



Manual del miembro

Atención administrada de Medicaid de Ohio

844-912-0938 (TTY 711)

[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)

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



If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats at no cost to you. That includes Braille, audio, large print, and providing American Sign Language interpreter services. Just give us a call at 844-912-0938 (TTY 711).

Spanish

Si su lengua materna no es el inglés, podemos brindarle una traducción. También podemos brindarle información en otros formatos, sin costo alguno para usted. Esto incluye Braille, audio, letra grande y servicios de intérprete del lenguaje americano de señas. Simplemente llámenos al 844-912-0938 (TTY 711).

Vietnamese

Nếu Tiếng Anh không phải là ngôn ngữ mẹ đẻ của quý vị, chúng tôi có thể biên dịch cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở các định dạng khác miễn phí. Các định dạng đó bao gồm chữ nổi Braille, âm thanh, bản in lớn và cung cấp dịch vụ thông dịch viên Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ. Chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 844-912-0938 (TTY 711).

Chinese

如果英語不是您的母語，我們可以為您翻譯。我們也可以免費為您提供其他格式的資訊。其中包括盲文、音訊、大字型並提供美國手語翻譯服務。只要致電我們即可，請致電：844-912-0938 (TTY 711)。

Arabic

إذا لم تكن اللغة الإنجليزية هي لغتك الأم، فيمكننا الترجمة لك. ويمكننا أيّ ضاً تزويدك بالمعلومات في تنسيقات أخرى مجاناً. يتضمن ذلك الكتابة بطريقة برايل والتسجيل الصوتي والمطبوعات المكتوبة بالحروف الكبيرة وتوفير خدمات الترجمة الفورية للغة الإشارة الأمريكية. فما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 844-912-0938 (TTY 711).

French

Si l'anglais n'est pas votre langue principale, nous pouvons vous offrir un service de traduction. Nous pouvons également vous fournir des informations dans d'autres formats, sans aucun coût pour vous. Cela inclut le braille, l'audio, les gros caractères et la fourniture de services d'interprétation en langue des signes américaine. Appelez- nous simplement au 844-912-0938 (TTY 711).

Nepali

यदि अंग्रेजी तपाईंको पहिलो भाषा होइन भने हामी तपाईंको लागि अनुवाद गर्न सक्छौं। हामी तपाईंलाई निशुल्क अन्य ढाँचाहरूमा पनि जानकारी दिन सक्छौं। यसमा ब्रेल, अडियो, ठूलो प्रिन्ट र अमेरिकी सांकेतिक भाषाका दोभाषे सेवाहरू समावेश छन्। हामीलाई 844-912-0938 (TTY 711) मा कल गर्नुहोस्।

Russian

Если английский не является вашим родным языком, мы можем организовать для вас услуги перевода. Кроме того, мы можем бесплатно предоставлять вам информацию в иных форматах. Это может быть шрифт Брайля, аудиоформат, крупный шрифт и услуги перевода на американский язык жестов. Просто позвоните нам по номеру 844-912-0938 (TTY 711).

Somali

Haddii Ingiriisigu aanau ahayn luqaddaada koowaad, waanu kuu turjumi karnaa adiga. Sidoo kale waxaanu ku siin karnaa macluumaadka ku qoran qaabab badan iyagoon adiga kharash kugu joogin. Taas waxaa ku jira Farta indhoolaha, maqal, daabcaada wayn, iyo bixinta adeegyada turjubaanada Luqadda Ishaarada Maraykanka. Naga soo wac 844-912-0938 (TTY 711).

Armenian

Հոգաւորձ քո լեզուդ հարկէ: Ահընթ արտըրքո խոհարար: Հոգըքո: քոքո արք, րքար, ՈԽԽԽ քըթթիք արքը ձոհոքո խոհարար: Եսքո քոնըքը: քքքք: քքքք խոհարարիք: Հո քքքք քքքքք քքք քքքքքո հոհարար քքքքք: Ո 844-912-0938 (TTY 711) քքքքք:

Gujarati

જો અંગ્રેજી તમારી પ્રથમ ભાષા નથી, તો અમે તમારા માટે અનુવાદ કરી શકીએ છીએ. અમે તમને કોઈપણ ખર્ચ વગર અન્ય ફોર્મેટમાં પણ માવિતી આપી શકીએ છીએ. તેમાં બ્રેઇલ, ઓડિયો, મોટી વપ્રન્ટ અને અમેરિકન સાંકેતિક ભાષાના દુભાવષયા સેવાઓનો સમાવેશ થાય છે. અમને ફક્ત 844-912-0938 (TTY 711) પર કોલ કરો.

Swahili

Ikiwa Kiingereza si lugha yako ya kwanza, tunaweza kutafsiri kwa ajili yako. Tunaweza pia kukupa habari katika miundo mingine bila malipo yoyote. Hii inatia ndani Maandishi ya Vipofu, Sauti, Chapa Kubwa na kukupa huduma za mtafsiri wa Lugha ya Ishara/ Alama ya Amerika. Tupigie simu kwa nambari 844-912-0938 (TTY 711).

Ukrainian

Якщо англійська не є вашою рідною мовою, ми можемо надати вам послуги перекладу. Ми також можемо безкоштовно надати вам інформацію в інших форматах. Вони включають надання інформації шрифтом Брайля, в аудіоформаті, великим шрифтом та надання послуг перекладача американської жестової мови. Просто зателефонуйте нам за номером 844-912-0938 (TTY 711).

Kinyarwanda

Niba icyongereza atari ururimi rwawe rwa mbere, twabigusemurira. Ndetse ya aguha amakuru mu bundi buryo ku buntu. Ibyo bikubiyemo buraye, ibicapo binini, ndetse twagufasha serivisi y'ubusemuzi bw'ururimi rw'amarenga ya Amerika. Duhamagare gusa kuri 844-912-0938 (TTY 711).

Dari

اگر انگلیسی زبان مادری شما نیست، ما می توانیم برای شما ترجمه کنیم. ما همچنین می توانیم بدون مصرف معلومات را در نمونه های دیگر به شما ارائه دهیم. این شامل خط بریل، صدا، چاپ بزرگ و ارائه خدمات ترجمان زبان اشاره آمریکایی است. فقط با شماره (TTY 711) 844-912-0938 به ما زنگ بزنید.

Si tiene algún problema para leer o entender esta información o cualquier otra información de Anthem, comuníquese con nuestro número gratuito de Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este y obtenga ayuda sin costo. Podemos explicarle esta información en inglés o en su lengua materna.

También puede usar nuestro sitio web para miembros para comunicarse con nosotros, mantenerse informado y encontrar información adicional sobre beneficios, reclamaciones y recursos. Visite **[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)** para conocer más.

Le damos la bienvenida a Anthem Blue Cross and Blue Shield. Ahora es miembro de un plan médico, también conocido como organización de cuidado administrado (MCO). Anthem brinda servicios médicos a los residentes de Ohio que son elegibles, incluidas las personas con bajos ingresos, las personas embarazadas, los bebés, los niños, los adultos mayores y las personas con discapacidades.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Anthem no discrimina por motivos de edad, género, identidad de género, orientación sexual, raza, color, religión, nacionalidad, estado militar, nivel educativo, condición de veterano, ascendencia, discapacidad, información genética, estado de salud o la necesidad de servicios de salud; y cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables.

Si lo solicita, Anthem brindará dispositivos de soporte, herramientas, ayuda y otros recursos, también conocidos como “asistencia y servicios adicionales”, sin costo a sus miembros actuales y potenciales que tengan alguna discapacidad. Esto incluye, entre otros, servicios de traducción calificada oral y escrita en su idioma, incluidos el lenguaje americano de señas; formatos accesibles como letra grande, materiales y líneas en Braille; audio; dispositivos para escuchar y otros formatos y herramientas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con nuestro número gratuito de Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Si cree que Anthem no proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, origen étnico, religión, género, identidad de género, orientación sexual, estado militar, información genética, ascendencia, estado de salud o la necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja a Anthem de las siguientes maneras:

- Llame sin cargo a Servicios para Miembros de Anthem al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este; o
- Inicie sesión en el portal seguro para miembros, en <https://member.anthem.com/public/login>, o en la aplicación móvil y diríjase a Grievances (Reclamos) en la sección Support (Ayuda) Imprima el formulario disponible en anthem.com/oh/medicaid/member-resources y envíelo por correo electrónico a ohioga@anthem.com o por fax al 866-587-3316.

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Anthem está disponible para ayudarlo sin cargo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono o correo postal a:

Office for Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave. – Suite 240
Chicago, Illinois 60601
Teléfono: **312-886-2359 (TTY 312-353-5693)**

Acerca de este manual del miembro

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

También puede recibir este manual del miembro en estos formatos:

- Letra grande.
- Audio.
- Braille.

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

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

Es importante recordar que debe recibir servicios cubiertos por Anthem de centros y proveedores en la red de Anthem. Los proveedores de la red de Anthem aceptan trabajar con su plan médico para brindarle la atención que necesita.

Solo puede usar proveedores fuera de la red de Anthem para lo siguiente:

- Servicios de emergencia,
- Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC)/clínicas de salud rurales (RHC),
- Enfermeras parteras certificadas o enfermeros practicantes certificados si Anthem no tiene contrato con dichos proveedores y estos están presentes en el área de servicio,
- Proveedores de planificación familiar calificados,
- Un proveedor fuera de la red que Anthem ha aprobado.

Beneficios que superan sus expectativas

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

- ¿Necesita la ayuda de un médico a altas horas de la noche? Utilice LiveHealth Online para una sesión de video con un médico en cualquier momento. Puede obtener ayuda con enfermedades leves, como resfriados, alergias, influenza o infecciones.
- Artículos básicos para bebés
- Pedido por correo de pañales
- Cupones para comida orgánica para bebés
- Comidas posteriores al alta
- [Tutorías personalizadas]
- Computadora portátil
- Cuidado de niños para realizar actividades educativas y búsquedas de empleo
- Asistencia para certificaciones de la industria
- Apoyo para la recuperación del trastorno de abuso de sustancias
- Suministros de venta libre
- Artículos esenciales para el transporte
- Programa de bienestar en línea
- Salud dental mejorada
- Salud de la visión mejorada
- Ayuda con necesidades de vivienda y empleo

Estamos a tan solo una llamada o un clic.

Cuando tenga preguntas o necesite ayuda, nuestro equipo está preparado y dispuesto a ayudarlo.

En nuestro sitio web hay muchas de las respuestas que necesita. Visite **anthem.com/oh/medicaid** para:

- Conocer más sobre sus beneficios.
- Elegir o cambiar su PCP.

- Utilizar nuestra herramienta **Encontrar un médico (Find a doctor)** para buscar un médico por nombre, tipo o ubicación.
- Y mucho más.

También puede llamar a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Si tiene preguntas sobre salud y desea hablar con un enfermero registrado, llame a la Línea de Enfermería 24/7 al **844-430-0341 (TTY 711)**. Nuestros enfermeros están a su disposición en cualquier momento, de día o de noche.

Cordialmente,

Anthem Blue Cross and Blue Shield

Para actualizar su dirección o número de teléfono, llame al Departamento de Medicaid de Ohio al: **800-324-8680 (TTY 711)**.

Preguntas frecuentes

1. ¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?
Consulte la sección **Cómo cambiar de proveedor de atención primaria**.
2. ¿Dónde encuentro una lista de proveedores de salud conductual?
Consulte la sección **Dónde encontrar una lista de proveedores de la red de Anthem** o visite **[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)**.
3. Como miembro adulto, ¿Anthem cubre mi atención?
Consulte la sección **Atención de bienestar para adultos**.
4. ¿Qué sucede si no tengo transporte para acudir a mi cita con el médico?
Consulte la sección **Transporte**.
5. No tengo teléfono. ¿Cómo puedo comunicarme con Anthem o mis médicos?
Consulte la sección **Beneficios adicionales de Anthem**.
6. ¿Cómo puedo averiguar si mis medicamentos fueron aprobados o requieren autorización?
Consulte la sección **Medicamentos**.
7. ¿Cómo puedo recibir otra copia de mi tarjeta de identificación?
Consulte la sección **Visite el sitio web**, la sección **Descargue la aplicación de Anthem Medicaid** o la sección **Su tarjeta de identificación de Anthem**.

MANUAL DEL MIEMBRO DE ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD

8940 Lyra Drive Ste 300

Columbus, OH 43240

844-912-0938

(TTY 711)

anthem.com/oh/medicaid

Le damos la bienvenida a Anthem Blue Cross and Blue Shield. Recibirá la mayoría de sus beneficios de Medicaid a través de Anthem. En este manual del miembro se le indicará cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Índice

Contenido

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN	5
Acerca de este manual del miembro	5
LE DAMOS LA BIENVENIDA A ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD	1
Su nuevo plan médico	1
Cómo encontrar ayuda	1
Llame a Servicios para Miembros	1
Llame a la Línea de Enfermería 24/7	1
Visite el sitio web	2
Descargue la aplicación móvil Sydney Health	2
Números de teléfono importantes	3
Tarjetas de identificación	4
Sus proveedores	6
Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)	6
Dónde encontrar una lista de proveedores de la red de Anthem	7
Consulta a un proveedor fuera del plan	8
Si el consultorio de su PCP se traslada, cierra o deja de formar parte del plan de Anthem	9
Si quiere cambiar de PCP	9
Si su PCP pide que lo cambien a otro PCP	9
Si quiere consultar a un proveedor que no es su PCP	10
Segundas opiniones	10
Cómo elegir un ginecólogo obstetra (OB/GYN)	10
Visitas a un especialista	11
RECIBIR ATENCIÓN DE LA SALUD	11
Cómo programar una cita con su PCP	11
Devolución de llamadas fuera del horario normal	13
Qué llevar a la cita	14
Cómo cancelar una cita	14
Acceso para miembros con necesidades especiales	16
¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?	16
BENEFICIOS Y PRIMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD	17
Beneficios de Anthem	17

Autorización previa (aprobación previa)	17
CÓMO TOMAMOS LAS DECISIONES RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN	18
Beneficios de valor agregado de Anthem	48
SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ANTHEM	51
LIMITACIONES DE FRECUENCIA	52
SERVICIOS QUE NO NECESITAN UNA REFERENCIA	52
NUEVA TECNOLOGÍA	53
DISTINTOS TIPOS DE CUIDADO MÉDICO	53
Atención de rutina, de urgencia y de emergencia: ¿cuál es la diferencia?	53
Atención de rutina.....	53
Atención de urgencia	54
Atención de emergencia.....	54
ATENCIÓN DE BIENESTAR PARA NIÑOS Y ADULTOS	57
HEALTHCHEK.....	57
Vacunas (inyecciones)	59
Notas al pie	60
TIPOS ESPECIALES DE CUIDADO MÉDICO	62
Cuidado de los ojos.....	62
Salud conductual (salud mental/abuso de sustancias)	63
Programa de Servicios Coordinados.....	66
Servicios de planificación familiar	66
Medicamentos	67
Cuando queda embarazada	68
Después de tener a su bebé	69
SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS	70
SERVICIOS ESPECIALES DE ANTHEM PARA UNA VIDA SANA	74
Información de salud.....	74
Health A to Z	74
Recursos para la salud.....	74
Violencia doméstica.....	75
MENORES	75
DIRECTIVAS ANTICIPADAS (TESTAMENTO VITAL O PODER DE REPRESENTACIÓN DURADERO)	75
RECLAMOS Y APELACIONES MÉDICAS	77
Reclamos.....	78
Apelaciones médicas.....	79
Apelaciones aceleradas	81
Apelaciones sobre pagos a proveedores	82
Audiencias imparciales	82
Audiencias estatales	82
Para solicitar una audiencia estatal	83
INFORMACIÓN ADICIONAL	83
Si se muda o cambia la cantidad de integrantes de la familia.....	84
Cómo renovar a tiempo sus beneficios de Medicaid	84
Si deja de ser elegible para Medicaid	84

Cómo cancelar la inscripción en Anthem	85
Si recibe una factura o su proveedor de atención primaria le cobra un cargo	88
Si tiene otro seguro médico (coordinación de beneficios).....	89
Cambios en su cobertura de Anthem	89
Cómo notificar a Anthem sobre cambios que considera que debemos hacer.....	89
Cómo mide Anthem la calidad de su atención.....	90
De qué forma paga Anthem a los proveedores	91
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE ANTHEM	91
PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA CONTRA EL FRAUDE	95
Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso	95
Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso (FWA) por parte de los proveedores:.....	96
Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte del miembro	97
Proceso de investigación.....	97
Acciones sobre los hallazgos de la investigación	98
TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA	99
Apéndice A	103
Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) de Ohio	103

LE DAMOS LA BIENVENIDA A ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD

Su nuevo plan médico

Anthem Blue Cross and Blue Shield brinda sus beneficios de Medicaid. Somos el plan médico que lo ayudará a aprovecharlos al máximo. Trabajaremos con usted y sus médicos para que se sienta lo mejor posible y se mantenga saludable.

Ofrecemos cobertura médica a las personas que viven en Ohio.

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

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

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

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

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

Cómo encontrar ayuda

Llame a Servicios para Miembros

Estamos para ayudarlo. Llámenos al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este si:

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

También puede enviar un mensaje seguro o chatear en vivo con un representante de Servicios para Miembros en [anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid).

Llame a la Línea de Enfermería 24/7

Llame a la Línea de Enfermería 24/7 al **844-430-0341 (TTY 711)** en cualquier momento, de día o de noche. Nuestros enfermeros pueden ayudarlo si tiene preguntas relacionadas con la salud o necesita asesoramiento sobre lo siguiente:

- Qué debe hacer para cuidarse antes de ver a su médico.

- Con qué urgencia necesita recibir atención por una enfermedad.
- Cuándo acudir a la sala de emergencia o a un centro de atención de urgencia.
- Cómo puede recibir la atención que necesita.

Visite el sitio web

Visite nuestro sitio web: **[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)**. Usted puede:

- Elegir o encontrar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de Anthem.
- Cambiar de PCP.
- Ver y compartir su tarjeta de identificación.
- Chatear en vivo o enviar un mensaje seguro a Servicios para Miembros.
- Verificar reclamaciones y servicios autorizados
- Revisar las reclamaciones de OhioRISE
- Actualizar su dirección o número de teléfono. Debe informar también al Departamento de Medicaid de Ohio al **800-324-8680 (TTY 711)**.
- Descargar o solicitar el Manual del miembro o el Directorio de proveedores.
- Informarse sobre los programas y servicios comunitarios.
- Hacer preguntas o comentarios que ayuden a mejorar los servicios de Anthem.
- Informarse sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Informar casos de despilfarro, fraude y abuso.
- Leer sobre lo que hacemos para mantener segura su información privada y recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Anthem. En este aviso, se detalla cómo se puede usar e intercambiar su información médica, y cómo usted puede obtener acceso a esta información.
- Informarse sobre procedimientos de administración farmacéutica.
- Aprender cómo acceder a los servicios de transporte.

Descargue la aplicación móvil Sydney Health

Ahora usted puede acceder a su tarjeta de identificación del miembro de Anthem y encontrar médicos en nuestra red desde su teléfono inteligente o tableta. Solo necesita descargar la aplicación móvil Sydney Health. Con nuestra aplicación móvil gratuita, puede mostrar o enviar por correo electrónico su tarjeta de identificación del miembro a su médico, farmacia u hospital. También puede usar nuestro verificador de síntomas interactivo y chatear en vivo con Servicios para Miembros, directamente desde su teléfono. Para configurar su cuenta, necesitará su número de identificación, que se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación del miembro de Anthem.

Para descargar la aplicación móvil Sydney Health, ingrese a App Store® o Google Play™, o visite nuestro sitio web: **[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)**.

Números de teléfono importantes

Nombre	Descripción	Número de teléfono
Línea de Enfermería 24/7	Reciba asesoramiento médico o hable con un enfermero registrado sobre inquietudes o asuntos relacionados con la salud que no sean de emergencia.	844-430-0341 (TTY 711)
Servicios para Miembros de Anthem	Reciba un Manual del miembro, actualice su tarjeta de identificación del miembro, encuentre un nuevo proveedor, programe una cita y mucho más.	844-912-0938 (TTY 711)
Atención de la salud conductual	Encuentre información sobre la atención de la salud conductual.	844-912-2425 (TTY 711)
Administración de casos	Llame para mantenerse conectado con su administrador de casos.	844-441-1505 (TTY 711)
Programas de Manejo de Enfermedades	Si tiene una condición crónica, hable con un administrador de casos de un programa de Manejo de Enfermedades.	888-830-4300 (TTY 711)
Emergencias	Llame o diríjase a la sala de emergencia del hospital más cercano.	911
DentaQuest	Obtenga información sobre sus beneficios dentales.	888-291-3762 (TTY 800-466-7566)
EyeMed	Obtenga información sobre sus beneficios de la visión.	877-658-1801 (TTY 711)
Servicios de transporte	Coordine el transporte a citas y tratamientos médicamente necesarios.	Número gratuito: 800-282-9720 (TTY 711)
Medicaid de Ohio	Obtenga más información sobre la elegibilidad para acceder al programa Medicaid de Ohio y otros aspectos del programa.	800-324-8680 (TTY 800-292-3572)
Administración de la utilización	Preguntas sobre una aprobación o una denegación que recibió.	844-912-0938 (TTY 711)
OhioRISE	Para más información sobre los servicios de OhioRISE, comuníquese con Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio.	833-711-0773 (TTY 711)
Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) de Ohio a través de GainWell	Obtenga más información sobre sus beneficios de farmacia.	833-491-0344 (TTY 833-655-2437)

Tarjetas de identificación

Ya debe haber recibido su tarjeta de identificación de membresía de Anthem. Cada miembro de su familia que se haya inscrito en Anthem recibirá su propia tarjeta. Cada tarjeta es válida mientras la persona sea miembro de Anthem.

Si está embarazada, debe informar a Anthem. También debe llamar cuando nazca su bebé para que podamos enviarle una nueva tarjeta de identificación para su bebé.

Llame a Servicios para Miembros de Anthem lo antes posible al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este en estos casos:

- Aún no ha recibido su(s) tarjeta(s).
- Alguna información en la(s) tarjeta(s) es incorrecta.
- Pierde su(s) tarjeta(s).
- Tiene un bebé.

Mantenga siempre su(s) tarjeta(s) de identificación con usted

Necesitará su tarjeta de identificación cada vez que reciba servicios médicos. Esto significa que necesita su tarjeta de identificación de Anthem cuando:

- Consulta a su proveedor de atención primaria (PCP).
- Consulta a un especialista u otro proveedor.
- Acude a una sala de emergencia.
- Acude a un centro de atención de urgencia.
- Acude a un hospital por cualquier motivo.
- Recibe suministros médicos.
- Recibe una receta.
- Se realiza exámenes médicos.
- Programa transporte.

Tarjeta de identificación de Medicaid de Ohio

Esta tarjeta lo identifica como miembro de Anthem.

Frente

Anthem
Anthem Blue Cross
and Blue Shield

Member Services | Phone: 800-462-3589
Member Services | TTY: 888-740-5670
24/7 NurseLine | Phone: 800-234-8773

Member Name
Member name

Member ID
Member Medicaid
ID number

Plan ID
Anthem Member
ID Number

Primary Care Provider (PCP):
PCP Name
Phone: phone number

Issuance date: MM/DD/YYYY

Pharmacy Benefit
gainwell
Rx Bin: 024251
Rx PCN: OHRXPROD
Phone: 833-491-0344
Use Member ID for Billing

dorso

Member Services | Phone: 800-462-3589
Member Services | TTY: 1-888-740-5670
Transportation Scheduling: 866-837-9817




Ohio | Department of
Medicaid

Information for Members
Please carry this card at all times. When submitting inquires, always include your identification number from the face of this card. Possession or use of this card does not guarantee eligibility for benefits. In an emergency, go to the nearest facility or call 911. Call Member Services for current eligibility status.

Information for Providers
Please verify member eligibility on Date of Service via the ODM provider portal before rendering services. Please visit MyParamount.org for detailed billing instructions or call 888-891-2564 for assistance. Obtain Prior Authorization by hospital before all non emergency admissions. Submit Physical Claims to: Paramount P.O. Box 928 Toledo, OH 43697-0928. Providers may also call the ODM HD at 800-686-1516 for assistance.

Esta tarjeta lo identifica como miembro de Anthem que también está inscrito en OhioRISE.

Frente

	Member Services Phone: 800-462-3589 Member Services TTY: 888-740-5670 24/7 NurseLine Phone: 800-234-8773 OhioRISE Member Service Phone: 833-711-0773		
Member Name Member name	Member ID Member Medicaid ID number	Plan ID Anthem Member ID Number	OhioRISE  OhioRISE Phone: 833-711-0773
Primary Care Provider (PCP): PCP Name Phone: phone number	Pharmacy Benefit  Rx Bin: 024251 Rx PCN: QHRXPROD Phone: 833-491-0344 Use Member ID for Billing		
Issuance date: MM/DD/YYYY			

dorso

Member Services Phone: 800-462-3589 Member Services TTY: 888-740-5670 Transportation Scheduling Phone: 866-837-9817	 
Information for Members Please carry this card at all times. When submitting questions, always include your identification number from the face of this card. Possession or use of this card does not guarantee eligibility for benefits. In an emergency, go to the nearest facility or call 911. Call Member Services for current eligibility status.	
Information for Providers Please verify member eligibility on Date of Service via the ODM provider portal before rendering services. Please visit MyParamount.org for detailed billing instructions or call 888-891-2564 for assistance. Obtain Prior Authorization by hospital before all non-emergency admissions. Submit Physical Claims to: Paramount P.O. Box 928 Toledo, OH 43697-0928. Providers may also call the ODM HD at 800-686-1516 for assistance.	
OhioRISE Aetna Provider Services should be contacted for questions regarding OhioRISE behavioral health claims and prior authorizations at 1-833-711-0773 (TTY: 711).	

En su tarjeta de identificación de Anthem figura:

- El nombre y el número de teléfono de su PCP.
- Su número de Medicaid.
- La fecha de emisión
- Números de teléfono importantes.

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de Anthem, llámenos de inmediato al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Le enviaremos una nueva.

Para miembros que no hablan inglés o prefieren hablar un idioma distinto al inglés:

- Podemos ayudar en muchos idiomas y dialectos distintos.
- Le facilitaremos un intérprete para que lo ayude a hablar con sus médicos durante las citas. Llame a Servicios para Miembros al menos 24 horas antes de su cita.
- Todos los materiales pueden solicitarse en el idioma que elija. Para solicitar materiales en un idioma distinto al inglés llame a Servicios para Miembros.

Para miembros sordos o con problemas de audición:

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

Información del nuevo miembro

Si ya tiene servicios médicos aprobados o programados, es importante que llame a Servicios para Miembros **de inmediato**. En ciertas situaciones, y durante un periodo específico después de inscribirse, es posible que se le permita recibir atención de un proveedor que no forma parte de la red de Anthem.

Debe llamar a Anthem antes de recibir la atención. Si no nos llama, es posible que no pueda recibir la atención y/o que no se pague la reclamación. Por ejemplo, debe llamar a Servicios para Miembros si ya tiene los siguientes servicios aprobados o programados:

- Trasplante de órganos, médula ósea o células madre hematopoyéticas
- Atención prenatal (embarazo) del tercer trimestre, incluido el parto

- Cirugía ambulatoria/para pacientes hospitalizados
- Cita con un proveedor de atención primaria o especialista
- Quimioterapia o radioterapia
- Tratamiento posterior al alta del hospital en los últimos 30 días
- Servicios dentales o de la visión que no son de rutina (por ejemplo, ortodoncias o cirugía)
- Equipo médico
- Servicios que recibe en su casa, como cuidado médico en el hogar, terapias y enfermería

Sus proveedores

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) del directorio de proveedores de Anthem. Su PCP es un proveedor individual o un consultorio grupal de proveedores capacitados en obstetricia/ginecología (OB/GYN), medicina familiar (medicina general), medicina interna o pediatría.

Su PCP trabajará con usted para dirigir su cuidado médico. Su PCP se encargará de sus chequeos y vacunas y lo tratará para la mayoría de sus necesidades médicas de rutina. Si es necesario, su PCP lo enviará a proveedores y especialistas, o lo admitirá en el hospital.

Puede comunicarse con su PCP llamando al consultorio del PCP. El nombre y el número de teléfono de su PCP están impresos en su tarjeta de identificación de Anthem.

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

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

Cuando se inscribió en Anthem, debió haber elegido un PCP. Si no lo hizo, nosotros le asignamos uno. Le asignamos uno que estuviera cerca de su casa. El nombre y el número de teléfono de su PCP aparecen en su tarjeta de identificación de Anthem. También puede elegir un centro de atención primaria (PCS), como un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC), y recibir atención médica de un médico del PCS. Es importante que programe una cita con su PCP en los primeros 90 días de haberse inscrito en Anthem. Es necesario que hable con el profesional sobre su historial de salud y sus medicamentos lo antes posible.

Si ya tiene un PCP y quiere saber si ese proveedor está en nuestra red, puede consultar el Directorio de proveedores en nuestro sitio web en anthem.com/oh/medicaid o el Directorio de proveedores impreso, si solicitó uno. También puede llamar a Servicios para Miembros de Anthem al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Si su PCP pertenece a nuestra red, puede llamar

a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este y avisarnos que desea seguir con este profesional.

Si no está satisfecho con el PCP que le asignamos, puede elegir otro una vez por mes. Busque en el directorio de proveedores que vino con su paquete de nuevo miembro o inicie sesión en su cuenta en Internet en **anthem.com/oh/medicaid**. Nuestra herramienta de búsqueda le permite buscar proveedores por nombre, ubicación y especialidad.

¿Necesita ayuda? Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este, y nuestro equipo de Concierge con gusto le brindará ayuda para encontrar proveedores y programar citas. Independientemente de cómo haga el cambio (en línea o por teléfono) le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro.

Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes, siempre y cuando esté en la red de Anthem:

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

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

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

Es posible que pueda tener un especialista o una clínica operada por el Estado como PCP si tiene:

- Discapacidad.
- Condición crónica.
- Condición compleja.

El especialista debe estar de acuerdo en asumir la responsabilidad de su atención como PCP. Los miembros que tengan discapacidades tienen un plazo adicional para elegir un PCP. Si no escoge un PCP, le asignaremos uno automáticamente. Puede pedirnos cambiar de PCP en cualquier momento.

Dónde encontrar una lista de proveedores de la red de Anthem

El Directorio de proveedores incluye todos los proveedores de nuestra red a los que puede acudir para recibir servicios. Para solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores, puede llamar a Servicios para Miembros o reenviar la postal que recibió con sus materiales de nuevo miembro en el que se incluía su tarjeta de identificación del miembro. También puede visitar nuestro sitio web, **anthem.com/oh/medicaid**, para ver información actualizada sobre la red de proveedores o llamar a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este y solicitar ayuda.

En el directorio de proveedores se detallan los proveedores de atención primaria (PCP), proveedores de salud conductual, especialistas, optometristas, quiroprácticos, farmacias y hospitales que trabajan con Anthem. En el directorio se indica si el proveedor acepta nuevos pacientes y si está certificado por el Colegio de Médicos.

En el directorio también se detalla lo siguiente:

- Nombre del proveedor y práctica o afiliación de grupo
- Direcciones de los consultorios
- Números de teléfono de los consultorios
- Horario de atención
- Idiomas que se hablan en el consultorio y estado de la capacitación en competencia cultural, si está disponible
- Calificaciones profesionales
 - Especialidad del proveedor
 - Escuela de medicina a la que asistió y finalización de la residencia
 - Accesibilidad y adaptaciones del consultorio del proveedor o centro
 - Disponibilidad de servicios de telesalud
 - Sitio web del proveedor, según corresponda

Si no recibió un directorio de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para solicitar ayuda. Le enviaremos un directorio nuevo. Para buscar un proveedor en línea, puede ingresar en **[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)** y seleccionar **Encontrar un doctor (Find a Doctor)**.

Si necesita un directorio de proveedores en otro formato o idioma distinto al inglés, o tiene otras necesidades especiales, llame a Anthem.

Consulta a un proveedor fuera del plan

Es posible que a veces tenga que consultar a un proveedor que no es parte de la red de Anthem. Si usted estaba enfermo o se lesionó antes de inscribirse en Anthem y estaba consultando a un PCP que no pertenece a nuestra red, infórmenos sobre la atención que estaba recibiendo. En algunos casos, podrá seguir consultando a este PCP mientras escoge uno nuevo de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para obtener más información. Anthem trabajará con usted y el PCP para brindarle una transición fluida a su nuevo PCP.

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

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

Si el consultorio de su PCP se traslada, cierra o deja de formar parte del plan de Anthem

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

- Lo llamaremos o le enviaremos una carta 45 días antes de la fecha en que el proveedor se mudará, cerrará o se retirará de nuestro plan. Si nos enteramos con menos de 45 días de anticipación a la fecha de terminación del proveedor, le llamaremos o enviaremos una carta dentro de un día hábil de habernos enterado. En algunos casos, podrá seguir viendo a este PCP mientras escoge uno nuevo.
- Trabajaremos con usted y su PCP para brindarle una transición fluida a su nuevo PCP.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo PCP si nos pide ayuda llamando a Servicios para Miembros.
- Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de cinco días hábiles después de que haya elegido un nuevo PCP.

Si quiere cambiar de PCP

Si desea cambiar su PCP, primero debe llamar a Servicios para Miembros para solicitar el cambio. Puede cambiar el PCP en su tarjeta de identificación una vez al mes si lo desea.

Si necesita cambiar de PCP, puede seleccionar otro de la red. Para cambiar de PCP:

1. Utilice nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en **[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)**.
2. Inicie sesión en su cuenta en Internet en **[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)** o llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Cuando pida cambiar de PCP:

- Podemos hacer el cambio el mismo día que lo pide.
- El cambio entrará en vigencia al día siguiente.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo en un plazo de cinco días hábiles después de que se haya cambiado su PCP.
- No es necesario esperar a recibir su nueva tarjeta de identificación para ver al nuevo PCP

Anthem le enviará una carta con una nueva tarjeta de identificación para informarle que se cambió su PCP y la fecha en que puede comenzar a ver al nuevo PCP. Para obtener los nombres de los PCP de Anthem, puede buscar en su directorio de proveedores si solicitó una copia impresa o en nuestro sitio web, **[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)**. También puede llamar a Servicios para Miembros de Anthem al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este y solicitar ayuda.

Si su PCP pide que lo cambien a otro PCP

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

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

Si su PCP pide que lo cambien a otro PCP por alguno de estos motivos, comuníquese con Servicios para Miembros para pedir ayuda para encontrar un nuevo PCP o consulte el directorio de proveedores. También puede usar la herramienta en línea **Encontrar un doctor (Find a Doctor)** en anthem.com/oh/medicaid.

Si quiere consultar a un proveedor que no es su PCP

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

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

Segundas opiniones

Los miembros de Anthem tienen derecho a pedir una segunda opinión sobre cualquier tratamiento o diagnóstico sin costo alguno. Puede solicitar una segunda opinión de un proveedor de la red o uno fuera de la red, si no hay un proveedor de la red disponible. Esto significa que puede hablar sobre el asunto con otro proveedor de la red. Pídale a su PCP que le solicite una segunda opinión. Si no puede encontrar un proveedor de la red, le ayudaremos a encontrar uno fuera de la red sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para solicitar ayuda.

Cómo elegir un ginecólogo obstetra (OB/GYN)

Las miembros pueden consultar a un ginecólogo obstetra de la red. Estos servicios no tienen costo adicional para las miembros e incluyen lo siguiente:

- Visitas de bienestar.
- Atención prenatal.
- Planificación familiar.

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

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

- Busque en el directorio de proveedores de Anthem que venía con su paquete de nuevo miembro.
- Consulte nuestro directorio de proveedores en línea en anthem.com/oh/medicaid.
- Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

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

Si está embarazada cuando se inscribe en Anthem y su actual proveedor no forma parte del plan de Anthem, es posible que usted pueda continuar recibiendo atención de ginecología y obstetricia de su proveedor actual. Esto se conoce como continuidad de la atención. Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para recibir más información.

Visitas a un especialista

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

Ejemplos de especialistas:

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

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

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

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

- Hable con su PCP.
- Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para más información.

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

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

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

RECIBIR ATENCIÓN DE LA SALUD

Cómo programar una cita con su PCP

Es importante visitar a su PCP para hacerse chequeos periódicos, llamados visitas de bienestar, y para recibir atención cuando esté enfermo. Llame al consultorio de su PCP siempre que necesite atención. El número de teléfono está en su tarjeta de identificación de Anthem.

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

Las visitas de bienestar pueden ayudarlo a mantenerse saludable y permitirle a su PCP atenderlo mejor cuando se enferme. Cuando no se sienta bien, llame al consultorio de su PCP. Infórmeles sus síntomas, y le dirán con qué urgencia deben atenderlo. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Tipo de visita	Descripción	Estándar mínimo
Servicio de emergencia	Servicios necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una condición médica de emergencia.	Las 24 horas, los 7 días de la semana
Atención de urgencia (incluye servicios médicos, de salud conductual y dentales)	Atención brindada por una enfermedad o lesión que no es de emergencia con síntomas agudos que requieren atención inmediata; los ejemplos incluyen, entre otros, esguinces, síntomas de influenza, cortes y heridas leves, aparición repentina de dolor de estómago y dolor de cabeza intenso que no se resuelve. Enfermedad aguda o dependencia de sustancias que afecta la capacidad de funcionar, pero que no presenta un peligro inminente.	Las 24 horas, los 7 días de la semana en un plazo de 48 horas desde la solicitud
Emergencia de salud conductual que no pone en peligro la vida	Una situación que no pone en peligro la vida, en la que un miembro muestra un trastorno emocional o una angustia extrema, su capacidad funcional se ve comprometida o es incapaz de controlarse y calmarse.	En un plazo de 6 horas
Atención de rutina de salud conductual	Solicitudes de tratamiento de rutina de salud mental o abuso de sustancias de proveedores de salud conductual.	En un plazo de 10 días hábiles o 14 días calendario, lo que ocurra primero
Evaluación inicial de Necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS)	Evaluación a los fines de elegibilidad para OhioRISE	En un plazo de 72 horas de la identificación

Tipo de visita	Descripción	Estándar mínimo
Servicios residenciales/ para pacientes hospitalizados de nivel 3 de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (ASAM): 3.1, 3.5, 3.7	Examen inicial, evaluación y referencia para tratamiento.	En un plazo de 48 horas desde la solicitud
Servicios intensivos para pacientes hospitalizados administrados médicamente de nivel 4 de la ASAM	Servicios necesarios para tratar y estabilizar la condición de salud conductual de un miembro.	Las 24 horas, los 7 días de la semana
Cita de atención primaria	Atención brindada para prevenir enfermedades o lesiones; por ejemplo, exámenes físicos de rutina, vacunas, mamografías y pruebas de Papanicolaou.	En un plazo de 6 semanas
Atención primaria de enfermedades no urgentes	Atención brindada por una enfermedad o lesión no urgente con síntomas actuales.	En un plazo de 3 días calendario
Atención prenatal: primer o segundo trimestre	Atención brindada a una miembro embarazada para ayudar a mantener saludables a la miembro y al futuro bebé, que incluye chequeos y pruebas prenatales.	Primera cita dentro de los 7 días calendario; citas de seguimiento no más de 14 días calendario después de la solicitud
Atención prenatal: tercer trimestre o embarazo de alto riesgo		En un plazo de 3 días calendario
Cita de atención especializada	Atención brindada por una enfermedad o lesión que no sea de emergencia o urgencia y que requiera consulta, diagnóstico y/o tratamiento de un especialista.	En un plazo de 6 semanas
Cita dental	Servicios dentales que no son de emergencia o urgentes, incluida la atención de rutina y preventiva.	En un plazo de 6 semanas desde la solicitud

Devolución de llamadas fuera del horario normal

Queremos que pueda recibir atención en cualquier momento. Cuando el consultorio de su PCP esté cerrado, un contestador recibirá su llamada. Su PCP debe devolverle la llamada en 30 minutos. Hable con su PCP y programe una cita.

Qué llevar a la cita

Cuando visite a su proveedor, asegúrese de tener:

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

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

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

Cómo cancelar una cita

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

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

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

Telesalud

La telesalud es la prestación directa de atención de la salud mediante audio y/o video. En lugar de ir al consultorio para su cita, se queda en su casa u oficina y utiliza su teléfono inteligente, tableta o computadora para ver y hablar con sus profesionales médicos y de salud conductual. El uso de la telesalud no tiene costo y elimina el estrés de necesitar servicios de transporte.

Puede consultar a profesionales médicos y de salud conductual a través de la telesalud para muchas enfermedades y lesiones, condiciones médicas comunes, citas de seguimiento y exámenes, así como para obtener recetas de medicamentos.

Consulte con sus proveedores para ver si ofrecen telesalud.

Transporte

Si debe viajar 30 millas o más desde su casa para recibir servicios médicos cubiertos, Anthem le brindará transporte. Llame sin cargo a los servicios de transporte de Anthem al **1-800-282-9720 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

Además de la asistencia de transporte que brinda Anthem, puede obtener transporte para determinados servicios a través del programa Transporte que no sea de emergencia (NET) del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia local del condado. Llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su condado si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de NET.

Cómo programar un traslado:

- Llame al número gratuito de servicios de transporte al **1-800-282-9720 (TTY 711)** 48 horas o dos días hábiles antes de la cita de rutina programada.
- Las reservas se pueden hacer hasta con 30 días de anticipación. Las reservas para citas repetidas, como diálisis, quimioterapia o radioterapia, se pueden programar por un período de 90 días a la vez.
- Para una cita urgente/para el mismo día o para el alta de un centro, los miembros pueden llamar al número gratuito de reservas de servicios de transporte de Anthem al **1-800-282-9720 (TTY 711)** las 24 horas, los siete días de la semana.

Cuando llame a los servicios de transporte, deberá proporcionar la siguiente información:

- Su número de identificación del miembro (que se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro)
- Su nombre completo
- Su fecha de nacimiento
- Su dirección actual
- Su número de teléfono
- Detalles de la dirección de recogida y de la dirección de destino de la cita
- Fecha y hora específica de la cita

¿Quién puede llamar para programar un traslado?

- Los miembros de por lo menos 18 años de edad
- El padre, la madre o el tutor legal de un miembro menor de edad
- Un representante autorizado
- Los miembros que sean menores emancipados
- El cuidador del miembro, un administrador de casos u otros proveedores médicos y/o centros (como hospitales)

¿Cómo llegará a su cita?

Los tipos de vehículos que se pueden utilizar para el transporte incluyen:

- Automóvil
- Taxi
- Vehículo de viaje compartido
- Vehículo equipado con elevador de silla de ruedas

El tipo de vehículo utilizado se basará en su movilidad y necesidades físicas. Puede especificar necesidades especiales o instrucciones especiales durante la llamada. Deberá estar listo 15 minutos antes de la hora de recogida programada.

Los miembros ambulatorios pueden solicitar la opción de viaje compartido o un pase de autobús. Si tiene a alguien que pueda llevarlo a su cita y/o de regreso, puede solicitar el reembolso de millas al programar su traslado.

¿Cómo regresará a su casa después de la cita?

Si llama para pedir un traslado después de su cita (con confirmación pendiente), el conductor debe recogerlo dentro de los 30 minutos.

¿Cómo puede cancelar o reprogramar un traslado?

Comuníquese con los servicios de transporte para cancelar o reprogramar un traslado. Llame a los servicios de transporte al **800-282-9720 (TTY 711)**. También puede cancelar un transporte utilizando la aplicación móvil Access2Care.

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

Acceso para miembros con necesidades especiales

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

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

¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?

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

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

- No son experimentales (no son nuevos o no han sido probados).
- Son seguros y eficaces para el miembro (Medicaid solamente cubrirá artículos y servicios que sean necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, o para mejorar la función de una parte del cuerpo con malformaciones). Esto no incluye procedimientos cosméticos.
- No son principalmente para la conveniencia del miembro, el cuidador del miembro o el proveedor.
- No tienen fines estéticos.

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

BENEFICIOS Y PRIMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Beneficios de Anthem

A continuación, se encuentra un resumen de los beneficios y servicios médicos que ofrece Anthem. Su PCP le brindará la atención que necesite o lo referirá a otro proveedor.

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

No hay copagos ni deducibles para ningún servicio cubierto.

Si tiene preguntas o dudas sobre si Anthem ofrece un beneficio determinado, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Autorización previa (aprobación previa)

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

Anthem cuenta con un equipo de revisión de utilización que analiza las solicitudes de servicios.

Este equipo:

- Decidirá si el servicio es necesario y si Anthem lo cubre.

Lo hará dentro de los 10 días calendario después de haber recibido la solicitud y la información clínica de su médico. Su médico puede solicitar una revisión acelerada si una demora pudiera afectar gravemente a su salud. Le avisaremos a su médico nuestra decisión dentro de las 48 horas de la recepción de la solicitud urgente.

Si decidimos que no pagaremos la atención, o los servicios aprobados cubren montos menores al monto solicitado o son inferiores al tipo solicitado, usted o su médico pueden apelar. Para obtener más información sobre el proceso de apelación, consulte la sección **Reclamos y apelaciones médicas**. Si usted presenta una apelación, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 15 días. Si tiene alguna pregunta o no está seguro de si ofrecemos un beneficio determinado, puede llamar a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para recibir ayuda. Para obtener una lista de los servicios que cubrimos, consulte la sección **Servicios cubiertos por Anthem**.

CÓMO TOMAMOS LAS DECISIONES RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN

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

No incentivamos a los proveedores ni a nuestro personal a tomar decisiones que resulten en una subutilización de servicios. Además, no creamos barreras para recibir atención de la salud. Los proveedores no reciben recompensas financieras ni de otro tipo por limitar o negar atención. Los proveedores de Anthem utilizan guías de prácticas clínicas para determinar los tratamientos y servicios necesarios.

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

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

Es posible que necesite una referencia de su PCP o nuestra aprobación antes de que pueda recibir algunos servicios. Si no cumple con el requisito de tener un formulario de referencia o una aprobación previa, algunos servicios podrían no estar cubiertos ni ser pagados. Cuando usted o su proveedor solicitan una atención determinada que requiere aprobación previa, nuestro equipo de revisión de utilización decide si el servicio es médicamente necesario y si está cubierto por Anthem.

También puede contactarnos si necesita más información, tiene preguntas o quiere solicitarnos una copia de los criterios y las guías clínicas de administración de la utilización. Llámenos al **844-396-2329 (TTY 711)** para hablar con nuestro representante de Administración de la Utilización (UM) de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. La interpretación oral con respecto a todas las cuestiones de UM, incluidos los beneficios y el acceso a los servicios médicos, está disponible para todos los miembros sin cargo. Si tiene dificultades para entender inglés y necesita asistencia en otros idiomas para discutir temas de UM, comuníquese con Servicios para Miembros al número gratuito **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para recibir ayuda sin costo alguno para usted. Nuestro personal bilingüe o un intérprete puede explicar esta información en su idioma principal.

Algunos de los servicios detallados a continuación pueden necesitar una aprobación previa. Solicite a su proveedor más información o contáctenos de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Para hablar con un representante de UM, llame al **844-396-2329 (TTY 711)**.

* **Anthem no cubre pruebas, medicamentos ni tratamientos que sean experimentales**, como un tratamiento nuevo que esté en periodo de prueba o para el que no se haya comprobado su eficacia.

SERVICIOS CUBIERTOS POR ANTHEM

Por ser miembro de Anthem, recibirá sin costo todos los servicios cubiertos por Medicaid que sean médicamente necesarios.

- Acupuntura (para el tratamiento de ciertas condiciones).
- Servicios para el tratamiento de alergias
- Transporte en ambulancia y vehículo para silla de ruedas
- Servicios de salud conductual (incluidos servicios de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias)
- Servicios de una enfermera partera certificada
- Servicios de un enfermero practicante certificado
- Servicios de quimioterapia
- Servicios de quiropráctica (para la espalda)
- Servicios dentales
- Servicios de terapia del desarrollo para niños menores de seis años
- Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio)
- Equipo médico duradero (sacaleches, bolsas de almacenamiento para leche materna, dispositivos para movilidad asistida, tensiómetros)
- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios en centros de maternidad independientes. Llame a Servicios para Miembros y averigüe si hay un centro calificado cerca de usted.
- Servicios en un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) o una clínica de salud rural (RHC)
- Servicios ginecológicos (ginecólogo obstetra)
- Servicios de salud en el hogar
- Cuidado para enfermos terminales
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios de terapia nutricional médica (MNT)
- Servicios prestados en un centro de enfermería. Anthem cubrirá la estadía de los miembros, a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio determine que el miembro regresará a la cobertura de Medicaid de cargo por servicio. Si el miembro necesita servicios de enfermería, debe llamar a Servicios para Miembros y solicitar información sobre los proveedores disponibles.

- Cuidado durante la maternidad: Cuidado prenatal y posparto, incluidos los servicios para embarazos de riesgo
- Servicios hospitalarios ambulatorios
- Servicios de farmacia
- Servicios médicos
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Examen físico requerido para el empleo o para participar en programas de capacitación laboral si otra parte no ofrece el examen sin cargo
- Servicios de podología (para los pies)
- Medicamentos recetados, incluidos algunos medicamentos de venta libre recetados
- Mamografía preventiva y pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino
- Servicios del proveedor de atención primaria
- Servicios de diálisis renal (enfermedad renal)
- Servicios de relevo (para miembros menores de 21 años de edad con necesidades de cuidado a largo plazo o de salud conductual)
- Exámenes médicos y consejería sobre obesidad
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)
- Vacunas (inyecciones)
- Servicios de especialistas, por ejemplo:
 - Alergología
 - Salud conductual
 - Cardiología
 - Salud dental
 - Diálisis ambulatoria
 - Otorrinolaringología (garganta, nariz y oído)
 - Gastroenterología
 - Cirugía general
 - Ginecología
 - Medicina hospitalaria
 - Nefrología
 - Neurología
 - Oncología
 - Cirugía oral
 - Ortopedia
 - Pediatría
 - Odontología pediátrica
 - Salud conductual pediátrica
 - Podología
 - Psiquiatría
 - Radiología
 - Servicios ambulatorios para el trastorno de abuso de sustancias (SUD)
 - Servicios residenciales para el SUD

- Servicios de cirugía
- Cuidado ambulatorio
- Urología
- Servicios de audición y del habla, incluidos audífonos
- Servicios de telesalud
 - Los servicios de telesalud están cubiertos para muchas enfermedades y lesiones, condiciones médicas comunes, citas de seguimiento y exámenes, así como para obtener recetas de medicamentos. Consulte con su proveedor si ofrecen alguno de los siguientes servicios cubiertos:
 - Servicios médicos y de salud conductual
 - Apoyos y servicios a largo plazo
 - Fisioterapia/terapia ocupacional
 - Patologías del habla y del lenguaje
 - Audiología
 - Salud dental
 - Programa de Servicios de Recuperación Especializados (SRS)
- Servicios para dejar de fumar, incluida la consejería para dejar de fumar y los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para dejar de fumar. Llame al **800-QUIT-NOW (800-784-8669)** y hable con un especialista en consumo sobre la ayuda disponible para dejar de fumar.
- Servicios de la visión (de óptica), incluidos anteojos
- Exámenes de control pediátrico (Healthchek) para niños menores de 21 años
- Exámenes de control anuales para adultos

PRUEBAS DE COVID Y VACUNACIÓN

Anthem cubrirá sin costo todas las pruebas, los tratamientos de COVID-19, así como la vacunación que estén cubiertos por Medicaid.

Puede encontrar en línea los centros de pruebas de COVID en:

<https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers>

El Departamento de Salud de Ohio (ODH) ha desarrollado una herramienta de búsqueda para que los habitantes de Ohio encuentren proveedores de vacunas. En el directorio se puede buscar por condado y código postal, y se muestran los proveedores que actualmente reciben vacunas contra el COVID. Puede encontrar información y centros de vacunación en <https://vaccine.coronavirus.ohio.gov/> o llamando al Departamento de Salud de Ohio al número gratuito **833-427-5634**.

Anthem puede brindarle ayuda para ubicar un centro de pruebas o vacunación en su comunidad. También puede ayudar a programar la cita y el transporte a la cita. Comuníquese con su plan a través del sitio web, anthem.com/oh/medicaid, o por teléfono: llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

El Departamento de Salud de Ohio ofrece actualizaciones periódicas sobre las fases de elegibilidad para la vacunación en <https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program>.

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DE ALERGIAS</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento: La inmunoterapia (comúnmente llamada inyecciones antialérgicas) es eficaz para el tratamiento de pacientes con alergias. Se basa en la creencia de que las personas que reciben las inyecciones de un alérgeno específico ya no serán sensibles a dicho alérgeno. • Pruebas: Las pruebas de alergias se utilizan para determinar a qué es alérgica una persona. Hay muchos métodos de pruebas de alergia. Los tipos más comunes, entre otros, son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Pruebas en la piel – Pruebas por eliminación
<p>ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO (ABA)</p>	<p>El análisis conductual aplicado (ABA) es un modelo de intervención conductual para tratar niños con trastorno del espectro autista (ASD). Se ofrece este análisis a las personas elegibles para Medicaid menores de 21 años según los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). Los servicios de ABA incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación previa • Evaluación posterior o reevaluación • Plan de intervención como tratamiento con metas objetivas mensurables • Objetivos focalizados (basados en datos) • Capacitación en comunicación funcional

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO (ABA) (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de autocontrol • Habilidades de adaptación para la vida diaria • Habilidades cognitivas • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Equipo médico duradero (DME) • Dispositivo generador de voz (SGD) • Habilidades orales • Habilidades del lenguaje • Juego con pares • Habilidades sociales • Habilidades prevocacionales y vocacionales • Capacitación para padres • Educación familiar • Consejería familiar • Administración de casos
<p>CIRUJANO AUXILIAR</p>	<p>Un cirujano auxiliar presta asistencia al cirujano principal durante una cirugía. Estos servicios están cubiertos para procedimientos que reúnen los requisitos.</p>
<p>DISPOSITIVOS DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA/ASISTIDA</p>	<p>Son dispositivos, como sintetizadores del habla, que ayudan a los miembros con habilidades limitadas de comunicación vocal u oral a comunicar lo que piensan.</p>
<p>SERVICIOS DE AUDIOLOGÍA</p>	<p>Estos servicios ayudan a decidir si una persona puede oír dentro de un rango normal y, en caso de que no sea así, qué partes de la audición se modificaron y en qué grado. Si un audiólogo diagnostica pérdida de la audición, aconsejará qué opciones podrían ayudar al paciente (p. ej.: audífonos, implantes cocleares, cirugía). Anthem cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos médicamente necesarios • Audífonos y suministros hechos durante un chequeo del programa Niños Saludables (Healthy Kids)

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
SERVICIOS DE AUDIOLOGÍA (continuación)	<p>para miembros menores de 21 años según los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)</p> <p>Se aplican ciertos límites.</p>
SALUD CONDUCTUAL	<p>Los servicios cubiertos con límites establecidos por los programas de Medicaid de Ohio y Healthchek incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en situaciones de crisis destinada a miembros que atraviesen una crisis psiquiátrica para: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir síntomas. • Ayudar a estabilizar y restablecer a la persona a su anterior nivel de funcionalidad. • Estabilización de crisis para ayudar a una persona en crisis a volver a su anterior nivel de funcionalidad. • Indicación de terapia electroconvulsiva para tratar una enfermedad mental grave. • Desintoxicación/dependencia de productos químicos en un hospital. Servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Orientados a restablecer el bienestar mental y físico de personas que abusan de drogas o alcohol. <p>* Se aplican ciertos límites según lo estipulado por los programas de Medicaid de Ohio y Healthchek.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales para pacientes internados prestados en un entorno de hospitalización por: <ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatras • Psicólogos • Trabajadores sociales clínicos • Terapeutas

SERVICIO CUBIERTO**INFORMACIÓN ADICIONAL****SALUD CONDUCTUAL (continuación)**

- Médicos clínicos o especialistas
- Enfermeros practicantes certificados
- Programa ambulatorio intensivo para tratar la dependencia de productos psiquiátricos y químicos con estas características:
 - Se reúne varias veces por semana para al menos tres horas de servicios de salud mental o abuso de sustancias/alcohol.
 - Tiene el objetivo de mejorar el nivel de funcionalidad de la persona para evitar una recaída o la admisión en un hospital.
- Tratamiento asistido con medicamentos, como el programa de mantenimiento con metadona, para el tratamiento de la adicción a la heroína.
- La neuroterapia (también llamada neuroretroalimentación o biorretroalimentación electroencefalográfica [EEG]) es un proceso que observa el sistema nervioso central y el cerebro. Esto permite una mejor comprensión de las posibles irregularidades presentes en el cerebro, y el tratamiento puede capacitar al cerebro a que corrija tales irregularidades.
 - Servicios de observación hospitalaria.
- Servicios de desintoxicación y/o rehabilitación ambulatorios:
 - Orientados a restablecer el bienestar mental y físico de personas que abusan de drogas

SERVICIO CUBIERTO**INFORMACIÓN ADICIONAL****SALUD CONDUCTUAL (continuación)**

o alcohol.

- Los servicios ambulatorios de salud mental/por abuso de sustancias incluyen:
 - Servicios médicos y terapéuticos básicos
 - Servicios para situaciones de crisis
 - Revisión y diagnóstico de atención
 - Terapia individual, familiar y/o grupal, a menos que forme parte de un examen médico de los EPSDT
 - Administración de medicamentos

Usted puede recibir estos servicios de médicos, psicólogos u otros profesionales de salud mental autorizados.

- Programas de tratamiento parcial hospitalario, psiquiátrico y de dependencia de productos químicos con estas características:
 - Se ofrecen de lunes a viernes durante al menos seis horas por día.
 - Se prestan en un hospital en un entorno ambulatorio.
 - Ofrecen una variedad de servicios de tratamiento psiquiátrico y por abuso de sustancias.
 - Proporcionan cuidado hospitalario parcial como alternativa a la atención psiquiátrica o por abuso de sustancias para pacientes internados.

SERVICIO CUBIERTO**INFORMACIÓN ADICIONAL****SALUD CONDUCTUAL (continuación)**

- Servicios de rehabilitación psicosocial/capacitación en habilidades básicas que ayudan a alcanzar o mantener los mayores niveles de funcionalidad de una persona.
 - Aprovechan al máximo sus fortalezas personales.
 - Elaboran formas de enfrentar y manejar áreas de debilidad.
 - Crean un entorno de apoyo en donde desempeñarse.
 - Pruebas psicológicas y neuropsicológicas que usan los psicólogos para evaluar:
 - El estado de ánimo
 - El tipo de personalidad
 - Habilidades de aprendizaje
- Estas pruebas pueden emplearse para tomar una decisión sobre un diagnóstico de salud mental. Los servicios cubiertos incluyen:
- Pruebas neuropsicológicas
 - Pruebas neuroconductuales
 - Pruebas psicológicas
 - Servicios en un centro de tratamiento residencial (RTC) por abuso de alcohol y drogas para personas que viven en él y no requieren cuidado médico agudo
 - Salud mental para niños y adolescentes que no requieren cuidado de pacientes hospitalizados agudo
- Los servicios incluyen:
- Terapia individual, grupal y familiar
 - Administración de medicamentos

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>SALUD CONDUCTUAL (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento médico • Análisis de laboratorio • Alojamiento y comida <p>Miembros de Healthcek hasta los 19 años Anthem cubre la atención médicamente necesaria (servicios médicos, análisis de laboratorio, servicios dentales, servicios de radiografía, etc.) y los servicios profesionales brindados en un RTC. Healthcek cubre la admisión y la tarifa por habitación diaria.</p> <p>Miembros de Medicaid de 21 años o más Anthem cubrirá los servicios durante el primer mes de admisión. El primer día del mes después de la admisión, se cancelará la inscripción del miembro en Anthem y recibirá todos los servicios cubiertos por Medicaid mediante el programa de cargo por servicio.</p>
<p>BIORRETROALIMENTACIÓN (COMO PARTE DE LA NEUROTERAPIA)</p> <p>La neuroterapia (también llamada neurorretroalimentación o biorretroalimentación de EEG) es un proceso que observa el sistema nervioso central y el cerebro. Esto permite una mejor comprensión de las posibles irregularidades presentes en el cerebro, y el tratamiento puede capacitar al cerebro a que corrija tales irregularidades.</p> <p>El tratamiento por biorretroalimentación ayuda a capacitar a las personas para que mejoren su salud mediante las señales de su cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los fisioterapeutas lo utilizan para ayudar a que las personas que sufrieron accidentes cerebrovasculares recuperen el movimiento de los músculos paralizados. • Los especialistas lo utilizan para ayudar a los pacientes a manejar el dolor. • Los psicólogos lo utilizan para que las personas 	<p>Neuroterapia: Anthem cubre la neuroterapia médicamente necesaria cuando la indica un profesional de salud mental calificado (QMHP) certificado que actúa dentro del alcance de su licencia.</p> <p>Biorretroalimentación: Un técnico certificado en biorretroalimentación podrá asistir en brindar tratamiento de biorretroalimentación, pero un QMHP debe prestar el servicio de psicoterapia relacionado. Se aplican ciertos límites.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
tensas y ansiosas aprendan a relajarse.	
ADMINISTRACIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS	Anthem cubre la administración de sangre o productos sanguíneos por inyecciones en una vena o arteria.
INYECCIONES DE BÓTOX	<p>Los servicios cubiertos incluyen tratamientos para la debilidad de los miembros como resultado de una lesión cerebral o de médula espinal, incluida la parálisis cerebral.</p> <p>No está cubierto el tratamiento con fines estéticos.</p>
ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS	<p>La administración de cuidados médicos está diseñada para responder a las necesidades de un miembro, cuando su diagnóstico o condición requieran atención y tratamiento durante periodos cortos o prolongados.</p> <p>Cuando un miembro está en un programa de administración de cuidados médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un administrador de cuidados médicos o asesor de atención de Anthem lo ayuda a identificar los entornos en los que podrá recibir atención. • Un proveedor, en representación del miembro, puede solicitar que el miembro forme parte del programa. El administrador de cuidados médicos o asesor de atención trabajará con el miembro y los proveedores del miembro para decidir: <ul style="list-style-type: none"> • El nivel y los tipos de servicios necesarios. • Otros entornos donde puede brindarse atención. • Los equipos y/o suministros necesarios. • Servicios comunitarios cercanos.

SERVICIO CUBIERTO**INFORMACIÓN ADICIONAL****ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS
(continuación)**

- La comunicación necesaria entre el miembro y el equipo de cuidado médico del miembro, como el PCP y los especialistas.

Los administradores de cuidados médicos le realizarán al miembro pruebas de detección y utilizarán las herramientas de evaluación para poder identificar las necesidades de atención integral y las deficiencias en el cuidado.

La evaluación integral de salud incluye:

- Una variedad de preguntas para identificar y evaluar los siguientes aspectos del miembro:
 - Necesidades de atención inmediata y servicios prestados actualmente.
 - Condiciones físicas.
 - Condiciones de salud conductual, incluido el estado de abuso de sustancias.
 - Limitaciones funcionales.
 - Preferencias culturales.
 - Necesidades de recursos comunitarios.
 - Apoyos disponibles implementados, como un cuidador.
 - Necesidades de salud especiales.
 - Exposición a experiencias desfavorables o situaciones traumáticas durante la niñez.
 - Plan de tratamiento actual.
- Entrevistas telefónicas o visitas a domicilio para recolectar y evaluar la información recibida de los miembros o sus representantes;

**ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS
(continuación)**

para completar la evaluación. Los administradores de cuidados médicos también recibirán información de estas fuentes:

- El PCP y los especialistas del miembro.
- Los familiares, si corresponde, como un representante legal del miembro.
- Otros integrantes del equipo de cuidado médico que colaboran con las necesidades médicas actuales y de servicios no médicos del miembro.

Plan de salud personalizado

Los administradores de cuidados médicos utilizarán la información para ayudar al miembro y a su equipo de cuidado médico a decidir cuáles son los servicios necesarios de administración de cuidados médicos.

El administrador de cuidados médicos:

- Trabaja con el miembro, su familia (cuando corresponda) y sus proveedores para desarrollar y establecer el plan de salud adecuado.
- Piensa en las necesidades del miembro en cuanto a servicios de apoyo social, educativo, terapéutico y otros servicios de apoyo no médicos, así como en las fortalezas y las necesidades del miembro y de su familia.

Cuando sus necesidades no médicas sean complejas, los administradores de cuidados médicos o asesores de atención trabajarán con:

- Trabajadores sociales
- Navegadores de pacientes

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores de salud comunitarios • Organizaciones comunitarias • Especialistas de apoyo de pares <p>Los defensores de los miembros o especialistas de alcance comunitario podrán intentar comunicarse con los miembros para que reciban servicios de administración de cuidados médicos.</p> <p>Si un miembro recibe servicios de administración de cuidados médicos de otras fuentes (p. ej., una organización de servicios comunitarios, otra organización de administración de cuidados médicos u OhioRise), el plan de salud definirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso de administración de los aspectos médicos, de salud conductual y/o por abuso de sustancias, y los aspectos sociales de la atención. • Las funciones de cada persona presente en el equipo de cuidado médico. <p>Es posible que se necesite una exención firmada por el miembro en determinadas situaciones para hablar claramente de inquietudes específicas de la salud con el equipo de cuidado médico del miembro, incluido su PCP.</p>
<p>QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA</p>	<p>La quimioterapia es el uso de medicamentos para matar bacterias, virus, hongos y, con más frecuencia, células cancerígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede destruir células cancerígenas en lugares muy distantes de la zona del cáncer inicial. • Más de la mitad de las personas con diagnóstico de cáncer reciben quimioterapia.

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA (continuación)</p>	<p>Un régimen de quimioterapia es un plan y programa de tratamiento que incluye medicamentos para combatir el cáncer y medicamentos para ayudar a tolerar la finalización del tratamiento contra el cáncer en la dosis o programa completo.</p> <p>La radioterapia es el uso de determinado tipo de energía, llamada radiación de ionización, para matar células cancerígenas y reducir tumores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, el objetivo del tratamiento de radiación es destruir un tumor entero. • En otros casos, el objetivo es reducir un tumor y aliviar los síntomas. <p>En ambos casos, los médicos planifican el tratamiento para salvar la mayor cantidad de tejido sano posible.</p>
<p>SERVICIOS DE QUIROPRÁCTICA</p>	<p>Para miembros de Medicaid menores de 21 años de edad y miembros de Healthchek menores de 19 años de edad.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de quiropráctica necesarios por motivos médicos cuando se derivan a un quiropráctico como parte del chequeo del programa Niños Saludables (Healthy Kids) y cuando el médico que hace la referencia diagnóstica una subluxación de la columna.</p>
<p>CIRCUNCISIÓN</p>	<p>La circuncisión es un beneficio cubierto.</p>
<p>ATENCIÓN EN CLÍNICAS</p>	<p>Los Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC) ofrecen servicios preventivos o para tratar una enfermedad o condición crónica.</p> <p>Las clínicas de salud rurales (RHC) ofrecen servicios preventivos.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>ATENCIÓN EN CLÍNICAS (continuación)</p>	<p>Los miembros pueden recibir servicios cubiertos en estos centros de los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicos • Enfermeros practicantes • Asistentes médicos • Enfermeras parteras certificadas • Enfermeros a domicilio • Psicólogos clínicos • Trabajadores sociales clínicos • Nutricionistas registrados • Profesionales en nutrición <p>Puede recibir estos servicios sin una referencia de su PCP.</p>
<p>IMPLANTES COCLEARES</p>	<p>Estos dispositivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudan a captar, analizar y decodificar sonidos. • Ayudan a una persona a identificar y a conocer los sonidos. • Brindan asistencia en la comunicación a personas que tienen un problema grave de audición.
<p>PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COSMÉTICOS/PLÁSTICOS/RECONSTRUCTIVOS</p>	<p>La cirugía cosmética, que se lleva a cabo para modificar estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar el aspecto y la autoestima de una persona, no es un beneficio cubierto.</p> <p>La cirugía reconstructiva, que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma o lesión, infección, tumores o enfermedades, puede estar cubierta. La cirugía reconstructiva generalmente se hace para mejorar la funcionalidad, pero en algunos casos puede llevarse a cabo para ayudar a acercarse a un aspecto</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COSMÉTICOS/PLÁSTICOS/RECONSTRUCTIVOS (continuación)</p>	<p>normal. Esto puede incluir reparación de paladar hendido, reconstrucción de senos, etc. Los servicios de cirugía reconstructiva cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de reparación inmediata de una lesión provocada por un accidente. • Cirugía para mejorar una parte del cuerpo con malformaciones para mejorar su funcionalidad.
<p>SERVICIOS DENTALES</p>	<p>Llame a DentaQuest al 888-291-3762 (TTY 800-466-7566) para obtener información sobre cómo recibir servicios dentales.</p>
<p>DERMATOLOGÍA</p>	<p>La dermatología es la ciencia que trata la piel y sus estructuras, función y enfermedades, incluidos el cabello y las uñas. Anthem cubre este servicio.</p>
<p>SERVICIOS PARA LA DIABETES</p>	<p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección, que consisten en pruebas de laboratorio para miembros que tengan determinados factores de riesgo de desarrollar diabetes o que tengan un diagnóstico de prediabetes. • Capacitación para enseñarles a los miembros a manejar la diabetes por su cuenta. <p>El programa incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrucciones sobre cómo controlar la glucosa en sangre por su cuenta. • Capacitación sobre dieta y ejercicio. • Un plan de tratamiento con insulina específicamente para la persona que es insulín dependiente. • Razones por las que los pacientes utilizan sus habilidades de control por su cuenta.

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>SERVICIOS PARA LA DIABETES (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suministros para hacer la prueba por su cuenta y medir sus niveles de glucosa en sangre para controlar y monitorear la diabetes, incluidos: <ul style="list-style-type: none"> • Glucómetros • Jeringas • Lancetas • Agujas
<p>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</p>	<p>Las pruebas de diagnóstico incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio y radiología, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis bioquímico de sangre • Análisis patológicos: microbiología y otras pruebas que usen especímenes físicos tales como tejido, orina o sangre • Densitometría ósea o estudios de masa ósea • Pruebas para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) • Pruebas de detección de plomo en sangre • Prueba del antígeno prostático específico (PSA) • Estudios del sueño • Servicios de radiografías ambulatorios • Pruebas previas a la hospitalización • Procedimientos para la prueba de detección de cáncer colorrectal • Tomografías por emisión de positrones (PET)

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de medicina nuclear incluyen procedimientos y pruebas que se llevan a cabo en un laboratorio de radioisótopos con materiales radiactivos como: <ul style="list-style-type: none"> • Tomografía computarizada (TC) • Resonancia magnética (MRI) • Pruebas cardíacas
SERVICIOS DE DIÁLISIS	<p>Los servicios de diálisis se realizan para eliminar materiales tóxicos y mantener el equilibrio del líquido en caso de un funcionamiento deficiente de los riñones. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diálisis en el hogar manejada por el paciente o el representante del paciente con la orientación de una clínica independiente. • Servicios recibidos en un hospital para pacientes internados o ambulatorios.
EQUIPO MÉDICO DESCARTABLE	<p>Anthem cubre los suministros descartables médicamente necesarios que generalmente no serían útiles para una persona que no tuviera una enfermedad o lesión. Los miembros deben consultar a su PCP si necesitan equipo médico descartable.</p>
EQUIPO MÉDICO DURADERO	<p>El equipo médico duradero tiene estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se usa con fines médicos. • Se adapta para uso domiciliario. • Puede tolerar el uso repetido. <p>Los servicios cubiertos según lo determinado por el programa Healthchek y Medicaid de Ohio incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados equipos médicamente necesarios (p. ej., muletas, sillas de ruedas, respiradores, etc.). • Elementos que generalmente no serían útiles para una persona sin una enfermedad o lesión.

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>EQUIPO MÉDICO DURADERO (continuación)</p>	<p>Los miembros deben consultar a su PCP si necesitan equipo médico duradero.</p> <p>Anthem no cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos de recreación personal ni de ejercicio físico • Productos de higiene o de cuidado personal • Artículos para el hogar como acondicionadores de aire o ventiladores de techo • Productos ambientales • Dispositivos de telecomunicación para sordos (TDD).
<p>SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA (ECI)</p>	<p>Estos servicios brindan asistencia a las familias con hijos que tengan discapacidades y retrasos del desarrollo, desde su nacimiento hasta la edad escolar. El programa ofrece pruebas de detección y métodos de referencia a recursos que brindan apoyo a las familias para ayudar a que los niños afectados alcancen su potencial mediante servicios para el desarrollo.</p>
<p>SERVICIOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (EPSDT) (MEDICAID)/EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS PARA BEBÉS Y NIÑOS SANOS (HEALTHCHEK)</p>	<p>El programa EPSDT de Healthcheck cubre servicios de detección, diagnóstico y tratamiento para menores de 21 años. Los servicios incluyen todos los servicios obligatorios y médicamente necesarios (incluido el tratamiento) para corregir o mejorar cualquier condición de salud física o mental detectada mediante una prueba.</p> <p>Este programa se conoce como “Niños Saludables (Healthy Kids)” en Ohio.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección médicas completas, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de salud y desarrollo completos con evaluación tanto para el desarrollo físico como de salud mental

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>SERVICIOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (EPSDT) (MEDICAID)/EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS PARA BEBÉS Y NIÑOS SANOS (HEALTHCHEK) (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen físico completo • Vacunas correspondientes según la edad y el historial de salud • Análisis de laboratorio, incluida una evaluación de niveles de plomo en la sangre • Educación sobre salud • Examen de diagnóstico de visión • Examen de diagnóstico de audición
<p>SERVICIOS DE EMERGENCIA</p>	<p>Los servicios de emergencia incluyen servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios prestados por un proveedor calificado para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Consulte la sección Distintos tipos de cuidado médico en Atención de emergencia para obtener más información.</p>
<p>NUTRICIÓN ENTERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La nutrición enteral, también llamada alimentación mediante una sonda, es una forma de hacer llegar alimento por medio de una sonda colocada en la nariz, el estómago o el intestino delgado.
<p>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</p>	<p>Anthem cubre los servicios de planificación familiar para miembros en edad fértil. Los miembros pueden recibir servicios de planificación familiar de proveedores dentro o fuera del plan. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación • Consejería • Exámenes físicos • Dispositivos, implantes, medicamentos y suministros de control de natalidad

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>PLANIFICACIÓN FAMILIAR (continuación)</p>	<p>Los miembros no necesitan una referencia para los servicios de planificación familiar. Consulte la sección Servicios de planificación familiar en Tipos especiales de atención de la salud para obtener más información.</p> <p>Los siguientes servicios no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligaduras de trompas y vasectomías para las personas que: <ul style="list-style-type: none"> • Son menores de 21 años • No son mentalmente competentes • Están institucionalizadas • Reversión de la esterilización <p>Abortos (estos servicios no están incluidos en la planificación familiar, pero pueden estar cubiertos bajo ciertas condiciones; por ejemplo, para resguardar la vida de la madre, por caso de violación o incesto, o si son médicamente necesarios. Su proveedor le explicará estos servicios y le pedirá que firme un formulario de consentimiento).</p>
<p>SERVICIOS DE GASTROENTEROLOGÍA</p>	<p>La gastroenterología es una rama de la medicina que se ocupa de la estructura, funciones, enfermedades y patologías del estómago y los intestinos.</p>
<p>EXÁMENES GENÉTICOS Y DE ADN</p>	<p>Los exámenes genéticos y de ADN se consideran necesarios por motivos médicos para establecer un diagnóstico de enfermedades hereditarias cuando se cumplen ciertas condiciones.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la existencia de un trastorno genético. • Diagnóstico de tales trastornos. • Consejería y seguimiento de los miembros de los que se sepa o se suponga que tienen trastornos.

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>EXÁMENES GENÉTICOS Y DE ADN (continuación)</p>	<p>Anthem no cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico prenatal para conocer el sexo del bebé, a menos que exista una razón para una enfermedad genética • Kits para hacer pruebas en el hogar • Estudios genéticos para detectar trastornos de hendidura • Estudios genéticos experimentales • Determinación del tipo de sangre para pruebas de paternidad.
<p>ATENCIÓN PARA VIH/SIDA</p>	<p>Anthem cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico estándares para diagnosticar una infección por VIH • Medicamentos para tratar la infección por VIH <p>Anthem no cubre tratamientos ni estudios experimentales o de investigación.</p>
<p>CUIDADO MÉDICO EN EL HOGAR</p>	<p>Anthem cubre servicios de cuidado de salud en el hogar médicamente necesarios que se presten en el hogar de un miembro si los servicios están claramente definidos como parte de un plan de atención aprobado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado personal • Evaluación del entorno del hogar • Servicios de enfermería especializada • Servicios de asistente de cuidado médico en el hogar • Servicios de nutricionista • Terapia respiratoria • Fisioterapia (se aplican restricciones) • Terapia ocupacional (se aplican restricciones) • Terapia del habla (se aplican restricciones)

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

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
HISTERECTOMÍA	Anthem cubre las histerectomías médicamente necesarias. Su proveedor le pedirá que firme un formulario de consentimiento. Una histerectomía realizada con el único fin de esterilización no tiene cobertura.
SERVICIOS DE NUTRICIÓN/NUTRICIONISTA	<p>Anthem cubre los servicios médicamente necesarios para tratar problemas relacionados con la nutrición para los receptores de Medicaid.</p> <p>Para recibir servicios relacionados con la nutrición o un nutricionista, los miembros deben tener solicitudes escritas de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero registrado de práctica avanzada (APRN). Un nutricionista registrado debe diseñar y aprobar el tratamiento. Se aplican ciertas limitaciones.</p>
CENTRO MÉDICO DE REHABILITACIÓN U HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	<p>Anthem cubre servicios médicamente necesarios prestados en hospitales de rehabilitación independientes o una unidad de rehabilitación de un hospital general.</p> <p>Anthem también cubre la atención prestada en un hospital independiente de atención de condiciones agudas a largo plazo o una unidad de atención de condiciones agudas a largo plazo de un hospital general.</p>
CIRUGÍA BARIÁTRICA/CIRUGÍA POR OBESIDAD	<p>La medicina bariátrica es una rama de la medicina que ayuda a prevenir, controlar y tratar la obesidad.</p> <p>La cirugía por obesidad/cirugía bariátrica es un método para perder peso que se limita a personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad y necesidad médica.</p> <p>Anthem cubrirá los servicios hasta los límites que se detallan en el programa de Medicaid y Healthchek.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA/OPTOMETRÍA (SERVICIOS DE LA VISIÓN)	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista completo cada 12 meses • Exámenes de refracción • Marcos • Lentes • Armado, entrega y ajuste de anteojos • Exámenes de seguimiento • Lentes de contacto (en ciertas circunstancias)
CIRUGÍA AMBULATORIA	<p>Anthem cubre la cirugía ambulatoria que sea médicamente necesaria.</p>
SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL	<p>Anthem cubre servicios de cuidado personal que se ofrecen a miembros que necesitan ayuda con actividades de la vida diaria y cumplen los requisitos de elegibilidad. Estos servicios se brindan en determinadas ocasiones y según se detalla en el programa de Medicaid de Ohio.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda para bañarse, arreglarse o vestirse • Ayuda con las necesidades para ir al baño • Ayuda para trasladar y posicionar a personas que no pueden caminar • Ayuda para caminar • Ayuda para comer • Ayuda para tomar medicamentos <p>Los siguientes servicios no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas que una persona pueda hacer • Servicios prestados por cuidadores voluntarios • Tareas que no estén en el plan de servicio aprobado • Servicios para mantener el hogar

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados a una persona que no sea el receptor previsto • La atención debe prestarse a través de un profesional médico aprobado por el estado
SERVICIOS MÉDICOS	<p>Anthem cubre la atención médicamente necesaria que preste uno de los siguientes profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera partera certificada • Enfermero especializado, registrado y certificado • Enfermero anestesista • Médico/osteópata • Asistente médico <p>Pregunte a su PCP si considera que tiene que consultar a uno de estos proveedores.</p>
SERVICIOS DE PODOLOGÍA	<p>Anthem cubre la atención de podología médicamente necesaria para todas las personas elegibles de Medicaid.</p>
CUIDADOS POSTERIORES A LA ESTABILIZACIÓN	<p>Los servicios de cuidados posteriores a la estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que usted recibe después de recibir atención médica de emergencia. Estos servicios son para ayudar a mantener estable su condición después de tener una emergencia.</p>
TERAPIA DE REHABILITACIÓN (FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA DEL HABLA)	<p>Anthem cubre la terapia para tratar una enfermedad o lesión que evita que las personas realicen las actividades de la vida diaria. La terapia se presta solo para problemas que se prevé puedan mejorar en un periodo razonable. No se cubre la terapia solo para fines de ejercitación o acondicionamiento físico.</p>
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	<p>Anthem cubre los primeros 180 días de atención médicamente necesaria en un centro de enfermería. El día 181, se cancelará la inscripción del miembro (usted) en Anthem. El resto de su estadía estará cubierta por Medicaid de Ohio.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>PROGRAMAS/SUMINISTROS PARA DEJAR DE FUMAR</p>	<p>Anthem cubre productos para ayudarlo a dejar de fumar, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parches de venta libre (OTC) • Gomas de mascar • Pastillas • Inhaladores • Tabletas <p>Estos productos están disponibles con una receta de su PCP. Estos productos no requieren autorización previa. Se aplican ciertas limitaciones.</p>
<p>ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS ESPECIALES *Determinaciones de SED o SMI</p>	<p>Anthem cubre servicios de administración de cuidados médicos especiales para los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos con necesidades médicas especiales • Niños con necesidades médicas especiales • Niños y adolescentes que tengan un trastorno emocional grave (SED)* • Adultos con una enfermedad mental grave (SMI)* • Bebés y niños pequeños con retrasos del desarrollo <p>Un administrador de cuidados médicos le ayudará a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación previa y posterior de las necesidades médicas. • Desarrollar un plan de salud. • Recibir referencias y servicios necesarios. • Coordinar servicios entre PCP y especialistas. • Controlar la atención y el seguimiento. <p>*Un proveedor calificado de Anthem debe realizar la determinación del diagnóstico de SED o SMI.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
<p>ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS ESPECIALES *Determinaciones de SED o SMI (continuación)</p>	<p>Al momento de la determinación, los miembros de Medicaid que tengan un diagnóstico de SED o SMI pueden optar por cancelar la inscripción en Anthem y seguir recibiendo beneficios mediante Medicaid.</p> <p>Los miembros de Healthcek con un diagnóstico de SED o SMI no tienen la opción de cancelar la inscripción y seguirán recibiendo los servicios cubiertos mediante Anthem.</p> <p>Se evaluará en forma anual a los miembros de Medicaid y Healthcek que tengan un diagnóstico de SED o SMI y se hará una nueva determinación. Si la evaluación no da como resultado una redeterminación de SED o SMI, se volverá a inscribir al miembro de Medicaid que optó por cancelar la inscripción en Anthem a partir del primer día del mes siguiente posible.</p>
<p>CAMAS GIRATORIAS</p>	<p>Una cama giratoria es una cama en un hospital rural o de acceso crítico que puede utilizarse para ofrecer cuidado hospitalario estándar o cuidado especializado de enfermería. Anthem cubre los primeros 45 días de atención en una cama giratoria en un hospital para casos agudos, cuando esta sea médicamente necesaria. Si la estadía supera los 45 días, se cancelará la inscripción del miembro en Anthem. El resto de la estadía estará cubierta por Healthcek o Medicaid.</p>
<p>TELESALUD (LiveHealth Online)</p>	<p>LiveHealth Online le permite consultar a un médico mediante una sesión de video en su teléfono inteligente, tableta o computadora con una cámara web. Las sesiones de video son privadas y seguras.</p>

SERVICIO CUBIERTO	INFORMACIÓN ADICIONAL
TELESALUD (LiveHealth Online) (continuación)	Es una forma cómoda de consultar al médico cuando sea tarde a la noche, no pueda concurrir al consultorio del médico o necesite una cita rápidamente.
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Servicio cubierto para receptores de hasta 20 años de edad. Un dentista o un médico puede prestar servicios para la articulación temporomandibular. Se cubre la cirugía para corregir una amplia variedad de enfermedades, lesiones y defectos en la cabeza, el cuello, la cara, la mandíbula y los tejidos duros y blandos de la mandíbula inferior y la zona de la cara.
TRASPLANTES	<p>Anthem cubre los siguientes trasplantes para adultos elegibles de Medicaid (de 21 años en adelante) cuando sean médicamente necesarios y no sean experimentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Córnea • Riñón • Hígado • Médula ósea <p>Anthem cubre cualquier trasplante médicamente necesario que no sea experimental para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros de Medicaid menores de 21 años • Miembros de Healthchek hasta los 19 años

Beneficios de valor agregado de Anthem

Anthem también ofrece servicios y/o beneficios adicionales (beneficios de valor agregado) a sus miembros. Consulte la lista a continuación que explica estos servicios adicionales.

Beneficios de valor agregado de Anthem:

- Artículos básicos para bebés: los miembros elegibles pueden seleccionar hasta dos opciones de un catálogo personalizado lleno de artículos esenciales para bebés, como:
 - o Almohadón de lactancia Boppy
 - o Silla alta
 - o Asiento de seguridad para niños

- o Cuna portátil
 - o Asiento para el automóvil
 - o Kit de apoyo para la lactancia
 - o Kit de sueño seguro
- Pedido por correo de pañales: los miembros elegibles pueden recibir hasta \$75 en pañales sin cargo y enviados directamente a su casa de manera gratuita.
 - Comida orgánica para bebés: para ayudar a garantizar que nuestros miembros más jóvenes tengan acceso a la nutrición que necesitan, proporcionaremos a los miembros elegibles \$30 en comida orgánica para bebés.
 - Comidas posteriores al alta: Anthem entregará comidas elaboradas según sus necesidades médicas y entregadas a domicilio a miembros elegibles con inseguridades alimentarias y condiciones médicas crónicas clave, que incluyen insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, VIH/SIDA y enfermedad renal en fase terminal (ESRD), y miembros embarazadas y en posparto con diabetes gestacional.
 - Anthem les brindará a los estudiantes de 6 a 18 años tutorías en una variedad de materias escolares.
 - Computadora portátil: los miembros elegibles podrán recibir una computadora portátil sin costo para realizar sus actividades educativas y búsquedas de empleo.
 - Cuidado de niños: hasta \$100 para el cuidado de niños para miembros elegibles inscritos en el programa de apoyo para el empleo.
 - Asistencia para certificaciones de la industria: Anthem apoyará la obtención de certificaciones de empleo para miembros elegibles interesados mediante una tarjeta de regalo de \$100. Los miembros también pueden ser elegibles para la cobertura adicional de costos de certificación a través de fondos flexibles para empleo y educación.
 - Apoyo para la recuperación del trastorno de abuso de sustancias (SUD): los miembros elegibles podrán acceder a este programa, que consiste en una plataforma móvil para motivar y establecer contacto a diario, brindar apoyo entre pares a través de grupos de debate y mensajes entre pares, comunicarse por mensaje con consejeros, recibir recordatorios del plan de salud, plantear objetivos, llevar diarios personales, alertar sobre zonas de alto riesgo y brindar contenido para respaldar la recuperación continua.
 - Suministros de venta libre (OTC): los miembros elegibles recibirán una asignación anual de hasta \$100 para comprar productos OTC en línea o en la tienda. Los miembros pueden elegir entre un cupón de salud y bienestar de \$25.00 cada tres meses (que se puede canjear en Amazon.com) o una tarjeta de regalo CVS Select por \$25 (que se puede canjear en las farmacias CVS).

- Artículos esenciales para el transporte (estos beneficios se suman a sus beneficios de transporte requeridos):
 - Transporte médico y en la comunidad: los miembros elegibles recibirán servicios de transporte (hasta 30 viajes de ida y vuelta, o 60 viajes de ida) a citas con proveedores a menos de 30 millas o a recursos y servicios en la comunidad.
 - Tarjeta de regalo de Ride Share: los miembros elegibles recibirán una tarjeta de regalo de Ride Share por \$25 para ayudarlos con sus necesidades de transporte.

- Programa de bienestar en línea: los miembros elegibles recibirán acceso a nuestro programa de bienestar en línea, que consiste en una comunidad virtual con acceso a través de Internet o un dispositivo móvil. Está diseñado para ayudar a los miembros a sobrellevar problemas de salud emocional, como depresión, ansiedad y estrés; el dolor crónico, el insomnio y a controlar el consumo de alcohol o drogas.

- Salud dental mejorada: además del beneficio cubierto, los miembros adultos elegibles recibirán una limpieza adicional, una radiografía adicional y servicios de raspado y alisado radicular.

- Beneficios de la visión:
 - Los miembros elegibles hasta los 21 años recibirán una asignación de \$100 para la compra o el ajuste de lentes de contacto, o bien, un par de anteojos adicional por año calendario. No se aplicará ningún copago.

 - Los miembros elegibles de entre 21 y 59 años recibirán un (1) examen de la vista integral y una asignación de \$100 para la compra o el ajuste de lentes de contacto, o bien, un par de anteojos adicional por año calendario. No se aplicará ningún copago.

- Para canjear sus recompensas, inicie sesión en el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) de Anthem, [anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid), y visite la página *Recompensas (Rewards)*. Una vez allí, seleccione **Canjear (Redeem)** y elija una tarjeta de regalo.

Recompensas Saludables de Anthem

Recompensas Saludables (Healthy Rewards) es un programa optativo y gratuito para miembros del plan médico. El programa lo alienta a que obtenga la atención que necesita para tener un estilo de vida saludable y luego le brinda recompensas por completar actividades saludables.

También puede ser elegible para ganar estas Recompensas Saludables a través del Centro de recompensas de beneficios dentro de su cuenta del plan médico en [anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid).

Los miembros deben inscribirse en el programa Recompensas Saludables para ganar recompensas.

Si necesita ayuda para crear una cuenta en Internet de su plan médico, comuníquese con Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** para recibir ayuda.

Recompensas Saludables ofrece:

- Para embarazadas y madres primerizas:
 - Hasta \$95 por visitas de cuidado prenatal y de posparto, incluida la recompensa adicional de maternidad para mamás primerizas.
 - \$100 por completar ocho visitas de control pediátrico para bebés desde el nacimiento hasta los 30 meses, incluidas una bonificación de control médico pediátrico y una recompensa por vacunación.
- Bienestar para niños:
 - \$10 por completar las vacunas del Combo 10 antes de los 2 años de edad.
 - Hasta \$20 por reponer el medicamento para el asma.
 - \$10 por realizar una prueba de detección de plomo (análisis de sangre) antes de los 2 años de edad.
 - \$10 por visitas de bienestar infantil y de adolescentes.
- Estilo de vida saludable y cuidado preventivo:
 - Hasta \$40 por exámenes de detección de diabetes.
 - Hasta \$40 por reponer el medicamento para la diabetes.
 - Hasta \$50 por exámenes médicos preventivos para mujeres (cáncer de cuello uterino y de mama, y clamidia).
 - Hasta \$40 por participar de programas para dejar de fumar y completarlos.
 - Hasta \$45 por completar una evaluación de salud anual y una visita dental.
- Salud mental:
 - \$20 por seguimiento con el médico luego de una hospitalización.
 - \$20 por las pruebas en miembros que toman medicamentos antipsicóticos.

Para canjear sus recompensas, inicie sesión en el Centro de recompensas de beneficios de Anthem, en **anthem.com/oh/medicaid**, y visite la página de Recompensas Saludables (Healthy Rewards). Una vez allí, seleccione **Canjear (Redeem)** y elija una tarjeta de regalo.

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ANTHEM

Anthem no pagará los servicios o suministros recibidos que no estén cubiertos por Medicaid:

- Todos los suministros o servicios que no sean médicamente necesarios
- Pruebas de paternidad
- Servicios para encontrar la causa de muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses
- Servicios de asistencia al suicidio, que se define como los servicios para causar o asistir a provocar la muerte de una persona

Si tiene consultas sobre la cobertura de un servicio, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ANTHEM, A MENOS QUE SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS

Anthem revisa todas las regulaciones estatales aplicables y lleva a cabo una revisión de necesidad médica, si corresponde. Anthem no pagará los siguientes servicios que no están cubiertos por Medicaid, **a menos que se determine que son médicamente necesarios:**

- Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, incesto o si el objetivo es salvar la vida de la madre
- Servicios de biorretroalimentación
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos medicamentos y equipos, no cubiertos por Medicaid y que no cumplen con los estándares habituales de práctica
- Servicios para tratar la infertilidad en hombres o mujeres, incluida la reversión de esterilizaciones voluntarias
- Tratamiento para pacientes hospitalizados para dejar de consumir drogas y/o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados en un hospital general están cubiertos)
- Cirugía plástica o cosmética
- Servicios para el tratamiento de la obesidad
- Servicios determinados como no médicamente necesarios por Medicare u otro tercero pagador
- Consejería sexual o de matrimonio
- Esterilización voluntaria si tiene menos de 21 años o no puede consentir legalmente al procedimiento

LIMITACIONES DE FRECUENCIA

Su organización de cuidado administrado revisará todas las solicitudes de servicios presentadas por su proveedor. Si tiene consultas sobre la cobertura de un servicio, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

SERVICIOS QUE NO NECESITAN UNA REFERENCIA

No necesita referencia ni autorización de servicios para obtener:

- Cuidado de su proveedor de atención primaria (PCP).
- Servicios y suministros de planificación familiar. También puede consultar a cualquier proveedor de planificación familiar, aunque este no pertenezca a la red de Anthem.
- Servicios de cuidado de salud de rutina para mujeres, como exámenes de mamas, mamografías de detección, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de urgencia o de emergencia.

- Servicios dentales de rutina.
- Servicios de cuidado de los ojos de rutina.
- Servicios de atención de un especialista de salud conductual, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Servicios preventivos o servicios para tratar una enfermedad o condición crónica brindados por Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC).
- Servicios preventivos brindados en clínicas de salud rurales (RHC).
- Otros servicios para miembros con necesidades médicas especiales según lo determine el plan de Anthem.

NUEVA TECNOLOGÍA

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

En nuestro proceso de revisión, usamos lo siguiente:

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

DISTINTOS TIPOS DE CUIDADO MÉDICO

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

Atención de rutina

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

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

Atención de urgencia

Algunas enfermedades y lesiones no son emergencias, pero se pueden convertir en emergencias si no se tratan dentro de las 24 horas. Este tipo de atención se denomina **atención de urgencia**. Por ejemplo:

- Vómitos y diarrea
- Quemaduras o cortes leves
- Dolores de oído
- Dolores de cabeza
- Dolor de garganta
- Fiebre superior a 101 grados Fahrenheit
- Esguinces/distensiones musculares y dolor articular
- Dolores de espalda
- Dolor al orinar
- Tos, resfriados e influenza

Si necesita atención de urgencia:

- Llame a su PCP. El profesional le dirá qué hacer.
- Siga las instrucciones de su PCP. Puede decirle que vaya a:
 - Su consultorio de inmediato.
 - Algún otro consultorio para recibir atención de inmediato.
- Un centro de atención de urgencia. Puede encontrar centros de atención de urgencia con la herramienta Encontrar cuidado médico (Find Care) en findcare.anthem.com/search-providers.
 - Utilice LiveHealth Online en livehealthonline.com.

También puede llamar a la Línea de Enfermería 24/7 al **844-430-0341 (TTY 711)** si necesita asesoramiento sobre la atención de urgencia. Usted debería poder ver a su PCP en un plazo de dos días para una cita de atención de urgencia.

Atención de emergencia

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia se utilizan para problemas médicos que deben ser tratados de inmediato por un proveedor. Nosotros cubrimos la atención para emergencias tanto dentro como fuera del condado en el que vive. Algunos ejemplos de cuándo se necesitan los servicios de emergencia incluyen: aborto espontáneo/embarazo con sangrado vaginal, dolor en el pecho (sospecha de ataque cardíaco), dificultad para respirar, trauma (lesión) o quemaduras graves, pérdida de la conciencia (por ejemplo: sospecha de sobredosis de drogas), accidente cerebrovascular (comienzo repentino de discapacidad física) o convulsiones.

No tiene que comunicarse con Anthem antes de recibir los servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia (ER) más cercana o al centro de atención adecuado.

Si no sabe si debe ir a la ER, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) o a la Línea de Enfermería 24/7 al **844-430-0341 (TTY 711)**. Su PCP o el representante de la Línea de Enfermería 24/7 puede hablar con usted sobre su problema médico e indicarle lo que debería hacer.

Recuerde que si necesita servicios de emergencia:

- Vaya a la sala de emergencia del hospital o al centro adecuado más cercanos. Dígalos que es miembro de Anthem y muéstreles su tarjeta de identificación del miembro de Anthem.
- Si el proveedor trata su emergencia y considera que usted necesita otro tipo de cuidado médico para tratar el problema que ocasionó la emergencia, el proveedor debe comunicarse con Anthem.
- Anthem asignará un administrador de casos quien será responsable de apoyar al miembro durante la transición y de la notificación de la asignación en un plazo de dos (2) días hábiles de la notificación del alta médica.
- Si debe quedarse en el hospital, asegúrese de que alguien se comunique con Anthem dentro de las 24 horas.

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

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

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

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

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

- Asegúrese de indicarle al personal del hospital que es miembro de Anthem.

Si desea asesorarse sobre la atención de emergencia, llame a su PCP o a la Línea de Enfermería 24/7 al **844-430-0341 (TTY 711)**. El tratamiento de emergencias médicas no requiere una aprobación previa de Anthem.

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

- Comuníquese con su PCP apenas pueda. Su PCP puede:
 - Coordinar un tratamiento en curso.
 - Ayudarlo a recibir el cuidado hospitalario que necesite.

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

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

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

- Llamar a la Línea de Enfermería 24/7 y hablar con un enfermero las 24 horas, los siete días de la semana.
- Utilizar LiveHealth Online para una sesión de video con un médico en cualquier momento, de día o de noche, y recibir atención rápida para enfermedades leves, como resfriados, alergias, influenza o infecciones.
- Llamar a nuestra Línea de crisis de salud conductual 24/7 al **844-912-2425**, disponible las 24 horas, los siete días de la semana.
- Si cree que necesita servicios de emergencia, llame al **911** o vaya de inmediato a la sala de emergencia más cercana.

Cómo recibir atención de la salud fuera de la ciudad

- Si necesita servicios de emergencia cuando está fuera de la ciudad, vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano o llame al **911**.
- Si necesita atención de urgencia:
 - Llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, deje un número de teléfono al cual puedan comunicarse con usted. Alguien debería devolverle la llamada en 30 minutos.
 - Siga las instrucciones de su PCP. Es posible que le diga que reciba atención de inmediato.
 - Llame a la Línea de Enfermería 24/7.
 - Llame a nuestra Línea de crisis de salud conductual 24/7.
- Si necesita atención de rutina, como un chequeo o la reposición de una receta:
 - Llame a su PCP.
 - Llame a la Línea de Enfermería 24/7.

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

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

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

Lesión accidental o enfermedad (subrogación)

Si tiene que consultar a un médico por una lesión o enfermedad que fue ocasionada por el accionar de otra persona o negocio, debe llamar a Servicios para Miembros para hacérselo saber. Por ejemplo, si resulta herido en un accidente de tránsito, lo muerde un perro o si se cae y se lesiona en una tienda, es posible que otra compañía de seguro tenga que pagar la atención o los servicios que usted reciba. Cuando nos llame, proporcione el nombre de la persona responsable, su compañía de seguro y el nombre del abogado involucrado.

ATENCIÓN DE BIENESTAR PARA NIÑOS Y ADULTOS

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

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

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

- Programe una cita con su PCP apenas pueda.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para programar la cita.

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

HEALTHCHEK

Healthchek es el beneficio de servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, vacunas (inyecciones), educación sobre salud y análisis de laboratorio para los miembros menores de 21 años. Estos exámenes son importantes para garantizar la salud y el desarrollo físico y mental de los niños. Las Recomendaciones para el cuidado médico pediátrico preventivo de Bright Futures/la Academia Americana de Pediatría (AAP), también conocidas como “Cronograma de periodicidad”, son brindadas en cada visita de control pediátrico desde la infancia hasta la adolescencia. Las madres deben hacerse exámenes prenatales, y los niños deben ser evaluados al nacer, entre los 3 y 5 días de vida, al mes y a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de vida. A partir de allí, a los niños se les debería hacer al menos un examen por año.

Healthchek cubre los servicios médicos, dentales, de la visión, de audición, nutricionales y del desarrollo; los exámenes de salud conductual y otro tipo de cuidado para tratar condiciones o problemas físicos, conductuales, entre otros, detectados en un examen. Es posible que algunos servicios de pruebas y tratamientos requieran autorización previa.

Healthchek está disponible sin costo para los miembros e incluye:

- Chequeos preventivos para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años.
- Pruebas de detección de Healthchek:
 - Exámenes médicos (incluidas las pruebas de detección físicas y del desarrollo)
 - Exámenes de visión
 - Exámenes dentales
 - Exámenes de audición
 - Chequeos nutricionales
 - Exámenes del desarrollo
 - Pruebas de detección de plomo
- Análisis de laboratorio (exámenes pertinentes según la edad y el sexo)
- Vacunas
- Cuidado de seguimiento médicamente necesario para tratar problemas de salud o problemas encontrados durante una prueba de detección. Esto podría incluir, entre otras cosas:
 - visitas con un proveedor de atención primaria, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de Anthem para diagnosticar y tratar problemas o padecimientos
 - cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios y hospitalizados
 - visitas a clínicas
 - medicamentos recetados
- Educación sobre salud

Es muy importante hacerse los chequeos y pruebas de detección preventivos para que sus proveedores puedan detectar problemas de salud a tiempo. De esa forma, su proveedor puede tratarlos o darle una referencia para que consulte a un especialista para recibir tratamiento, antes de que el problema se vuelva más grave. *Recuerde: Es posible que algunos servicios requieran una referencia de su PCP o autorización previa de Anthem.* Para algunos artículos o servicios de EPSDT, su proveedor puede pedirle una autorización previa para que Anthem cubra algo que tiene límites o no está cubierto para los miembros mayores de 20 años. Consulte la página 12 para conocer cuáles servicios requieren una referencia y/o autorización previa.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración de cuidados médicos están disponibles para todos los miembros menores de 21 años que tienen necesidades de cuidado médico especiales. Consulte la página 60 para obtener más información sobre los servicios de administración de cuidados médicos ofrecidos por Anthem.

Cómo obtener los servicios de Healthchek

Llame a su médico o dentista para programar una cita para realizarse un examen de Healthchek. Asegúrese de solicitar un examen de Healthchek cuando llame a su PCP. Trate de programar su primer examen dentro de los 90 días después de convertirse en miembro.

Si desea obtener más información acerca del programa Healthchek, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Podemos ayudarlo a:

- Acceder al cuidado.
- Encontrar un proveedor.
- Programar una cita.
- Averiguar qué servicios están cubiertos y cuáles podrían necesitar autorización previa.
- Programar el transporte (traslado), si fuera necesario.
- Obtener referencias para el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), el programa Head Start, el programa Help me Grow, la Oficina para Niños con Discapacidades Médicas (BCMH) y servicios comunitarios, como alimentos, asistencia para calefacción, servicios de vivienda y empleo, y más.

Vacunas (inyecciones)

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

- 1) Lleve a su hijo al PCP cuando tenga que vacunarse.
- 2) Utilice el cuadro de la página siguiente como ayuda para llevar un registro de las vacunas que su hijo necesita.

Rango de edades recomendadas para todos los niños

VACUNA	AL NACER	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	19-23 MESES	2-3 AÑOS	4-6 AÑOS
HepB Hepatitis B	HepB	HepB			HepB						
RV Rotavirus			RV	RV	RV						
DTaP Difteria, tétanos, tos ferina acelular			DTaP	DTaP	DTaP		DTaP				DTaP
Hib Haemophilus influenzae tipo b			Hib	Hib	Hib	Hib					
PCV15, PCV20 Neumocócica conjugada			(PCV15, PCV20)	(PCV15, PCV20)	(PCV15, PCV20)	(PCV15, PCV20)					
IPV: (18 años) Virus de la polio inactivado			IPV	IPV	IPV						IPV
Influenza					Influenza (anual)*						
MMR						MMR					MMR
Varicela						Varicela					Varicela
HepA [§]						HepA [§]					

Nota: Si a su hijo le falta una inyección, no es necesario volver a empezar. Solo vaya al consultorio del médico de su hijo para que le den la inyección que sigue. Hable con el médico de su hijo si tiene preguntas sobre las vacunas.

Notas al pie

*Se recomiendan dos dosis, con intervalos de al menos cuatro semanas entre cada dosis, para niños de 6 meses a 8 años que reciben la vacuna contra la influenza (gripe) por primera vez y para otros niños de este grupo etario.

§Se necesitan dos dosis de la vacuna contra la HepA para lograr una protección prolongada. La primera dosis de la vacuna contra la HepA se debe aplicar entre los 12 meses y 23 meses. La segunda dosis se debe administrar 6 meses después de la primera. Todos los adolescentes y los niños mayores de 24 meses que no hayan sido vacunados también deberían recibir 2 dosis de la vacuna contra la HepA.

VACUNA	7-10 AÑOS	11-12 AÑOS	13-15 AÑOS	16 AÑOS	17-18 AÑOS
HepB Hepatitis B					
RV Rotavirus					
DTaP Difteria, tétanos, tos ferina acelular					
Hib Haemophilus influenzae tipo b					
PCV13					
IPV					
COVID-19 (1vCOV-mRNA, 1vCOV-aPS)	1 o más dosis de la vacuna actualizada (fórmula 2023-2024)				
Influenza	Vacunación anual				
MMR Sarampión, paperas, rubéola					
VAR Varicela					
HepA ^S					
Tdap Difteria, tétanos, tos ferina acelular		Tdap			
VPH Virus del papiloma humano		VPH			
Meningocócica		Meningocócica		Meningocócica	

Los cronogramas de vacunación también están disponibles en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/>

Atención de bienestar para adultos

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

Cronograma de visitas de bienestar para los miembros adultos

Tipo de examen	¿Quién lo necesita?	¿Con qué frecuencia?
Visita de bienestar	Hombres y mujeres de 21 a 49 años Hombres y mujeres de más de 50 años	Cada 2 a 3 años Anualmente

Tipo de examen	¿Quién lo necesita?	¿Con qué frecuencia?
Prueba de detección de hipertensión (presión arterial alta)	Hombres y mujeres de más de 21 años	Todos los años o según se lo indique el médico
Colonoscopia (prueba de detección de cáncer de colon)	Hombres y mujeres de más de 45 años	A partir de los 45 años y después cada 10 años
Mamografía (prueba de detección de cáncer de mama)	Mujeres de 40 años o más	Todos los años entre los 40 y los 65 o más Considere realizarse una prueba de detección cada 2 años, entre los 50 y los 74 años*
Prueba de Papanicolaou (prueba de detección de cáncer de cuello uterino) y examen pélvico	Mujeres de 21 a 29 años Mujeres de 30 a 65 años	Cada 3 años Prueba de Papanicolaou cada 3 años o prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) sola, o prueba de Papanicolaou y VPH juntas cada 5 años
Prueba de antígeno prostático específico (PSA) (prueba de detección de cáncer de próstata)	Hombres de más de 55 años**	Entre los 55 y los 69 años, hable con su médico sobre los riesgos y beneficios de la prueba de detección de cáncer de próstata

* Hable con su médico sobre la mejor edad para comenzar a hacerse las mamografías y tal vez someterse a pruebas de detección cada dos años cuando sea más grande.

** Todos los años para hombres de más de 40 años si hay antecedentes familiares de cáncer de próstata.

TIPOS ESPECIALES DE CUIDADO MÉDICO

Cuidado de los ojos

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

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

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

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

Consulte **Servicios de oftalmología/optometría** en la sección **Servicios cubiertos por Anthem** para obtener más detalles. Si necesita ayuda para encontrar un oculista (optometrista) adherido al plan en su área, llame al número gratuito de EyeMed Vision Care al **877-658-1801 (TTY 711)**.

Salud conductual (salud mental/abuso de sustancias)

Servicios de salud conductual

Hay disponibles servicios de salud mental y tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias. Estos servicios incluyen:

- Evaluación de diagnóstico
- Pruebas psicológicas
- Psicoterapia y consejería
- Intervención en situaciones de crisis
- Servicios de salud mental, incluido el servicio conductual terapéutico, la rehabilitación psicosocial, el tratamiento de apoyo psiquiátrico en la comunidad, el tratamiento asertivo comunitario para adultos y el tratamiento intensivo en el hogar para niños/adolescentes
- Servicios de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias, incluida la administración de casos, el apoyo de pares para la recuperación, el tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, la hospitalización parcial, el tratamiento residencial y el manejo de la abstinencia
- Tratamiento asistido con medicamentos para la adicción
- Servicios del Programa de Tratamiento por Uso de Opioides
- Servicios médicos
- Servicios de enfermería especializados en salud conductual
- Servicio de estabilización y respuesta móvil (MRSS)

Servicios de salud mental y/o tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias

A veces, llevar adelante una casa y una familia puede generar mucho estrés. Y este puede provocar depresión y ansiedad. También puede provocar problemas matrimoniales, familiares o de crianza. El estrés también puede llevar al abuso de alcohol y drogas.

Si usted o un familiar están experimentando alguno de estos problemas, pueden recibir ayuda. Llame a Servicios para Miembros de Anthem al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. También podemos darle el nombre de un especialista en salud conductual que lo tratará si lo necesita.

Sus beneficios incluyen muchos servicios médicamente necesarios, como:

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

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

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

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

Si tiene preguntas sobre las referencias y cuándo son necesarias, contáctese con Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

OhioRISE

OhioRISE (Resiliencia a través de Excelencia y Sistemas Integrados de Ohio) es un programa de atención administrada de Medicaid para niños y jóvenes con necesidades multisistémicas y de salud conductual complejas. Los niños y jóvenes con necesidades multisistémicas a menudo participan de múltiples sistemas comunitarios, como justicia juvenil, protección de niños, discapacidades del desarrollo, educación, salud mental y adicción, entre otros. El objetivo de OhioRISE es apoyar a estos niños y jóvenes para que salgan adelante en la escuela, en sus hogares y en las comunidades. El apoyo se brinda a través de la coordinación de cuidado y los servicios especializados que se proporcionan en el hogar o en la comunidad del joven.

Niños y jóvenes que pueden obtener beneficios de OhioRISE:

- Aquellos que tienen necesidades múltiples debido a problemas de salud conductual.
- Aquellos con necesidades multisistémicas o que están en riesgo de requerir mayor participación en el sistema.
- Aquellos que están en riesgo de ser retirados de su hogar o que regresan a sus familias después de haber sido colocados en guarda fuera del hogar.

Una persona inscrita en el programa de OhioRISE recibe cobertura para los servicios de salud física a través de organizaciones de atención administrada (MCO) o del plan de cargo por servicio (FFS) de Medicaid.

Elegibilidad para OhioRISE

Un niño y un joven pueden ser elegibles si cumplen estos requisitos:

- Son elegibles para Medicaid de Ohio,
- Tienen menos de 21 años, y
- Necesitan un tratamiento de salud conductual significativo, identificado por la evaluación de Necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS) de Ohio, o
- Están en un hospital por necesidades de salud mental o abuso de sustancias.

Servicios de OhioRISE:

Además de los servicios de salud conductual ya disponibles a través de Medicaid, OhioRISE ofrece los siguientes servicios:

- **Coordinación de cuidado:** Asistencia con la planificación del apoyo y el cuidado de las necesidades de salud conductual de un niño o joven. Su coordinador de cuidado a través de la organización de atención administrada (MCO) puede ser parte de este proceso.
- **Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT):** Servicios intensivos a corto plazo en el hogar del niño o joven para ayudar a que se mantenga estable y mejore su salud conductual.
- **Relevo de salud conductual:** Descanso a corto plazo para los cuidadores primarios de niños o jóvenes que están en su hogar o en un entorno comunitario.
- **Fondos flexibles primarios:** \$1,500 en un periodo de 365 días para adquirir ciertos recursos que aborden una necesidad específica de un niño o joven.
- **Centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF):** Centros, que no sean hospitales, que brindan servicios intensivos de tratamiento residencial psiquiátrico a menores de 20 años.
- **Servicios móviles de estabilización y respuesta (MRSS):** Servicios inmediatos de salud conductual para niños y jóvenes durante una crisis. Los MRSS se aseguran de que niños y jóvenes reciban la atención necesaria de manera urgente en sus hogares y comunidades. Este servicio también es brindado a través de organizaciones de atención administrada (MCO) o del plan de cargo por servicio (FFS) de Medicaid.

Evaluación de CANS

Para que evalúen a un niño o joven para el programa OhioRISE, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem BCBS al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Le ayudaremos a encontrar un asesor de CANS en la comunidad del niño o joven para que lleve a cabo la evaluación de CANS.

Información de contacto de OhioRISE

Para más información sobre OhioRISE, comuníquese con Servicios para Miembros de Anthem BCBS al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este o con Servicios para Miembros de OhioRISE de Aetna al 833-711-0773 (TTY 711).

Análisis conductual aplicado

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

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

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

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

Programa de Servicios Coordinados

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

Este programa ayuda a reducir la posible utilización excesiva de medicamentos recetados, ya que permite identificar a las personas que pueden beneficiarse de la supervisión; esta se lleva a cabo mediante el control del acceso que tienen a los medicamentos controlados a través de proveedores asignados, como una farmacia o un proveedor de atención primaria. La identificación para la inscripción en el programa está determinada por la utilización retrospectiva de los servicios médicos, incluido el historial de reclamaciones de recetas del miembro. Si se cree que un miembro corre un mayor riesgo de seguridad debido a la utilización de varios medicamentos, proveedores y/o farmacias, y si este cumple con los criterios de inscripción, es posible que se lo pueda incluir en el programa.

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

Servicios de planificación familiar

Anthem coordinará la consejería y la educación sobre planificación del embarazo. Hable con su PCP para obtener información sobre cómo evitar un embarazo. También puede consultar a cualquier proveedor de planificación familiar, aunque este no pertenezca a la red de Anthem. No necesita una referencia de su PCP.

Medicamentos

Medicamentos recetados

Sus beneficios de farmacia están cubiertos por el programa estatal de Medicaid y son administrados por Gainwell Technologies. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de farmacia, llame al **833-491-0344** (TTY **833-655-2437**) o visite spbm.medicaid.ohio.gov. También puede visitar la página **Beneficios de farmacia (Pharmacy Benefits)** en el sitio web para miembros, anthem.com/oh/medicaid, o consultar el Apéndice A adjunto del administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) para ver el manual de farmacia, la lista de medicamentos cubiertos según su beneficio de farmacia (lista de medicamentos preferidos) y el directorio de proveedores.

Los miembros de Anthem utilizarán Gainwell para procesar reclamaciones de recetas y deberán consultar el manual del miembro de Gainwell para obtener asistencia.

Gainwell tiene una lista de medicamentos recetados incluidos en la Lista de medicamentos preferidos o PDL. La PDL es una lista de los medicamentos que Gainwell cubre. En la Lista de medicamentos preferidos hay medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Puede obtener muchos de estos medicamentos en una farmacia con una receta de su médico. Sin embargo, algunos de estos medicamentos deben tener la aprobación del Programa de farmacia de Gainwell antes de que pueda obtenerlos. Esta aprobación se llama autorización previa o PA. Su médico debe solicitar una PA para algunos de los medicamentos en la lista. En ocasiones, su médico puede cambiar su receta para que utilice un medicamento que no necesita una PA. No obstante, si su médico dice que usted debe tener un medicamento que necesita una aprobación, debe solicitar una autorización previa.

Si tiene una condición crónica o compleja y necesita medicamentos especializados, la Farmacia especializada de CarelonRx es nuestro proveedor preferido para dispensarlos. Estos medicamentos se envían a su domicilio o a una sucursal local de CVS Pharmacy para que los recoja sin costo alguno para usted. Para encontrar una farmacia especializada cerca de usted, use la herramienta de localización de farmacias (pharmacy locator) en el sitio web para miembros. Con CarelonRx, puede usar su cuenta en Internet para reponer recetas, organizar el servicio de entrega a domicilio y verificar el estado del pedido.

Medicamentos inyectables administrados por el médico

Algunos medicamentos inyectables pueden administrarse en el consultorio de su médico. Usted no puede administrarse estas inyecciones. Para este tipo de medicamentos, su médico puede llamarnos para obtener ayuda sobre cuáles están cubiertos por su beneficio médico. Es posible que necesite nuestra aprobación antes de que pueda obtener alguno de estos medicamentos.

Cuidado especial para miembros embarazadas

Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM) es el programa de Anthem para todas las mujeres embarazadas que sean miembros. Es muy importante que visite a su proveedor de atención primaria (PCP) o a su obstetra (OB) para recibir atención si está embarazada. Este tipo de atención se denomina **atención prenatal**. Puede ayudarla a tener un bebé sano. Es importante que busque atención prenatal cada vez que esté embarazada. Con nuestro programa, usted tiene acceso a información de salud y puede recibir incentivos por acudir a sus citas.

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

- Educación prenatal y de posparto
- Apoyo emocional
- Ayuda para seguir el plan de salud del OB
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad

Nuestro personal de enfermería también trabaja con los OB y ayuda con otros servicios que podría necesitar. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

Atención de calidad para usted y su bebé

En Anthem, queremos darle el mejor cuidado posible durante su embarazo. Es por ese motivo que también tiene acceso a un programa digital para la maternidad que se ofrece sin costo como parte de nuestro programa New Baby, New Life. Este programa le proporciona la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo y después del parto.

Conozca nuestro programa digital para la maternidad

El programa digital sobre maternidad brinda educación sobre salud materna a través de una aplicación para teléfono inteligente que es útil y divertida. Usted contará con:

- Educación prenatal y de posparto que puede utilizar
- Comunicación con el equipo de administración de cuidados médicos a través de un chat.
- Entrega de información en un horario que le resulte conveniente.
- Todo sin costo alguno para usted

Ayudamos a que usted y su bebé se mantengan saludables

El programa digital sobre maternidad de Anthem puede responder sus preguntas y brindarle apoyo clínico si lo necesita. Completará un importante examen de embarazo poco después de que descargue la aplicación y se registre, y luego se realizarán llamadas informativas continuas y actividades divertidas mediante la aplicación para teléfono inteligente. Solo debe descargar la aplicación para aprender, divertirse y responder algunas preguntas. También puede chatear con el equipo de administración de casos si le surge alguna pregunta que no se haya respondido en la aplicación.

Cuando queda embarazada

Si cree que está embarazada

- Llame a su PCP u OB de inmediato. No necesita una referencia de su PCP para consultar a un OB.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un OB.
- Visite el sitio web de Anthem sobre embarazos en <https://www.anthem.com/oh/medicaid/health-topics/pregnancy-and-womens-health> para obtener recursos e información, y conocer cómo acceder al programa digital sobre maternidad.

Cuando queda embarazada

También debe llamar a Servicios para Miembros cuando se entere de que está embarazada. Además debe informar el embarazo al Departamento de Medicaid de Ohio al 800-324-8680 (TTY 800-292-3572).

Visite nuestra página Embarazo y salud (Pregnancy and Health) en <https://www.anthem.com/oh/medicaid/health-topics/pregnancy-and-womens-health> para obtener información y recursos sobre cómo mantenerse saludable y tener un bebé sano. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación del miembro si desea recibir información sobre embarazo por correo.

Mientras está embarazada, necesita cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables a través del Programa para mujeres, bebés y niños (WIC). Puede conocer más sobre el programa WIC y encontrar un centro cercano a usted si ingresa en línea a <https://www.fns.usda.gov/wic>.

Cuando esté embarazada, debe visitar a su PCP u OB al menos:

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

Es posible que su PCP u OB le indique visitas más frecuentes en función de sus necesidades de salud.

Después de tener a su bebé

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

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

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

Después de tener a su bebé, usted debe:

- Llamar a Servicios para Miembros apenas pueda para informarnos que tuvo a su bebé. Necesitaremos información sobre su bebé.
- Llame al Departamento de Medicaid de Ohio al 800-324-8680 (TTY 800-292-3572) para solicitar Medicaid para su bebé.

Después de tener a su bebé

Después de que su bebé, el programa digital sobre maternidad le brindará acceso a educación de posparto y a educación valiosa sobre su bebé.

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

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

Anthem podría cubrir el costo de un sacaleches. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber cómo puede recibir un sacaleches.

Para conocer más sobre el programa New Baby, New Life y nuestro programa digital sobre maternidad, ingrese en <https://www.anthem.com/oh/medicaid/health-topics/pregnancy-and-womens-health> o llame a Servicios para Miembros y solicite hablar con un administrador de cuidados médicos obstétricos.

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS

Anthem ofrece administración de cuidados médicos. El programa de administración de cuidados médicos de Anthem le brinda información sobre cómo mantenerse saludable y vivir de la mejor manera posible. **Los servicios de administración de cuidados médicos se prestan si usted está bien, si tiene algún problema de salud o si tiene algún episodio terrible de salud.** Como parte de sus beneficios de Anthem, estamos a su disposición para ayudarlo a que conozca más sobre su salud, teniéndolo en cuenta a usted y atendiendo sus necesidades en todo momento.

Si está cursando una enfermedad o tiene algún hábito poco saludable, los servicios de administración de cuidados médicos pueden servirle para:

- Entender su enfermedad y saber qué hacer para sentirse mejor
- Dejar de fumar
- Controlar el peso
- Llevar un embarazo saludable y tener un bebé sano
- Ayudarlo a usar el sistema de salud y coordinar la atención entre múltiples proveedores

Los programas de administración de cuidados médicos están a su disposición según sus riesgos de salud. También puede solicitar servicios de administración de cuidados médicos y coordinación de cuidado directamente a Anthem.

Anthem puede brindarle un administrador de cuidados médicos que puede ayudarlo a obtener todo el cuidado que necesite. Es posible que pueda tener un administrador de cuidados médicos si usted:

- Va mucho a la sala de emergencia o tiene que ir muchas veces al hospital.
- Necesita cuidado médico antes de un trasplante o después de este.
- Tiene muchos médicos distintos para problemas de salud diferentes.
- Está cursando una enfermedad y no sabe cómo manejarla.

Para solicitar un administrador de cuidados médicos o si quiere participar de la administración de cuidados médicos, usted o su proveedor, o alguien en su nombre, puede llamar a Servicios para Miembros de Anthem al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Nuestro equipo está conformado por enfermeros registrados o profesionales clínicos certificados de salud mental, llamados administradores de cuidados médicos. Ellos lo ayudarán a manejar mejor su condición o problema de salud. También hay guías sobre cuidado para que obtenga apoyo cuando recibe atención y servicios de varias agencias. Puede elegir participar en un programa de administración de cuidados médicos sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede inscribirse en un programa de administración de cuidados médicos para recibir servicios de apoyo para una variedad de necesidades médicas y condiciones, incluido el manejo de enfermedades. Es posible que el programa de manejo de enfermedades, un tipo de programa de administración de cuidados médicos, pueda ayudarlo si sufre alguna de las siguientes condiciones:

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

Cómo funciona

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

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

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

Cómo inscribirse

Es posible que uno de nuestros equipos de administración de cuidados médicos se comunique con usted por teléfono o le envíe un mensaje o una carta si usted es elegible para participar en uno de nuestros programas. También puede llamarnos al número gratuito **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para solicitar servicios de administración de cuidados médicos.

Cuando llame:

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

Los miembros que tengan alguna de las condiciones mencionadas anteriormente y que deseen hablar con un administrador de casos del programa de manejo de enfermedades pueden llamarnos al **888-830-4300 (TTY 711)** o también pueden enviarnos un correo electrónico a dmsself-referral@anthem.com. Tenga en cuenta que, si bien los correos electrónicos por Internet suelen ser seguros, es posible que terceros puedan acceder a ellos sin que usted se entere. Si opta por enviar su información por correo electrónico, usted reconoce y entiende que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

Puede elegir cancelar la suscripción a cualquier programa de administración de cuidados médicos (dejará de formar parte del programa) en cualquier momento. Llame directamente a su administrador de cuidados médicos o al número gratuito de Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este y dígame al representante que quiere cancelar la suscripción.

Números de teléfono útiles

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

Servicios para Miembros

Número gratuito: **844-912-0938 (TTY 711)**

De lunes a viernes

de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este

Manejo de enfermedades

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

De lunes a viernes

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

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

Fuera del horario de atención:
Llame a la Línea de Enfermería 24/7
Las 24 horas, los siete días de la semana
844-430-0341 (TTY 711)

Derechos y responsabilidades del programa de administración de cuidados médicos

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

- Recibir información detallada sobre nosotros, por ejemplo:
 - Los programas y servicios que ofrecemos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (aptitudes o formación).
 - Toda relación contractual (acuerdos que tengamos con otras empresas).
- Cancelar la inscripción en los servicios de administración de cuidados médicos.
- Conocer quién es el administrador de cuidados médicos responsable de gestionar sus servicios y cómo solicitar un cambio.
- Recibir nuestro apoyo para tomar decisiones de cuidado médico con sus proveedores de cuidados médicos.
- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con la administración de cuidados médicos (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las guías clínicas (aun si un tratamiento no fuera parte de su plan médico) y analizarlas con los proveedores de cuidado médico que lo tratan.
- Gozar de la privacidad de sus datos personales e información médica.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo garantizamos la protección, privacidad y confidencialidad de dicha información.
- Recibir un trato educado y respetuoso por parte de nuestro personal.
- Recibir información clara y fácil de entender.
- Para presentar quejas a Anthem, puede llamar al número gratuito **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Podrá:
 - Obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de quejas.
 - Saber cuánto tiempo tiene Anthem para responder y resolver problemas de calidad y quejas.
 - Dejarnos sus comentarios acerca del programa de administración de cuidados médicos.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Respetar el plan de salud que usted y su administrador de cuidados médicos acordaron.
- Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Comunicarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado médico si decide cancelar la suscripción al programa (abandonar el programa).

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

SERVICIOS ESPECIALES DE ANTHEM PARA UNA VIDA SANA

Información de salud

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

- Consulte con su proveedor de atención primaria (PCP).

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

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

Health A to Z

Anthem quiere brindarle ayuda para que tome mejores decisiones de salud con Health A to Z. Este es un recurso en línea fácil de usar e incluye un verificador de síntomas, evaluaciones, herramientas e información sobre distintos temas de salud. Health A to Z es el lugar al que puede recurrir para responder sus preguntas sobre salud. Acceda a Health A to Z en nuestro sitio web, anthem.com/oh/medicaid, y elija *Programas e información en su comunidad (Programs and Info in Your Community)*.

Recursos para la salud

Anthem puede ayudarlo a encontrar recursos de salud cerca de su hogar. Puede llamar a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este o ingresar en línea en anthem.com/oh/medicaid para averiguar dónde y cuándo se llevan a cabo estos programas.

Algunos de los programas incluyen lo siguiente:

- Parto
- Atención del bebé
- Crianza
- Embarazo
- Técnicas para dejar de fumar
- Protección personal contra la violencia
- Otras opciones sobre temas de salud

Anthem también le enviará por correo boletines informativos para miembros que le brindarán información sobre la atención de paciente sano y el manejo de enfermedades.

Anthem patrocina y participa en eventos comunitarios y días de diversión familiar en los que puede obtener información sobre la salud y divertirse. Llame a Servicios para Miembros o ingrese en línea en anthem.com/oh/medicaid para averiguar dónde y cuándo serán estos eventos.

Violencia doméstica

La violencia doméstica es una forma de maltrato. El maltrato es dañino. El maltrato es inseguro. Nunca es aceptable que otra persona le pegue. Nunca es aceptable que otra persona le haga sentir miedo. La violencia doméstica provoca daño y dolor a propósito. La violencia doméstica en el hogar puede afectar a sus hijos y también a usted. Si siente que puede ser víctima de maltrato, llame o hable con su PCP. Su PCP puede hablar con usted sobre violencia doméstica y puede ayudarlo a entender que usted no ha hecho nada malo y que no se merece el maltrato.

Consejos de seguridad para su protección:

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

Si tiene preguntas o necesita ayuda:

- Llame a la Línea de Enfermería 24/7 al **844-430-0341 (TTY 711)**.
- Llame a la Línea Directa Nacional contra la Violencia Doméstica al **800-799-7233 (TTY 711)**.

MENORES

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

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

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

Los miembros menores de 18 años pueden ser menores emancipados si:

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

DIRECTIVAS ANTICIPADAS (TESTAMENTO VITAL O PODER DE REPRESENTACIÓN DURADERO)

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

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

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

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

- Pedirle a su PCP un formulario de testamento vital o llamar a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para recibir uno.
- Llenar el formulario.
- Llevar o enviar por correo el formulario completo a su PCP o especialista para que sepa la clase de atención que quiere recibir.

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

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

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

Su derecho a tomar decisiones

Según la ley estatal, tiene derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención médica y/o salud conductual, incluido el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico y a redactar directivas anticipadas.

Objeción individual e institucional

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

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

Si su PCP u otro proveedor objeta la solicitud de atención que usted realiza en su directiva anticipada, tiene derecho a seleccionar otro PCP o proveedor que acepte su solicitud. Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para solicitar ayuda.

Si quiere presentar un reclamo sobre su directiva anticipada, comuníquese con Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este o preséntelo ante la División de Políticas y Financiamiento del Cuidado Médico (DHCFP) en:

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

RECLAMOS Y APELACIONES MÉDICAS

Reclamos y apelaciones

Si no está satisfecho con Anthem o con nuestros proveedores, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos, comuníquese con nosotros lo antes posible. Usted (o alguien que usted elija como su representante) puede contactarnos. Si quiere que alguien hable en su nombre, deberá informármolo. Anthem quiere brindarle ayuda.

Para contactarnos, puede:

1. Llamar a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.
2. Completar el formulario en su manual del miembro que se encuentra en el Apéndice A.
3. Ingresar en el portal para miembros en **anthem.com/oh/medicaid** y buscar un formulario de apelación.
4. Usar la aplicación móvil Sydney para encontrar el formulario de apelación.
5. Escribir una carta en la que nos informe las razones por las que no está satisfecho. Incluya su nombre y apellido, el número que aparece en el frente de su tarjeta de identificación del miembro de Anthem, su dirección y número de teléfono. También debe enviar cualquier información que ayude a explicar su problema.

Envíe por correo el formulario o su carta a:

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

Anthem le enviará información por escrito si decidimos:

- Rechazar una solicitud para cubrir un servicio.
- Reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que usted reciba todos los servicios aprobados.
- Denegar el pago de un servicio recibido que no está cubierto por Anthem.

También le enviaremos información por escrito si no:

- Decidimos si cubrir un servicio solicitado para usted, o
- Le damos una respuesta a una situación con la que nos informó que estaba insatisfecho.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus beneficios de Anthem, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. También puede escribirnos a:

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

Si tiene dificultades para entender inglés y necesita presentar una apelación o una queja en su idioma principal, puede solicitar la asistencia de un miembro del personal bilingüe o un intérprete que pueda explicarle esta información en su idioma principal, sin costo alguno para usted.

Si tiene dificultades para oír o ver, o tiene otras necesidades, puede solicitar, sin costo alguno, la información en otros formatos, como letra grande, audio, Braille y otros. Llame sin cargo a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este para recibir ayuda.

Reclamos

Si se contacta con nosotros porque no está conforme con Anthem, la decisión de Anthem o nuestros proveedores, esto se considera un reclamo. Anthem le dará una respuesta por teléfono o por correo si no podemos comunicarnos con usted telefónicamente en los siguientes plazos:

- Anthem confirmará la recepción de cada reclamo al miembro que lo presenta. Si el reclamo se presenta por escrito, se confirmará la recepción por escrito dentro de los tres días hábiles a partir de la recepción del reclamo.
 - Dos días hábiles para reclamos porque no puede obtener atención médica
 - 30 días calendario para todos los demás reclamos, excepto aquellos relacionados con facturas de cuidados médicos que le prestaron
 - 60 días calendario para reclamos relacionados con facturas de cuidados médicos que le prestaron

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre una apelación o un reclamo, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos extender el plazo. Podemos tomarnos un máximo de 14 días calendario adicionales. En la carta también le explicaremos los motivos por los que necesitamos más tiempo. Si cree que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o reclamo, también puede solicitarnos que nos tomemos hasta 14 días calendario.

También tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento. Para hacerlo, contacte a:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
800-605-3040 o 800-324-8680
TTY: 800-292-3572

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor – Suite 300
Columbus, Ohio 43215
800-686-1526

Apelaciones

Si no está de acuerdo con la decisión o acción que se describe en la carta, puede contactarse con nosotros **dentro de los 60 días calendario** para solicitar que cambiemos nuestra decisión o acción. Esto se denomina **apelación**. El periodo de 60 días calendario comienza el día posterior a la fecha de envío de la carta. Si decidimos reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que reciba todos los servicios aprobados, en la carta se le informará cómo puede seguir recibiendo los servicios, si así lo elige, y cuándo los tendría que pagar.

A menos que le indiquemos una fecha diferente, debemos darle una respuesta a su apelación por escrito dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que se contactó con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión o acción debido a su apelación, le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia estatal. **Solo puede solicitar una audiencia estatal una vez que haya pasado por el proceso de apelación de Anthem.**

Apelaciones médicas

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

Para las solicitudes de aprobación estándares, Anthem tiene 10 días calendario para responder y aprobar o denegar la solicitud de servicio.

Para las solicitudes de aprobación aceleradas (rápidas), cuando usted necesita una respuesta rápida, Anthem tiene 48 horas o menos para responder y aprobar o denegar la solicitud de servicio. Si Anthem reducirá o finalizará un servicio autorizado previamente, debemos enviarle un Aviso de determinación adversa de beneficios al menos 15 días antes de la fecha en la que planeamos reducir o finalizar el servicio cubierto.

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

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

- Usted.
- Una persona que lo esté ayudando.
- El proveedor que le brinda cuidados en ese momento.

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

Para seguir recibiendo los servicios que ya aprobamos y que ahora estamos denegando, usted o su proveedor pueden completar una apelación o audiencia imparcial antes de la fecha que resulte posterior entre las siguientes:

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

Puede apelar nuestra decisión de varias maneras:

- Ingrese en el portal para miembros en anthem.com/oh/medicaid y busque un formulario de apelación.
- Use la aplicación móvil Sydney para encontrar el formulario de apelación.

Llámenos

- Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este y solicite apelar.
- Indíquenos si desea que otra persona, como un familiar, un amigo o el proveedor que lo atiende en ese momento, lo ayude con el proceso de apelación.

Escríbanos

- Envíenos un formulario de apelación junto con su carta.
- Pídale a su médico que nos envíe su información médica sobre este servicio a:

Medical Appeals
Anthem Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Después de que recibamos su apelación:

- Le enviaremos una carta dentro de los tres días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Un proveedor distinto al que tomó la primera decisión examinará la apelación.
- Les enviaremos una carta a usted y a su proveedor con nuestra decisión en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha de recepción de su apelación o en un plazo de 72 horas si solicitó una apelación acelerada. Consulte la sección Apelaciones aceleradas para obtener detalles.

Les indicaremos a usted y a su proveedor cómo obtener más información sobre la decisión. Le informaremos sus derechos a solicitar una audiencia imparcial estatal si no está conforme con nuestra decisión. También puede solicitar una copia (sin cargo) de los documentos utilizados para tomar la decisión de la apelación, incluidos su historia clínica y la cláusula de beneficios, la guía, el protocolo o los criterios que usamos.

Si necesitamos más información sobre la apelación:

- Es posible que solicitemos la historia clínica para tomar una decisión. Usted (o el proveedor que le brinda atención) debe enviárnosla. Si lo aprueba el estado o si usted lo solicita, es posible que extendamos el proceso de apelación hasta 14 días calendario si es lo mejor para usted.
- Si el estado aprueba nuestra solicitud de extensión, le informaremos el motivo de la demora por escrito a usted (o a la persona que presentó la apelación en su nombre) en un plazo de dos días calendario. Si no está conforme con el tiempo adicional que necesitamos para completar la revisión, puede presentar un reclamo relacionado con la demora.

Puede pedirnos que extendamos el proceso si tiene más información que deberíamos considerar.

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

Apelaciones aceleradas

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

Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación acelerada. Llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Una vez que hayamos recibido su llamada, le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si tiene más información que quiere que revisemos, nos la debe proporcionar inmediatamente. Si necesitamos más información sobre la apelación:

- Si el estado lo aprueba, podemos extender el proceso de apelación hasta 14 días calendario.
- Si el estado aprueba nuestra solicitud de extensión, le informaremos el motivo de la demora por escrito. Si no está conforme con el tiempo adicional que necesitamos para completar la revisión, puede presentar un reclamo relacionado con la demora.

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

Si no estamos de acuerdo con que su solicitud de apelación deba ser acelerada, nosotros:

- Lo llamaremos de inmediato.
- Le enviaremos una carta dentro de dos días calendario para informarle cómo se tomó la decisión y que su apelación se revisará mediante el proceso de revisión estándar de 15 días calendario.

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

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

Apelaciones sobre pagos a proveedores

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

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

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

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

Su proveedor debe enviar las apelaciones de pago por escrito.

Audiencias imparciales

Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión entre usted o una persona que usted quiere que hable en su nombre, un representante del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado, un representante de Anthem y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS). En esta reunión, usted explicará por qué cree que Anthem no tomó la decisión correcta, y Anthem explicará los motivos por los que tomamos la decisión. El funcionario de audiencias escuchará a cada parte y luego decidirá quién tiene la razón según las normas y la información proporcionada.

Anthem le notificará su derecho a solicitar una audiencia estatal si:

- No cambiamos nuestra decisión o acción debido a su apelación.
- Se decide proponer o mantener la inscripción en el Programa de Servicios Coordinados.
- Se decide rechazar su solicitud de cambiar el proveedor del Programa de Servicios Coordinados.

Solo puede solicitar una audiencia estatal una vez que haya pasado por el proceso de apelación de Anthem.

Si quiere una audiencia estatal, usted o una persona que usted quiere que hable en su nombre debe solicitar una audiencia **dentro de los 90 días calendario**. Este periodo comienza el día posterior a la fecha de envío del formulario de audiencia. Si su apelación se relacionaba con una decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que reciba todos los servicios aprobados, en la carta se le informará cómo puede seguir recibiendo los servicios, si así lo elige, y cuándo los tendría que pagar.

Si proponemos su inscripción en el Programa de Servicios Coordinados, y usted solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío por correo del formulario, no realizaremos su inscripción en el programa hasta que no tengamos la decisión de la audiencia.

Para solicitar una audiencia estatal

Usted puede:

- Firmar el formulario de audiencia estatal y reenviarlo a la dirección o al número de fax que figura en el formulario.
- Llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al **866-635-3748**
- Enviar su solicitud en línea, en **https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin**
- Enviar su solicitud por correo electrónico a **bsh@jfs.ohio.gov**

Si quiere obtener información sobre servicios legales gratuitos, pero no conoce el número de la oficina local de asistencia legal, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al **800-589-5888**.

Por lo general, las decisiones de las audiencias estatales se toman antes de los 70 días calendario a partir de que se recibe la solicitud. Sin embargo, la MCO o la Oficina de Audiencias Estatales pueden decidir que la condición médica cumple con los criterios para que se tome una decisión acelerada. Se tomará este tipo de decisión tan pronto como sea necesario, pero antes de los tres días hábiles a partir de que se recibe la solicitud. Se puede solicitar una decisión acelerada si se determina que tomar una decisión dentro del periodo de tiempo estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar sus funciones por completo.

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

Recuperación de patrimonio

Si está internado en una institución de forma permanente o tiene 55 años o más cuando recibe los beneficios de Medicaid, el programa Estate Recovery puede recuperar los pagos del costo de su atención realizados por Medicaid de su patrimonio. El costo de su atención puede incluir el pago por capitación que paga Medicaid a su plan de atención administrada, incluso si el pago por capitación es mayor que el costo de los servicios que recibió. **La recuperación de patrimonio solo ocurre después de la muerte del receptor de Medicaid.**

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

Si usted es miembro de Medicaid, tan pronto como se mude, debe llamar a su trabajador social del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia (DJFS) del condado e informar su nueva dirección o el cambio de la cantidad de integrantes de la familia. Después de comunicarse con el estado, debe llamar a Servicios para Miembros de Anthem al **844-912-0938 (TTY 711)**. Si se muda fuera del área de servicio, continuará recibiendo los servicios médicos a través de nosotros hasta que se cancele su inscripción. Debe comunicarse con Anthem antes de poder recibir servicios en su nueva área, a menos que se trate de una emergencia.

Cómo renovar a tiempo sus beneficios de Medicaid

Conserve la atención adecuada. Debe renovar sus beneficios cada 12 meses. Si no lo hace, podría perder sus beneficios de Medicaid, incluso si reúne los requisitos para recibirlos.

Si es miembro de Medicaid de Ohio, el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) le enviará una carta para informarle que es momento de renovar sus beneficios de Medicaid. Recibirá un paquete de renovación aproximadamente dos meses antes de la fecha en la que debe renovar sus beneficios. Puede reenviar el paquete por correo o renovar los beneficios en línea en **benefits.ohio.gov**.

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

Si deja de ser elegible para Medicaid

Se cancelará su inscripción en Anthem si ya no es elegible para Medicaid.

Renovación automática de la membresía en una MCO

Si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero esta se renueva dentro de 90 días, volverá a convertirse automáticamente en miembro de Anthem. Si es posible, se le asignará el mismo PCP que tenía antes, cuando estaba en Anthem. Se le asignará el mismo PCP que a sus otros familiares, si corresponde.

Otro seguro de salud: Coordinación de beneficios (COB)

Si usted o alguien de su familia tiene seguro médico de otra compañía, es muy importante que llame a Servicios para Miembros y al trabajador social de su condado para hablar sobre el seguro. Por ejemplo, si usted trabaja y tiene seguro médico o si sus hijos tienen seguro médico a través del otro progenitor, debe llamar a Servicios para Miembros. También es importante informar a Servicios para Miembros y al trabajador social de su condado si ha dejado de tener el seguro médico que había informado previamente. Si no nos entrega esta información, puede tener problemas al momento de recibir atención y con el pago de las facturas por servicios médicos.

Aviso de pérdida del seguro

Cada vez que pierde el seguro médico, debe recibir un aviso, denominado “certificado de cobertura acreditable”, de su compañía de seguro anterior. Este aviso le informa que ya no tiene seguro. Guarde una copia de este aviso para sus registros, ya que pueden solicitarle que entregue una.

Pérdida de elegibilidad para Medicaid

Es importante cumplir con sus citas con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado. Si falta a una visita o no les brinda la información que solicitan, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto ocurre, a Anthem le pedirán que cancele su membresía como miembro de Medicaid, y ya no tendrá cobertura de Anthem.

Cómo cancelar la inscripción en Anthem

Cómo finalizar su membresía en Anthem

Como miembro de una organización de atención administrada (MCO), tiene derecho a elegir finalizar su membresía en ciertos momentos del año. Puede elegir finalizarla durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de la inscripción abierta anual. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará un correo para informarle cuándo será el mes que le corresponde para la inscripción abierta anual. Si vive en un área de inscripción obligatoria, deberá elegir otra organización de atención administrada para cubrir los servicios médicos.

Si desea finalizar su membresía durante los primeros tres meses o durante el mes de la inscripción abierta anual, puede llamar a la Línea directa de Medicaid al **800-324-8680 (TTY 800-292-3572)**. También puede enviar una solicitud en línea al sitio web de la Línea directa de Medicaid en www.ohiomh.com. Si llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente. Si llama después de ese periodo, su membresía no finalizará hasta el primer día del próximo mes. Si eligió otra organización de cuidado administrado, la nueva MCO le enviará información por correo postal antes de la fecha de inicio de su membresía.

Cómo elegir un nuevo plan

Si está pensando en finalizar su membresía y cambiarse a otra organización de atención administrada (MCO), infórmese sobre sus opciones, especialmente si quiere conservar sus proveedores actuales. Recuerde que cada MCO tiene su propia lista de médicos y hospitales que están dentro de la red. También tiene información escrita que explica los beneficios que ofrece y las normas que deben seguirse. Si quiere recibir información por escrito sobre una organización de atención administrada en la que está considerando inscribirse, o si simplemente tiene preguntas sobre esa MCO, puede llamar al plan o a la Línea directa de Medicaid al **800-324-8680 (TTY 800-292-3572)**. También puede encontrar información sobre las MCO en su área en el sitio web de la Línea directa de Medicaid: www.ohiomh.com.

Finalizaciones de membresías por causa justa

En algunos casos, es posible que haya un motivo especial por el que necesita finalizar su membresía en un plan. Esto se llama finalización de la membresía por “causa justa”. Para solicitar la finalización de la membresía por una causa justa, primero puede llamar a Anthem y darnos la oportunidad de resolver el problema. Si no podemos hacerlo, puede solicitar la finalización por causa justa debido a alguno de los siguientes motivos:

1. Se mudó y su MCO actual no está disponible donde vive ahora, y necesita cuidado médico que no sea de emergencia en su nueva área antes de que finalice la membresía en la organización.

2. Su MCO actual no cubre, por objeciones morales o religiosas, un servicio médico que usted necesita.
3. Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que necesita deben recibirse al mismo tiempo, y no todos los servicios están en la red de la MCO.
4. Tiene dudas sobre la calidad de la atención que recibe y le preocupa que los servicios que necesita no estén disponibles con otro proveedor de la red de Anthem.
5. No tiene acceso a los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid o a proveedores que tengan experiencia en el tratamiento de sus necesidades médicas especiales.
6. El PCP que eligió ya no está en la red de Anthem y era el único dentro de la red que hablaba su idioma y estaba ubicado a una distancia razonable para usted; o bien, otro plan tiene un PCP en su red que habla su idioma, se encuentra a una distancia razonable para usted y acepta que usted sea su paciente.
7. Cree que permanecer como miembro en su plan de atención administrada actual es perjudicial y no es lo mejor para usted.

Para solicitar finalizar su membresía por una causa justa, puede llamar a la Línea directa de Medicaid al **800-324-8680 (TTY 800-292-3572)**. El Departamento de Medicaid de Ohio revisará su solicitud y decidirá si cumple con un motivo de causa justa. Recibirá una carta por correo para informarle si el Departamento de Medicaid de Ohio finalizará su membresía y la fecha en que esto sucederá. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otro plan a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio le indique lo contrario. Si se deniega su solicitud de finalización por causa justa, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información que explica su derecho a una audiencia estatal para apelar la decisión.

Cuestiones a tener en cuenta si finaliza su membresía

Si ha seguido alguno de los pasos anteriores para finalizar su membresía, recuerde:

- Continúe usando los servicios de los médicos y otros proveedores de Anthem hasta el día en que sea miembro de su nuevo plan médico o vuelva a tener beneficios regulares de Medicaid.
- Si elige un nuevo plan de atención administrada (MCP) y no ha recibido una tarjeta de identificación del miembro antes del primer día del mes en que está vigente el nuevo plan, llame a Servicios para Miembros de Anthem. Si no pueden ayudarlo, llame a la Línea directa de Medicaid al **800-324-8680 (TTY 800 292-3572)**.
- Si se le permitió volver a tener una tarjeta de Medicaid regular, pero no la ha recibido, llame al trabajador social de su condado.
- Si ha elegido una nueva MCO y tiene visitas médicas programadas, llame a su nuevo plan para asegurarse de que estos proveedores estén en la red del nuevo plan y que se hayan realizado todos los trámites necesarios. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que debe llamar a su nuevo plan: Cuando tiene una cita para consultar con un nuevo médico, cuando tiene programada una radiografía, un análisis de sangre o una cirugía, y en especial si está embarazada.
- Si se le permitió volver a tener beneficios regulares de Medicaid y tiene citas médicas programadas, llame a los proveedores para asegurarse de que aceptarán la tarjeta habitual de Medicaid.

Finalizaciones opcionales de membresías

Tiene la opción de no ser miembro de una MCO en los siguientes casos:

- Es miembro de una tribu india reconocida federalmente, sin importar su edad.
- Es una persona que recibe servicios de exención basados en el hogar y la comunidad a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

Si cree que usted o su hijo cumplen con alguno de los criterios anteriores y no quiere ser miembro de una organización de atención administrada, puede llamar a la Línea directa de Medicaid al **800-324-8680 (TTY 800-292-3572)**. Si cumple con los criterios anteriores y no quiere ser miembro de una MCO, se finalizará la membresía correspondiente.

Exclusiones: Personas a las que no se les permite inscribirse en una MCO de Medicaid

Es posible que no se le permita inscribirse en una organización de atención administrada (MCO) de Medicaid si usted:

- Es elegible para ambos programas: Medicaid y Medicare;
- Vive en un hogar de ancianos y la institución no es elegible en la categoría de extensión para adultos, o vive en un centro de cuidados médicos a largo plazo, en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), o en algún otro tipo de institución; o
- Recibe servicios de exención de Medicaid y no es elegible en la categoría de extensión para adultos.

* Si usted es elegible para Medicaid en la categoría de extensión para adultos, recibirá los servicios de un hogar de ancianos a través de la organización de atención administrada. Además, los miembros en la categoría de extensión para adultos que tengan aprobados los servicios de exención permanecerán en la organización de atención administrada.

Si cree que cumple con alguno de los criterios anteriores y no debe ser miembro de una organización de atención administrada, debe llamar a la Línea directa de Medicaid al **800-324-8680 (TTY 800-292-3572)**. Si cumple con los criterios anteriores, finalizará su membresía en la MCO.

¿Anthem puede finalizar mi membresía?

Anthem puede solicitarle al Departamento de Medicaid de Ohio que finalice su membresía por determinados motivos. El Departamento de Medicaid de Ohio debe aprobar la solicitud antes de que se finalice su membresía.

Razones por las cuales puede cancelarse su inscripción en Anthem

Anthem puede solicitar la finalización de su membresía por las siguientes razones:

- Fraude o uso indebido de su tarjeta de identificación de Anthem.
- Comportamiento problemático o poco colaborativo al punto de que afecte la capacidad de la MCO de brindar servicios a usted o a otros miembros.

Anthem les brinda servicios a nuestros miembros debido al contrato que tiene con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si quiere comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio, puede llamar o escribir a:

Ohio Department of Medicaid
Office of Managed Care
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, OH 43218-2709

Teléfono: 800-324-8680

TTY: 800-292-3572

También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio: medicaid.ohio.gov.

Puede comunicarse con Anthem para obtener cualquier otra información que quiera, que incluye el funcionamiento y la estructura de Anthem, y el modo en el que les pagamos a nuestros proveedores. Si quiere informarnos cuestiones que considera que debemos modificar, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)**.

Razones por las cuales no puede cancelarse su inscripción en Anthem

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

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

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

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

Según el programa de Medicaid de Ohio, su PCP no puede facturarle ningún cargo en ninguno de los siguientes casos:

- Usted cancela la cita o no asiste.
 - Si se niega a firmar el formulario que dice que pagará por las citas incumplidas, su proveedor no está habilitado a suspender el tratamiento o impedirle regresar.
- Usted pide la primera copia de su historia clínica.
 - Se le cobrará un cargo razonable por las copias adicionales.

- Su PCP no envía su reclamación de servicios a Anthem dentro de un determinado plazo.
- Anthem rechazó la reclamación de servicios de su PCP, y su proveedor no presentó una reclamación corregida dentro de un determinado plazo.

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

El proveedor puede facturarle al miembro una vez que la MCO (Anthem) rechazó una autorización previa o una remisión para recibir servicios y se cumplen las siguientes condiciones:

- El proveedor le notificó al miembro la responsabilidad financiera antes de brindarle el servicio;
- La notificación del proveedor se realizó por escrito, fue específica para el servicio que se estaba prestando y estableció claramente que el miembro era responsable financiero del servicio específico. Una declaración general de responsabilidad del paciente firmada por todos los pacientes no es suficiente para este fin; y
- La notificación está fechada y firmada por el miembro.

Si tiene otro seguro médico (coordinación de beneficios)

Llame al trabajador social del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia (DJFS) de su condado y a los Servicios para Miembros de Anthem al **844-912-0938 (TTY 711)** si usted o sus hijos tienen otro seguro. Se le debe facturar al otro plan de seguro sus servicios médicos antes de que se le pueda facturar a Anthem. Anthem trabajará con el otro plan de seguro en relación con el pago de estos servicios.

Cambios en su cobertura de Anthem

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

También podemos ayudarlo a escoger un nuevo PCP. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Cómo notificar a Anthem sobre cambios que considera que debemos hacer

Los miembros pueden elegir formar parte del Comité de Defensa del Consumidor, que se reúne cada tres meses. Esto ofrece a los miembros la oportunidad de obtener más información sobre nosotros, hacer preguntas y sugerencias para mejorar. Si desea formar parte de este grupo, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)**.

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

Cómo mide Anthem la calidad de su atención

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

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

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

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

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

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

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

¿Por qué mide Anthem la calidad de la atención?

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

¿Qué significa esto para usted?

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

¿Qué puede hacer por su salud?

También puede ayudar a su PCP a saber qué tipo de atención es adecuada para usted, siguiendo estos pasos importantes:

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

Si tiene alguna pregunta sobre su salud o sobre el tipo de atención que podría necesitar, llame a nuestra Línea de Enfermería 24/7 al **844-430-0341 (TTY 711)**. El personal de enfermería está disponible en todo momento, de día o de noche.

De qué forma paga Anthem a los proveedores

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

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

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

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

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE ANTHEM

Anthem quiere que conozca sus derechos y responsabilidades. Se los informaremos cada año cuando se inscriba y 30 días antes de que se realicen cambios.

Como miembro de Anthem, tiene los siguientes derechos:

- Recibir toda la información y todos los servicios que Anthem debe brindar.
- Ser tratado con respeto y consideración por su dignidad y privacidad.
- Asegurarse de que se mantendrá la privacidad de la información de sus registros médicos.
- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para la persona a quien usted haya aprobado legalmente como receptor de la información o a quien usted haya mencionado como contacto en caso de emergencia, cuando no sea recomendable para su salud que usted reciba esa información.

- Analizar opciones de tratamiento médicamente necesario para su condición, sin importar el costo ni la cobertura del beneficio.
- Conocer quién es el administrador de cuidados médicos responsable de gestionar sus servicios y cómo solicitar un cambio.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones con respecto a su cuidado médico.
- Poder formar parte de las decisiones sobre su cuidado médico, siempre y cuando sean en su beneficio.
- Recibir información sobre cualquier tratamiento de atención médica de una forma que usted entienda.
- Asegurarse de que otros no puedan escucharlo ni verlo mientras recibe atención médica.
- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión que se utilice como método de fuerza, disciplina, mitigación o venganza, según lo establecido en las reglamentaciones federales.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica, y poder pedir que se cambie o corrija, si es necesario.
- Sugerir cambios en las políticas y procedimientos, incluida la política de derechos y responsabilidades de los miembros de Anthem.
- Aceptar o rechazar la divulgación de cualquier información sobre usted, a menos que Anthem deba hacerlo por cuestiones legales.
- Negarse a recibir un tratamiento o una terapia. Ante su negativa, el proveedor o Anthem debe hablar con usted sobre lo que podría suceder, y debe dejar una nota sobre esto en su historia clínica.
- Presentar una apelación, un reclamo (queja) o solicitar una audiencia estatal sobre Anthem o los servicios de cuidado que brinda. Consulte la sección **Quejas y apelaciones médicas** de este manual para obtener más información.
- Obtener ayuda gratuita de Anthem y sus proveedores si usted no habla inglés o necesita ayuda para entender la información.
- Recibir una copia escrita de toda la información para el miembro de Anthem:
 - Sin costo alguno para usted.
 - En los idiomas predominantes (que no sean inglés) que hablen los miembros en el área de servicio de Anthem.
 - En otros formatos, para ayudar con las necesidades especiales de los miembros que pueden tener problemas para leer la información por algún motivo.
- Recibir ayuda con lenguaje de señas si tiene discapacidad auditiva.
- Que se le informe si su proveedor de cuidado médico es un estudiante y poder negarse a recibir el cuidado.
- Que se le informe sobre cualquier cuidado experimental y poder negarse a participar en el cuidado.
- Preparar directivas anticipadas (un testamento vital). Consulte la página 75 para obtener más información sobre las directivas anticipadas.
- Presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio si no se siguen sus directivas anticipadas.

- Cambiar de proveedor de atención primaria (PCP) a otro PCP en la red de Anthem al menos una vez al mes. Anthem debe enviarle información por escrito que diga quién es el nuevo PCP y la fecha en la que comenzó el cambio.
- Tener libertad para ejercer sus derechos y saber que ni los médicos, ni Anthem, ni el Departamento de Medicaid de Ohio tomarán represalias en su contra.
- Saber que Anthem debe cumplir todas las leyes federales y estatales, y otras leyes sobre la privacidad que sean aplicables.
- Elegir el proveedor que le brinde cuidado siempre que sea posible y apropiado.
- Si es mujer, poder visitar a un proveedor de salud de la mujer dentro la red de Anthem a fin de obtener servicios de salud específicos que estén cubiertos.
- Obtener una segunda opinión de un proveedor calificado de la red de Anthem. Si un proveedor calificado no puede brindarle atención, Anthem debe programar una visita con un proveedor que no pertenezca a nuestra red.
- Obtener de nosotros información sobre Anthem.
- Recibir información sobre los servicios, los médicos y los derechos y responsabilidades de los miembros de Anthem.
- Comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio y/o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en las siguientes direcciones si tiene alguna queja por discriminación por motivos de raza, origen étnico, religión, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, estado militar, información genética, ascendencia, estado de salud, o necesidad de servicios de salud.

The Ohio Department of Medicaid
 Office of Human Resources, Employee Relations
 P.O. Box 182709
 Columbus, Ohio 43218-2709

Correo electrónico: ODM_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov
 Fax: 614-644-1434

Office for Civil Rights
 United States Department of Health and Human Services
 233 N. Michigan Ave. – Suite 240
 Chicago, Illinois 60601
 Teléfono: **312-886-2359 (TTY 312-353-5693)**

Sus responsabilidades

Como miembro de Anthem, tiene las siguientes responsabilidades:

- Conocer y entender sus derechos conforme al Departamento de Medicaid de Ohio y al plan.
- Hacer preguntas si no entiende sus derechos o responsabilidades.

- Cumplir con las políticas y procedimientos del plan médico. Eso incluye la responsabilidad de hacer lo siguiente:
 - Llevar con usted la tarjeta de identificación cada vez que reciba servicios médicos.
 - Informarnos si perdió su tarjeta de identificación o se la robaron.
 - Cambiar de PCP o plan médico conforme a las políticas de Anthem y del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM).
 - Asistir a las citas programadas.
 - Cancelar las citas con antelación cuando no pueda asistir.
 - Ponerse siempre en contacto con su PCP en primer lugar para las necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - Entender cuándo debe ir a una sala de emergencias y cuándo no.
 - Entender cómo puede recibir cuidado fuera del horario normal o cuando el consultorio de su médico está cerrado.
 - Tratar con respeto a los proveedores y al personal.
 - Notificar a Anthem si tiene otro seguro de salud.

- Compartir la información sobre su salud, lo mejor que pueda, que sus médicos y el plan médico necesitan para brindarle la atención y las opciones de tratamiento adecuadas. Usted se hace responsable de lo siguiente:
 - Informarle a su médico sobre sus necesidades médicas y hacerle preguntas sobre sus opciones de tratamiento.
 - Ayudar a su médico a conseguir su historia clínica.
 - Brindarle al médico información lo más precisa posible.
 - Informarle al médico si recibió cuidado en otro lugar.
 - Entender sus problemas de salud, y
 - Trabajar con su médico para crear un plan de tratamiento y objetivos específicos para su condición médica que ambos hayan acordado, en la medida de lo posible, y que incluya:
 - Entender sus opciones de tratamiento y los servicios de salud.
 - Trabajar con su médico para decidir cuál es el mejor tratamiento disponible.
 - Entender cómo lo que hace afecta su salud.
 - Respetar los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su médico para mantenerse saludable.

Llame a Servicios para Miembros de Anthem al **844-912-0938 (TTY 711)** si tiene algún problema y necesita ayuda.

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

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA CONTRA EL FRAUDE

Estamos comprometidos a proteger la integridad de nuestro programa de atención de la salud y la eficacia de nuestras operaciones mediante la prevención, la detección y la investigación del fraude, desperdicio y abuso. La lucha contra el fraude, desperdicio y abuso comienza con conocimiento y concientización.

- *Fraude*: Cualquier tipo de engaño intencional o declaración falsa que se hace a sabiendas de que el engaño podría tener como consecuencia algún beneficio no autorizado para la persona que lo comete o para alguna otra persona. El intento en sí constituye fraude, independientemente de si tuvo éxito o no.
- *Desperdicio*: Incluye el uso excesivo de servicios u otras prácticas que directa o indirectamente generan costos innecesarios. Generalmente no se considera al desperdicio como consecuencia de acciones intencionales, sino cuando los recursos se utilizan indebidamente.
- *Abuso*: Cuando los proveedores de atención médica no siguen las buenas prácticas médicas y se generan costos innecesarios o excesivos, pagos incorrectos, mal uso de códigos o servicios que no son médicamente necesarios.

Para ayudar a prevenir fraude, desperdicio y abuso, hable con sus proveedores. Por ejemplo, dedicar tiempo a revisar sus expedientes con su proveedor para la administración de medicamentos ayudará a determinar si hay alguna duda con sus recetas. Uno de los tipos más comunes de fraude es compartir su tarjeta de identificación del miembro con otra persona. Es importante que los miembros entiendan que esto se considera fraude. Más información en <https://www.fighthealthcarefraud.com/>.

La presentación de una tarjeta de identificación del miembro no garantiza la elegibilidad; los proveedores deben verificar el estado del miembro mediante una consulta en línea o por teléfono. Los proveedores cuentan con apoyo en línea en el sitio web disponible para hacer consultas y pueden realizar la verificación telefónica a través de la Línea de consultas automatizadas para proveedores al **844-912-1226**.

Proteja su tarjeta de identificación como lo haría con una tarjeta de crédito, lleve su tarjeta de beneficios de salud en todo momento e informe la pérdida o el robo de tarjetas a la compañía lo antes posible. Entender las diversas oportunidades de fraude puede ayudar a prevenir actividades fraudulentas. Si sospecha que hubo robo de identidad, llame a la línea directa de cumplimiento al **844-912-1226**. Si sospecha que hubo robo de identidad, verifique que la explicación de beneficios (EOB) no contenga errores y comuníquese con Servicios para Miembros si hay algo incorrecto.

Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso

Si usted sospecha que un proveedor (p. ej., grupo de proveedores, hospital, médico, dentista, consejero, compañía de suministros médicos, etc.) o un miembro (una persona que recibe beneficios) ha cometido fraude, desperdicio o abuso, usted tiene derecho a informarlo. No se tomarán represalias contra ninguna persona que denuncie infracciones o la sospecha de fraude y abuso. Los investigadores mantendrán la confidencialidad del nombre de la persona que informa el incidente y el número de teléfono para devolverle la llamada.

Puede informar sus preocupaciones de las siguientes maneras:

- En nuestro sitio de información fighthealthcarefraud.com, seleccione “Denunciar (Report it)” en la parte superior de la página y llene el formulario “**Denunciar fraude, desperdicio y abuso (Report Waste, Fraud and Abuse)**”.
- Llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

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

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

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

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

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

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte del miembro

- Falsificar, alterar o vender recetas
- Dejar que otra persona utilice la tarjeta de identificación del miembro
- Obtener sustancias controladas de varios proveedores
- Trasladarse a un área del plan fuera de servicio
- Usar la tarjeta de identificación de otra persona

Al informar inquietudes que involucren a otro miembro, incluya:

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

Proceso de investigación

Investigamos todas las denuncias de fraude, desperdicio y abuso para todos los servicios proporcionados en virtud del contrato. Si corresponde, las acusaciones y los hallazgos de la investigación se informan a todas las agencias reguladoras y/o de cumplimiento de las leyes estatales apropiadas. Además de informar, podemos tomar medidas correctivas en caso de fraude, desperdicio o abuso de proveedores, que pueden incluir, entre otras:

- *Advertencia y/o información por escrito:* Enviamos cartas certificadas al proveedor para documentar los problemas y la necesidad de mejora. Las cartas pueden incluir información o solicitudes de cobro, o pueden aconsejar que se tomen más medidas.
- *Revisión del registro médico:* Revisamos los registros médicos para respaldar las acusaciones o validar las presentaciones de reclamaciones.
- *Revisión especial de reclamaciones:* Un codificador profesional certificado evalúa las reclamaciones antes del pago correspondiente. Esta corrección evita el pago automático de reclamaciones en situaciones específicas.
- *Cobranzas:* Cobraremos los sobrepagos directamente al proveedor. Si el proveedor no reintegra el sobrepago, puede haber una reducción del pago de futuras reclamaciones y/o más acciones legales.

Si está trabajando con la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU), todas las comunicaciones (cheques, correspondencia) deben enviarse a la siguiente dirección:

Anthem, Inc.

Special Investigations Unit

740 W Peachtree Street NW

Atlanta, GA 30308

Attn: <investigator name, #case number>

Los expedientes médicos impresos y las reclamaciones deben enviarse a una dirección diferente, que la SIU proporcionará por correspondencia. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el investigador que le corresponda. Tiene como opción la oportunidad de presentar reclamaciones y expedientes médicos en forma electrónica si se registra para tener una cuenta de Availity. Comuníquese con Servicios al Cliente de Availity al **800-AVAILITY (282-4548)** para obtener más información.

Acciones sobre los hallazgos de la investigación

Remitimos toda la actividad delictiva cometida por un miembro o proveedor a las agencias reguladoras y de cumplimiento de la ley correspondientes.

Si parece que un proveedor ha cometido fraude, desperdicio o abuso, el proveedor:

- Será referido a la Unidad de Investigaciones Especiales.
- Podría ser presentado ante el comité de credenciales y/o ante el comité de revisión externa para que se apliquen medidas disciplinarias, entre las que se incluye la rescisión del contrato con el proveedor.
- Será referido a otras autoridades según corresponda y/o sea designado por el estado.

El incumplimiento de la política, de los procedimientos del programa, o del contrato, puede tener como resultado la finalización de nuestro plan.

Si al parecer un miembro cometió fraude, desperdicio o abuso o no ha corregido los inconvenientes, se puede anular la inscripción del miembro a nuestro plan médico de manera involuntaria, con la aprobación del estado.

ESPERAMOS QUE ESTE MANUAL HAYA RESPONDIDO LA MAYORÍA DE SUS PREGUNTAS SOBRE ANTHEM. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, LLAME A SERVICIOS PARA MIEMBROS AL 844-912-0938 (TTY 711).

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

TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Apelación: una solicitud del miembro para que Anthem Blue Cross and Blue Shield revise una determinación adversa de beneficios.

Copago: un monto fijo que un miembro paga por un servicio de cuidado médico cubierto.

Equipo médico duradero: equipo que puede admitir el uso repetido, se usa principal y comúnmente con fines médicos. Generalmente no es útil para una persona que no tiene una enfermedad o lesión, y es adecuado para uso domiciliario.

Condición médica de emergencia: una condición que se manifiesta por medio de síntomas agudos con una gravedad tal (incluido dolor intenso) que llevaría a creer a una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina que la falta de atención médica inmediata podría poner en grave peligro la salud de la persona (o, si es una mujer embarazada, la salud de la mujer o del futuro bebé); ocasionar problemas graves en las funciones corporales; u ocasionar una disfunción grave de algún órgano o de alguna parte del cuerpo.

Transporte médico de emergencia: transporte, en ambulancia, de personas enfermas, lesionadas o incapacitadas que requieren atención médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencia: pruebas de detección, exámenes y evaluaciones médicas por parte de un médico o, en la medida que lo permita la legislación vigente, otras personas autorizadas bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una condición médica de emergencia y, si la hubiera, el tratamiento de cuidado o la cirugía para un servicio cubierto. La lleva a cabo un médico y es necesaria para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia, dentro de la capacidad de servicio de un hospital.

Servicios de emergencia: servicios cubiertos para pacientes internados, pacientes ambulatorios o transporte médico brindados por un proveedor calificado y que son necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una condición médica de emergencia. Entre los proveedores de servicios de emergencia también se incluyen médicos u otros profesionales o centros de cuidado médico que no son empleados ni tienen contrato con Anthem Blue Cross and Blue Shield.

Servicios excluidos: servicios de salud que Anthem Blue Cross and Blue Shield no paga ni cubre.

Reclamo: la expresión de insatisfacción de un miembro sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Los reclamos pueden tratarse, entre otras cuestiones, sobre la calidad de la atención o los servicios brindados y sobre aspectos de las relaciones interpersonales, como la descortesía de un proveedor o empleado, o la violación de los derechos del miembro independientemente de si se solicitan medidas correctivas. El reclamo incluye el derecho de un miembro de cuestionar una extensión de tiempo propuesta por una entidad de atención administrada (MCE) para tomar una decisión sobre una autorización.

Dispositivos y servicios de habilitación: servicios diseñados para ayudar a las personas a adquirir, retener y mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para residir de manera satisfactoria en casa o en instalaciones de la comunidad.

Seguro médico: un contrato que requiere que Anthem Blue Cross and Blue Shield pague todos o parte de sus costos médicos a cambio de una prima.

Cuidado médico en el hogar: servicios que incluyen enfermería en el hogar, asistente médico en el hogar y terapias especializadas.

Servicios para enfermos terminales: una agencia pública, una organización privada o una subdivisión de cualquiera de ellas, sujeta a las condiciones de participación conforme al Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Sección 418 (1.º de octubre de 2017), certificada en el estado de Ohio y con la aprobación del Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) para brindar atención a enfermos terminales. (Norma 5160-56-01(V) del Código Administrativo de Ohio [OAC]).

Hospitalización: atención en un hospital que requiere la admisión como paciente internado.

Cuidado ambulatorio en hospital: tratamiento o servicios de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos proporcionados a un paciente en un hospital por un profesional de servicios médicos o bajo su supervisión.

Medicamento necesario: criterios de cobertura para procedimientos, artículos o servicios para la prevención, el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de una condición médica adversa como una enfermedad, lesión o sus síntomas, disfunción emocional o conductual, discapacidad intelectual, cognitiva o del desarrollo, y sin los cuales se espera que la persona sufra morbilidad prolongada, en aumento o que comience a sufrirla; deterioro de la función; disfunción de un órgano o parte del cuerpo; o dolor y molestia significativos.

Red: los proveedores contratados por Anthem Blue Cross and Blue Shield están disponibles para los miembros de Anthem Blue Cross and Blue Shield.

Proveedor no participante: cualquier proveedor con un acuerdo de proveedores del ODM que no tenga contrato con Anthem Blue Cross and Blue Shield, pero brinde servicios de cuidado de salud a los miembros de Anthem Blue Cross and Blue Shield.

Proveedor participante: cualquier proveedor, grupo de proveedores o entidad que tenga un contrato como proveedor de la red con Anthem Blue Cross and Blue Shield, conforme a la norma 5160-26-05 del Código Administrativo, y reciba financiamiento de Medicaid directa o indirectamente para solicitar, remitir o brindar servicios cubiertos como resultado del acuerdo de proveedores o contrato con el ODM de Anthem Blue Cross and Blue Shield.

Servicios médicos: (L) “Profesional de servicios médicos”: son médicos, podólogos, dentistas, enfermeros clínicos especializados, enfermeras parteras certificadas, enfermeros practicantes certificados o asistentes médicos. (Norma 5160-2-02(L) del OAC).

Plan: (S) “Organización de atención administrada (MCO)” o “plan de atención administrada (MCP)” significa una compañía de seguros médicos (HIC) certificados en el estado de Ohio que celebran un contrato de proveedores de atención administrada con el ODM. (Norma 5160-26-01(S) del OAC).

Servicios de cuidados posteriores a la estabilización: servicios cubiertos relacionados con una condición médica de emergencia que un proveedor tratante considera médicamente necesarios después de que una condición médica de emergencia se ha estabilizado y cuyo fin es mantenerla estabilizada; o conforme a las circunstancias descritas en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Sección 422.113, se prestan para mejorar o resolver la condición del miembro.

Preautorización: determinación del plan de Anthem Blue Cross and Blue Shield respecto a si un servicio de atención médica, plan de tratamiento o equipo médico duradero son médicamente necesarios. En ocasiones se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su seguro médico o plan pueden requerir preautorización para ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia.

Prima: es el monto que se paga mensualmente por cada miembro al que el MCO tiene derecho como compensación por cumplir con sus obligaciones conforme al Capítulo 5160-26 del Código Administrativo y/o el acuerdo de proveedores con el ODM. (Norma 5160-26-01(NN) del OAC).

Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos cubiertos por el Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) que se dispensan a los miembros para el uso en la residencia del paciente, incluido un centro de enfermería o centro de cuidados médicos intermedio para personas con discapacidades intelectuales.

Medicamentos recetados: sustancias o mezclas de sustancias simples o compuestas recetadas para la cura, mitigación o prevención de la enfermedad, o para mantenimiento de la salud que receta un médico u otro profesional certificado de las artes de la curación dentro del alcance de esta práctica profesional según se define y se limita por las leyes federales y estatales; dispensadas por farmacéuticos certificados y profesionales autorizados certificados conforme a la Ley de Práctica Médica del Estado; y dispensadas por el farmacéutico o profesional certificado con una receta escrita registrada, que se guarda en los registros del farmacéutico o el profesional.

Médico o proveedor de atención primaria: un médico (M.D. o D.O.), un consultorio grupal de médicos, un enfermero registrado de práctica avanzada, según se define en la sección 4723.01 del Código Revisado de Ohio, un consultorio grupal de enfermeros de práctica avanzada dentro de una especialidad permisible o un asistente médico que cumple con los requisitos de la norma 5160-4-03 del Código Administrativo de Ohio, que tienen contrato con Anthem Blue Cross and Blue Shield para prestar servicios según lo especificado en la norma 5160-26-03.1 del Código Administrativo de Ohio.

Proveedor: un hospital, centro médico, médico, dentista, farmacia, o bien, persona o entidad certificada que tenga autorización o pueda tener derecho a reembolsos por servicios relacionados con cuidados médico prestados a los miembros de Anthem Blue Cross and Blue Shield.

Dispositivos y servicios de rehabilitación: tareas específicas que, conforme al Título 47 del Código Revisado de Ohio, pueden ser brindadas directamente por un técnico o personal de cuidado médico apropiadamente certificado.

Cuidado especializado de enfermería: tareas específicas que, conforme al Capítulo 4723 del Código Revisado de Ohio, deben ser brindadas por un auxiliar de enfermería certificado (LPN) bajo la dirección de un enfermero registrado o directamente por un enfermero registrado.

Especialista: un médico especialista que se concentra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene capacitación adicional en un área específica de la atención de la salud.

Atención de urgencia: atención para una enfermedad, lesión o condición de una gravedad tal que llevaría a una persona razonable a buscar atención de inmediato, pero no tan grave como para necesitar atención en la sala de emergencia.

Apéndice A

Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM) de Ohio

Índice

1 Contenidos del Manual del miembro

- .1 Identidad corporativa**
- .2 Servicios disponibles**
 - .2.1 Lista de medicamentos preferidos**
 - .2.2 Autorizaciones previas**
 - .2.3 Estrategias de administración de la utilización de farmacias**
 - .2.4 Servicios excluidos**
 - .2.5 Servicios adicionales**
- .3 Solicitud de apelaciones, reclamos o audiencias estatales**
- .4 Recomendaciones de cambios**
- .5 Acceso a farmacias**
- .6 Medicamentos ambulatorios de emergencia**
- .7 Declaración de no discriminación**
- .8 Declaración de la red de proveedores**
- .9 Red de proveedores de farmacia**
- .10 Formulario de apelación para miembros**
- .11 Formulario de reclamo del miembro**

1 Contenidos del Manual del miembro

1.1 Identidad corporativa

Gainwell Technologies es una compañía con más de 50 años de experiencia comprobada y una reputación de excelencia en el servicio y pericia inigualable. Gainwell no opera bajo ningún otro nombre comercial. En Gainwell, todo lo que hacemos se centra en las personas.

La misión de Gainwell es capacitar a los clientes a través de tecnologías y soluciones innovadoras para brindar excelentes resultados de servicios humanos y de salud.

Ahora es miembro de nuestro Administrador único de beneficios de farmacia (SPBM). En Gainwell, creemos que usted merece servicios de farmacia de calidad y debe recibir los servicios más actualizados que podamos brindar.

En línea: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

Por correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Si sospecha de fraude de proveedores o consumidores, comuníquese con nuestra línea de información gratuita sobre fraude, desperdicio y abuso al **833-491-0344** (TTY **833-655-2437**) y seleccione la opción para informar inquietudes sobre fraude, desperdicio y abuso.

1.2 Servicios disponibles

Gainwell cubre todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) médicamente necesarios que cubre Medicaid. Utilizamos una lista de medicamentos preferidos (PDL), que es una lista de medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Es posible que le solicitemos al profesional que receta que envíe una solicitud de autorización previa, donde el profesional que receta nos brindará información adicional que explique por qué se puede requerir un medicamento específico y/o una determinada dosis o cantidad de medicamento.

Los siguientes servicios están disponibles para que usted satisfaga cualquier necesidad adicional que pueda tener:

- Interpretación oral
- Servicios de traducción
- Asistencia y servicios adicionales
- Información escrita en formatos alternativos, incluidos Braille y letra grande

1.2.1 Lista de medicamentos preferidos

Gainwell utiliza una PDL, que es una lista de medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Puede encontrar una copia de la PDL en las siguientes ubicaciones:

- La pestaña de información de Medicaid en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- Su portal para miembros de Gainwell, iniciando sesión en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- El sitio web de farmacias del Departamento de Medicaid de Ohio en <https://pharmacy.medicaid.ohio.gov/unified-pdl>
- Una copia impresa que puede solicitar por teléfono a Servicios para Miembros al **833-491-0344** (TTY **833-655-2437**)

1.2.2 Autorizaciones previas

Es posible que el profesional que receta deba enviar una solicitud de autorización previa para ciertos medicamentos. Estas solicitudes serán enviadas por el profesional que receta a través de diferentes medios (teléfono, fax, correo o portal web) para garantizar una revisión rápida y eficiente de su medicamento. En estas circunstancias, su proveedor enviará una solicitud de autorización al equipo de Servicios de farmacia de Gainwell, donde completarán una revisión clínica del medicamento que solicita su proveedor. El equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell trabajará en estrecha colaboración con el profesional que receta para brindarle la mejor decisión clínica. Recibirá una carta por correo con el resultado de la decisión tomada.

Si no está de acuerdo con la decisión de Gainwell, se le enviará información detallada sobre cómo puede apelar nuestra decisión.

Tiene la opción de llamar al número gratuito de Servicios para Miembros al **833-491-0344** (TTY **833-655-2437**) para obtener información sobre la PDL, los medicamentos que pueden requerir autorización previa o para hacer cualquier pregunta que pueda tener relacionada con los medicamentos. Puede acceder en línea a la PDL y a una lista de los medicamentos que requieren autorización previa en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Es importante que usted y/o el profesional que receta consulten la PDL y/o la lista de medicamentos que requieren autorización previa cada vez que tengan preguntas, ya que estos son documentos que pueden cambiar.

1.2.3 Estrategias de administración de la utilización de farmacias

La PDL se utilizará en cada revisión de autorización previa que complete el equipo de Servicios de Farmacia de Gainwell. Cuando se requiere una autorización previa, Gainwell debe aprobar la solicitud del profesional que receta antes de que pueda surtir su medicamento en su farmacia de la red preferida. Es posible que se requiera autorización previa si:

- Hay disponible un medicamento genérico o alternativo de farmacia.
- Existe posibilidad de mal uso/abuso del medicamento solicitado.
- Primero se deben probar otros medicamentos.
- Se han excedido los límites de cantidad para el medicamento solicitado.
- El medicamento que su proveedor le ha recetado no está incluido en la PDL.

La PDL generalmente incluye varias opciones de medicamentos para tratar una condición en particular. Estos diferentes medicamentos se conocen como medicamentos “alternativos” y son tan eficaces como otros medicamentos, sin efectos secundarios ni problemas de salud adicionales.

Las razones específicas por las que se le puede solicitar al profesional que receta que envíe una solicitud de autorización previa incluyen:

Terapia escalonada: En algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica.

Sustitución por medicamento genérico: Se requerirá que una farmacia proporcione un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca cuando esté disponible. Los medicamentos genéricos son tan seguros y eficaces como los medicamentos de marca y deben recetarse primero.

Intercambio terapéutico: Cuando no puede tomar un medicamento por razones como alergia, intolerancia, etc., es posible que un medicamento no funcione para usted y el profesional que receta puede recetarle un medicamento que no está en la lista de medicamentos aprobados.

Medicamentos especializados: Esta es una revisión de un medicamento que se considera más complejo para una enfermedad específica y requiere atención y manejo específicos durante el proceso de revisión de autorización previa. Es posible que deba obtener estos medicamentos a través de una farmacia especializada. El profesional que receta trabajará con Servicios de Farmacia de Gainwell para asegurarse de que pueda obtener el medicamento que necesita lo más rápido posible.

1.2.4 Servicios excluidos

Gainwell no pagará las siguientes categorías que no están cubiertas por el programa de farmacia de Medicaid de Ohio:

- Medicamentos para el tratamiento de la obesidad
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil
- Medicamentos de la Implementación de estudios de medicamentos eficaces (DESI) o medicamentos que pueden haber sido determinados como idénticos, similares o relacionados
- Medicamentos que son elegibles para estar cubiertos por Medicare Parte D
- Medicamentos de venta libre que no están enumerados de acuerdo con el párrafo C de la norma 5160-9-03 del Código Administrativo de Ohio (OAC)
- Medicamentos que se utilizan para indicaciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a menos que estén respaldados por pruebas clínicas convincentes

1.2.5 Servicios adicionales

El equipo de Farmacia de Gainwell también puede brindarle ayuda con los servicios mencionados a continuación. Para ello, llame a nuestra mesa de ayuda para miembros al **833-491-0344** (TTY **833-655-2437**). Para acceder a esta información, también puede iniciar sesión en su portal para miembros en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Podrá:

- Localizar una farmacia para surtir la receta que le dio su proveedor.
- Verificar que tiene cobertura de farmacia activa.
- Obtener suministros para diabéticos cubiertos a través de su beneficio de farmacia.
- Obtener equipo médico duradero (DME) cubierto a través de su beneficio de farmacia.

1.3 Solicitudes de apelaciones, reclamos o audiencias estatales

Reclamo

Si no está satisfecho con los Servicios de Farmacia de Gainwell o con nuestros proveedores, contáctenos lo antes posible. Esto se conoce como reclamo.

Para contactarnos, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros al **833-491-0344** (TTY **833-655-2437**) y elija la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de la Mesa de Ayuda de Farmacia de Gainwell.
- Complete el formulario de reclamo/apelación que se incluye en este manual del miembro y envíelo por correo a Servicios de Farmacia de Gainwell a la dirección que figura a continuación, o preséntelo en línea a través del portal para miembros.
- Visite nuestro sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- Escriba una carta en la que nos informa que no está satisfecho. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, su identificación de Medicaid, su dirección y su número de teléfono para que podamos contactarlo, si es necesario. Puede enviar su formulario o carta por correo electrónico o correo postal

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Correo postal:
Gainwell Pharmacy Services
5475 Rings Rd.
Atrium II North Tower, Suite 125
Dublin, OH 43017-7565

Una vez que se comunice con Gainwell para presentar su reclamo, nos pondremos en contacto con usted por teléfono, correo u otros medios apropiados dentro de los siguientes plazos:

- Dos (2) días hábiles para reclamos por no poder obtener los medicamentos que necesita
- Treinta (30) días calendario para todos los demás reclamos

Apelación

Si recibe un aviso nuestro con el que no está de acuerdo, puede solicitar una apelación dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha del aviso. Gainwell le proporcionará una respuesta a su apelación dentro de los quince (15) días calendario a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si cree que quince (15) días calendario podrían perjudicar gravemente su vida, su salud física o mental, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima, comuníquese con Servicios para Miembros de Gainwell al número que se indica a continuación lo antes posible para acelerar su proceso de revisión. Para solicitar una apelación, puede hacer lo siguiente:

1. Llame a Servicios para Miembros al **833-491-0344 (TTY 833-655-2437)** y elija la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de la Mesa de Ayuda de Farmacia de Gainwell.
2. Complete el formulario de reclamo/apelación que se incluye en este Manual del miembro y envíelo por correo a Servicios de farmacia de Gainwell a la dirección que figura a continuación, o complételo en línea a través del portal para miembros.
3. Visite nuestro sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.
4. Escriba una carta. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, su identificación de Medicaid, su dirección y su número de teléfono para que podamos contactarlo, si es necesario. Puede enviar su formulario o carta por correo electrónico o correo postal.

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Correo postal:
Gainwell Pharmacy Services
5475 Rings Rd.
Atrium II North Tower, Suite 125
Dublin, OH 43017-7565

Al enviar una apelación, incluya la siguiente información:

- Su nombre y el número de identificación de Medicaid que aparece en su tarjeta
- El nombre del profesional que receta
- El motivo por el que no está de acuerdo con el resultado proporcionado por Gainwell
- Cualquier documentación o información para respaldar su solicitud de revocación de la decisión

Gainwell debe proporcionar una respuesta a su apelación dentro de los quince (15) días calendario a partir de la fecha en que se comunica con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión, se le notificará por escrito y se le otorgará el derecho a solicitar una audiencia estatal. Debe completar el proceso de apelación antes de poder solicitar una audiencia estatal.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre un reclamo o una apelación, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos hasta catorce (14) días calendario adicionales. Esa carta también le proporcionará información sobre por qué necesitamos más tiempo para completar su solicitud.

Audiencia estatal

Debe completar el proceso de apelación de Gainwell antes de poder solicitar una audiencia estatal. Una audiencia estatal es una reunión entre usted o su representante autorizado, un representante del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado, un representante de Gainwell y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS).

Durante esta reunión, usted explicará por qué cree que Servicios de farmacia de Gainwell no tomó la decisión correcta, y Gainwell explicará los motivos por los que tomamos nuestra decisión. El funcionario de audiencias tomará una decisión basada en las normas, las reglamentaciones y la información proporcionada durante la audiencia.

Se le notificará su derecho a solicitar una audiencia estatal si no cambiamos nuestra decisión como resultado de la apelación a Gainwell. Si desea solicitar una audiencia estatal, usted o un representante autorizado deben solicitar una audiencia dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la denegación de su apelación por parte de Gainwell.

Para solicitar una audiencia, puede firmar y reenviar el formulario de audiencia estatal a la dirección o al número de fax que figura en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al **866-635-3748 (TTY/TDD 614-728-2985)** o enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. Si desea información sobre servicios legales gratuitos, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al **800-589-5888** para obtener el número local de su oficina de asistencia legal.

Por lo general, las decisiones de las audiencias estatales se toman antes de los setenta (70) días calendario a partir de que se recibe la solicitud. Si se determina que la condición médica cumple con los criterios para una decisión acelerada, la decisión se emitirá tan pronto como sea necesario, pero antes de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud. Se puede solicitar una decisión acelerada si se determina que el periodo de revisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima.

1.4 Recomendaciones de cambios

Como miembro de Servicios de farmacia de Gainwell, tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades relacionados con la cobertura de medicamentos.

Las recomendaciones se pueden enviar por correo electrónico a Servicios de Farmacia de Gainwell a OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com o puede llamar a Servicios para Miembros al **833-491-0344 (TTY/TDD 614-728-2985)**.

1.5 Acceso a farmacias

En Servicios de Farmacia de Gainwell le ofrecen un portal para miembros para que inicie sesión y administre sus necesidades de farmacia. Para iniciar sesión en su portal personal para miembros, visite <https://spbm.medicaid.ohio.gov> e inicie sesión con la información personal que configuró para su cuenta.

Para inscribirse con un proveedor a través del portal para miembros de Gainwell, puede seguir las instrucciones del sitio web en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o llamar al número gratuito de Servicios para Miembros al **833-491-0344 (TTY 833-655-2437)** para que un agente de Servicios de Farmacia de Gainwell le brinde asistencia paso a paso con la inscripción.

1.6 Medicamentos ambulatorios de emergencia

En caso de una situación de emergencia, tendrá la opción de recibir un suministro de 72 horas (3 días) de su medicamento médicamente necesario. Si tiene dificultades con este proceso, comuníquese con Servicios de Farmacia de Gainwell al **833-491-0344 (TTY 833-655-2437)**.

1.7 Declaración de no discriminación

Servicios de farmacia de Gainwell cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No tratamos a las personas injustamente por su edad, raza, color, nacionalidad, religión, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad mental o física, historial médico, estado de salud, información genética, evidencia de asegurabilidad, estado militar, condición de veterano, ascendencia, necesidad de servicios de salud para recibir cualquier servicio cubierto ni ubicación geográfica.

Gainwell no tiene objeciones morales o religiosas a los servicios que brindamos a los miembros del Departamento de Medicaid de Ohio.

Si necesita cualquiera de los servicios adicionales mencionados a continuación, comuníquese con el número gratuito de Servicios para Miembros al **833-491-0344** (TTY **833-655-2437**) y hable con un miembro del equipo sin cargo adicional:

1.4.1 Interpretación oral

1.4.2 Servicios de traducción

1.4.3 Asistencia y servicios adicionales

1.4.4 Información escrita en otros idiomas, incluidos, entre otros, español, somalí y árabe

1.4.5 Información escrita en formatos alternativos, incluidos, entre otros, braille y letra grande

1.8 Declaración de la red de proveedores

Gainwell trabaja con farmacias para surtir recetas cerca de su hogar a fin de que acceda fácilmente a los medicamentos que necesita. Muchas de las farmacias ofrecen servicios que incluyen entrega a domicilio de recetas, administración de medicamentos y asistencia si su inglés es limitado o si tiene problemas auditivos, visuales o una discapacidad que necesita apoyo adicional. Las farmacias especializadas también están disponibles para proporcionar medicamentos con requisitos específicos de manipulación, almacenamiento y distribución para tratar enfermedades raras, complejas o de alto riesgo. Si hay algún cambio en estas farmacias, nos aseguraremos de informárselo a través del sitio web, el portal para miembros de Gainwell o por correo, según lo determine su solicitud de comunicación preferida.

Gainwell no cubre las recetas que se surten en farmacias que no están registradas (fuera de la red) para los miembros de Medicaid de Ohio, lo que incluye, entre otros, farmacias que están lejos de su hogar, excepto en situaciones de emergencia (si se encuentra fuera del estado en caso de emergencia o si una farmacia de Ohio no puede suministrar el medicamento).

1.9 Red de proveedores de farmacia

Para obtener información sobre cómo ubicar una farmacia cubierta en su red puede consultar el directorio de proveedores de farmacias en línea en <https://spbm.medicaid.ohio.gov> o iniciar sesión en el portal para miembros de Gainwell en <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. Para solicitar una copia impresa del directorio de proveedores de farmacias puede llamar al número gratuito de Servicios para Miembros al **833-491-0344** (TTY **833-655-2437**).

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

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

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

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

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

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

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

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

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

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros le proporcionen el cuidado que necesita
- **Para pagos, tratamientos y operaciones médicas**
 - Para compartir la información con los médicos, las clínicas y otros que nos facturen por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba (esto se llama autorización previa o aprobación previa)

- Para buscar maneras de mejorar nuestros programas, ofrecerle apoyo y ayudarlo a obtener beneficios y servicios. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y compartirla en intercambios de información de seguros de la salud con fines de pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no desea que esto suceda, visite anthem.com/oh/medicaid para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de salud**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, y con la planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por motivos de salud pública**
 - Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que las personas se enfermen o se lesionen
- **Cuando la compartimos con otras personas que le ayudan con su cuidado o lo pagan**
 - Con su familia o una persona que usted elija, que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted nos autoriza
 - Con una persona que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted no puede expresarse por sus propios medios y si es lo mejor para usted

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

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos?

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

¿Qué debemos hacer?

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

Cómo nos comunicamos con usted

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

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **844-912-0938**. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al **TTY 711**.

¿Qué debe hacer si tiene una queja?

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

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave.
Chicago, Illinois 60601
Teléfono: 312-353-5160
TDD: 800-537-7697
Fax: 312-353-4144

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

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia estatal de Medicaid. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

La usamos para:

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

No usamos esta información para:

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

Su información personal

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

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

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al **844-912-0938 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

Revisado en marzo de 2024

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

Anthem Blue Cross and Blue Shield cumple con las leyes federales de derechos civiles.
No discriminamos a las personas por ninguno de estos motivos:

- Raza
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Color
- Edad
- Sexo o identidad de género

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

La comunicación con usted es importante

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

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

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación. También puede llamar a nuestro coordinador de reclamos al **844-912-0938 (TTY 711)**.

Sus derechos

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

Grievance Coordinator
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Teléfono: **844-912-0938 (TTY 711)**
Fax: 866-587-3316
Correo electrónico: ohioga@anthem.com

¿Necesita ayuda con la presentación? Llame a nuestro coordinador de reclamos al número indicado más arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

- **En Internet:** <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, DC 20201
- **Por teléfono:** 800-368-1019 (TTY/TDD: 800-537-7697)

Para obtener un formulario de queja, visite <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>

Entidad de Atención Administrada de Medicaid de Ohio Formulario de apelación para miembros

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por una entidad de atención administrada (MCE), debe comunicarse con la MCE cuanto antes. Usted, o alguien que usted elija como su representante, puede comunicarse con la MCE a través de este formulario.

Instrucciones: Complete las Secciones I y II de este formulario y describa el problema lo más detalladamente que pueda y presente el formulario completo a la MCE correspondiente. Para asegurar que la MCE pueda tomar una decisión, la siguiente documentación debe enviarse con el formulario:

- Adjunte *copias* de todos los registros que quiera presentar (no envíe los documentos originales).
- Si desea que otra persona presente el formulario en su nombre, debe dar su consentimiento a continuación.

Sección I: Información del miembro				
Nombre del miembro			Fecha de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
Número de identificación del miembro	Número de teléfono del miembro		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Dirección del miembro				
Motivo de la solicitud				
<input type="checkbox"/> Se rechazaron, redujeron o terminaron los servicios		<input type="checkbox"/> No se resolvió en tiempo y forma una solicitud de autorización previa		
<input type="checkbox"/> Se denegó el pago o la reclamación		<input type="checkbox"/> Otro (explique):		
<input type="checkbox"/> Creo que una demora en la decisión podría poner en peligro mi vida, mi salud física o mental, o mi capacidad para lograr, mantener o recuperar un nivel máximo de mis capacidades funcionales. Entiendo que, si marco el recuadro, los plazos para enviar información adicional relacionada con la apelación pueden ser más cortos para mí y/o mi proveedor, a menos que se solicite una extensión. Si no se solicita una extensión y se cumplen los criterios, recibiré una decisión dentro de las 72 horas.				
<input type="checkbox"/> No creo que una demora en la decisión pueda poner en peligro mi salud. Recibiré una decisión sobre la apelación dentro de los 15 días calendario, a menos que se solicite una extensión.				
Sección II: Descripción del problema específico				
<i>Indique todos los detalles relacionados con su solicitud, como nombres, fechas, lugares, información del proveedor y el número de solicitud de autorización previa, si lo conoce. Agregue una hoja al formulario si necesita más espacio.</i>				
<i>Con su firma a continuación, usted declara que la información brindada es veraz y correcta.</i>				
Firma del miembro			Fecha (mm/dd/aaaa)	
<i>Si otra persona completa el formulario, usted otorga su consentimiento por escrito para que la persona nombrada a continuación presente el formulario en su nombre. Con su firma a continuación, su representante autorizado declara que la información proporcionada es veraz y correcta.</i>				
Nombre del representante autorizado del miembro (si corresponde)			Relación con el miembro	
Firma del representante autorizado (si corresponde)				
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si usted es un proveedor que presenta el formulario en nombre de un miembro. Conforme a la norma 5160-26-08.4 del Código Administrativo de Ohio, para presentar apelaciones, los proveedores que actúen en nombre de miembros deben contar con un consentimiento por escrito del miembro. La MCE comenzará el procesamiento de la apelación una vez recibido el consentimiento por escrito.				
Información de contacto y presentación				
Aetna OhioRISE	Aetna MyCare	AmeriHealth	Anthem	Buckeye
CareSource	Humana	Molina	United	Gainwell (SPBM)

Entidad de Atención Administrada de Ohio Medicaid
Formulario de reclamo del miembro

Si no está satisfecho con Anthem o con nuestros proveedores, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos, comuníquese con nosotros lo antes posible. Usted (o alguien que usted elija como su representante) puede contactarnos. Si quiere que alguien hable en su nombre, deberá informárnoslo por escrito. Queremos ayudarlo.

Instrucciones: Complete las Secciones I y II de este formulario y describa el problema lo más detalladamente que pueda.

- Adjunte copias de todos los registros que quiera presentar (no envíe los documentos originales).
- Si desea que otra persona presente el formulario en su nombre, debe dar su consentimiento a continuación.

Sección I: Información del miembro		
Nombre del miembro	Fecha de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
Número de identificación del miembro	Número de teléfono del miembro	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección del miembro		
Motivo de la solicitud <input type="checkbox"/> Problema urgente que le impide recibir cuidado médico necesario <input type="checkbox"/> Problema de facturación del miembro <input type="checkbox"/> Problemas de transporte <input type="checkbox"/> Problema con la tarjeta de identificación <input type="checkbox"/> Problema con el cuidado médico que recibió de un proveedor <input type="checkbox"/> Dificultad para obtener acceso al cuidado médico <input type="checkbox"/> No está contento con el consultorio de un proveedor <input type="checkbox"/> Problema con los servicios dentales <input type="checkbox"/> Otro (explique):		
Sección II: Descripción del problema específico <i>Indique todos los detalles relacionados con su solicitud, como nombres, fechas, lugares, información del proveedor y el número de solicitud de autorización previa, si lo conoce. Anthem lo llamará para obtener cualquier información adicional que necesite para resolver su problema.</i>		
<i>Con su firma a continuación, usted declara que la información proporcionada es veraz y correcta.</i>		
Firma del miembro	Fecha (mm/dd/aaaa)	
<i>Si otra persona completa el formulario, usted otorga su consentimiento por escrito para que la persona nombrada a continuación presente el formulario en su nombre. Con su firma a continuación, su representante autorizado declara que la información proporcionada es veraz y correcta.</i>		
Nombre del representante autorizado del miembro (si corresponde)	Relación con el miembro	
Firma del representante autorizado (si corresponde)		
<input type="checkbox"/> <i>Marque esta casilla si usted es un proveedor que presenta el formulario en nombre de un miembro. Conforme a la norma 5160-26-08.4 del Código Administrativo de Ohio, para presentar apelaciones, los proveedores que actúen en nombre de miembros deben contar con un consentimiento por escrito del miembro. La MCE comenzará el procesamiento de la apelación una vez recibido el consentimiento por escrito.</i>		
Información de contacto y presentación		
<MCE contact information will be inserted here (fax or email information to be gathered from MCEs at later date)> <ul style="list-style-type: none"> • Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al [insert local or toll free phone and TTY numbers, email address], • En línea, inicie sesión en el portal para miembros <URL> y busque el formulario de reclamo • Mediante el formulario de reclamo de la aplicación móvil <Sydney>. 		