servicios y determinación de beneficios en la **Sección 11** de este manual.

Cómo presentar una apelación

Si no está satisfecho con una decisión tomada sobre su solicitud de autorización de servicios, tiene 60 días calendario a partir de conocer esta decisión para presentar una solicitud de apelación. Puede presentar la apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que lo haga por usted.

Puede llamar a Servicios al Miembro a uno de los números que figuran abajo si necesita

ayuda para presentar una apelación o si necesita ayuda en otro idioma o necesita un formato alternativo. No lo trataremos injustamente por presentar una apelación.

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

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

Usted o su doctor puede solicitar que se revise la apelación con el proceso acelerado si cree que su afección de salud o su necesidad de servicio necesita una revisión acelerada. Su doctor deberá explicar cómo una demora causará daños a su salud física o del comportamiento. Si su solicitud de apelación acelerada es denegada, se lo notificaremos y su apelación se revisará conforme el proceso estándar.

Envíe su solicitud de apelación a:

Grievance and Appeals Department
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23464

También puede llamarnos o enviarnos un fax. Llame al Departamento de Quejas y Apelaciones al 1-800-901-0020 (TTY 711). También puede enviarnos su solicitud de apelación por fax al 1-866-920-4097.

Si envía su apelación estándar por teléfono, debe completarse por escrito. Si presentó apelaciones de proceso acelerado por teléfono no es necesario que envíe una solicitud por escrito.

Continuación de los beneficios

En algunos casos puede seguir recibiendo los servicios que negamos mientras espera a que se tome una decisión sobre su apelación. Puede continuar con los servicios que van a finalizar o a reducirse, si solicita una apelación:

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

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

Qué sucede después de que recibimos su apelación

En un plazo de **cinco** días, le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su

apelación y que estamos trabajando en ella.

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

Antes de y durante la apelación, usted o su representante autorizado puede ver su archivo del caso, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro usado para tomar una decisión sobre su caso. Esta información está disponible sin ningún costo para usted.

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

Grievance and Appeals Department
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23464

Si no está seguro de qué información enviarnos, puede llamar a Servicios al Miembro a uno de los números que figuran abajo.

Plazos para las apelaciones

Apelaciones estándar

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

Apelaciones aceleradas

Si tenemos toda la información necesaria, las decisiones de apelación acelerada se tomarán **en un plazo de 3 días hábiles** a partir de la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de 14 días hábiles a partir de que tomamos la decisión.

Si necesitamos más información

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

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

enviaremos una notificación por escrito.

- Le comunicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos la decisión **en un plazo máximo de 14 días adicionales** a partir de la fecha en que solicitamos más información.

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

Grievance and Appeals Department
HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23464

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

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

Notificación por escrito de la decisión sobre la apelación

Si no le comunicamos nuestra decisión sobre su apelación a tiempo, tiene derecho a apelar al Estado a través del proceso de Audiencia Imparcial del Estado. Una respuesta fuera de tiempo se considera una razón válida para que usted apele a través del proceso de Audiencia Imparcial del Estado.

Le informaremos por escrito a usted y a su proveedor si su solicitud es denegada o aprobada en una cantidad inferior a la solicitada. También le diremos la razón por la cual tomamos la decisión y el nombre, la dirección y el teléfono de contacto de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, le explicaremos su derecho a apelar a través de un proceso de Audiencia Imparcial del Estado.

Su derecho a una Audiencia Imparcial del Estado.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, puede apelar directamente ante el DMAS. Este proceso se conoce como Audiencia Imparcial del Estado. También puede presentar una solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado si negamos el pago por servicios cubiertos o si no

respondemos a una solicitud de apelación por servicios dentro de los tiempos descritos en este manual.

El estado requiere que primero agote (complete) nuestro proceso de apelación antes de que pueda presentar una solicitud de apelación a través del proceso de Audiencia Imparcial del Estado. Si no respondemos su solicitud de apelación a tiempo, el DMAS tomará esto como una apelación agotada.

Solicitudes de revisión estándar o acelerada

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

Representante autorizado

Puede darle a su PCP, a su proveedor, a un amigo o a un miembro de la familia un permiso escrito para que lo ayude con su solicitud de Audiencia Imparcial del Estado. Esta persona es su representante autorizado.

Dónde enviar su solicitud de Audiencia Imparcial del Estado.

Usted o su representante debe enviar su solicitud de apelación estándar o acelerada al DMAS mediante Internet, correo electrónico, fax, teléfono, personalmente, o a través de otro medio electrónico comúnmente disponible. Envíe las solicitudes de Audiencia Imparcial del Estado al DMAS dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de nuestra decisión final. Es posible que pueda apelar después del límite de 120 días en circunstancias especiales con permiso del DMAS.

Puede escribir una carta o completar un formulario de solicitud de apelación de Medicaid del estado de Virginia. El formulario está disponible en su Departamento de Servicios Sociales local o en Internet, en http://www.dmas.virginia.gov/Content_atchs/forms/dmas-200.pdf. También debe enviar al DMAS una copia de la carta que le enviamos en respuesta a su apelación.

Debe firmar la solicitud de apelación y enviarla a:

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

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

Después de que usted presenta su apelación de Audiencia Imparcial del Estado

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

Proceso de audiencia estatal imparcial

Apelación acelerada

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

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

Apelación estándar

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

Continuación de los beneficios

En algunos casos puede seguir recibiendo los servicios que negamos mientras espera a que se decida su apelación ante la Audiencia Imparcial del Estado.

Puede continuar con los servicios que van a finalizar o a reducirse, si solicita una

apelación:

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

Sus servicios continuarán hasta que retire la apelación, hasta que termine el período de autorización original de su servicio o hasta que el oficial de Audiencia Imparcial del Estado tome una decisión que no sea a su favor. **Sin embargo, puede tener que volver a pagarnos por cualquier servicio que haya recibido durante el período de cobertura continuada si se mantiene nuestra determinación adversa sobre beneficios y los servicios se proporcionaron únicamente según los requisitos descritos en esta Sección.**

Si la Audiencia Imparcial del Estado revierte su denegación y los servicios no se continuaron mientras la Audiencia Imparcial del Estado estuvo pendiente

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

Si la Audiencia Imparcial del Estado revierte su denegación y los servicios continuaron mientras la Audiencia Imparcial del Estado estuvo pendiente

Si la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado es revertir la denegación y los servicios se proporcionaron mientras la apelación estaba pendiente, debemos pagar por esos servicios, de acuerdo con las políticas y las normas del estado.

Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado

La decisión de la Audiencia Imparcial del Estado es la decisión administrativa final brindada por el Department of Medical Assistance Services. Si no está de acuerdo con la decisión del oficial de la audiencia, puede apelarla en su corte de circuito local.

Apelaciones externas para miembros de FAMIS

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

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre una cobertura o apelación, usted o el representante autorizado de su hijo pueden presentar una apelación. Puede solicitar una revisión externa si nosotros:

- Rechazamos el pago de un servicio que usted quiere para su hijo.
- Accedimos a cubrir un servicio, pero luego le impusimos restricciones.
- Discontinúamos el pago de un servicio al que accedimos cubrir.
- No le damos acceso a su hijo a un servicio lo suficientemente rápido.

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

FAMIS External Review Request

c/o KEPRO

2810 N. Parham Road, Suite 305

Henrico, VA 23294

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

Su derecho a presentar un reclamo

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

¿Por qué tipos de problemas pueden presentarse quejas?

El proceso de reclamos se usa para inquietudes de calidad de cuidados, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación hay ejemplos de los tipos de problemas que maneja nuestro proceso de reclamos.

1. Reclamos sobre calidad

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

2. Reclamos sobre privacidad

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

3. Reclamos sobre mal servicio al cliente

- Un proveedor o personal de cuidado de la salud fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de Anthem HealthKeepers Plus lo trató mal.
- No estamos respondiendo a sus preguntas.

➤ No está satisfecho con la asistencia que está recibiendo de su coordinador de cuidados.

4. Reclamos sobre accesibilidad

➤ No puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud ni a las instalaciones en la consulta de un doctor o de un proveedor.

➤ No se le brindaron las adaptaciones razonables que fueron solicitadas y que usted necesitaba para participar a conciencia de su cuidado.

5. Reclamos sobre acceso a la comunicación

➤ Su doctor o proveedor no le ofreció un intérprete calificado por su sordera o dificultad auditiva o un intérprete de otro idioma durante la consulta.

6. Reclamos sobre tiempos de espera

➤ Tiene problemas para programar una cita o hay demasiada espera para programarla.

➤ Doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o Servicios al Miembro, u otros integrantes del personal de Anthem HealthKeepers Plus, lo han hecho esperar demasiado tiempo.

7. Reclamos sobre la limpieza

➤ Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio del doctor no están limpios.

8. Reclamos sobre nuestras comunicaciones

➤ Usted cree que no le hemos enviado un aviso o carta que tendría que haber recibido.

➤ Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

➤ Solicitó ayuda para comprender la información y no la recibió.

Distintos tipos de reclamos

Puede presentar un reclamo interno y/o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante nosotros y somos también nosotros quienes lo revisamos. Un reclamo externo se presenta a una organización que no está afiliada con el plan Anthem HealthKeepers Plus y es esa organización la que lo examina.

Reclamos internos

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

Puede presentar un reclamo por escrito, enviándolo por correo a:

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

También puede enviarnos un fax al 1-800-964-3627 o llamar a Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta.

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

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

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

Reclamos externos

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

Puede presentar un reclamo sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus a la Línea de ayuda de Managed Care llamando al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608) de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.

Puede presentar un reclamo ante la Office for Civil Rights (

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante el Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre acceso para discapacitados o asistencia con idiomas.

También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

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

13. Derechos del miembro

Sus derechos

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

- Recibir acceso oportuno al cuidado y los servicios.
- Participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud, lo que abarca el derecho a elegir sus proveedores de nuestra red de proveedores y el derecho a rechazar el tratamiento.
- Elegir recibir servicios y apoyo a largo plazo en su casa o comunidad o en un centro de enfermería.
- Confidencialidad y privacidad de su historia clínica y cuando recibe tratamiento.
- Recibir información y conversar sobre las opciones de tratamiento y alternativas disponibles en una forma y un lenguaje que usted entienda.
- Obtener información en un idioma que comprenda: puede obtener servicios de traducción oral sin costo.
- Recibir adaptaciones razonables que garanticen que efectivamente tenga acceso y se comunique con los proveedores, incluyendo asistencia adicional, intérpretes, horarios flexibles y servicios y edificios físicamente accesibles.
- Recibir la información necesaria para que usted pueda dar su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir una copia de su historia clínica y pedir que se modifiquen o corrijan datos.
- No sufrir ninguna forma de encierro o reclusión, a menos que lo prescriba un médico en caso de que exista riesgo inminente de lesiones corporales a sí mismo o a terceros o cuando exista una necesidad médica específica. Nunca se utilizará el encierro o la reclusión como método de coacción, sanción, conveniencia o represalia.
- Recibir atención médica independientemente de la discapacidad, el género, la raza, el estado de salud, el color, la edad, la nacionalidad, la orientación sexual, el estado civil o la religión.

- Estar informado de dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de nosotros, lo que comprende cómo puede recibir beneficios de proveedores fuera de la red si los servicios no están disponibles en nuestra red.
- Reclamos sobre nosotros ante el Estado. Puede llamar a la Línea de ayuda al 1-800-643-2273 para interponer un reclamo sobre nosotros.
- Designar a alguien que hable en su representación sobre su cuidado y tratamiento y para que lo represente en una apelación.
- Brindar directivas anticipadas y planes sobre su cuidado en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de la salud. Consulte la Sección 14 de este manual para obtener información sobre las Directivas anticipadas.
- Cambiar su plan de salud una vez al año por cualquier motivo durante la inscripción abierta o modificar su MCO después de la inscripción abierta por un motivo aprobado. Consulte la Sección 2 de este manual o llame a la Línea de ayuda de Managed Care al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608) o visite el sitio web virginiamanagedcare.com para obtener más información.
- Apele cualquier determinación (decisión) adversa sobre beneficios presentada por nosotros con la que esté en desacuerdo y que se relacione con los servicios de cobertura o pago. Consulte Su derecho a la apelación en la Sección 15 de este manual.
- Presentar un reclamo sobre cualquier inquietud que tenga con nuestro Servicio al cliente, los servicios que ha recibido, o el cuidado y tratamiento que ha recibido de uno de nuestros proveedores de la red. Consulte su derecho a presentar un reclamo en la Sección 15 de este manual.
- Recibir información de nuestra parte sobre el plan, sus servicios cubiertos, los proveedores de nuestra red, y sus derechos y obligaciones.
- Hacer recomendaciones sobre los derechos de los miembros y la política de responsabilidad, por ejemplo, uniéndose a nuestro Comité Consultivo de Miembros (como se describe más adelante en esta Sección del manual).

Su derecho a estar seguro

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

Si usted o alguien que conoce son víctimas, por parte de algún familiar u otra persona, de abuso físico, trato negligente o deshonestidad financiera, debe llamar a su departamento de servicios sociales local o a la línea gratuita, disponible las 24 horas, del Department of Social Services' de Virginia al: 1-888-832-3858.

Puede hacerlo de forma anónima; no tiene que dar su nombre. La llamada es gratuita. Además, pueden brindarle un trabajador capacitado local que lo asista y lo ayude a obtener los servicios que necesita para garantizar su seguridad.

Su derecho a la confidencialidad

Solamente revelará información si expresamente lo permite el estado y las leyes federales o si es necesario para usarla en programas que examinan historias clínicas con el fin de supervisar la calidad de la atención médica o para combatir el fraude o abuso.

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

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

Su derecho a la privacidad

La información 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 de salud, obtenemos de agencias estatales para Medicaid y el Children's Health Insurance Program información acerca de usted. También la obtenemos de sus doctores, clínicas, laboratorios y hospitales para poder aprobar y pagar su cuidado de la salud.

La legislación federal establece que debemos informarle lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos ha brindado, por escrito o almacenada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

➤ En papel (llamada física):

- Mantenemos bajo llave nuestras oficinas y nuestros archivos.
- Destruimos los documentos impresos con información de salud para que nadie acceda a ella.

➤ Almacenada en una computadora (llamada técnica):

- Usamos contraseñas de forma que solo las personas autorizadas puedan acceder.
- Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.

➤ Usada o compartida por el personal que trabaja para nosotros, los doctores o el Estado:

○ Dictamos normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos).

○ Enseñamos a las personas que trabajan con 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 de la salud o lo pague, si usted nos autoriza.

En ocasiones, podemos usarla y compartirla sin su consentimiento:

➤ Para su cuidado médico

○ Para ayudar a que los doctores, hospitales y otros le brinden el cuidado que necesita.

➤ Para pagos, tratamientos y operaciones del cuidado de la salud

○ Para compartir la información con los doctores, las clínicas y otros que nos facturen por su cuidado.

○ Cuando decimos que pagaremos el cuidado de la salud o los servicios antes de que los reciba.

○ Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como entregar su PHI para intercambios de información de salud por motivos de pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite

www.anthem.com/vamedicaid para obtener más información.

➤ Por motivos relacionados con la industria del cuidado de la salud

○ Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario.

○ Para encontrar formas de mejorar nuestros programas.

➤ Por razones de salud pública

○ Para ayudar a los funcionarios de salud pública a impedir que las personas se enfermen o lastimen.

➤ Con otras personas que ayuden con su cuidado o lo paguen

○ Con su familia o una persona que usted elija que le ayude con su cuidado de la salud o lo pague, si usted nos autoriza.

○ Con una persona que le ayude con su cuidado de la salud o lo pague, si usted no puede expresarse personalmente y si es lo mejor para usted.

Debemos recibir su autorización por escrito antes de usar o compartir su PHI para todo menos su cuidado, pagos, tareas diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su autorización por escrito antes de compartir información de psicoterapia sobre usted proporcionada por su doctor.

Usted puede informarnos por escrito que quiere revocar su autorización por escrito. No podemos revertir el proceso que conllevó el uso o la divulgación de la información cuando contábamos con su consentimiento. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

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

- Para ayudar a la policía y demás personas que garanticen el cumplimiento de la ley.
- Para denunciar abusos e incumplimientos.
- Para ayudar al tribunal cuando nos lo pidan.
- 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 encargados de funerarias a averiguar su nombre y la causa de muerte.
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar las partes de su cuerpo a la ciencia.
- Para investigación.
- Para impedir que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente.
- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el Gobierno.
- Para entregar información pertinente a la compensación laboral si usted se enferma o se lesiona en el trabajo.

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. No obstante, no tenemos su historia clínica completa. Si desea una copia de su historia clínica completa, pídasela a su doctor o centro de salud.
- Puede pedirnos que modifiquemos la historia clínica que tenemos si cree que algo es incorrecto o que falta información.
- A veces, 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 para usted o de alguna otra forma. Podemos hacer esto si enviarla a la dirección que tenemos puede ponerlo en peligro.

- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona durante los últimos seis años. Esto no comprenderá las veces que la hemos compartido por el cuidado de la salud, pago, tareas diarias de cuidado de la salud u otras razones que no enumeramos aquí.
- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque la haya pedido por correo electrónico.
- Si paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su doctor que no comparta la información acerca de ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley dice que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos informarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o de una forma que no sea el correo normal si usted lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales dicen que tenemos que hacer más de lo aquí señalado, obedeceremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Podemos comunicarnos con usted

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

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas acerca de nuestras normas de privacidad o desea ejercer sus derechos, llame a 1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS) o 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

¿Qué debe hacer si tiene un reclamo?

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

Escriba o llame al Department of Health and Human Services (:

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

Nos reservamos el derecho a modificar esta notificación de la ley Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos acerca de los cambios en un boletín. También los publicaremos en el sitio web en www.anthem.com/vamedicaid.

Raza, etnia e idioma

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

Usamos esta información para lo siguiente:

- Asegurarnos de que reciba el cuidado que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Elaborar y enviar información de educación para la salud.
- Avisar a los doctores sobre sus necesidades de idioma.
- Proporcionar servicios de traducción.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir un seguro de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Revelarla a usuarios no autorizados.

Su información personal

Como explicamos en esta notificación, podemos pedir, utilizar y divulgar información personal (PI). Su PI no es pública y nos indica quién es usted. Con frecuencia, se pide por razones de seguro de salud.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre su salud, hábitos y pasatiempos.
- Podemos obtener su PI de otras personas o grupos, como los siguientes:
 - Doctores
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra empresa sin su consentimiento.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de no autorizarlo.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que utilicemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Cómo unirse al Comité Consultivo de Miembros

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

Respetamos las políticas de no discriminación

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

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

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

14. Responsabilidades del miembro

Sus obligaciones

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

- Presentar su tarjeta de membresía de Anthem HealthKeepers Plus toda vez que desee obtener cuidado médico.
- Brindar información completa y precisa, en la medida de sus posibilidades, sobre su salud e historia clínica.
- Participar en las reuniones de su equipo de salud, desarrollar una comprensión de su estado de salud y contribuir al desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente.
- Cumplir con sus citas médicas. Si debe cancelar, llame tan pronto como pueda.
- Recibir todos los servicios cubiertos de proveedores que estén en nuestra red.
- Obtener nuestra autorización antes de recibir los servicios que requieran una revisión de autorización de servicios (consulte la Sección 14).
- Llámenos a la línea gratuita a uno de los números que figuran a continuación toda vez que tenga una pregunta sobre su membresía o si necesita asistencia.
- Avísenos si va a estar fuera de la ciudad para que podamos ayudarlo a gestionar sus servicios.
- Utilice la sala de emergencias solo en casos de emergencia.
- Llame a su PCP siempre que necesite algún cuidado, inclusive fuera del horario de atención.
- Avísenos si cree que es necesario cambiar su plan de atención médica.
- Infórmenos si tiene problemas con el personal de cuidado de la salud. Llame a Servicios al Miembro a uno de los números que figuran abajo.
- Llame a Servicios al Miembro a uno de los números que figuran abajo por lo siguiente:
 - Si hay cambios en su nombre, dirección o número de teléfono. Informe sobre esto a su asistente social en el Departamento de Servicios Sociales local.
 - Si tiene algún cambio en la cobertura del seguro de salud, por ejemplo, su empleador, el empleador de su cónyuge o compensación laboral.
 - Si tiene demandas por responsabilidad civil, como demandas por un accidente automovilístico.
 - Si se va a internar en un centro de enfermería u hospital.
 - Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.

- Si ha habido cambios en su cuidador o en la persona que es responsable por usted.
- Si forma parte de un estudio de investigación clínica.

Directivas anticipadas

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

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

El documento legal que puede utilizar para dar indicaciones se denomina directiva anticipada. Una directiva anticipada entra en vigencia solo si usted no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo. Toda persona de 18 años de edad o mayor puede completar una directiva anticipada. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y llevan distintos nombres. Algunos ejemplos son un testamento en vida, un poder notarial duradero para el cuidado de la salud y una directiva anticipada para decisiones del cuidado de la salud.

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

Dónde obtener el formulario de Directivas anticipadas

Puede obtener el formulario de Directivas anticipadas de Virginia en:

<http://www.vdh.virginia.gov/OLC/documents/2011/pdfs/2011-VA-AMD-Simple.pdf>.

También puede solicitar el formulario a su doctor, abogado, agencia de servicios legales o asistente social. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para solicitar los formularios.

Completar el formulario de Directivas anticipadas

Complete y firme el formulario. El formulario es un documento legal. Tal vez quiera que un abogado lo ayude a prepararlo. Es posible que existan recursos legales gratuitos disponibles para asistirlo.

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

Dé copias a las personas que necesitan saberlo. Debe darle una copia del formulario

de Testamento en vida, Directiva anticipada o Poder notarial a su doctor. También debe darle una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Quizás desee también darles copias a amigos o familiares cercanos. Asegúrese de tener una copia en casa.

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

Podemos ayudarlo a conseguir o comprender documentos de Directivas anticipadas.

Su Coordinador de cuidados puede ayudarlo a entender o conseguir estos documentos. Estos no cambian su derecho a beneficios de cuidado de la salud de calidad. El único objetivo es que otros sepan qué es lo que quiere si no puede hablar por sí mismo.

Recuerde, es usted quien decide si quiere completar una directiva anticipada o no. Puede revocar o cambiar su directiva anticipada o poder notarial si cambia de parecer acerca de sus decisiones sobre el cuidado de la salud o el representante autorizado.

Otros recursos

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

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

Qué sucede si no se respetan sus Directivas anticipadas

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un doctor o un hospital no siguieron las instrucciones, puede presentar un reclamo ante las siguientes organizaciones.

Por reclamos sobre doctores y otros proveedores, comuníquese con la Enforcement Division del Virginia Department of Health Professions:

LLAME AL	Virginia Department of Health Professions: Línea gratuita: 1-800-533-1560 Teléfono local: 1-804-367-4691
---------------------	--

ESCRIBA A	Virginia Department of Health Professions Enforcement Division 9960 Mayland Drive, Suite 300 Henrico, Virginia 23233-1463
FAX	1-804-527-4424
CORREO LECTRÓNICO	enfcomplaints@dhp.virginia.gov
SITIO WEB	http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm

Por reclamos sobre centros de enfermería, hospitales para pacientes internados o ambulatorios, clínicas de aborto, organizaciones de cuidados a domicilio, programas de cuidado de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud (también denominados organizaciones de cuidado administrado), comuníquese con la Office of Licensure and Certification del Virginia Department of Health:

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

15. Fraude, despilfarro y abuso

¿Qué es fraude, despilfarro y abuso?

Fraude es un engaño intencional o declaración falsa que hace una persona a sabiendas de que el engaño podría tener como consecuencia algún beneficio no autorizado para sí misma o para alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude según la Ley Federal o Estatal aplicable.

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

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

Los tipos comunes de fraude, despilfarro y abuso en el cuidado de la salud incluyen lo siguiente:

- Robo de identidad médica.
- Facturación de artículos o servicios innecesarios.
- Facturación de artículos o servicios no proporcionados.
- Facturación de un código correspondiente a un servicio o procedimiento más costoso que el que se ha proporcionado (conocido como codificación aumentada).
- Cobrar servicios por separado que por lo general se agrupan en una única tarifa (desagregación).
- Artículos o servicios no cubiertos.
- Cuando un doctor recibe un formulario de pago a cambio de referir un paciente a otro doctor. Estos pagos se llaman "sobornos".

¿Cómo denuncio fraude, despilfarro y abuso?

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

Los ejemplos de despilfarro, abuso o fraude del cliente incluyen, entre otros:

- Préstamo de tarjetas de identificación del seguro.
- Usar más de un proveedor para obtener tratamientos y/o medicamentos similares.

- Visitas frecuentes a la sala de emergencias por afecciones que no son de emergencia.

Los ejemplos de despilfarro, abuso o fraude del proveedor incluyen, entre otros:

- Facturación de servicios no proporcionados.
- Facturación de servicios profesionales prestados por personal no capacitado.
- Alteración de historias clínicas.

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

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

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

- Nombre de la persona.
- Fecha de nacimiento, número de seguro social o número de expediente, si es posible.
- Ciudad donde reside la persona.
- Detalles específicos sobre el despilfarro, abuso o fraude.

Si denuncia a un proveedor (doctor, dentista o asesor), suministre la siguiente información:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor.
- Nombre y dirección del centro (hospital, asilo de ancianos o agencia para el cuidado de la salud en el hogar).
- El número de Medicaid del proveedor o centro (si lo conoce).
- El tipo de proveedor (doctor, farmacéutico o fisioterapeuta).
- Los nombres y los números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar con la investigación.
- Las fechas de los sucesos.
- Resumen de lo que sucedió.

Si prefiere remitir sus inquietudes sobre fraude, despilfarro o abuso directamente al Estado, puede elevar su denuncia a los siguientes contactos.

Department of Medical Assistance Services Fraud Hotline

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

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

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

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

Fax: 1-804-786-3509

Correo:

Office of the Attorney General

Medicaid Fraud Control Unit

202 North Ninth Street

Richmond, VA 23219

Virginia Office of the State Inspector General

Línea gratuita de fraude, despilfarro y abuso

Teléfono: 1-800-723-1615

Fax: 1-804-371-0165

Correo electrónico: covhotline@osig.virginia.gov

Correo:

State FWA Hotline

101 N. 14th Street

The James Monroe Building 7th Floor

Richmond, VA 23219

16. Servicios cubiertos por FAMIS

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

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Sí	\$15 por internación	\$25 por internación	Se requiere la MCO para cubrir internaciones en hospitales generales de cuidados agudos y rehabilitación para todos los miembros hasta 365 días por internación en una habitación semiprivada o unidad de terapia intensiva para el cuidado de enfermedades, lesiones o embarazo (incluye servicios auxiliares necesarios por motivos médicos). El Contratista cubrirá planes de tratamiento alternativo para un paciente que, de no recibir ese tratamiento, exigiría servicios más costosos, entre ellos, atención hospitalaria para pacientes internados. El Contratista debe aprobar por anticipado el plan de tratamiento alternativo.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Sí	\$2 por visita (no corresponde si está internado)	\$5 por visita (no corresponde si está internado)	La MCO cubrirá los servicios de pacientes ambulatorios que sean de naturaleza preventiva, de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos prestados a pacientes ambulatorios por una institución autorizada o formalmente aprobada como hospital por una autoridad designada oficialmente para fijar una normativa estatal. Los servicios de observación en cama se cubrirán siempre que sean razonables y necesarios para evaluar una afección médica con el objeto de determinar el nivel apropiado de tratamiento u observación no rutinaria para complicaciones médicas subyacentes. Los servicios ambulatorios incluyen los servicios de emergencia, quirúrgicos, de diagnóstico y de proveedores profesionales. Los cargos en centros de salud también están cubiertos.
Servicios Quiroprácticos	Sí	\$2 (limitado a \$500 por año calendario)	\$5 (limitado a \$500 por año calendario)	La MCO proporcionará una cobertura de \$500.00 por año calendario destinada a manipulación espinal y servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios necesarios por motivos médicos para el tratamiento de una enfermedad o lesión.
Servicios clínicos	Sí	\$2	\$5	La MCO cubrirá servicios clínicos definidos como preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, paliativos o de rehabilitación brindados a pacientes ambulatorios en un centro hospitalario que no sea parte de un hospital, pero cuya organización y funcionamiento tengan como fin prestar cuidado médico a pacientes ambulatorios. Excepto los servicios de enfermería obstétrica, los servicios clínicos se proveen con la supervisión de un médico o un dentista. Las visitas clínicas de diálisis renal también están cubiertas. No hay copagos para servicios de maternidad.
<i>Visitas al médico en el consultorio u hospital para pacientes ambulatorios</i>		\$0	\$0	

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios Ordenados por un tribunal	No			La MCO no tiene obligación de cubrir este servicio a menos que sea necesario por motivos médicos y un servicio cubierto de FAMIS.
Servicios dentales	No, salvo en ciertas circunstancias			<p>El contratista tiene la obligación de cubrir los códigos CPT que facture un médico como consecuencia de un accidente. El contratista tiene la obligación de cubrir los servicios de anestesia y hospitalización para ciertos individuos cuando se determina que dichos servicios son necesarios para brindar cuidado dental.</p> <p>Los servicios dentales pediátricos (para niños y jóvenes elegibles de hasta 21 años) están cubiertos a través de Smiles for Children Program mediante el Administrador de beneficios dentales (DBA) del departamento. Para obtener más información sobre los beneficios SFC, llame al 1-888-912-3456.</p>

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de intervención temprana	No* (Estos están cubiertos por el DMAS)			<p>El contratista no tiene la obligación de brindar cobertura para los servicios de intervención tal como se define en 12 VAC 30-50-131. El departamento cubre los servicios de EI para niños que están inscritos en una MCO con contrato, dentro de los criterios y las pautas de cobertura del departamento. Los códigos de facturación de la intervención temprana y los criterios de cobertura se describen en el Manual del Programa de intervención temprana del departamento, en el sitio web del DMAS en http://websrvr.dmas.virginia.gov/ProviderManuals/Default.aspx.</p> <p>El contratista deberá cubrir otras terapias de rehabilitación y desarrollo que sean necesarias por motivos médicos, incluido EI para niños inscritos (cuando sea adecuado).</p>
Examen de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)	No			<p>La MCO no tiene la obligación de cubrir este servicio. La MCO tiene la obligación de cubrir los servicios de cuidado preventivo para bebés y niños.</p>

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
<p>Servicios de emergencia que utilizan estándares de personas no especialistas prudentes para el acceso</p> <p><i>Sala de emergencias del hospital</i></p> <p><i>Cuidados del médico</i></p> <p><i>Uso que no es urgente de la sala de emergencias</i></p>	Sí	<p>\$2 por visita</p> <p>\$2 por visita (no se aplica si parte de la visita de emergencia es para una verdadera emergencia)</p> <p>\$10 por visita</p>	<p>\$5 por visita</p> <p>\$5 por visita (no se aplica si parte de la visita de emergencia es para una verdadera emergencia)</p> <p>\$25 por visita</p>	<p>La MCO deberá brindar el reembolso razonable de los servicios necesarios para determinar si existe una emergencia en instancias en las que las circunstancias clínicas que existieron al momento en que el beneficiario se presentó en la sala de emergencias indican que puede existir una emergencia. La MCO deberá garantizar que todos los servicios de emergencia cubiertos estén disponibles las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.</p> <p>La MCO deberá cubrir todos los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red. Es posible que la MCO no requiera una autorización previa para los servicios de emergencia. Esto se aplica a los servicios tanto fuera como dentro de la red que un miembro necesite en caso de una emergencia.</p> <p>Los miembros que se presenten en la sala de emergencias deberán pagar el copago aplicable. Si se determinó que la visita no fue de emergencia, el hospital podrá facturar al miembro solo la diferencia entre la sala de emergencia y los copagos de no emergencia; es decir, \$8.00 por 150 % y \$20.00 por 150 %. Es posible que el hospital no facture cargos adicionales.</p>

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Cuidados posteriores a la estabilización después de recibir servicios de emergencia	Sí			La MCO debe cubrir los servicios posteriores a la estabilización después de una emergencia que un médico tratante considere como necesarios por motivos médicos DESPUÉS de que se establezca una afección médica de emergencia. La MCO debe cubrir los siguientes servicios sin requerir autorización e independientemente de si el miembro obtiene los servicios dentro o fuera de la red de MCO.
Procedimientos experimentales y de investigación	No			La MCO no tiene la obligación de cubrir este servicio.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de planificación familiar	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	La MCO cubrirá todos los servicios de planificación familiar (incluidos los servicios y los medicamentos y dispositivos para personas en edad de concebir que demoran o evitan los embarazos), pero no incluye los servicios para tratar la infertilidad o aumentar la fertilidad. Los servicios cubiertos de FAMIS incluyen medicamentos y dispositivos provistos con la supervisión de un médico. Es posible que la MCO no restrinja la elección de los miembros en cuanto al proveedor para los servicios o medicamentos y dispositivos de planificación familiar. La MCO tiene la obligación de cubrir todos los servicios y suministros de planificación familiar provistos por los proveedores de la red a sus miembros. El <i>Código de Virginia</i> § 54.1-2969 (D), tal como fue enmendado, establece que los menores son considerados como adultos a los fines de consentir servicios médicos
Audífonos	Sí	\$2	\$5	La MCO deberá cubrir los audífonos tal como se detalla en Equipo médico duradero. Los audífonos deberán ser cubiertos dos veces cada cinco años.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de salud en el hogar	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	La MCO deberá cubrir hasta 90 visitas por año calendario de los servicios de salud en el hogar, incluidos los servicios de enfermería y cuidados personales; los servicios de cuidado de la salud en el hogar; fisioterapia; terapia ocupacional; terapia inhalatoria, del habla y de la audición. Cuidados personales significa ayuda para caminar, bañarse, vestirse; dar medicamentos; enseñar habilidades de autoayuda; y realizar algunas tareas domésticas esenciales. La MCO no está obligada a cubrir los siguientes servicios de cuidado de salud en el hogar: servicios sociales médicos, servicios que FAMIS no pagaría si se brindaran a un paciente internado en un hospital, arreglos de entrega del servicio de comida comunitaria, servicios domésticos o de tareas domésticas que no estén relacionados con la atención del paciente, atención de custodia que sea atención de pacientes que principalmente requieren servicios de protección en lugar de servicios de atención médica definitiva y de enfermería especializada, y servicios relacionados con la cirugía cosmética.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de hospicio	Sí	\$0	\$0	La MCO deberá cubrir los servicios de cuidado de hospicio para incluir un programa de cuidado en el hogar y para pacientes internados directamente con la supervisión de un hospicio especializado. Los programas de cuidado de hospicio incluyen médicos paliativos y de apoyo; servicios psicológicos, psicosociales y otros servicios de salud para individuos que utilizan un equipo interdisciplinario dirigido por médicos. Los servicios de cuidado de hospicio deben ser recetados por un proveedor con licencia para hacerlo; provistos y facturados por un hospicio especializado; y ser necesarios por motivos médicos. Los servicios de cuidado de hospicio están disponibles si se diagnostica al miembro una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. El cuidado de hospicio está disponible de manera simultánea a la atención relacionada con el tratamiento de la afección del niño según la cual se diagnosticó la enfermedad terminal.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Inmunizaciones	Sí	\$0	\$0	<p>La MCO tiene la obligación de cubrir las vacunas. La MCO deberá garantizar que los proveedores apliquen las vacunas, conforme lo establecido por el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).</p> <p>La MCO tiene la obligación de trabajar con el departamento para alcanzar su objetivo relacionado con mayores tasas de vacunación. La MCO es responsable de educar a los proveedores, los padres y los guardianes de los miembros en cuanto a los servicios de vacunación y de coordinar la información sobre las inmunizaciones de los miembros.</p> <p>Es posible que los miembros elegibles de FAMIS no reúnan los requisitos para el programa Free Vaccines for Children.</p>

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de salud mental para paciente internados	Sí	\$15 por internación	\$25 por internación	Los servicios de salud mental para pacientes internados están cubiertos durante 365 días por internación, incluidos los servicios de tratamiento de día parcial. Los servicios de hospital para pacientes internados incluyen habitación, comidas, servicios de enfermería general, medicamentos recetados y servicios en salas de emergencias que conducen directamente a la admisión. No es obligatorio que la MCO cubra los servicios prestados en hospitales psiquiátricos independientes para miembros menores de diecinueve (19) años. Los servicios psiquiátricos para pacientes internados que sean necesarios por motivos médicos y se presten en la unidad psiquiátrica de un hospital general de cuidados agudos estarán cubiertos para todos los miembros de FAMIS. Todas las admisiones de salud mental para pacientes internados de cualquier edad en hospitales generales de cuidados agudos serán aprobadas por la MCO utilizando sus propios criterios de autorización previa. La MCO <u>podría</u> cubrir los servicios prestados en hospitales psiquiátricos independientes a modo de beneficios mejorados. El tratamiento psiquiátrico residencial (nivel C) no está cubierto con FAMIS.
Hospitales de rehabilitación para pacientes internados	Sí	\$15 por internación	\$25 por internación	La MCO deberá cubrir servicios de rehabilitación para pacientes internados en centros especializados, como los hospitales de rehabilitación y aquellos que tengan certificación del Department of Health.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de abuso de sustancias para paciente internados	Sí	\$15 por internación	\$25 por internación	La Mental Health Parity and Addiction Act de 2008 exige la cobertura de los servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias. Los servicios por abuso de sustancias para pacientes internados están cubiertos en un centro de tratamiento por abuso de sustancias.
Servicios de laboratorio y radiografías	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	La MCO debe cubrir todos los servicios de laboratorio y radiografías ordenadas, prescriptas y pedidas o realizadas dentro del alcance de la licencia de un médico en el contexto adecuado, incluidos el consultorio de un médico, el hospital o laboratorios de referencia clínica o independientes. No se cobrará un copago por los servicios de laboratorio o las radiografías que se realicen como parte del encuentro con un médico.
Análisis de detección de plomo	Sí	\$0	\$0	La MCO tiene la obligación de cubrir los análisis de detección de plomo en sangre como parte del cuidado preventivo para bebés y niños.
Mamografías.	Sí	\$0	\$0	La MCO tiene la obligación de cubrir las mamografías de detección con dosis baja para determinar la presencia de cáncer de mama oculto.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	

Suministros médicos <i>Equipo médico</i>	Sí	\$0 para suministros	\$0 para suministros	La MCO debe cubrir el equipo médico duradero y otros dispositivos correctivos y medicamento relacionados (como dispositivos protésicos, implantes, anteojos, audífonos, dispositivos dentales y para la adaptación). El equipo médico duradero, los dispositivos protésicos y los anteojos se cubren cuando sean necesarios por motivos médicos. El contratista deberá cubrir los suministros y el equipo necesario para administrar la nutrición enteral.
		\$2 por artículo del equipo	\$5 por artículo del equipo	El contratista es responsable del pago de cualquier equipo médico duradero (DME) fabricado especialmente que haya sido previamente autorizado por el contratista.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Transporte médico	Sí	\$2	\$5	Los servicios de ambulancia profesional están cubiertos cuando se consideran médicamente necesarios y se los usa de manera local o desde un centro cubierto o consultorio del proveedor. Esto incluye los servicios de ambulancia para transporte entre los hospitales locales cuando son necesarios por motivos médicos; si lo gestiona previamente el médico de cuidado primario y lo autoriza la MCO debido a que, por la afección médica del miembro, este no puede conducir un automóvil de manera segura cuando asiste al consultorio del proveedor o al departamento de pacientes ambulatorios del hospital. Los servicios de ambulancia estarán cubiertos si la afección del miembro empeora de forma repentina y debe ir a la sala de emergencias de un hospital local. Para la cobertura de servicios de ambulancia, el viaje al centro o al consultorio debe ser el más cercano que la MCO reconozca que tiene servicios adecuados para tratar la afección del miembro; los servicios recibidos en ese centro o en el consultorio del proveedor deben ser servicios cubiertos; y si la MCO o el departamento lo solicitan, el proveedor tratante debe explicar por qué el miembro no pudo ser transportado en un automóvil privado o en otro tipo de transporte más económico. Los servicios de transporte no están cubiertos para el acceso a servicios médicos cubiertos que sean de rutina.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Trasplante de órganos	Sí	\$15 por internación y \$2 por visita como paciente ambulatorio (los servicios para identificar al donante tienen un límite de \$25,000 por miembro)	\$25 por internación y \$5 por visita como paciente ambulatorio (los servicios para identificar al donante tienen un límite de \$25,000 por miembro)	La MCO deberá cubrir los servicios de trasplante de órganos como necesarios por motivos médicos y según los estándares de tratamiento de la industria para individuos elegibles. Esto incluye, entre otros, los trasplantes de tejido, los autólogos, los trasplantes de médula ósea singénicos o alogénicos, y otras formas de rescate de células madre para niños con linfoma o mieloma. La MCO deberá cubrir los trasplantes de riñón para pacientes con insuficiencia hepática y diálisis dependientes así como también los trasplantes de corazón, hígado, páncreas y pulmón. El contratista deberá cubrir los servicios relacionados con la adquisición o donación que sean necesarios. La MCO no tiene la obligación de cubrir procedimientos de trasplantes que se determinen como experimentales o de investigación.
Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	<i>La Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 exige la cobertura de los servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias. En consecuencia, el contratista tiene la obligación de brindar cobertura para los servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios que sean necesarios por motivos médicos, ya sea a nivel individual, familiar o grupal.</i> El contratista deberá brindar cobertura a los miembros para los servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias. Los servicios de asesoramiento de emergencia, los servicios intensivos para pacientes ambulatorios, el tratamiento de día y los servicios de administración de casos por abuso de sustancias están separados de este contrato y deberán ser cubiertos por el departamento.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios (CMHRS)	Sí			El contratista no tiene la obligación de cubrir los Servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios (CMHRS). A diferencia de lo que sucede con Medicaid, para los miembros de la MCO de FAMIS, no todos los CMHRS están cubiertos por el Departamento como servicios separados. Los CMHRS que están cubiertos por el Departamento incluyen: servicios intensivos en el hogar, tratamiento terapéutico de día, intervención por crisis de salud mental y abuso de sustancias, y administración de casos para niños con riesgo de sufrir (o que tienen) una perturbación emocional grave. Los CMHRS restantes no están cubiertos ni por pago por servicios ni por cuidado administrado para los miembros de la MCO de FAMIS. Para acceder a la lista completa de los CMHRS, consulte el Manual de servicios de rehabilitación de salud mental comunitarios del departamento, disponible en el sitio web del DMAS en http://websrvr.dmas.virginia.gov/ProviderManuals/ManualChapters/CMH S/Chapter4_cmhrs.pdf .
Prueba de Papanicolau	Sí	\$0	\$0	La MCO tiene la obligación de cubrir la prueba de Papanicolau anual

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y servicios de audiología	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	La MCO deberá cubrir los servicios terapéuticos que sean necesarios por motivos médicos para tratar o favorecer la recuperación de una enfermedad o lesión, y que incluyan fisioterapia, terapia del habla, ocupacional, inhalatoria e intravenosa. La MCO no deberá cubrir aquellos servicios que se presten en una clínica escolar.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de médico <i>Cuidado brindado por el médico para pacientes internados</i> <i>Visitas al médico en el consultorio u hospital para pacientes ambulatorios</i> <i>Cuidado primario</i> <i>Cuidado especializado</i> <i>Servicios de maternidad</i>	Sí	\$0 \$2 por visita \$2 por visita \$0 por visita	\$0 \$5 por visita \$5 por visita \$0 por visita	<p>La MCO deberá cubrir todas las visitas sintomáticas brindadas por médicos o substitutos de los médicos que estén dentro del alcance de sus licencias. Los servicios cosméticos no están cubiertos a menos que se brinden por causas psicológicas y que sean necesarios por motivos médicos. Los servicios brindados por el médico incluyen los servicios prestados durante una internación en el hospital, en departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, en un entorno clínico o en el consultorio del médico.</p>

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios relacionados con el embarazo	Sí	\$0	\$0	La MCO deberá cubrir los servicios para las mujeres embarazadas, incluidos los servicios prenatales de FAMIS y FAMIS MOMS. No hay un copago para los servicios relacionados con el embarazo. No se cobrará ningún costo compartido a los miembros inscritos al FAMIS MOMS.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
<p>Medicamentos con receta</p> <p><i>Suministro de hasta 34 días</i></p> <p><i>Suministro para 35 a 90 días</i></p> <p><i>Servicio de correo postal para suministro de hasta 90 días</i></p>	Sí	<p>\$2 por receta</p> <p>\$4 por receta</p> <p>\$4 por receta</p>	<p>\$5 por receta</p> <p>\$10 por receta</p> <p>\$10 por receta</p>	<p>La MCO tendrá la obligación de cubrir para sus miembros todos los medicamentos que sean necesarios por motivos médicos y que requieran una receta según la ley estatal o federal. La MCO deberá cubrir todos los medicamentos recetados cubiertos por FAMIS que sean recetados por proveedores que tengan una licencia o certificación que los autorice a emitir dicha receta. La MCO tiene la obligación de cubrir los medicamentos que sean recetados por el proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios. La MCO no tiene la obligación de cubrir los medicamentos de la Implementación de estudios de medicamentos eficaces (DESI) o los medicamentos de venta libre. La MCO podrá establecer un formulario, podrá solicitar autorización previa para ciertos medicamentos y podrá implementar un programa obligatorio de sustitución por un medicamento genérico. Sin embargo, la MCO deberá tener procedimientos de autorización especial establecidos para permitir a los proveedores que accedan a medicamentos excluidos en este formulario, si son necesarios por motivos médicos. La MCO deberá establecer políticas y procedimientos para permitir a los proveedores que soliciten un medicamento de marca para un miembro si es necesario por motivos médicos. La MCO deberá cubrir los medicamentos antipsicóticos atípicos desarrollados para el tratamiento de la esquizofrenia. La MCO deberá garantizar un acceso adecuado a los tratamientos más efectivos, a menos que se indique lo contrario por la seguridad del paciente. El contratista no cubrirá recetas de medicamentos para la disfunción eréctil de miembros que hayan sido condenados por delitos de acoso sexual.</p>

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de enfermería privada	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	La MCO deberá cubrir los servicios privados de enfermería solo si los presta un enfermero registrado (RN) o un auxiliar de enfermería (LPN); deben ser necesarios por motivos médicos; el enfermero no podrá ser pariente o formar parte de la familia del miembro; el proveedor del miembro deberá explicar por qué se necesitan los servicios; y el proveedor del miembro deberá describir el servicio médico profesional que se brindará. Los servicios privados de enfermería se deben autorizar previamente.
Prótesis/ aparatos ortopédicos	Sí	\$2 por artículo	\$5 por artículo	La MCO deberá cubrir los servicios y dispositivos protésicos (como mínimo, brazos y piernas artificiales, con sus accesorios de soporte correspondientes) para todos los miembros. Como mínimo, la MCO deberá cubrir los elementos ortopédicos que sean necesarios por motivos médicos (es decir, aparatos [frenos], férulas, ortesis de tobillo-pie, etc., más los artículos detallados en el Manual) para los miembros. La MCO deberá cubrir los elementos ortopédicos que sean necesarios por motivos médicos para los miembros cuando se los recomiende como parte de un programa de rehabilitación intensivo aprobado.
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	No			Este servicio no se cubre dentro de FAMIS.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de salud escolar	Sí*			*La MCO no está obligada a cubrir los servicios basados en escuelas que preste una agencia de educación local o el sistema escolar público. La MCO no podrá denegar terapias en el hogar o para pacientes ambulatorios que sean necesarias por motivos médicos con el fundamento de que el niño también está recibiendo terapias en el colegio. Los servicios de salud escolares que cumplan con los requisitos del Departamento seguirán estando cubiertos como un servicio separado. La MCO no deberá cubrir estos servicios que preste una clínica escolar.
Segundas opiniones	Sí	\$2 por visita	\$5 por visita	La MCO deberá brindar cobertura para las segundas opiniones cuando el miembro las solicite con el fin de diagnosticar una enfermedad o confirmar un patrón de cuidado para el tratamiento. La MCO deberá brindar las segundas opiniones a través de un profesional del cuidado de la salud calificado que esté dentro de la red o hacer los arreglos para que el miembro pueda acceder a uno fuera de la red, sin costo adicional para el miembro. La MCO podrá solicitar una autorización para recibir cuidado especializado de un proveedor adecuado; sin embargo, no podrá denegar una solicitud de segunda opinión como un servicio no cubierto.
Centro de enfermería especializada	Sí	\$15 por internación	\$25 por internación	La MCO deberá cubrir los servicios que sean necesarios por motivos médicos y que se brinden en un centro de enfermería especializada hasta por 180 días por internación.

Servicio	Cubierto o por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de telemedicina	Sí			La MCO deberá brindar cobertura para los servicios de telemedicina que sean necesarios por motivos médicos. Telemedicina se define como la transferencia bidireccional de datos e información médica en tiempo real o casi real a través de una conexión interactiva de audio o video para realizar un diagnóstico médico o brindar tratamiento. Actualmente, el Departamento solo reconoce estos servicios si los brindan médicos y enfermeros profesionales, y exige que uno de estos tipos de proveedores esté en el mando satelital principal para que los servicios de telemedicina se reembolsen. Además, el departamento reconoce tres tipos de telemedicina.
Órdenes de detención temporal	No			La MCO no tiene la obligación de cubrir este servicio. Puede haber cobertura disponible a través del programa estatal de Órdenes de detención temporal (TDO).
Servicios terapéuticos	Sí	\$15 por Internación si el paciente está internado	\$25 por Internación si el paciente está internado	La MCO deberá cubrir los costos que se generen por diálisis renal, quimioterapia, radioterapia, terapia intravenosa y terapia inhalatoria.
		\$2 por visita para pacientes	\$5 por visita para pacientes	

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Dependencia al tabaco Tratamiento para mujeres embarazadas (es decir, para dejar de fumar)	Sí			La MCO deberá brindar cobertura para el tratamiento para la dependencia del tabaco para mujeres embarazadas sin costos compartidos. El tratamiento incluye asesoría y farmacoterapia.
Transporte	No			Los servicios de transporte no están cubiertos para el acceso a servicios médicos cubiertos que sean de rutina.

Servicio	Cubierto o por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Cuidados preventivos para bebés y niños	Sí	\$0	\$0	El contratista deberá cubrir todo el cuidado preventivo de rutina para bebés y adolescentes que esté avalado por el Comité Consultivo de la Academia Americana de Pediatría, incluidas las consultas de rutina en el consultorio en las que se realicen evaluaciones de salud y exámenes físicos, así como también los análisis de laboratorio de rutina y las vacunas que correspondan según la edad. Se cubren los siguientes servicios de cuidado preventivo de rutina para los niños: Servicios de laboratorio: análisis de detección de plomo en sangre, Hgb, Hct o Fep (máximo de 2, en cualquier combinación); prueba de la tuberculina (se cubren hasta 3 pruebas); análisis de orina (se cubren hasta 2 análisis); audiometría de tono puro para niños de 3 a 5 años (se cubre hasta 1 prueba); pruebas de visión con equipos (se cubre hasta 1 prueba). Las visitas de cuidado preventivo para niños en el hogar, en el consultorio y en otras ubicaciones de proveedores para pacientes ambulatorios están cubiertas desde el nacimiento y hasta el año de edad, según el cronograma de exámenes de detección y evaluaciones sugerido por la Academia Americana de Pediatría. Servicios de audición: a todos los niños recién nacidos se les realizará un examen de detección de la audición antes de que sean dados de alta del hospital.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de la visión <i>Una vez cada 24 meses:</i> <i>Examen ocular de rutina</i> <i>Marco para anteojos (un par)</i> <i>Cristales para anteojos (un par)</i> <i>Unifocales</i> <i>bifocales</i> <i>trifocales</i> <i>de contacto</i>	Sí	\$2 de pago del miembro \$25 reembolsados por el plan \$35 reembolsados por el plan \$50 reembolsados por el plan \$88.50 reembolsados por el plan \$100 reembolsados por el plan	\$5 de pago del miembro \$25 reembolsados por el plan \$35 reembolsados por el plan \$50 reembolsados por el plan \$88.50 reembolsados por el plan \$100 reembolsados por el plan	La MCO deberá cubrir los servicios de la visión que se definan como exámenes de diagnóstico y procedimientos de tratamiento optométrico, y también los servicios brindados por oftalmólogos, optometristas y oculistas. Los exámenes de refracción de rutina estarán cubiertos al menos una vez cada veinticuatro (24) meses. Los exámenes de rutina de la vista, para todos los miembros, estarán cubiertos al menos una vez cada dos (2) años. La MCO deberá cubrir para los miembros los anteojos (un marco y un par de cristales) o las lentes de contacto que se receten como necesarios por motivos médicos por un médico especialista en enfermedades de los ojos o un optometrista.

Servicio	Cubierto por FAMIS	Costos compartidos de la red y límites de beneficios		Notas y límites de días
		150 %	150 %	
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados Brindados en un hospital psiquiátrico independiente	No			La MCO no tiene la obligación de cubrir este servicio. Sin embargo, La MCO podría cubrir los servicios prestados en hospitales psiquiátricos independientes para miembros menores de diecinueve (19) años a modo de beneficios mejorados ofrecidos por la MCO. Los servicios psiquiátricos para pacientes internados que sean necesarios por motivos médicos y se presten en la unidad psiquiátrica de un hospital general de cuidados agudos estarán cubiertos para todos los miembros de FAMIS.
Abortos	No			La MCO no tiene obligación de cubrir servicios relacionados con el aborto.
Costos compartidos:		Año calendario	Año calendario	El plan paga el 100 % de los cargos aprobados una vez que se alcanza el límite de los servicios cubiertos.
<i>Límite anual de copago</i>		Límite anual: \$180 por familia	Límite anual: \$350 por familia	No se les cobrará costos compartidos a los aborígenes de Estados Unidos y nativos de Alaska.
FAMIS MOMS				Los beneficios son los mismos que los que están disponibles con Medallion 4.0.

18. Términos y definiciones utilizados en este manual

- **Actividades de la vida cotidiana:** las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.
- **Afección médica de emergencia:** una emergencia significa que su vida podría estar en peligro o que usted podría sufrir una lesión permanente (quedar discapacitado) si no recibe cuidado rápidamente. Si está embarazada, podría significar un daño para su salud o la salud de su bebé en gestación.
- **Apelación:** un método que puede utilizar para impugnar una determinación adversa sobre beneficios (como una denegación o reducción de beneficios) que tome el plan Anthem HealthKeepers Plus si cree que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura si presenta una apelación.
- **Área de servicios:** un área geográfica en la que tenemos permitido operar. Generalmente también es el área donde puede acceder a los servicios de rutina (que no sean de emergencia).
- **Audiencia imparcial:** consulte el término Audiencia imparcial del estado. El proceso mediante el cual usted presenta una apelación al estado por una decisión que nosotros tomamos y que usted considera incorrecta.
- **Autorización de servicio:** autorización que se necesita antes de que pueda acceder a ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red solo están cubiertos si su doctor u otro proveedor de la red obtienen una autorización nuestra.
- **Auxiliar de salud en el hogar:** una persona que brinda servicios que no requieren de habilidades de un enfermero o terapeuta licenciado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni tampoco brindan terapia.
- **Centro de enfermería:** Un centro de cuidado médico que brinda atención para personas que no pueden recibir su cuidado en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital. Se deben cumplir ciertos requisitos para vivir en un centro de enfermería.

- Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que se encarga de los programas de Medicare y Medicaid.
- Cobertura de medicamentos recetados: Medicamentos recetados cubiertos (pagados) por su plan. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.
- Cobro del saldo: situación en la que un proveedor (como un doctor u hospital) le cobra a una persona más de nuestro monto de costos compartidos por los servicios brindados. No permitimos que los proveedores le cobren el saldo a usted. Llame a Servicios al Miembro si recibió alguna factura que no comprende.
- Coordinación de cuidados: un proceso individual que se centra en una persona para brindarle asistencia y acceder a los servicios que necesita. El coordinador de cuidados trabajará con usted, sus familiares (si es necesario), sus proveedores y cualquier otra persona involucrada en su cuidado para ayudarle a acceder a los servicios y a la asistencia que necesita. También puede denominarse administrador de casos.
- Coordinador de cuidados: una única persona del plan de Anthem HealthKeepers Plus que trabaja con usted y sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita. También puede denominarse administrador de casos.
- Cuidado ambulatorio en el hospital: cuidado o tratamiento que no requiere pasar la noche en el hospital.
- Cuidado de la salud en el hogar: servicios de cuidado de la salud que una persona recibe en su hogar incluido el cuidado de enfermería, los servicios brindados por auxiliares de salud en el hogar y otros.
- Cuidado en sala de emergencias: una habitación del hospital equipada para brindar tratamiento a personas que requieren cuidado o servicios médicos inmediatos.
- Cuidado necesario de forma urgente: es el cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no pone su vida en peligro y que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata. Puede acceder al cuidado necesario de forma urgente por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda acudir a ellos.

- **Decisión de cobertura:** una decisión sobre qué beneficios cubriremos. Esto incluye las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- **Determinación adversa sobre beneficios:** cualquier decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por una cantidad menor que la solicitada.
- **Equipo de cuidado:** un equipo de cuidado puede incluir doctores, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están para ayudarle a obtener el cuidado que necesita. Su equipo de cuidado también le ayudará a crear un plan de cuidado.
- **Equipos médicos duraderos:** algunos artículos que su doctor solicita para que use en su hogar. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.
- **Especialista:** un doctor que brinda cuidado de la salud para una enfermedad específica, discapacidad o para una parte del cuerpo.
- **Evaluación de riesgo de salud:** una revisión de la condición actual y de la historia clínica del paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.
- **Farmacia de la red:** Una farmacia que ha acordado surtir las recetas de nuestros miembros. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nosotros. En la mayoría de los casos, sus recetas solo estarán cubiertas si se abastecen en una de nuestras farmacias de la red.
- **Hospitalización:** el acto de ingresar una persona a un hospital como paciente.
- **Línea de ayuda:** un agente de inscripción con el que DMAS tiene contrato para realizar actividades de inscripción y asesoría de elecciones.
- **Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan Anthem HealthKeepers Plus. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de doctores y farmacéuticos. La lista de medicamentos le indica si hay alguna regla que tiene que seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

- Medicaid (o asistencia médica): Un programa dirigido por el gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los servicios y la asistencia a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos extra que Medicare no cubre. La mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos componentes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos se fabrican y venden por otras compañías de medicamentos.
- Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para que se utilice en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos componentes que su equivalente de marca. Por lo general es más económico y funciona igual de bien que su equivalente de marca.
- Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para hacer referencia a todos los medicamentos recetados que cubre el plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Medicamentos recetados: un fármaco o medicamento que, por ley, solo puede obtenerse a través de una receta emitida por un médico.
- Modelo de cuidado: una forma de brindar cuidado de alta calidad. El modelo de cuidado incluye la coordinación del cuidado y un equipo de proveedores calificado que trabajan conjuntamente con usted para mejorar su salud y calidad de vida.
- Necesario por motivos médicos: esto describe los servicios que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o centro de enfermería. También indica que los servicios, suministros o medicamentos están a la altura de los estándares de prácticas médicas aceptadas, o que son necesarios en función de las normas de cobertura actuales de Virginia Medicaid.

- Pago por servicio: el término general que se utiliza para describir los servicios cubiertos de Medicaid por Department of Medical Assistance Services (DMAS).
- Plan de cuidados: un plan que indica qué servicios de salud y asistencia recibirá y cómo los obtendrá.
- Plan de salud: una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidados para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle el cuidado que usted necesita.
- Prótesis y ortopedia: son los dispositivos médicos que indica su doctor u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función.
- Proveedor de cuidado primario (PCP): su proveedor de cuidado primario (PCP) es el doctor que se encarga de todas sus necesidades de salud. Los PCP son responsables de proveer y coordinar todos los aspectos relacionados con el cuidado de la salud. Generalmente, es la primera persona que usted debe contactar si necesita cuidado de la salud. Por lo general, su PCP será un médico de familia, internista o pediatra. Contar con un PCP ayuda a garantizar la disponibilidad del cuidado médico adecuado cuando usted lo necesite.
- Proveedor no participante: Un proveedor o centro que no está contratado, que no pertenece ni opera para nosotros y que no posee un contrato para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está contratado, que no pertenece ni opera para el plan Anthem HealthKeepers Plus y que no posee un contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros del plan Anthem HealthKeepers Plus.

- Proveedor participante: proveedores, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, equipo médico y servicios y asistencia a largo plazo que han sido contratados por nosotros. A los proveedores participantes también se los denomina “proveedores de la red” o “proveedores del plan”.
- Proveedor: persona que está autorizada para prestarle cuidado de la salud o servicios. Muchos tipos de proveedores participan del plan de Anthem HealthKeepers Plus, incluidos doctores, enfermeros, proveedores de salud del comportamiento y especialistas.
- Queja: un reclamo que usted hace sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su cuidado.
- Reclamo: una declaración oral o por escrito que constata que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o cuidado cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud que tenga en cuanto a la calidad de su cuidado, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.
- Red: “proveedor” es el término general que utilizamos para los doctores, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, equipo médico y servicios y asistencia a largo plazo. Cuentan con licencias o certificados de Medicaid y del estado para brindar servicios de cuidado de la salud. Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan Anthem HealthKeepers Plus y aceptan nuestros pagos sin cobrarles a nuestros miembros un monto adicional. Mientras sea miembro del plan Anthem HealthKeepers Plus, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los denomina “proveedores del plan”.
- Referido: en la mayoría de los casos, su PCP debe darle la aprobación antes de que pueda utilizar otros proveedores de nuestra red. Esto se conoce como un referido.
- Seguro de salud: tipo de cobertura de seguro que paga por los gastos de salud, médicos y quirúrgicos en los que usted incurre.

- Servicios al Miembro: un departamento dentro del plan de Anthem HealthKeepers Plus que se encarga de responder las preguntas relacionadas con su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.
- Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a todo el cuidado de la salud, los servicios y asistencia a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Servicios del médico: cuidado que usted recibe por parte de una persona con licencia conforme a las leyes estatales para llevar a cabo prácticas médicas, cirugías o prestar servicios de salud del comportamiento.
- Servicios no cubiertos: servicios que no están cubiertos dentro de los beneficios de Medicaid.
- Servicios y asistencia a largo plazo (LTSS): una variedad de servicios y asistencia que ayudan a los adultos mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia, mejorar su calidad de vida y mantener la máxima independencia. Algunos ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, comer y otras actividades básicas de la vida cotidiana y del cuidado personal, así como también asistencia para tareas cotidianas como lavar ropa, ir de compras y transportarse. Los LTSS se brindan durante un periodo de tiempo largo, generalmente en el hogar y la comunidad, pero también en entornos de centros como los centros de enfermería. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar y que no tenga que dirigirse a un centro de enfermería u hospital.
- Servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades: servicios y dispositivos que le ayudan a conservar, aprender o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida diaria.
- Servicios y dispositivos de rehabilitación: el tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una cirugía mayor.
- Traslado médico de emergencia: su afección no le permite ir al hospital por ningún otro método que no sea a través de una ambulancia luego de llamar al 911.

HealthKeepers, Inc. cumple las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos contra las personas debido a su:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Edad
- Discapacidad
- Sexo o identidad de género

Eso significa que no lo excluiríamos o trataremos de manera distinta debido a estas cosas.

Comunicarnos con usted es importante

Para personas con discapacidades o que hablan un idioma distinto al inglés, les ofrecemos estos servicios sin costo alguno:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Materiales escritos en letras grandes, audio, electrónicos y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en el idioma que usted habla
- Materiales escritos en el idioma que usted habla

Para recibir estos servicios, llame al número de Servicios al Miembro que está en su tarjeta de identificación al 1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS) o 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Sus derechos

¿Cree que no recibió estos servicios o que discriminamos contra usted por los motivos listados arriba? De ser así, puede presentar una queja (un reclamo). Preséntela por correo, correo electrónico, fax o teléfono:

HealthKeepers, Inc. for Anthem HealthKeepers Plus

Attention: Civil Rights Coordinator for Discrimination Complaints

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23464

Teléfono: 1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS) o 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Fax: 1-855-832-7294

Correo electrónico: grievancesandappeals-hkp@anthem.com

¿Necesita ayuda para presentar la queja? Llame a nuestro coordinador de derechos civiles al número que aparece arriba. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

- **En la web:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave., SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Call toll free for translation or oral interpretation at no cost:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS);
1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Llame a la línea gratuita para obtener traducción o interpretación oral sin costo:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Hãy gọi số miễn phí để nhận bản dịch hoặc được thông dịch không tốn phí:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

무료 번역 서비스 또는 무료 통역 서비스가 필요한 경우
무료 전화 1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus);
TTY 711 로 문의하십시오.

請撥打免費電話以取得不須支付費用的翻譯或口譯服務：
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Tumawag nang walang bayad para sa pagsasalin o pasalitang pagsasalin nang walang gastos:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

اتصل بخط الهاتف المجاني للحصول على الترجمة النصية أو الترجمة الشفوية مجاناً بدون أي تكاليف:
; (CCC Plus) 1-855-323-4687 ; (Medallion Medicaid, FAMIS) 1-800-901-0020
رقم الهاتف النصي 711 (TTY).

Appelez sans frais pour obtenir une traduction ou une interprétation orale à titre gratuit :
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Rele gratis pou tradiksyon oswa entèpretasyon oral gratis:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Rufen Sie für Übersetzungs- und Dolmetscherdienste die folgende Nummer gebührenfrei an:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

ترجمے یا زبانی تشریح کیلئے اس ٹول فری نمبر پر مفت کال کریں:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

अनुवाद या मौखिक व्याख्या :के लिए निःशुल्क टोल फ्री कॉल करें (इंटरप्रीटेशन)
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

برای دریافت ترجمه کتبی یا شفاهی رایگان با خط رایگان زیر تماس بگیرید:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Ligue gratuitamente para tradução ou interpretação oral sem nenhum custo:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Чтобы воспользоваться бесплатной услугой письменного или устного перевода,
свяжитесь с нами по телефону: 1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS);
1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Chiamate il numero verde per servizi gratuiti di traduzione o interpretariato:
1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

Servicios al Miembro de Anthem HealthKeepers Plus

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



Servicios al Miembro
1-800-901-0020
TTY 711



Anthem. HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

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