



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.



Anthem HealthKeepers Plus
Manual del miembro
Commonwealth Coordinated Care Plus



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

Anthem HealthKeepers Plus

Manual del miembro

Commonwealth Coordinated Care Plus

1-855-323-4687 (TTY 711)

www.anthem.com/vamedicaid



AVA-MHB-0028-20

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

Dónde encontrar información

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos	1
Ayuda en otros idiomas	1
Números de teléfono importantes.....	3
1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus).....	5
Bienvenido al plan Anthem CCC Plus	5
Cómo usar este manual.....	6
Otra información que le enviaremos.....	6
Tarjeta de identificación de miembro de Anthem CCC Plus.....	6
Directorio de proveedores y farmacias.....	7
2. ¿Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus?.....	9
¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan CCC Plus?.....	9
Inscripción a CCC Plus.....	9
Motivos por los que no sería elegible para participar en CCC Plus.....	9
¿Qué ocurre si estoy embarazada?.....	9
Cobertura para recién nacidos cuyas madres están cubiertas por CCC Plus ...	10
Elegibilidad de Medicaid	13
Elección o cambio de su plan de salud	13
Asignación del plan de salud	13
Puede cambiar de plan de salud a través de la CCC Plus Helpline	14
Reinscripción automática.....	14
¿Cuál es el área de servicios de Anthem CCC Plus?	15
Si tiene Medicare y Medicaid:	16
Puede elegir el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid	16
Cómo contactar a Medicare State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	18
3. Cómo funciona CCC Plus.....	20
¿Cuáles son las ventajas de CCC Plus?	20
¿Cuáles son las ventajas de elegir el plan Anthem CCC Plus?.....	21
Periodo de continuidad del cuidado.....	22
Si tiene otra cobertura.....	22

4. Su coordinador de cuidados	23
Cómo puede ayudarlo su coordinador de cuidados	23
¿Qué es una evaluación de salud?	23
¿Qué es una evaluación de riesgos para la salud?	24
¿Qué es un plan de cuidados?	24
Cómo contactar a su coordinador de cuidados.....	25
5. Ayuda de Servicios al Miembro	26
Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus	26
Cómo puede ayudar Servicios al Miembro	26
24/7 NurseLine disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.....	27
Línea Behavioral Health Crisis Line, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.	28
Línea de asesoramiento Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS, Servicios para Adicciones y Tratamientos de Rehabilitación) disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.....	28
Si no habla inglés.....	29
Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para entender la información o trabajar con su coordinador de cuidados.....	29
Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad en Medicaid	29
6. Cómo recibir cuidados y servicios	30
Cómo recibir cuidados de su médico de cuidado primario	30
Su médico de cuidado primario.....	30
Cómo elegir su PCP	30
Si tiene Medicare, infórmenos sobre su PCP.....	31
Si su PCP actual no está dentro de nuestra red	31
Cómo cambiar de PCP.....	32
Cómo hacer una cita con el PCP	32
Espera estándar para las citas.....	32
Cómo recibir cuidados de los proveedores de la red.....	33
Estándares de tiempos y distancias de viajes.....	33
Accesibilidad	34
¿Cuáles son los proveedores de la red?	34
¿Cuáles son las farmacias de la red?.....	35

¿Cuáles son los especialistas?	35
Si su proveedor deja de participar en nuestro plan	36
Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red	36
Cuidados de proveedores fuera del estado	38
Los prestadores de la red no pueden facturarle directamente.....	38
Si recibe una factura por servicios cubiertos	38
Si recibe cuidados de proveedores fuera de los Estados Unidos.....	38
7. Cómo obtener servicios en caso de emergencias	39
¿Qué es una emergencia?.....	39
Qué hacer en caso de emergencia.....	39
¿Qué es una emergencia médica?.....	39
¿Qué es una emergencia de la salud del comportamiento?	39
Ejemplos de casos que no son emergencias	40
Si tiene una emergencia mientras está lejos de su hogar	40
¿Qué está cubierto si tiene una emergencia?	40
Infórmenos sobre su emergencia	40
Después de una emergencia.....	40
Si usted es hospitalizado	41
Si no fue una emergencia médica	41
8. Cómo recibir cuidado necesario de forma urgente.....	42
¿Qué es el cuidado necesario de forma urgente?.....	42
9. Cómo obtener sus medicamentos recetados.....	43
Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de Anthem CCC Plus.....	43
Cómo surtir sus recetas.....	43
Lista de medicamentos cubiertos.....	44
Límites de cobertura para algunos medicamentos.....	45
Obtener aprobación por adelantado	45
Probar un medicamento diferente primero.....	46
Límites de cantidad.....	46
Suministro de emergencia	46

Medicamentos no cubiertos.....	46
Cómo cambiar de farmacia.....	47
¿Qué ocurre si usted necesita una farmacia especializada?.....	47
¿Puede usar servicios de venta por correo para obtener sus medicamentos?	48
No ofrecemos servicios de farmacia de venta por correo para nuestros miembros de CCC Plus.....	48
¿Puede obtener suministro a largo plazo de medicamentos?.....	48
No ofrecemos suministro de medicamentos a largo plazo a nuestros miembros de CCC Plus.....	48
¿Puede usar una farmacia que no esté en la red de Anthem CCC Plus?.....	48
Para obtener los medicamentos sin costo, debe usar una farmacia de nuestra red. Use la herramienta Encontrar un doctor para encontrar una farmacia cercana de la red de Anthem CCC Plus.....	48
¿En qué consiste el programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS)?	48
10. Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus	50
Beneficios de CCC Plus.....	50
Reglas generales de cobertura.....	50
Beneficios cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus	51
Beneficios adicionales que brindamos y que no están cubiertos por Medicaid ..	55
Cómo acceder a servicios de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos.....	57
¿Qué es EPSDT?.....	57
Cómo obtener servicios de EPSDT.....	57
Cómo obtener servicios de intervención temprana	58
Cómo acceder a servicios de salud del comportamiento	58
Cómo acceder a Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS, Servicios para Adicciones y Tratamientos de Rehabilitación)	59
Cómo acceder a los servicios y asistencia a largo plazo (LTSS)	60
Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus	60
Cómo autodirigir sus cuidados.....	61
Servicios en centros de enfermería	62
Exámenes de detección para servicios y asistencia a largo plazo	62

Libertad de elección	62
Cómo recibir servicios si tiene una exención por discapacidad del desarrollo ...	63
Cómo obtener servicios de transporte en casos que no constituyen emergencias	64
Servicios de transporte que no sean de emergencia cubiertos por HealthKeepers, Inc.....	64
Transporte desde y hacia los servicios de la exención DD	65
11. Servicios cubiertos a través del programa de tarifa por servicio de DMAS Medicaid.....	66
Servicios tasados	66
Servicios que cancelan su inscripción en CCC Plus	68
12. Servicios no cubiertos por CCC Plus.....	69
Si usted recibe servicios no cubiertos.....	69
13. Costo compartido para el miembro.....	71
Pago del paciente para miembros en caso de servicios y asistencia a largo plazo	71
Miembros de Medicare y medicamentos de Part D	72
14. Autorización de servicios y determinación de beneficios.....	73
Autorización de servicios.....	73
Autorización de servicios y continuidad del cuidado.....	75
Cómo presentar una solicitud de autorización de servicio	75
¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?	76
Plazos para las revisiones de autorizaciones de servicios	76
15. Apelaciones, audiencias imparciales del estado y quejas	79
Su derecho a apelar	79
Representante autorizado	79
Determinación adversa sobre beneficios.....	79
Cómo presentar su apelación	79
Continuación de beneficios	80
Qué sucede después de que recibimos su apelación	80

Plazos para las apelaciones.....	81
Notificación escrita de decisión sobre la apelación	82
Su derecho a una audiencia imparcial del estado	83
Solicitudes de revisión estándar o acelerada	83
Representante autorizado	83
A dónde enviar la solicitud de audiencia imparcial del estado	83
Después de que solicita una audiencia imparcial del estado	84
Plazos de las audiencias imparciales del estado.....	84
Continuación de beneficios	85
Si en la audiencia imparcial del estado se revoca la denegación.....	85
Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial del estado	86
Su derecho a presentar una queja	86
Plazos para las quejas.....	86
¿Por qué tipos de problemas se pueden presentar quejas?.....	86
Hay diferentes tipos de quejas	87
Quejas internas.....	87
Quejas externas	88
16. Derechos de los miembros	90
Sus derechos	90
Su derecho a estar seguro.....	91
Su derecho a la confidencialidad	92
Su derecho a la privacidad	92
Cómo unirse al Comité Asesor de Miembros.....	92
Contamos con políticas de no discriminación.....	93
17. Responsabilidades de los miembros	96
Sus responsabilidades.....	96
Directivas anticipadas.....	97
Dónde conseguir el formulario de directivas anticipadas	97
Cómo completar el formulario de directivas anticipadas.....	98
Comparta la información con las personas que usted desee mantener informadas.....	98
Podemos ayudarle a obtener o a entender documentos de directivas anticipada	98
Otros recursos	98
Si no se respetan sus directivas anticipadas.....	98

18. Fraude, desperdicio y abuso.....	100
¿Qué son el fraude, el desperdicio y el abuso?	100
¿Cómo denuncio un fraude, desperdicio o abuso?	100
19. Otros recursos importantes.....	102
20. Información para los miembros de Medicaid expansion.....	102
¿Qué lo hace elegible para ser miembro de Medicaid expansion?	102
Inscripción de los miembros de Medicaid expansion.....	102
Beneficios y servicios de Medicaid expansion	102
21. Programa Healthy Rewards.....	103
22. Términos importantes usados en este manual y sus definiciones.....	103
23. Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA.....	113



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos

Este manual está disponible gratis en otros idiomas y formatos, como en braille, en línea, en letra grande, o en CD de audio. Para solicitar el manual en un formato alternativo o en otro idioma, llame a nuestro equipo de Servicios al Miembro al 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene problemas para leer o comprender esta información, comuníquese con nuestro personal de Servicios al Miembro llamando al 1-855-323-4687 (TTY 711) para recibir ayuda gratuita.

Proporcionamos adaptaciones razonables y acceso a las comunicaciones para personas con discapacidades. Aquellas personas que sean sordas o tengan problemas de audición, que deseen hablar con un representante de Servicios al Miembro y que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia pueden llamar al 711 para comunicarse con un operador de retransmisión. Este le ayudará a comunicarse con nuestro personal de Servicios al Miembro. Si no tiene un dispositivo TTY, puede comunicarse con Servicios al Miembro a través de nuestra cuenta segura en línea www.anthem.com/vamedicaid o hacer que un representante que usted designe llame a Servicios al Miembro por usted.

Ayuda en otros idiomas

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-323-4687 (TTY 711).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-323-4687 (TTY 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-323-4687 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-323-4687 (TTY 711)

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-323-4687 (TTY 711)

Arabic

تنبيه: إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا، اتصل برقم 1-855-323-4687 (الهاتف النصي 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-323-4687 (TTY 711).

Farsi

1- تماس بگیرید. شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات، کنید می گفتگو فارسی زبان به اگر: توجه فر می باشد. یا (TTY 711) 1-855-323-4687

Amharic

ማስታወሻ:

የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከ ሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ለ የግዙዎች ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ- 1-855-323-4687 (መስማት ለተሳናቸው 711)።

Urdu

اطلاع: اگر آپ انگریزی نہیں بولتے/بولتیں تو مندرجہ ذیل نمبر پر آپ کے لیے زبان کی معاونت کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں۔ 1-855-323-4687 (TTY 711)

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-323-4687 (ATS 711).

Russian

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-323-4687 (телетайп 711).

Hindi

ध्यान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-855-323-4687 (TTY 711) पर कॉल करा।

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-323-4687 (TTY 711).

Bengali

লক্ষ্য করুনঃ যিদি আপিন বাংলা, কথা বলেত পারেঁন, তাহেল িনঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরেববা উপলভোছ। েফান করন ১-1-855-323-4687 (TTY ১-711)

Bassa

Dè dɛ nià kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsò ò -wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bé in m̀ gbo kpáa. Ɖá 1-855-323-4687 (TTY 711)

Números de teléfono importantes

Su coordinador de cuidados	1-855-323-4687 (TTY 711) O llame al número directo de su coordinador de cuidados
Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus	1-855-323-4687 (TTY 711)
24/7 NurseLine (Línea de enfermería de 24/7) de Anthem CCC Plus para asesoramiento médico y de la salud del comportamiento	1-855-323-4687 (TTY 711)
Servicios dentales para adultos de Anthem CCC Plus	1-855-323-4687 (TTY 711)
Smiles for Children a través de DentaQuest, administrador de beneficios dentales de	Si tiene preguntas o desea encontrar un dentista en su área, llame a <i>Smiles For Children</i> al 1-888-912-3456. También hay información disponible en el sitio web de DMAS, en

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

DMAS	www.dmas.virginia.gov/#/dentalservices , o en el sitio web de DentaQuest: www.dentaquestgov.com/
Transporte de Anthem CCC Plus	Access2Care: 1-855-325-7581 (TTY 711) member.access2care.net
Contratista de transporte de DMAS para transporte desde y hacia los servicios recibidos a través de la exención por discapacidad del desarrollo (DD)	1-866-386-8331 TTY 1-866-288-3133 O marque 711 para comunicarse con un operador de retransmisión
CCC Plus Helpline	1-844-374-9159 TDD 1-800-817-6608 o visite el sitio web www.cccplusva.com
Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos	1-800-368-1019 o visite el sitio web www.hhs.gov/ocr

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

Bienvenido al plan Anthem CCC Plus

Gracias por elegir el plan Anthem HealthKeepers Plus Commonwealth Coordinated Care Plus (Anthem CCC Plus). Si es un miembro nuevo, nos comunicaremos con usted durante las próximas semanas para mencionarle algunos puntos importantes. Puede hacernos preguntas u obtener ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros de inmediato o antes de que nosotros nos comuniquemos con usted, llámenos al número que aparece abajo.

Trabajamos para que el cuidado de la salud sea más sencillo para usted

Estamos aquí para orientarlo con su plan y ayudarlo a obtener los beneficios y los servicios que necesite. Y eso es más fácil cuando usted sabe qué hacer desde el comienzo. Esto es lo que usted debería hacer en primer lugar como nuevo miembro de Anthem CCC Plus:

- Busque su tarjeta de identificación de miembro en el buzón si aún no la tiene.
- Espere a que su coordinador de cuidados se comunique con usted pronto. Su coordinador de cuidados también le ayudará a completar su evaluación de salud para que podamos saber más sobre usted.
- Mantenga los números de teléfono importantes, como la información de contacto de su coordinador de cuidados, en un lugar en el que pueda encontrarlos fácilmente.
- Infórmenos de inmediato si se muda o si hay algún cambio en su información de contacto. Llame a Servicios al Miembro o diríjase a su cuenta segura en línea para informarnos sobre esto, y también informe de esto a su Department of Social Services local. Si ellos no cuentan con la dirección correcta en sus registros, usted podría perder sus beneficios.
- Busque médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores en su plan con nuestra herramienta de búsqueda en línea Find a Doctor (Encontrar un doctor). Elija entre muchos proveedores cercanos para obtener cuidados cuando los necesite.

No olvide renovar sus beneficios todos los años. El estado le enviará una carta de recordatorio y un formulario antes de la inscripción abierta todos los años. Llene el formulario y devuélvaselo a su Department of Social Services local. Si necesita ayuda con la renovación, llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Cómo usar este manual

Este manual le ayudará a comprender sus beneficios de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) y cómo puede obtener ayuda de su plan Anthem CCC Plus. Este manual es una guía de sus servicios de salud. Explica su cobertura de servicios y apoyos para el cuidado de la salud, salud del comportamiento, medicamentos recetados y servicios a largo plazo de conformidad con el programa CCC Plus. Le indica las medidas que puede tomar para sacar provecho de su plan de salud.

Puede compartir este manual con un familiar o una persona que conozca sus necesidades de cuidado de la salud. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual, llame a nuestra unidad de Servicios al Miembro, visite nuestro sitio web www.anthem.com/vamedicaid o llame a su coordinador de cuidados.

Otra información que le enviaremos

Ya tendría que haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de Anthem CCC Plus, información acerca de cómo tener acceso a un directorio de farmacias y proveedores y a una Lista de medicamentos cubiertos. En su paquete para nuevos miembros también encontrará una guía rápida de inicio. Si tiene preguntas sobre su plan, use este folleto para hacer una consulta rápida. Visite www.anthem.com/vamedicaid para encontrar todos sus recursos en línea o para solicitar una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo. Si desea que le enviemos copias impresas u otra cosa por el estilo, comuníquese con Servicios al Miembro.

Tarjeta de identificación de miembro de Anthem CCC Plus

Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Anthem CCC Plus cuando reciba servicios de Medicaid, incluidos servicios y asistencia a largo plazo, durante sus citas médicas y cuando retire medicamentos recetados. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos recetados. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y de Anthem CCC Plus cuando reciba los servicios. Esta es una tarjeta de muestra para que vea cómo será la suya:

Left Card (Member ID):

Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

Member ID: _____ PCP: _____

Group Number: _____

BC/BS Plan: _____

Rx Bin Number: 3858

Rx PCN Number: A4

Rx Group Number: WQWA

Outpatient	\$0/\$0
Inpatient	\$0
Emergency	\$0
Rx	\$0/\$0

Right Card (Contact Info):

Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

Member Services: 1-855-323-4687
Provider Services: 1-855-323-4687
Case Coordinator: 711
TTY: 1-855-323-4687
24/7: 1-855-323-4687
1-888-912-3456
1-855-323-7581
1-800-824-0898

Providers: Please sub. BC/BS plan. To ensure payment, please include the 5-digit patient's identification number on the front of this card.

Chains Filing Address: Post Office Box 27401, Richmond, VA 23279

Contractor ID: 0047005253

HealthKeepers, Inc. is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si aún no ha recibido su tarjeta, o si esta se daña, la pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página y le enviaremos una tarjeta nueva.

Además de su tarjeta de Anthem CCC Plus, conserve su tarjeta de Commonwealth of Virginia Medicaid para acceder a los servicios que estén cubiertos por el estado, de conformidad con el programa de tarifa por servicio de Medicaid. Estos servicios se describen en **Servicios cubiertos a través de la tarifa por servicio de Medicaid** en la sección 11 de este manual.

Directorio de proveedores y farmacias

El directorio de proveedores y farmacias proporciona información sobre los profesionales del cuidado de la salud (como doctores, enfermeros profesionales, psicólogos, etc.), los centros médicos (hospitales, clínicas, asilos de ancianos, etc.), proveedores de apoyo (como cuidado de la salud de día para adultos, proveedores de cuidados en el hogar, etc.) y farmacias dentro de la red de Anthem CCC Plus. Mientras sea miembro de nuestro plan, en general deberá usar alguno de los proveedores y farmacias de nuestra red para recibir servicios cubiertos. Sin embargo, hay algunas excepciones, entre las cuales se incluyen las siguientes:

- Cuando se une inicialmente a nuestro plan (consulte **Periodo de continuidad de los cuidados** en la sección 3 de este manual).
- Si tiene Medicare (consulte **Cómo recibir cuidados de su proveedor de cuidados primarios** en la sección 6 de este manual).
- En varias otras circunstancias (consulte **Cómo recibir cuidados de proveedores fuera de la red** en la sección 6 de este manual).

Puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores y farmacias o de la lista de medicamentos cubiertos llamando a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página. También puede ver el directorio de proveedores y farmacias y la lista de medicamentos cubiertos en www.anthem.com/vamedicaid, o bien, puede descargarlos desde el sitio web. Consulte la **Lista de medicamentos cubiertos** en la sección 9 de este manual.

Utilice su directorio de proveedores para encontrar lo siguiente:

- Doctores, hospitales, especialistas, farmacias y otros proveedores de cuidados de la salud cerca de su hogar.
- Información de contacto de todos los proveedores de su plan.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Detalles acerca de los distintos tipos de servicios y de los proveedores que pueden brindárselos, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo, servicios de salud del comportamiento, servicios de transporte y mucho más.

También puede buscar doctores y otros proveedores cerca de su hogar con nuestra herramienta en línea Find a Doctor (Encontrar un doctor). Realice búsquedas por ubicación, tipo de proveedor o especialidad para encontrar el proveedor que busca.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

2. ¿Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus?

El programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) es un programa de cuidado administrado de Medicaid a través del Department of Medical Assistance Services (DMAS). El plan Anthem HealthKeepers Plus fue aprobado por DMAS para proporcionar coordinación del cuidado y servicios de cuidado de la salud. Nuestra meta es ayudarlo a mejorar la calidad de sus cuidados y su calidad de vida.

¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan CCC Plus?

Usted es elegible para CCC Plus cuando tiene beneficios completos de Medicaid y se encuentra en una de las siguientes categorías:

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

Inscripción a CCC Plus

Las personas que sean elegibles deben inscribirse en el programa CCC Plus. DMAS y CCC Plus Helpline administran las inscripciones al programa CCC Plus. Para participar en CCC Plus, debe ser elegible para recibir Medicaid.

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

No sería elegible para participar en CCC Plus si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted:

- Si pierde/perdió la elegibilidad para recibir Medicaid.
- Si no cumple con alguna de las categorías de elegibilidad indicadas anteriormente.
- Si está inscrito en un hospicio como parte del programa regular de tarifa por servicio de Medicaid antes de cualquier asignación de beneficios de CCC Plus.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Si se inscribe en el programa Medicaid Health Insurance Premium Payment (HIPP).
- Si se inscribe en PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly). *Para obtener más información sobre PACE, hable con su coordinador de cuidados o visite: www.pace4you.org.*
- Si reside en un centro de cuidados intermediarios para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IID).
- Si está recibiendo cuidados en un centro de tratamiento psiquiátrico residencial (niños menores de 21 años).
- Si vive en un centro de enfermería para veteranos.
- Si reside en uno de estos centros estatales de cuidados a largo plazo: Piedmont, Catawba, Hiram Davis o Hancock.
- Si vive en la isla de Tangier.

¿Qué ocurre si estoy embarazada?

Si está embarazada, debe consultar a su proveedor de cuidado primario (PCP) o a su obstetra/ginecólogo (OB/GYN) para recibir cuidados. Este tipo de cuidado se llama **cuidado prenatal**. Es un cuidado muy importante, incluso si ya tuvo hijos.

New Baby, New LifeSM es un programa para miembros embarazadas que la ayuda a usted y a su bebé a estar saludables. Si está embarazada, se le asignará un coordinador de cuidado del equipo de Maternal Child Services (MCS). Su coordinador de MCS se asegurará de que usted posea:

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

Su coordinador de cuidados periódicos, su coordinador de MCS y sus doctores trabajarán en conjunto durante su embarazo y después del nacimiento del bebé para asegurarse de que recibe los servicios que necesita.

Si está en el plazo de los primeros 90 días de la inscripción inicial y en su tercer trimestre de embarazo, y su proveedor no participa en el plan Anthem HealthKeepers Plus, puede solicitar cambiarse a otra organización de cuidados administrados (MCO) donde participe su proveedor.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si su proveedor no participa en ningún plan de CCC Plus, puede solicitar la cobertura mediante Medicaid de pago por servicio hasta después del parto. Contáctese con la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o al TDD: 1-800-817-6608 para hacer esta solicitud.

Cuando queda embarazada

Si cree que está embarazada:

- Llame a su PCP o a su obstetra/ginecólogo (OB/GYN) de inmediato. No necesita una remisión de su PCP para consultar a un OB/GYN.
- Llame al equipo de Servicios al Miembro si necesita ayuda para encontrar un OB/GYN en el plan Anthem CCC Plus o usar nuestra herramienta Find a Doctor (Encontrar un doctor) para buscar uno cerca de su domicilio.

Cuando se entere de que está embarazada, llame a Servicios al Miembro e infórmenos. Le enviaremos un paquete de educación sobre el embarazo, que incluye:

- Una carta de felicitación
- Un manual de autocuidados donde puede escribir los momentos más importantes de su embarazo
- El folleto *Tener un bebé sano* con recursos útiles

Durante el embarazo, debe cuidar mucho su salud. Es posible que pueda recibir comida saludable del programa WIC. Busque en nuestro sitio web en www.anthem.com/vamedicaid o llame a Servicios al Miembro para obtener el número de teléfono del programa WIC más cerca suyo.

Durante su embarazo, visite su PCP u OB/GYN como mínimo:

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

Es posible que su PCP u OB/GYN le pida que visite el consultorio con más frecuencia de acuerdo con las necesidades de su salud.

Una vez que nace el bebé

Cuando nace su bebé, ambos pueden permanecer en el hospital como mínimo:

- 48 horas si es un parto vaginal
- 72 si es un parto por cesárea

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si su PCP u OB/GYN junto con el doctor del bebé consideran que tanto usted como el recién nacido están bien, es posible que permanezca menos tiempo en el hospital. En caso de que usted y el bebé dejen el hospital antes, su PCP u OB/GYN pueden pedirle que asista al consultorio o que una enfermera los visite en un plazo de 48 horas.

Una vez nacido el bebé, usted debe:

- Llamar a Servicios al Miembro tan pronto como pueda para informar a su coordinador de cuidados que ya nació el bebé. Necesitaremos detalles acerca del recién nacido.
- Contactar su Departamento de Servicios Sociales para solicitar los beneficios de Medicaid para su bebé. Consulte la sección **Cobertura para recién nacidos de madres con cobertura del plan CCC Plus** para obtener más información.

Una vez nacido su bebé

Recibirá un paquete que le permitirá obtener más información sobre los cuidados posparto, incluido:

- Una carta de felicitaciones
- El folleto *Crianza* con información sobre los cuidados que debe proporcionar al recién nacido
- Un folleto sobre la depresión posparto
- El folleto *Crear un plan de vida familiar*

Pida una cita con su PCP u OB/GYN en un plazo de 21 a 56 días después de tener a su bebé para realizarse un control posparto. **Es posible que se sienta bien y considere que está ya curada, pero la cicatrización puede demorar hasta seis semanas después del parto. Si le realizaron una cesárea, su doctor puede pedirle que asista al consultorio para un control postcirugía una o dos semanas después del nacimiento. Este control no es igual a un control posparto, por lo que debe regresar al consultorio de su médico en un plazo entre 21 y 56 días después del nacimiento. Cobertura para recién nacidos cuyas madres están cubiertas por CCC Plus**

Si tiene un bebé, deberá informar el nacimiento de su hijo o hija tan pronto como sea posible para inscribir a su bebé en Medicaid. Puede hacerlo de la siguiente manera:

- Llamando al Centro de Atención Cover Virginia al 1-855-242-8282 para informar el nacimiento de su hijo por teléfono, o bien
- Comunicándose con su Department of Social Services local para informar el nacimiento de su hijo.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Se le pedirá que proporcione la siguiente información de su bebé:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Raza
- Sexo
- El nombre de la mamá del bebé y su número de identificación de Medicaid

Cuando lo inscriba por primera vez en Medicaid, su bebé podrá acceder al cuidado de la salud a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid. Esto significa que puede llevar a su bebé a cualquier proveedor de la red de tarifa por servicio de Medicaid para que reciba servicios cubiertos. Recibirá información adicional por correo sobre la forma en que su bebé recibirá cobertura de Medicaid a través de DMAS.

Elegibilidad de Medicaid

Su Department of Social Services (DSS, Departamento de Servicios Sociales) local o la Unidad de Procesamiento Central de Cover Virginia es el que determina la elegibilidad para recibir Medicaid. Comuníquese con el trabajador de elegibilidad de su DSS local o llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282 o TDD: 1-888-221-1590 si tiene preguntas sobre la elegibilidad de Medicaid. La llamada es gratis. Para obtener más información, puede visitar Cover Virginia en www.coverva.org o llamar al 1-855-242-8282 o TDD 1-888-221-1590. La llamada es gratuita.

Elección o cambio de su plan de salud

Asignación del plan de salud

Recibió una notificación de DMAS que incluía su asignación inicial al plan de salud. Junto con dicha notificación, DMAS incluyó una tabla comparativa de los planes de salud en su área. La notificación de asignación le brindó instrucciones sobre cómo elegir su plan de salud.

Es posible que nos haya elegido como su plan de salud. Si no fue así, es posible que DMAS le haya asignado nuestro plan de salud sobre la base de su historia con nosotros como su plan de cuidados administrados. Por ejemplo, es posible que haya estado inscrito en nuestro plan antes, ya sea a través de Medicare o de Medicaid. También es posible que le hayan asignado nuestro plan si ciertos proveedores que usted consulta se encuentran en nuestra red. Entre estos se incluyen los centros de enfermería, cuidado de la salud de día para adultos y proveedores de servicios de enfermería privada.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Puede cambiar de plan de salud a través de la CCC Plus Helpline

La CCC Plus Helpline puede ayudarle a elegir el plan de salud que más le convenga. Para recibir ayuda, llame a la CCC Plus Helpline al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio web cccplusva.com. La CCC Plus Helpline se encuentra disponible de lunes a viernes (excepto durante feriados estatales), de 8:30 a.m. a 6 p.m. La CCC Plus Helpline puede ayudarle a entender sus opciones de planes de salud y responder a sus preguntas acerca de qué doctores y otros proveedores participan en cada plan. Los servicios de CCC Plus Helpline son gratuitos y no están conectados a ningún plan de salud de CCC Plus.

Puede cambiar de plan de salud durante los primeros 90 días desde su inscripción al programa CCC Plus por cualquier motivo. También puede cambiar de plan de salud una vez al año durante el periodo de inscripción abierta por cualquier motivo. La inscripción abierta ocurre todos los años entre octubre y diciembre, y la fecha de inicio de la cobertura es el 1 de enero. Recibirá una carta de DMAS durante la inscripción abierta con más información. También puede solicitar cambiar su plan de salud en cualquier momento por un “motivo justificado,” que puede incluir alguno de los siguientes:

- Se muda fuera del área de servicio del plan de salud.
- Necesita que se le brinden varios servicios al mismo tiempo pero no tiene acceso a estos dentro de la red del plan.
- Su residencia o empleo se verían afectados porque su proveedor de servicios de apoyo residencial, institucional o laboral, que antes era proveedor dentro de la red, pasa a ser un proveedor fuera de la red.
- Otras razones determinadas por DMAS, incluida la mala calidad del cuidado y la falta de acceso a los proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluidos los cuidados especializados.

La CCC Plus Helpline maneja las solicitudes por “motivo justificado” y puede responder todas las preguntas que pueda tener. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio web cccplusva.com.

Reinscripción automática

Si su inscripción con nosotros finaliza y usted vuelve a ser elegible para el programa de CCC Plus en un plazo de 60 días o menos, se lo inscribirá en forma automática en el plan Anthem HealthKeepers Plus. También recibirá una carta de reinscripción de DMAS.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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

Nuestra área de servicios incluye las ciudades y los condados que se indican abajo.

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

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

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

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

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

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

Solo las personas que viven en su área de servicios pueden inscribirse en nuestros planes. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir formando parte de este plan. Si esto sucede, recibirá una carta de DMAS en la que se le solicitará que elija un nuevo plan. Llame a la CCC Plus Helpline si tiene alguna pregunta acerca de su inscripción a un plan de salud. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al 1-844-374-9159 (TDD 1-800-817-6608), o visite el sitio web cccplusva.com.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si tiene Medicare y Medicaid

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

Tipos de servicios dentro de Medicare

- Cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados (médicos y psiquiátricos)
- Cuidados para pacientes ambulatorios (médicos y psiquiátricos)
- Servicios de médicos y especialistas
- Radiografías, estudios de laboratorio y análisis de diagnóstico
- Cuidado en centro de enfermería especializada
- Cuidado de la salud en el hogar
- Cuidado de hospicio
- Medicamentos recetados
- Equipo médico duradero
- *Para obtener más información, comuníquese con su plan Medicare Medicare.gov o llame a Medicare al 1-800-633-4227*

Tipos de servicios dentro de CCC Plus (Medicaid)

- Copagos de Medicare
- Consultas en el hospital y en centros de enfermería especializada cuando se utiliza la totalidad de los beneficios de Medicare
- Cuidado en centro de enfermería a largo plazo (supervisado)
- Servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad, como cuidado personal y cuidado de relevo, modificaciones del entorno y servicios de tecnología asistencial
- Servicios de salud del comportamiento en la comunidad
- Servicios no cubiertos por Medicare, como algunos medicamentos de venta libre, equipos y suministros médicos, y productos para la incontinencia

Puede elegir el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid

Tiene la opción de elegir el mismo plan de salud para su cobertura de Medicare y CCC Plus Medicaid. El plan de Medicare se denomina *Dual Special Needs Plan (D-SNP)*. Tener el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid mejorará y simplificará la coordinación de sus beneficios de Medicare y de Medicaid. Si elige el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid tendrá ciertos beneficios. Entre estos beneficios se incluyen los siguientes:

- Recibe mejor coordinación del cuidado a través del mismo plan de salud.
- Tiene un plan de salud y un número al cual llamar en caso de preguntas sobre todos sus beneficios.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Trabaja con el mismo coordinador de cuidados para Medicare y Medicaid. Esta persona trabajará con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba los cuidados que necesite.

Si nos elige como su plan tanto para Medicare como para Medicaid, podemos asegurarnos de que todos sus beneficios funcionen en conjunto. Con el plan de Medicare Anthem HealthKeepers MediBlue Dual Advantage (HMO SNP), usted obtiene todos sus beneficios de Medicare y de Medicaid y todos los medicamentos recetados a través de nosotros. Además, con Anthem MediBlue Dual Advantage, usted recibe beneficios adicionales más allá de los cubiertos por Medicare, como los siguientes:

- Un plan con doctores que sean casi los mismos que los de su plan CCC Plus Medicaid.
- No tiene prima para el plan.*
- No tiene deducible.
- No tiene ningún copago para los cuidados cubiertos.
- No debe pagar nada por los servicios cubiertos.**
- Tiene cobertura de Part D.
- Cuidado dental de rutina: Dos exámenes bucales y dos limpiezas por año, si usa un proveedor dentro de la red dental suplementaria del plan, sin costo para usted.
- Cuidado de audición de rutina: Un examen de audición y un ajuste de audífonos por año, si usa un proveedor de Hearing Care Solutions Network, sin costo para usted.
- Cuidado de la vista de rutina: Un examen de la vista por año, anteojos (cristales y marco), lentes de contacto, si usa un proveedor de Blue View Vision, sin costo para usted.
- Consultas al doctor por video: Consulte a un doctor en línea usando una computadora o cualquier dispositivo móvil, en cualquier momento y en cualquier lugar, inscribiéndose en livehealthonline.com, sin costo para usted. Opción ideal para cuidados en caso de resfríos, gripe, alergias, conjuntivitis, tos, fiebre y dolores de cabeza.
- 24/7 NurseLine: Acceso gratuito a una llamada con un enfermero registrado que puede responder sus preguntas de salud las 24 horas del día, los siete días de la semana, todo el año, sin costo para usted.
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers: Acceso a más de 13,000 ubicaciones de acondicionamiento físico SilverSneakers en todo el país, clases y actividades grupales o equipos de ejercicios en el hogar, sin costo para usted.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Coordinación de los cuidados: Acceso a un equipo de cuidado conformado por doctores, enfermeros, terapeutas, farmacéuticos y trabajadores sociales si tiene afecciones crónicas, o si necesita ayuda de transición después de recibir un alta del hospital, sin costo para usted.
- My Advocate™: Le ayuda a encontrar programas locales, estatales y federales para ayudarlo con sus costos de cuidado de la salud y gastos generales como servicios públicos, transporte, impuestos a la propiedad y mucho más, sin costo para usted.

*Debe continuar pagando la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

**Algunos miembros tienen el Pago del paciente. Si el Department of Social Services ha determinado que usted tiene un monto de Pago del paciente, debe pagar este monto a su proveedor de servicios a largo plazo y Medicaid pagará el saldo restante de sus reclamaciones de cuidados a largo plazo cubiertos.

Tivity Health, SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc. y/o sus subsidiarias y/o filiales en los EE. UU. y/o en otros países. © 2017 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

LiveHealth Online es el nombre comercial de Health Management Corporation, una compañía independiente, que proporciona servicios de telesalud en nombre de Anthem HealthKeepers.

¿Desea elegir Anthem MediBlue Dual Advantage? Llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227) o a nuestro equipo de Servicios al Miembro de Medicare al 1-855-306-9357 para hacer el cambio.

Si elige la tarifa por servicio de Medicare o un plan de Medicare que no sea nuestro plan D-SNP de Medicare, trabajaremos con su plan de Medicare para coordinar sus beneficios.

Cómo contactar a Medicare State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

El programa State Health Insurance Assistance Program (SHIP) brinda asesoría gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare. En Virginia, el programa SHIP se llama Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP). Puede comunicarse con Virginia Insurance Counseling Assistance Program si necesita asistencia con sus opciones de seguro de salud de Medicare. VICAP puede ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan de Medicare. VICAP es un programa independiente y gratuito que no está conectado con ningún plan de salud de CCC Plus.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

LLAME	1-800-552-3402 Esta llamada es gratuita.
TTY	Los usuarios de TTY deben marcar el 711
ESCRIBA	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program 1610 Forest Avenue, Suite 100 Henrico, Virginia 23229
ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO	aging@dars.virginia.gov
VISITE EL SITIO WEB	www.vda.virginia.gov/vicap2.htm

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

3. Cómo funciona CCC Plus

El plan Anthem HealthKeepers Plus tiene contratos con doctores, especialistas, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo de largo plazo y otros proveedores. Estos proveedores componen nuestra red de proveedores. Usted también tendrá un coordinador de cuidados. Su coordinador de cuidados trabajará con usted y sus proveedores para entender y satisfacer sus necesidades. Su coordinador de cuidados también le brindará información acerca de sus servicios cubiertos y las opciones que están disponibles para usted. Consulte **Su coordinador de cuidados** en la sección 4 de este manual.

¿Cuáles son las ventajas de CCC Plus?

CCC Plus proporciona apoyos y coordinación centrados en la persona para satisfacer sus necesidades individuales. Entre las ventajas de CCC Plus se incluyen las siguientes:

- Contará con un equipo de cuidados que usted ayudará a formar. Su equipo de cuidados puede incluir doctores, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a recibir los cuidados que necesita.
- Usted tendrá un coordinador de cuidados. Esta persona trabajará con usted y sus proveedores para asegurarse de que reciba los cuidados que necesite.
- Podrá dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de cuidado y del coordinador de cuidados.
- Su equipo de cuidado y el coordinador de cuidados trabajarán con usted para desarrollar un plan de cuidados diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud o de apoyo a largo plazo. Su equipo de cuidados estará a cargo de coordinar los servicios que necesita. Esto significa, por ejemplo, que:
 - Su equipo de cuidados se asegurará de que sus doctores conozcan todos los medicamentos que usted toma a fin de reducir cualquier efecto secundario.
 - Su equipo de cuidados se asegurará de compartir los resultados de sus pruebas con todos sus doctores y demás proveedores, para mantenerlos informados sobre su estado de salud y sus necesidades.
- Las opciones de tratamiento incluyen cuidados preventivos, de rehabilitación y cuidados basados en la comunidad.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Un enfermero de guardia u otros miembros del personal autorizado se encuentran disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, para responder a sus preguntas. Estamos aquí para ayudarlo. También puede comunicarse con nosotros llamando al número que aparece al final de esta página. También consulte el servicio **Medical Advice Line, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana** en la sección 5 de este manual.

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

Nuestro equipo experimentado encuentra las maneras de brindarle lo que necesita, siempre teniéndolo en cuenta a usted y sus elecciones. Trabajamos con muchos doctores, hospitales y especialistas de todo el estado, por lo que puede elegir los doctores que mejor se adapten a usted y a sus necesidades de salud. Y con nosotros obtiene beneficios adicionales muy útiles y sin costo, como los siguientes:

- Chequeos dentales, limpiezas y radiografías para adultos de 21 años de edad o mayores, incluido el servicio de transporte al consultorio de su dentista
- \$100 al año para anteojos para adultos de 21 años de edad o mayores
- Exámenes auditivos, audífonos y baterías de audífonos para adultos de 21 años de edad y mayores (se requiere autorización previa)
- Transporte hacia lugares de culto, supermercados, bibliotecas, el DMV, salones de belleza y otras actividades de bienestar y eventos cerca de usted
- Un valor de \$50 en envío de dispositivos asistenciales por correo postal hasta su domicilio
- Un valor de \$50 en envío de accesorios para andadores y sillas de ruedas por correo postal
- Teléfono inteligente con paquete mensual de datos, minutos y mensajes de texto, además de llamadas gratuitas a Servicios al Miembro y asesoramiento sobre salud
- Community Resource Link para buscar en línea trabajos, comida, alojamiento y mucho más
- Apoyo de pares en línea para conversar sobre problemas de salud del comportamiento con personas que vivan experiencias similares
- Herramientas en línea que facilitan su vida — inicie sesión en su cuenta segura para imprimir su tarjeta de identificación de miembro, actualizar su dirección o su información de contacto y cambiar de PCP
- Aplicación móvil
- Purificador de aire HEPA (se requiere aprobación previa)

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Transición de la política de cuidado: periodo de continuidad del cuidado

El período de continuidad de cuidado es de 30 días. Si el plan Anthem CCC Plus es nuevo para usted, puede continuar viendo a los doctores a los que asiste actualmente durante los primeros 30 días. También puede continuar recibiendo los servicios autorizados durante la duración de la autorización, o durante 30 días después de haberse inscrito, lo que ocurra primero. Después de 30 días en nuestro plan, deberá consultar los doctores y demás proveedores de nuestra red.

Un proveedor de la red es aquel que tiene un contrato y trabaja con nuestro plan de salud. Puede llamar a su coordinador de cuidados o a Servicios al Miembro si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red. Su nuevo proveedor puede pedirle una copia de su historia clínica al proveedor anterior si es necesario.

Si está en un centro de enfermería cuando comienza el programa CCC Plus, puede elegir:

- Permanecer en el centro siempre que siga cumpliendo con el criterio de Virginia DMAS para atención en un centro de enfermería,
- Trasladarse a un centro de enfermería diferente, o
- Recibir servicios en su hogar o en otro ambiente de la comunidad.

El período de continuidad de cuidado puede durar más de 30 días. Podemos extender este marco de tiempo hasta que finalice la evaluación de riesgo de la salud. También lo extenderemos para que tenga una transición segura y eficaz con un proveedor calificado dentro de nuestra red. Hable con su Coordinador de cuidados si desea obtener más información sobre estas opciones.

Si tiene otra cobertura

Medicaid es el que paga en última instancia. Esto significa que si tiene otro seguro y sufre un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, su otro seguro debe pagar primero o debe recibir compensación por accidentes laborales.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicaid por los cuales Medicaid no sea el primer pagador. No intentaremos cobrarle nada directamente a usted. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene otro seguro para que podamos coordinar mejor sus beneficios. Su coordinador de cuidados también trabajará con usted y su otro plan de salud para coordinar sus servicios.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

4. Su coordinador de cuidados

Usted cuenta con un coordinador de cuidados asignado a usted que puede ayudarle a entender sus servicios cubiertos y cómo acceder a dichos servicios cuando los necesite. Su coordinador de cuidados también le ayuda a trabajar con su doctor y otros profesionales del cuidado de la salud (como enfermeros y fisioterapeutas) para proporcionar una evaluación de riesgos para la salud y desarrollar un plan de cuidados que tenga en cuenta sus necesidades y preferencias. Puede encontrar más información sobre la *evaluación de riesgos para la salud* y el *plan de cuidados* más abajo.

Cómo puede ayudarlo su coordinador de cuidados

Su coordinador de cuidados puede ayudarlo con lo siguiente:

- Responder preguntas sobre su cuidado de la salud.
- Brindar ayuda con las citas que debe programar.
- Responder preguntas sobre cómo obtener los servicios que necesita. Por ejemplo, preguntas sobre servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y asistencia a largo plazo (LTSS, Long-term services and supports).
 - Los servicios y asistencia a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y asistencia que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia, mejorar su calidad de vida y posibilitar la máxima independencia. Algunos ejemplos incluyen servicios de asistencia personal (ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y del cuidado personal), además de asistencia con ciertas tareas de la vida diaria, como preparar comidas, lavar ropa y hacer compras. Los LTSS se brindan durante un periodo prolongado, generalmente en hogares y comunidades, pero también en centros de enfermería.
- Ayuda para organizar un servicio de transporte a sus citas cuando sea necesario. Si necesita transporte para recibir un servicio cubierto por Medicaid y no puede llegar al lugar, el transporte que no es de emergencia está cubierto. Solo llame al 1-855-323-4687 (TTY 711) (línea gratuita) o llame a su coordinador de cuidados para recibir ayuda.
- Responder a las preguntas que pueda tener sobre su cuidado de la salud diario y sus necesidades de la vida diaria, incluidos los siguientes servicios:
 - Cuidado de enfermería especializada
 - Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia del habla
 - Cuidado de la salud en el hogar

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Servicios de cuidado personal
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios para tratar adicciones
- Otros servicios que pueda necesitar

¿Qué es una evaluación de salud?

Dentro de los primeros tres meses de su inscripción en el plan Anthem HealthKeepers Plus, un representante se pondrá en contacto con usted o con su representante autorizado por teléfono, por correo o personalmente para hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus necesidades sociales. Estas preguntas conformarán lo que se conoce como la "evaluación de salud". El representante le preguntará acerca de cualquier afección médica que tenga actualmente o haya tenido en el pasado, su capacidad para realizar actividades cotidianas y su calidad de vida. Sus respuestas nos ayudarán a comprender sus necesidades, a identificar si usted tiene o no necesidades médicas complejas y a determinar cuándo se requiere su evaluación de riesgos para la salud. Utilizaremos sus respuestas para desarrollar su plan de cuidados (más abajo podrá obtener más información sobre su plan de cuidados). Comuníquese con nosotros si necesita alguna adaptación para participar en la evaluación de salud. Si tiene alguna pregunta sobre la evaluación de salud, llame al 1-855-323-4687, selección 4. La llamada es gratuita.

¿Qué es una evaluación de riesgos para la salud?

Después de su inscripción en el plan Anthem HealthKeepers Plus, su coordinador de cuidados se comunicará con usted para preguntarle acerca de su salud y sus necesidades y elecciones. Hablará con usted acerca de cualquier necesidad médica, del comportamiento, física y social que pueda tener. Esta reunión podrá ser en persona o telefónicamente y se conoce como evaluación de riesgos para la salud (HRA). Una HRA es una evaluación completa y detallada de su estado médico, conductual, social, emocional y funcional. Normalmente, su coordinador de cuidados completa la HRA. Esta evaluación de riesgos para la salud le permitirá al coordinador de cuidados entender sus necesidades y ayudarlo a obtener los cuidados que necesita.

¿Qué es un plan de cuidados?

Un plan de cuidados incluye los tipos de servicios de salud que necesita y la forma de obtenerlos. Se basa en su evaluación de riesgos para la salud. Después que usted y su coordinador de cuidados completen su evaluación de riesgos para la salud, su equipo de cuidados se reunirá con usted para hablar acerca de qué servicios de salud y/o servicios y asistencia a largo plazo necesita y desea, además de sus objetivos y preferencias.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Juntos, usted y su equipo de cuidado desarrollarán un plan de cuidados personalizado y específico para sus necesidades. *También se lo conoce como plan de cuidados centrado en la persona.* Al menos una vez al año, su equipo de cuidados trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados cuando cambien los servicios de salud que usted necesita o elige.

Cómo contactar a su coordinador de cuidados

Su coordinador de cuidados debería darle su información de contacto para que pueda comunicarse con él o ella en forma directa. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados de cualquiera de las maneras que se indican abajo. Asegúrese de hablar con su coordinador de cuidados si necesita ayuda, si tiene preguntas sobre sus cuidados o si sus preferencias cambian.

Si necesita cambiar de coordinador de cuidados, llame a Servicios al Miembro y solicite hablar con el gerente regional de su coordinador de cuidados. Esta persona podrá ayudarle con los siguientes pasos.

LLAME	1-855-323-4687 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ENVÍE UN FAX	1-800-359-5781
ESCRIBA	Anthem CCC Plus Member Services P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279
VISITE EL SITIO WEB	www.anthem.com/vamedicaid Inscríbese en Your Care Plan (Su plan de cuidados) para enviar mensajes seguros directamente a su coordinador de cuidados.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

5. Ayuda de Servicios al Miembro

Nuestro personal de Servicios al Miembro está disponible para responder a sus preguntas sobre sus beneficios, servicios, procedimientos, o si tiene alguna inquietud sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus. Servicios al Miembro está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Si necesita ayuda fuera del horario de oficina o durante el fin de semana, puede llamar a Servicios al Miembro para hablar con un enfermero a través de la línea 24/7 NurseLine en cualquier horario, de día o de noche.

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus

LLAME	1-855-323-4687 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ENVÍE UN FAX	1-800-359-5781
ESCRIBA	Anthem CCC Plus Member Services P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279
VISITE EL SITIO WEB	www.anthem.com/vamedicaid Inicie sesión en su cuenta segura para enviar mensajes a Servicios al Miembro o para programar un horario para que le devuelvan la llamada.

Cómo puede ayudar Servicios al Miembro

Servicios al Miembro puede hacer lo siguiente:

- Responder preguntas que pueda tener sobre el plan Anthem CCC Plus

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Responder preguntas acerca de reclamaciones, facturación o su tarjeta de identificación de miembros
- Ayudarle a encontrar un doctor o ver si un doctor determinado es parte de la red de Anthem CCC Plus
- Ayudarle a cambiar su médico de cuidado primario (PCP)
- Responder preguntas sobre su PCP y otros doctores o especialistas, incluso nombres, especialidades, direcciones, números telefónicos y calificaciones profesionales
- Proporcionarle información sobre decisiones de cobertura acerca de sus servicios de cuidado de la salud (incluidos sus medicamentos).
 - Una decisión de cobertura acerca de su cuidado de la salud se trata de una decisión acerca de:
 - Sus beneficios y los servicios cubiertos
 - El monto que pagaremos por sus servicios de salud
- Proporcionarle información sobre cómo puede presentar una apelación de una decisión de cobertura acerca de sus servicios de cuidado de la salud (incluidos sus medicamentos). Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos respecto de su cobertura y también solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error. (Consulte *Su derecho a apelar* en la sección 15 de este manual).
- Quejas sobre sus servicios de cuidado de la salud (incluidos sus medicamentos). Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o que no sea de la red). Un proveedor de la red es aquel que tiene contrato y trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ya sea ante nosotros o ante la CCC Plus Helpline al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608. (Consulte **Su derecho a presentar una queja** en la sección 15 de este manual).

24/7 NurseLine disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana

Si no puede comunicarse con su coordinador de cuidados, un enfermero o un profesional de la salud del comportamiento puede responder a sus preguntas las 24 horas del día, los siete días de la semana, llamando de manera gratuita al: 1-855-323-4687 (TTY 711).

Llame a la línea 24/7 NurseLine si necesita ayuda con lo siguiente:

- Cualquier pregunta o inquietud médica que tenga.
- Asesoramiento sobre a dónde ir cuando necesita cuidados.
- Asesoramiento sobre qué hacer cuando necesita cuidados.
- Consejos para ayudarlo a mantenerse sano.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- ¡Y mucho más!

LLAME	1-855-323-4687 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.

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

Comuníquese con nosotros si no sabe cómo obtener servicios durante una crisis. Le encontraremos un proveedor para casos de crisis. Llame al 1-855-323-4687. Si tiene pensamientos relacionados con hacerse daño o hacerle daño a otra persona, debe hacer lo siguiente:

- Consiga ayuda inmediatamente llamando al 911.
- Diríjase al hospital más cercano para recibir cuidados de emergencia.

LLAME	1-855-323-4687 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.

Línea de asesoramiento Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS, Servicios para Adicciones y Tratamientos de Rehabilitación) disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana

Si no puede comunicarse con su coordinador de cuidados, un profesional de la salud de ARTS puede responder a sus preguntas las 24 horas del día, los siete días de la semana, llamando al 1-855-323-4687. La llamada es gratuita.

Nuestro equipo de Servicios del comportamiento lo pondrá en contacto con alguien que pueda ayudarlo con cualquier pregunta o inquietud sobre adicciones o abuso de sustancias.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

LLAME	1-855-323-4687 Esta llamada es gratuita. Disponibile las 24 horas del día, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.

Si no habla inglés

Podemos brindarle servicios de traducción. Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus cuenta con empleados que hablan su idioma y también tiene acceso a servicios de interpretación. También contamos con información escrita en muchos idiomas para nuestros miembros. Actualmente, los documentos escritos están disponibles en inglés y español. Si necesita interpretación, llame a Servicios al Miembro (sin costo) al 1-855-323-4687 y solicite hablar con un intérprete o pida materiales escritos en su idioma.

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

Proporcionamos adaptaciones razonables para personas con discapacidades, de conformidad con la Americans with Disabilities Act. Esto incluye las siguientes adaptaciones, sin limitarse a ellas: comunicaciones accesibles (como servicios de intérpretes de lenguaje de señas calificados), documentos en braille, materiales impresos con letra grande, etc. Si necesita una adaptación razonable, llame a Servicios al Miembro (sin costo) al 1-855-323-4687 para solicitar la ayuda que necesita.

Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad en Medicaid

Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad en Medicaid, comuníquese con su trabajador de elegibilidad del Department of Social Services de la ciudad o condado en el que vive. Si tiene preguntas acerca de los servicios que recibe como parte del plan Anthem CCC Plus, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece abajo.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

6. Cómo recibir cuidados y servicios

Cómo recibir cuidados de su médico de cuidado primario (PCP)

Su médico de cuidado primario (PCP)

Un médico de cuidado primario (PCP) es un doctor que usted selecciona, que cumple los requisitos estatales y que está capacitado para brindar cuidados médicos básicos. Normalmente, primero consultará al PCP para la mayoría de las necesidades de cuidados de la salud de rutina. Su PCP trabajará con usted y con su coordinador de cuidados para coordinar la mayoría de los servicios que usted recibe como miembro de nuestro plan. La coordinación de sus servicios o suministros incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre sus cuidados. Si necesita ver a un doctor que no sea su PCP, es posible que requiera un referido (autorización) de su PCP. Para algunos tipos de servicios o suministros cubiertos, es posible que necesite obtener la aprobación de su PCP antes de recibirlos. En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización (aprobación previa) de nuestra parte. Debido a que su PCP proveerá y coordinará su cuidado médico, debería hacer que todos sus expedientes médicos previos se envíen al consultorio de su PCP. Comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de cuidados en caso de tener preguntas sobre cómo hacer que se transfieran sus expedientes médicos a su PCP o acerca de sus cuidados y servicios.

Cómo elegir su PCP

Los nuevos miembros tienen el derecho a elegir un PCP de nuestra red después de inscribirse en el plan Anthem CCC Plus iniciando sesión en su cuenta segura en línea o llamando a Servicios al Miembro. Si todavía no tiene un PCP, debe solicitar uno antes del 25.º día del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción; de lo contrario, nosotros le asignaremos un PCP. Tiene derecho a cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página o en línea, desde su cuenta segura en línea.

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

- Use la herramienta Find a Doctor (Encontrar un doctor) en nuestro sitio web **o**
- Consulte el PDF de nuestro directorio de proveedores en www.anthem.com/vamedicaid

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

El directorio de proveedores incluye una lista de todos los doctores, clínicas, hospitales, laboratorios, especialistas, proveedores de servicios y asistencia a largo plazo, y otros proveedores que trabajan con el plan Anthem CCC Plus. El directorio también incluye información sobre las adaptaciones que cada proveedor tiene para las personas que tienen discapacidades o que no hablan inglés.

También podemos proporcionarle una copia impresa del directorio de proveedores. También puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página o puede llamar a su coordinador de cuidados para recibir ayuda.

Es probable que desee encontrar un doctor con las siguientes características:

- Alguien que lo conozca y entienda su afección de salud
- Alguien que acepte recibir nuevos pacientes
- Alguien que pueda hablar su idioma
- Alguien que brinde las adaptaciones necesarias para personas con discapacidades físicas o de otro tipo

Si tiene una discapacidad o una enfermedad crónica, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP. También tenemos contratos con Federally Qualified Health Centers (FQHC) que brindan cuidados primarios y especializados. Otra clínica también puede desempeñarse como su PCP si la clínica es un proveedor de la red.

Las mujeres también pueden elegir un OB/GYN para asuntos de salud femenina. Estos incluyen chequeos de rutina, cuidados de seguimiento si hay un problema y cuidados regulares durante un embarazo. Las mujeres no necesitan un referido de su PCP para consultar a un OB/GYN dentro de nuestra red.

Use nuestra herramienta en línea Find a Doctor (Encontrar un doctor) para consultar la lista más actualizada de doctores y proveedores cerca de usted — la actualizamos a diario.

Si tiene Medicare, infórmenos sobre su PCP

Si tiene Medicare, no tiene obligación de elegir un PCP dentro de la red de Anthem CCC Plus. Simplemente llame a Servicios al Miembro o a su coordinador de cuidados para proporcionarnos el nombre y la información de contacto de su PCP. Coordinaremos sus cuidados con su PCP asignado por Medicare.

Si su PCP actual no está dentro de nuestra red

Si no tiene Medicare, debe elegir un PCP que se encuentre dentro de la red de Anthem CCC Plus. Puede seguir visitando a su PCP actual durante el período de continuidad de cuidados, incluso si no está en la red de Anthem CCC Plus.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para los miembros inscritos antes del 1 de abril de 2018, el período de continuidad de cuidado es de 90 días. Para los miembros inscritos el 1 de abril de 2018 o después de esta fecha, el período de continuidad de cuidados es de 30 días. Su coordinador de cuidados puede ayudarle a encontrar un PCP dentro de nuestra red. Al finalizar el período de continuidad de cuidados, si no ha elegido un PCP dentro de la red de Anthem CCC Plus, nosotros le asignaremos un PCP.

Cómo cambiar de PCP

Puede llamar a Servicios al Miembro para cambiar de PCP en cualquier momento a otro PCP dentro de nuestra red. También puede suceder que su PCP deje de estar en nuestra red. Le informaremos dentro de un plazo de 15 días a partir de la fecha en que se nos informe de esto. En ese caso, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP.

Es incluso más fácil cambiar de PCP en línea — nuestra opción web para encontrar y elegir un PCP es rápida, conveniente y está disponible las 24/7. Primero, use nuestra herramienta Find a Doctor (Encontrar un doctor) para encontrar un PCP en su plan. Luego, inicie sesión en su cuenta segura en www.anthem.com/vamedicaid para cambiar de PCP.

Si cambia de PCP en línea o por teléfono, el cambio tendrá efecto en 24 horas desde el momento en que haga la solicitud.

Cómo hacer una cita con el PCP

Su PCP puede atender la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud. Comuníquese con su PCP para solicitar una cita. Si necesita cuidados antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para pedir una cita en una fecha anterior. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Servicios al Miembro al número que aparece abajo.

Espera estándar para las citas

Debería poder hacer una cita con su PCP dentro del mismo plazo que cualquier otro paciente que el PCP atienda. Puede anticipar los siguientes tiempos de espera para ver a un proveedor:

- Para una emergencia — de inmediato
- Para cuidado de urgencia y visita al consultorio por presencia de síntomas — dentro de las 24 horas de su solicitud
- Para visitas por cuidados primarios de rutina — dentro de un plazo de 30 días calendario

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si está embarazada debería poder hacer una cita para ver a un OB/GYN según el siguiente esquema:

- Primer trimestre (primeros tres meses) — dentro de un plazo de 14 días calendario desde su solicitud
- Segundo trimestre (desde el tercer mes hasta el sexto mes) — dentro de un plazo de siete días calendario desde su solicitud
- Tercer trimestre (desde el sexto hasta el noveno mes) — dentro de un plazo de cinco días hábiles desde su solicitud
- Embarazo de alto riesgo — dentro de un plazo de tres días hábiles o de inmediato, en caso de que exista una emergencia

Si no puede hacer una cita dentro de los plazos establecidos anteriormente, llame a Servicios al Miembro al número que aparece abajo y ellos le ayudarán a hacer una cita. Asista a sus citas programadas. Si no puede hacerlo, llame al consultorio de su PCP con al menos 24 horas de anticipación para cancelar.

Cómo recibir cuidados de los proveedores de la red

Nuestra red de proveedores incluye acceso al cuidado las 24 horas del día, los siete días de la semana, e incluye hospitales, doctores, especialistas, centros de cuidados urgentes, centros de enfermería, proveedores de servicios basados en el hogar y en la comunidad, proveedores de intervención temprana, proveedores de terapia de rehabilitación, proveedores de servicios para adicciones y tratamientos de rehabilitación, proveedores de servicios de salud en el hogar y de cuidados de hospicio, proveedores de equipo médico duradero, y otros tipos de proveedores. Le brindamos una selección de proveedores e información sobre su ubicación para que no tenga que viajar muy lejos para sus consultas. Puede haber circunstancias especiales en las que se necesiten tiempos de viaje más prolongados; sin embargo, esto solo debería ocurrir en ocasiones aisladas.

Estándares de tiempos y distancias de viajes

Le brindaremos los servicios que necesita dentro de los estándares de tiempos y distancias de viajes descritos en la tabla abajo. Estos estándares se aplican a los servicios para los que usted necesita transporte a fin de recibir cuidados de los proveedores de la red. Estos estándares no se aplican a los proveedores que le brindan servicios en su hogar. Si vive en un área urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir servicios. Si vive en un área rural, en la región de Roanoke/Alleghany o en la región del suroeste, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir servicios.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Estándares de tiempos y distancias de viajes para miembros		
Estándar	Distancia	Tiempo
Área urbana		
• PCP	15 millas	30 minutos
• Especialistas y otros proveedores	30 millas	45 minutos
Área rural		
• PCP	30 millas	45 minutos
• Especialistas y otros proveedores	60 millas	75 minutos
Región de Roanoke/Alleghany suroeste		
Estándar	Distancia	Tiempo
Urbano y rural		
• PCPs	30 millas	45 minutos
• Especialista u otros proveedores	60 millas	75 minutos

Accesibilidad

Deseamos asegurarnos de que todos los proveedores y servicios estén tan disponibles (incluido el acceso físico y geográfico) para las personas con discapacidades como lo están para personas sin discapacidades. Si tiene dificultades para hacer una cita con un proveedor o para acceder a los servicios debido a alguna discapacidad, comuníquese con Servicios al Miembro llamando a los números de teléfono que aparecen abajo para obtener ayuda.

¿Cuáles son los proveedores de la red?

Los proveedores de la red de Anthem CCC Plus incluyen los siguientes:

- Doctores, enfermeras y demás profesionales del cuidado de la salud a los que usted puede acudir como miembro de nuestro plan.
- Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud conforme a nuestro plan.
- Proveedores de intervención temprana, agencias de cuidados de salud en el hogar y proveedores de equipo médico duradero.
- Proveedores de servicios y asistencia a largo plazo (LTSS), incluidos los centros de enfermería, el cuidado de hospicio, el cuidado de la salud de día para adultos, el cuidado personal, el cuidado de relevo y otros proveedores de LTSS.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan para servicios cubiertos como pago total.

¿Cuáles son las farmacias de la red?

Las farmacias de la red son aquellas farmacias que aceptaron surtir recetas para nuestros miembros. Use el directorio de proveedores y farmacias para buscar la farmacia de la red que desee usar.

Salvo durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red en caso de que desee que nuestro plan le ayude a pagarlas. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página. Tanto Servicios al Miembro como nuestro sitio web pueden entregarle la información más actualizada acerca de cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de esta página o visite nuestro sitio web www.anthem.com/vamedicaid para obtener la lista más reciente de proveedores y farmacias en nuestro plan.

¿Cuáles son los especialistas?

Si necesita cuidados que su PCP no puede brindarle, este puede derivarlo a un especialista. La mayoría de los especialistas se encuentran dentro de la red de Anthem CCC Plus. Un especialista es un doctor que brinda cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicos. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los *oncólogos* atienden a los pacientes con cáncer.
- Los *cardiólogos* atienden a los pacientes con problemas cardíacos.
- Los *ortopedistas* atienden a los pacientes con problemas de los huesos, las articulaciones y musculares.

No necesita un referido de su PCP para ver a un especialista de nuestra red, pero puede comunicarse con su PCP si necesita ayuda para encontrar un especialista que trabaje con nosotros. O también puede buscar distintos tipos de especialistas de nuestra red en línea, con la herramienta Find a Doctor (Encontrar un doctor). Si tiene una discapacidad o una enfermedad crónica, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si su proveedor deja de participar en nuestro plan

Un proveedor de la red que esté usando podría salir de nuestro plan. Si uno de sus proveedores ya no está en nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- De ser posible, se lo notificaremos con al menos 15 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que el tratamiento necesario por motivos médicos que esté recibiendo no se vea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por uno calificado o que su cuidado no se está manejando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja o a solicitar un nuevo proveedor.
- Si está embarazada y se encuentra en su segundo trimestre al momento en que su OB/GYN abandona la red, puede seguir viendo a su proveedor actual para sus cuidados posparto.
- Si se entera de que uno de sus proveedores va a salir de nuestro plan, comuníquese con su coordinador de cuidados para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado.

Avances médicos y nuevas tecnologías

Nuestros directores médicos y los doctores con los que trabajamos revisan los avances médicos y cambios nuevos en la tecnología existente en las siguientes áreas:

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

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

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

Estos son los pasos que siguen para decidir si debemos incluir estos procedimientos y tratamientos en nuestro plan.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red

Si no tenemos un especialista en la red de Anthem CCC Plus para brindarle los cuidados que necesita, le proporcionaremos el cuidado que necesita a través de un especialista fuera de la red de Anthem CCC Plus. También le proporcionaremos el cuidado fuera de la red de Anthem CCC Plus en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando hayamos aprobado un doctor fuera de su red establecida
- Cuando usted reciba servicios de emergencia y de planificación familiar por parte de un proveedor o centro fuera de la red
- Cuando reciba tratamiento de emergencia por parte de proveedores que no estén en la red
- Cuando los servicios médicos necesarios no se encuentren disponibles dentro de la red de Anthem CCC Plus
- Cuando no podamos proporcionarle los servicios del especialista necesario dentro del estándar de distancia de más de 30 millas en áreas urbanas o más de 60 millas en áreas rurales
- Cuando el tipo de proveedor necesario y disponible en la red de Anthem CCC Plus no le proporcione, por objeciones morales o religiosas, el servicio que necesita
- Dentro de los primeros 90 días calendario desde su fecha de inscripción, si está inscrito con Anthem CCC Plus antes del 1 de abril de 2018. En un plazo de 30 días de su inscripción si su inscripción comienza con nosotros el 1 de abril de 2018 o después de esta fecha, cuando su proveedor no sea parte de la red de Anthem CCC Plus pero le haya brindado tratamiento anteriormente
- Si usted se encuentra en un centro de enfermería al inscribirse en el plan de Anthem CCC Plus y el centro de enfermería no se encuentra dentro de la red de Anthem CCC Plus

Si el plan Anthem HealthKeepers Plus o su PCP lo deriva a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable por los costos, excepto por su *pago del paciente* para servicios y asistencia a largo plazo. Consulte la sección 13 de este manual para obtener información sobre el *pago del paciente* y sobre cómo saber si a usted le corresponde.

Si necesita ver a un doctor u otro proveedor fuera de nuestra red, tendrá que solicitarnos una autorización del servicio (o aprobación previa). Usted, su PCP, o una persona en la que confíe puede obtener un formulario de solicitud de autorización para servicio en nuestro sitio web o llamando a Servicios al Miembro.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Cuidados de proveedores fuera del estado

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

- Si son servicios necesarios de emergencia o de posestabilización
- Si es una práctica común para quienes viven en su localidad usar servicios médicos de otro estado
- Si los servicios requeridos son necesarios por motivos médicos y no se encuentran disponibles dentro de la red ni dentro de Commonwealth of Virginia

Los prestadores de la red no pueden facturarle directamente

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan Anthem HealthKeepers Plus. Los doctores, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague los servicios cubiertos.

Tampoco pueden cobrarle si pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró; lo cual se conoce como *facturación del saldo*. Esto debe ser así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Si decidimos no pagar por algunos cargos, aun así, usted no tiene que pagarlos.

Si recibe una factura por servicios cubiertos

Si se le factura cualquiera de los servicios cubiertos por nuestro plan, no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle lo pagado.

Cuando reciba una factura de un prestador de la red o una factura por servicios que están cubiertos fuera de la red (ejemplo: servicios de emergencia o de planificación familiar), envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos de la factura por los servicios cubiertos.

Si recibe cuidados de proveedores fuera de los Estados Unidos

Nuestro plan no cubre el cuidado que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

7. Cómo obtener servicios en caso de emergencias

¿Qué es una emergencia?

Siempre está cubierto en caso de una emergencia. Una emergencia es una enfermedad, dolor intenso, accidente o lesión repentina o inesperada que puede ocasionar una lesión grave o la muerte si no se trata de inmediato.

Qué hacer en caso de emergencia

¡Llame al 911 de inmediato! No es necesario que nos llame antes. No necesita una autorización ni un referido para servicios de emergencia.

Diríjase al hospital más cercano. Si llama al 911 le ayudarán a llegar a un hospital. Puede ir a cualquier hospital para recibir cuidado de emergencia, incluso si se encuentra en una ciudad o estado diferente. Si está ayudando a otra persona, mantenga la calma. Informe en el hospital que usted es miembro de Anthem CCC Plus. Pida que nos llamen al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación de miembro de CCC Plus.

¿Qué es una emergencia médica?

Una emergencia médica ocurre cuando una persona considera que debe actuar rápidamente para prevenir problemas graves de salud. Esto incluye síntomas como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan seria que, si no se recibe cuidado médico inmediato, usted considera que podría provocar cualquiera de los siguientes problemas:

- Riesgo grave a su salud.
- Daño grave a las funciones corporales.
- Disfunción grave de algún órgano o de alguna parte del cuerpo.
- En caso de una embarazada en trabajo de parto activo, es decir, trabajo de parto cuando podría ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado puede significar una amenaza para su salud o seguridad o la del bebé no nacido.

¿Qué es una emergencia de la salud del comportamiento?

Una emergencia de la salud del comportamiento ocurre cuando una persona tiene pensamientos o temores de dañarse a sí misma o a otras personas.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Ejemplos de casos que no son emergencias

Algunos ejemplos de casos que no constituyen una emergencia son resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes y hematomas menores, o torceduras de músculos. Si no está seguro, llame a su PCP o a la Línea de enfermería de Anthem CCC Plus, disponible las 24/7 al 1-855-323-4687 (TTY 711).

Si tiene una emergencia mientras está lejos de su hogar

Usted o un miembro de su familia puede tener una emergencia médica o de la salud del comportamiento mientras están lejos de su hogar. Usted podría estar visitando a alguien fuera de Virginia. Mientras viaja, sus síntomas podrían empeorar de repente. Si esto sucede, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede ir a cualquier hospital para recibir cuidado de emergencia. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Anthem CCC Plus. Diga que está en el programa Anthem CCC Plus.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia?

Puede recibir cuidados de emergencia cubiertos cuando los necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan cubre el transporte en ambulancia. Si tiene una emergencia, hablaremos con los doctores que le brindan el cuidado de emergencia. Estos doctores nos informarán cuando concluya su emergencia médica.

Infórmenos sobre su emergencia

Informe a su doctor lo antes posible acerca de su emergencia o dentro de un plazo de 48 horas, de ser posible. Sin embargo, no tendrá que pagar servicios de emergencia si se demora en informarnos. Necesitamos realizar un seguimiento de su cuidado de emergencia. Su coordinador de cuidados le ayudará a obtener los servicios correctos antes de que le den el alta para garantizar que obtenga el mejor cuidado posible. Llame a Servicios al Miembro al 1-855-323-4687 (TTY 711). Ese número también aparece en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro de Anthem CCC Plus.

Después de una emergencia

Proporcionaremos el cuidado de seguimiento necesario, incluso a través de proveedores fuera de la red, de ser necesario, hasta que su médico indique que su estado es lo suficientemente estable para que sea trasladado a un proveedor dentro de la red o para que le den el alta.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se hagan cargo de su cuidado lo más pronto posible después de que su médico indique que usted está estable. Es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar su mejoría. Su cuidado de seguimiento contará con cobertura de nuestro plan.

Si usted es hospitalizado

Si usted es hospitalizado, un familiar o un amigo se debe comunicar con el plan Anthem HealthKeepers Plus lo antes posible. Al mantenernos informados, su coordinador de cuidados puede trabajar con el equipo del hospital para organizar que le brinden los cuidados y servicios correctos antes de que le den el alta. Su coordinador de cuidados también mantendrá a su equipo médico, incluidos sus proveedores de servicio de cuidado en el hogar, al tanto de su hospitalización y sus planes de alta médica.

Si no fue una emergencia médica

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Puede que vaya a la sala de emergencias y que el doctor le diga que en realidad no se trataba de una emergencia médica. Siempre que usted haya creído razonablemente que su salud estaba en serio riesgo, cubriremos su cuidado. Sin embargo, después de que el doctor indique que no se trataba de una emergencia, cubriremos su cuidado adicional solo si usted sigue las **Reglas de cobertura general** descritas en la sección 10 de este manual.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

8. Cómo recibir cuidado necesario de forma urgente

¿Qué es el cuidado necesario de forma urgente?

El cuidado necesario de forma urgente es aquel que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no representa un riesgo para su vida ni es una emergencia, pero que requiere cuidado inmediato. Por ejemplo, puede que usted tenga un agravamiento de una afección existente y necesite recibir tratamiento de inmediato. Otros ejemplos de cuidado necesario de forma urgente incluyen las torceduras, los esguinces, las erupciones, las infecciones, la fiebre, la gripe, etc. En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado necesario de forma urgente solo si usted lo recibe a través de un proveedor de la red.

En nuestro directorio de prestadores y farmacias podrá encontrar una lista de centros de cuidados de urgencia con los que trabajamos, disponible en nuestro sitio web www.anthem.com/vamedicaid.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

9. Cómo obtener sus medicamentos recetados

Esta sección explica las reglas para obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor indica para usted y que usted obtiene en una farmacia.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de Anthem CCC Plus

Normalmente, el plan Anthem CCC Plus cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga las reglas en esta sección.

1. La receta debe ser emitida por un doctor u otro proveedor autorizado. Con frecuencia, esta persona es su médico de cuidado primario (PCP). También puede ser otro proveedor si su médico de cuidado primario lo ha referido para recibir cuidado.
2. En general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.
3. Su medicamento recetado debe estar en la lista de medicamentos cubiertos de Anthem CCC Plus. Si no está en la lista de medicamentos cubiertos, puede que lo cubramos por medio de una autorización de servicio.
4. El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o apoyado por ciertos libros de referencia médica.
5. Si tiene Medicare, la mayoría de sus medicamentos están cubiertos a través de su operador de Medicare. No podemos pagar ningún medicamento cubierto por Medicare Part D, incluidos los copagos.
6. Anthem CCC Plus plan puede proporcionar cobertura para coseguros y deducibles de medicamentos de Medicare Part A y B. Estos incluyen algunos medicamentos que se le entregan mientras está en un hospital o centro de enfermería.

Cómo surtir sus recetas

En la mayoría de los casos, su plan de Anthem CCC Plus pagará por los medicamentos recetados solo si son surtidos en las farmacias de la red de Anthem CCC Plus. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas para nuestros miembros. Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Miembro llamando al número que aparece al final de la página o con su coordinador de cuidados.

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

Si necesita ayuda para surtir una receta, puede comunicarse con Servicios al Miembro llamando al número que aparece al final de la página o a su coordinador de cuidados.

Lista de medicamentos cubiertos

Tenemos una lista de medicamentos cubiertos que seleccionamos con la ayuda de un equipo de doctores y farmacéuticos. La lista de medicamentos cubiertos de Anthem CCC Plus también incluye todos los medicamentos de la lista de medicamentos preferidos (PDL) de DMAS. Puede encontrar la lista de medicamentos cubiertos en www.anthem.com/vamedicaid. La lista de medicamentos cubiertos le indica qué medicamentos están cubiertos por el plan de Anthem CCC Plus y también le indica si hay reglas o restricciones respecto de ciertos medicamentos, como por ejemplo un límite para la cantidad que puede recibir.

Puede llamar a Servicios al Miembro para averiguar si sus medicamentos se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos, verificarlo en línea en www.anthem.com/vamedicaid, o podemos mandarle una copia impresa de la lista de medicamentos cubiertos. La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar durante el año. Le enviaremos una carta para informarle si hay cambios en la lista de medicamentos cubiertos o si alguno de los medicamentos que usted toma es eliminado de la lista.

Para obtener la lista más reciente de los medicamentos cubiertos, visite www.anthem.com/vamedicaid o llame a Servicios al Miembro al 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Generalmente cubriremos un medicamento que esté en la lista de medicamentos cubiertos de Anthem CCC Plus siempre y cuando siga las reglas explicadas en esta sección.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si no ve sus medicinas en la lista de medicamentos, puede solicitar una excepción a submitmyexceptionreq@anthem.com.

También puede obtener los medicamentos que no figuran en la lista si son necesarios por motivos médicos.

Es posible que su médico deba obtener una autorización de servicio de nuestra parte a fin de que usted reciba los medicamentos.

Límites de cobertura para algunos medicamentos

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

Si hay una regla especial para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor puede solicitar la autorización de un servicio para que usted reciba el medicamento. Puede que estemos o no estemos de acuerdo en aprobar dicha solicitud sin tomar las medidas adicionales. Consulte **Autorización de servicios y determinación de beneficios, y Autorización de servicios y continuidad del cuidado** en la sección 14 de este manual.

Si el plan Anthem CCC Plus es nuevo para usted, puede seguir recibiendo sus medicamentos autorizados durante el plazo de la autorización o durante el período de continuidad de cuidados después de su inscripción por primera vez, lo que ocurra antes. Para los miembros inscritos antes del 1 de abril de 2018, el período de continuidad de cuidados es de 90 días. Para los miembros inscritos el 1 de abril de 2018, o después de esta fecha, el período de continuidad de cuidados es de 30 días. Consulte **Periodo de continuidad del cuidado** en la sección 3 de este manual.

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

Obtener aprobación por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su doctor deben obtener una aprobación de autorización de servicio de nosotros antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, podríamos no cubrir el medicamento.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Probar un medicamento diferente primero

Es posible que le pidamos que pruebe otro medicamento primero (generalmente uno menos costoso) antes de cubrir otro (generalmente más costoso) para la misma afección médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no es efectivo para usted, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, podemos limitar la cantidad del medicamento que usted puede recibir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica al medicamento que su médico le ha recetado, consulte la lista de medicamentos cubiertos. Si desea obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o consulte nuestro sitio web www.anthem.com/vamedicaid.

Suministro de emergencia

Puede haber situaciones en las que su medicamento requiera una autorización de servicio y en las que el médico que se lo recetó no pueda proporcionarnos información para la autorización, por ejemplo, en el caso de fines de semana o días feriados. Si su farmacéutico considera que sin el beneficio del medicamento su salud se vería afectada, podemos autorizar un suministro de emergencia de 72 horas del medicamento recetado. Este proceso le permite obtener un suministro de corto plazo de los medicamentos que necesite y le da tiempo a su médico para presentar una solicitud de autorización de servicio para el medicamento recetado.

Medicamentos no cubiertos

Según la ley, los siguientes tipos de medicamentos no están cubiertos por Medicare ni por Medicaid:

- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para propósitos estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Medicamentos utilizados para tratar disfunciones sexuales o eréctiles, como Viagra[®], Cialis[®], Levitra[®] y Caverject[®], a menos que dichos agentes se usen para tratar una afección que no esté relacionada con una disfunción sexual o eréctil, para lo cual la FDA los haya aprobado

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Medicamentos usados para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Todos los medicamentos para DESI (Drug Efficacy Study Implementation) que la FDA haya determinado no efectivos, incluidos los medicamentos recetados que incluyan un medicamento para DESI
- Medicamentos que hayan sido retirados del mercado
- Medicamentos experimentales no aprobados por la FDA
- Cualquier medicamento comercializado por un fabricante que no participe en el programa Virginia Medicaid Drug Rebate

Cómo cambiar de farmacia

Si necesita cambiar de farmacia y necesita que le surtan una receta, puede pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia. Si necesita ayuda para cambiar de farmacia dentro de la red, puede comunicarse con Servicios al Miembro llamando al número que aparece al final de la página o a su coordinador de cuidados.

Si la farmacia que usted usa deja la red de Anthem CCC Plus, tendrá que encontrar una farmacia nueva dentro de la red. Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Miembro llamando al número que aparece al final de la página o con su coordinador de cuidados. Servicios al Miembro puede informarle si hay una farmacia de la red cercana.

¿Qué ocurre si usted necesita una farmacia especializada?

Algunas veces las recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar o para residentes de un centro de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería.

Normalmente los centros de enfermería tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de enfermería, debemos asegurarnos de que reciba los medicamentos que necesite en la farmacia del centro de enfermería. Si tiene problemas para obtener sus beneficios de medicamentos en un centro de enfermería, comuníquese con Servicios al Miembro llamando al número que aparece al final de la página.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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

No ofrecemos servicios de farmacia de venta por correo para nuestros miembros de CCC Plus.

¿Puede obtener suministro a largo plazo de medicamentos?

No ofrecemos suministro de medicamentos a largo plazo a nuestros miembros de CCC Plus.

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

Para obtener los medicamentos sin costo, debe usar una farmacia de nuestra red. Use la herramienta Find a Doctor (Encontrar un doctor) para encontrar una farmacia cercana de la red de Anthem CCC Plus.

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

Es posible que a algunos miembros que requieran un monitoreo adicional se los inscriba en el programa Patient Utilization Management and Safety (PUMS). El programa PUMS es exigido por DMAS y le ayuda a asegurarse de que los medicamentos que toma actúen conjuntamente con los servicios de salud sin perjudicar su salud. Como parte de este programa, es posible que revisemos la herramienta Prescription Monitoring Program (PMP) que tiene el Virginia Department of Health Professions para revisar sus medicamentos. Esta herramienta usa un sistema electrónico para monitorear la dispensa de los medicamentos recetados con sustancias controladas.

Si es seleccionado para PUMS, es posible que restrinjan su elección de farmacias a una farmacia específica o que solo le permitan ir a un proveedor específico para obtener ciertos tipos de medicamentos. Le enviaremos una carta para informarle cómo funciona PUMS. El periodo de restricción, denominado lock-in, dura 12 meses. Al finalizar el periodo de lock-in, nos comunicaremos con usted para ver si corresponde que continúe en el programa. Si se lo coloca en PUMS y usted considera que no debería estar en el programa, puede apelar. Debe apelar ante nosotros dentro de un plazo de 60 días desde la fecha en que reciba la carta en la que se le informa que se lo ha colocado en PUMS. También puede solicitar una Audiencia imparcial del estado. Consulte **Apelaciones, audiencias imparciales del estado y quejas** en la sección 15 de este manual.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si está dentro del programa PUMS, puede obtener los medicamentos recetados fuera del horario de oficina si la farmacia que seleccionó no tiene acceso las 24 horas. También podrá seleccionar un PCP, una farmacia u otro proveedor en el que desea que se realice el lock-in. Si no selecciona los proveedores para el lock-in dentro de un plazo de 15 días, nosotros los elegiremos por usted.

Los miembros que estén inscritos en PUMS recibirán una carta de nosotros con información adicional sobre PUMS, incluida la siguiente información:

- Una breve explicación del programa PUMS
- Una declaración en la que se explica el motivo de colocación en el programa PUMS
- Información sobre cómo apelar ante el plan Anthem HealthKeepers Plus si lo colocan en el programa PUMS
- Información sobre cómo solicitar una Audiencia imparcial del estado después de haber completado el proceso de apelaciones de Anthem CCC Plus
- Información sobre cualquier regla especial para obtener servicios, incluidos los servicios de emergencia o fuera del horario de oficina
- Información sobre cómo elegir un proveedor de PUMS

Comuníquese con Servicios al Miembro al número que aparece abajo o con su coordinador de cuidados si tiene alguna pregunta sobre PUMS.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

10. Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus

Beneficios de CCC Plus

Como miembro de Anthem CCC Plus, tiene diversos beneficios de cuidado de la salud disponibles. Recibirá la mayoría de sus servicios a través de su plan de Anthem CCC Plus, pero es posible que reciba algunos a través de DMAS o de un contratista de DMAS.

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

No necesita pagar ningún costo por los servicios que reciba a través del plan de Anthem CCC Plus o a través de DMAS, salvo su pago del paciente en caso de servicios y asistencia a largo plazo. En la sección 13 de este manual se brinda información sobre el pago del paciente y sobre cómo saber si a usted le corresponde.

Reglas generales de cobertura

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

1. Sus servicios (que incluyen cuidado médico, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser necesarios por motivos médicos. Necesario por motivos médicos significa que usted necesita los servicios o suministros para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas sobre la base de estándares de práctica médica aceptados.
2. En la mayoría de los casos, deberá recibir el cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan Anthem HealthKeepers Plus. En la mayoría de los casos, no pagaremos por los cuidados que reciba de un proveedor fuera de la red a menos que autoricemos el servicio. En la sección 6 se brinda más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
3. Algunos de sus beneficios solo tienen cobertura si su doctor u otro proveedor de la red obtiene primero una aprobación nuestra. Esto se conoce como una autorización de servicio. En la sección 14 se incluye más información acerca de las autorizaciones de servicio.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

4. Si el plan Anthem CCC Plus es nuevo para usted, puede seguir consultando a los doctores que lo atienden ahora durante el período de continuidad de cuidados. También puede seguir recibiendo sus servicios autorizados durante el período de continuidad de cuidados después de su inscripción por primera vez, lo que ocurra antes. Para los miembros inscritos antes del 1 de abril de 2018, el período de continuidad de cuidados es de 90 días. Para los miembros inscritos el 1 de abril de 2018, el período de continuidad de cuidados es de 30 días. Consulte también **Periodo de continuidad del cuidado** en la sección 3 de este manual.

Beneficios cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus

El plan Anthem CCC Plus le cubre todos los servicios siguientes cuando estos son necesarios por motivos médicos. Si tiene Medicare u otro plan de seguro, coordinaremos estos servicios con su plan de Medicare u otro plan de seguro. Consulte la sección 11 de este manual para conocer los **Servicios cubiertos a través del programa de tarifa por servicio de DMAS Medicaid**.

- Cuidados médicos regulares, incluidas visitas al consultorio de su PCP, referidos a especialistas, exámenes, etc. Para obtener más información sobre los servicios de PCP, consulte la sección 6 de este manual.
- Cuidado preventivo, incluidos chequeos regulares, exámenes de detección y visitas de bebé sano/niño sano. Para obtener más información sobre los servicios de PCP, consulte la sección 6 de este manual.
- Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS, Servicios para Adicciones y Tratamientos de Rehabilitación), incluidos los servicios para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, basados en la comunidad, los tratamientos asistidos por medicamentos, los servicios de pares y el manejo de casos. Los servicios pueden requerir autorización. Se proporciona información adicional sobre los servicios de ARTS más adelante en esta sección del manual.
- Servicios de cuidado de la salud de día para adultos (consulte la exención de CCC Plus).
- Servicios de salud del comportamiento, incluidos servicios de rehabilitación de salud mental de la comunidad, servicios de psicoterapia individual y grupal para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios que están cubiertos. (Los servicios de rehabilitación de la salud mental en la comunidad están cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus, a partir del 1 de enero de 2018.) Estos servicios incluyen:
 - Administración de casos de salud mental
 - Tratamiento terapéutico de día (TDT) para niños

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Hospitalización parcial/tratamiento de día para adultos
 - Intervención y estabilización en casos de crisis
 - Tratamiento intensivo en la comunidad
 - Servicios de creación de habilidades de salud mental (MHSS)
 - Servicios intensivos en el hogar
 - Rehabilitación psicosocial
 - Terapia del comportamiento
 - Apoyo en salud mental de los pares
- Servicios de coordinación de los cuidados, incluida la asistencia para conectarse con los servicios cubiertos por CCC Plus y con recursos de vivienda, alimentación y recursos de la comunidad. Para obtener más información sobre su coordinador de cuidados, consulte la sección 4 de este manual.
 - Servicios clínicos, incluida la diálisis renal.
 - Servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad de CCC Plus (anteriormente conocidos como las exenciones de EDCD y de tecnología asistencial), incluidos los siguientes: cuidado de la salud de día para adultos, tecnología asistencial, modificaciones del entorno, servicios de cuidado personal, sistemas de respuesta ante emergencias personales (PERS), servicios privados de enfermería, servicios de relevo, facilitación de servicios y servicios de transición. Se proporciona información adicional sobre los servicios de exención de CCC Plus más adelante en esta sección. En la sección 11 de este manual se proporciona información acerca de los servicios de exención de DD.
 - Prueba de detección del cáncer colorrectal.
 - Servicios ordenados por un tribunal.
 - Equipo médico duradero (DME) y suministros, incluidos equipos y suministros respiratorios, de oxígeno y de ventilador necesarios por motivos médicos, sillas de ruedas y accesorios, camas de hospital, equipos y suministros para diabéticos, productos para la incontinencia, tecnología asistencial, dispositivos de comunicación, equipos y dispositivos para rehabilitación, y otros equipos y suministros necesarios.
 - Servicios de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para menores de 21 años. Se proporciona información adicional sobre los servicios de EPSDT más adelante en esta sección del manual.
 - Servicios de intervención temprana para niños desde su nacimiento hasta los tres años de edad. Se proporciona información adicional sobre los servicios de intervención temprana más adelante en esta sección del manual.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Órdenes de custodia de emergencia (ECO).
- Servicios de emergencia, incluidos servicios de transporte de emergencia (ambulancia, etc.)
- Servicios de emergencia y de posestabilización. Se proporciona información adicional sobre los servicios de emergencia y de posestabilización en la sección 7 de este manual.
- Servicios para enfermedad renal en etapa terminal.
- Exámenes oculares.
- Servicios de planificación familiar, incluidos servicios, dispositivos, medicamentos (incluso anticonceptivos reversibles de acción prolongada) y suministros para el retraso o la prevención de embarazos. Usted tiene la libertad de elegir su método de planificación familiar, incluso a través de proveedores que estén dentro/fuera de la red de Anthem CCC Plus. No le exigimos que obtenga una autorización de servicio ni un referido de su PCP para servicios de planificación familiar.
- Tiras reactivas para medir la glucosa.
- Servicios de la audición (audiología).
- Servicios de salud en el hogar.
- Servicios de hospicio.
- Cuidados hospitalarios — para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Prueba del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y asesoría sobre el tratamiento.
- Vacunaciones.
- Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes hospitalizados.
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia.
- Investigaciones de plomo.
- Mamografías.
- Cuidado de maternidad, incluidos los cuidados durante el embarazo y los servicios de doctores/enfermera obstetra certificada. Se proporciona información adicional sobre el cuidado de maternidad en la sección 6 de este manual.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Centro de enfermería, incluidos los cuidados especializados, los cuidados a largo plazo en hospital y los cuidados supervisados. Se proporciona información adicional sobre los servicios en centros de enfermería más adelante en esta sección del manual.
- Servicios de enfermera obstetra a través de una proveedora de enfermería obstétrica certificada.
- Trasplantes de órganos.
- Órtesis, incluidas férulas, tablillas y soportes — para niños menores de 21 años o adultos a través de un programa intensivo de rehabilitación.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Pruebas de Papanicolaou.
- Servicios de cuidado personal o asistencia personal (a través de EPSDT o a través de la exención de CCC Plus).
- Servicios médicos o servicios de un proveedor, incluidas las visitas al consultorio del doctor.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Servicios de podología (cuidado de los pies)
- Servicios prenatales y de maternidad.
- Medicamentos recetados. Para obtener más información sobre los servicios de farmacia, consulte la sección 9 de este manual.
- Servicios privados de enfermería (a través de EPSDT y a través de la exención de CCC Plus HCBS).
- Examen de antígeno prostático específico (PSA) y pruebas de tacto rectal.
- Prótesis, incluidos brazos, piernas y sus accesorios de soporte, prótesis mamarias y oculares.
- Servicios psiquiátricos o psicológicos.
- Servicios radiológicos.
- Cirugía mamaria reconstructiva.
- Servicios de diálisis renal (riñón).
- Servicios de rehabilitación — para pacientes hospitalizados y ambulatorios (incluidos los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiología).

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Servicios de segunda opinión de un proveedor de cuidado de la salud calificado dentro de la red, o nosotros coordinaremos los servicios para que los obtenga fuera de la red sin costo. El doctor que proporcione la segunda opinión no debe trabajar en el mismo consultorio que el primer doctor. Es posible que se aprueben referidos a proveedores fuera de la red cuando no se pueda acceder a un proveedor que participe en la red o cuando ningún proveedor de la red pueda satisfacer sus necesidades individuales.
- Servicios de cirugía cuando sean necesarios por motivos médicos y lo apruebe el plan Anthem HealthKeepers Plus.
- Servicios de telemedicina.
- Órdenes de detención provisional (TDO).
- Servicios para dejar de fumar para mujeres embarazadas, niños y adolescentes menores de 21 años.
- Servicios de transporte, incluidos el transporte de emergencia y el que no es de emergencia (viaje aéreo, ambulancia terrestre, furgonetas con camillas, furgonetas con sillas de ruedas, autobús público, conductores voluntarios/registrados, taxis). El plan de Anthem CCC Plus también proporcionará servicios de transporte desde y hacia los lugares de servicios “tasados” y optimizados. Se proporciona información adicional sobre los servicios de transporte más adelante en esta sección del manual. Los servicios de transporte para los servicios de exención DD están cubiertos a través de DMAS según se describe en la sección 11 de este manual.
- Cuidado de la vista de rutina: un examen de la vista completo de rutina por año y \$100 para anteojos (un marco y dos lentes) por año.
- Consultas de bienestar — cubrimos todas las visitas preventivas al doctor para ayudarlo a mantenerse sano.
- Servicios de aborto — la cobertura solo está disponible en casos en los que podría haber un peligro sustancial para la vida de la madre.

Beneficios adicionales que brindamos y que no están cubiertos por Medicaid

Como miembro de Anthem CCC Plus, tiene acceso a servicios que no están generalmente cubiertos a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid. Estos se denominan “beneficios optimizados.” Proporcionamos los siguientes beneficios optimizados:

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Cuidado dental preventivo para adultos mayores de 21 años — que incluye dos limpiezas, dos exámenes y un conjunto de radiografías por año, además de traslados al consultorio de su dentista*
- Comidas a domicilio luego de ser dado de alta del hospital o de un centro de enfermería (una comida por día durante siete días)
- \$100 al año para anteojos (cristales y marcos) para adultos de 21 años de edad o mayores
- Un examen auditivo y \$1,000 para audífonos y 60 baterías por año para adultos de 21 años de edad y mayores (se requiere autorización previa)
- Transporte hacia lugares de culto, supermercados, bibliotecas, el DMV, salones de belleza y otras actividades de bienestar y eventos cerca de usted. Tiene cubierto el transporte de ida y vuelta, 3 veces cada 3 meses para situaciones que no son de cuidados médicos (no debe superar los 12 traslados anuales). Debe comunicarse con Access2Care como mínimo 5 días laborales antes de la fecha del traslado, tanto para viajes por cuestiones médicas como de otro tipo.
- Cuponera con más de \$1,000 en ahorros en tiendas como Dick's Sporting Goods, Barnes and Noble, Ruby Tuesday y más
- Un valor de \$50 en dispositivos asistenciales enviados por correo postal hasta su domicilio (dispositivos de asistencia para vestirse, alcanzadores, abridores de frascos antideslizantes y mucho más) — pida sus artículos en línea en shopping.drugsourceinc.com/AnthemCCCPlusassist o por teléfono, llamando al 1-877-407-9665 (TTY 711)
- Un valor de \$50 en accesorios para andadores y sillas de ruedas (luces de seguridad, cojines para asiento, guantes para silla de ruedas y mucho más) — pida sus artículos en línea en shopping.drugsourceinc.com/AnthemCCCPluswwa o por teléfono, llamando al 1-877-407-9665 (TTY 711)
- Teléfono celular con paquete mensual de datos, minutos y mensajes de texto, además de llamadas gratuitas a Servicios al Miembro y asesores de salud
- Community Resource Link — busque trabajo, comida, alojamiento y más en línea, por código postal
- Apoyo de pares en línea para problemas de salud del comportamiento
- Herramientas en línea para simplificar su vida — use su cuenta segura para ver detalles de su plan de salud, descargar materiales, mantenerse en contacto con su coordinador de cuidados y mucho más
- Aplicación móvil
- Un purificador de aire (se requiere aprobación previa)

*Hemos establecido un contrato con DentaQuest para coordinar la prestación de los servicios dentales de Medicaid. Si tiene preguntas acerca de su cobertura dental, Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

llame a Servicios al Miembro de DentaQuest al 1-844-824-2017, de lunes a viernes, de 8 a.m. to 6 p.m. hora del este. El número de TTY/TDD es el 1-800-466-7566.

Se proporciona información adicional en www.dmas.virginia.gov/Content_pgs/dnt-enrollees.aspx. También puede visitar su sitio web en www.dentaquest.com. Simplemente haga clic en “Members” (Miembros) y luego en “Virginia” para buscar proveedores dentales en su red. Debe usar un proveedor de servicios dentales en la red DentaQuest para que los servicios estén cubiertos.

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

¿Qué es EPSDT?

El programa de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos (EPSDT) es un beneficio de Medicaid exigido a nivel federal que proporciona servicios de salud integrales y preventivos para menores de 21 años. Si tiene un hijo menor de 21 años de edad, EPSDT le proporciona los servicios dentales, de la salud del comportamiento, de desarrollo y especializados adecuados. Incluye cobertura para vacunaciones, visitas de niño sano, investigaciones de plomo, enfermería privada, cuidado personal, y otros servicios y terapias que tratan una afección o mejoran su estado. También cubrirá servicios que eviten que empeore la afección de su hijo. El programa EPSDT también puede proporcionar cobertura para los servicios necesarios por motivos médicos incluso si estos no están cubiertos normalmente por Medicaid.

Cómo obtener servicios de EPSDT

Brindamos la mayoría de los servicios de EPSDT cubiertos por Medicaid. Sin embargo algunos servicios de EPSDT, como el cuidado dental pediátrico, no están cubiertos por nosotros. En caso de que un servicio no esté cubierto por el plan Anthem HealthKeepers Plus, puede obtenerlo a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid. Se proporciona información adicional sobre los servicios proporcionados a través de la tarifa por servicio de Medicaid en la sección 11 de este manual. Es posible que deba obtener una autorización de servicio (o aprobación previa) de nuestra parte para algunos servicios de EPSDT, para que podamos asegurarnos de que sean necesarios para el cuidado de su hijo por motivos médicos. Hable con su doctor si su hijo necesita servicios de EPSDT. Consulte **Autorización de servicios y determinación de beneficios** en la sección 14 para obtener más información sobre las autorizaciones de servicio.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Cómo obtener servicios de intervención temprana

Si tiene un hijo menor de tres años y cree que no está aprendiendo o que no se está desarrollando como otros niños de su edad, es posible que su hijo reúna los requisitos para recibir servicios de intervención temprana. La intervención temprana incluye servicios como terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, coordinación de servicios y servicios del desarrollo para ayudar a que las familias apoyen el aprendizaje y el desarrollo de sus hijos durante las actividades y las rutinas diarias. Estos servicios generalmente se brindan en su hogar.

El primer paso es reunirse con el programa Infant and Toddler Connection de su comunidad para determinar si su hijo reúne los requisitos. Un niño es elegible desde su nacimiento hasta la edad de tres años si cumple con los siguientes requisitos:

- Si presenta un retraso en el desarrollo del 25% en una o más áreas de desarrollo.
- Si tiene un desarrollo atípico.
- Una afección mental o física diagnosticada que tenga un alto grado de probabilidad de causar un retraso del desarrollo.

Si desea obtener más información, llame a su coordinador de cuidados. Su coordinador de cuidados puede ayudarlo. Si su hijo está inscrito en el plan Anthem CCC Plus, nosotros proporcionamos cobertura para los servicios de intervención temprana. Su coordinador de cuidados trabajará con usted y con el programa Infant and Toddler Connection para ayudarlo a acceder a estos servicios y a cualquier otro servicio que su hijo necesite. También puede encontrar información en www.infantva.org o llamando al 1-800-234-1448.

Cómo acceder a servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento ofrecen una amplia variedad de opciones de tratamiento para personas con un trastorno de la salud mental o de abuso de sustancias. Muchas personas luchan contra afecciones de salud mental, como la depresión, la ansiedad u otros problemas de salud mental, o contra el abuso de sustancias en algún momento de sus vidas. Estos servicios de salud del comportamiento apuntan a ayudar a las personas a vivir en la comunidad y a mantener el estilo de vida más independiente y satisfactorio posible.

Los servicios abarcan desde el asesoramiento a pacientes ambulatorios hasta el cuidado en el hospital, incluido el tratamiento durante el día y los servicios para el manejo de crisis. Estos servicios se pueden proporcionar en su hogar o en la comunidad, durante un periodo corto o largo, y todos son brindados por personas y organizaciones cualificadas.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Comuníquese con su coordinador de cuidados si está teniendo problemas para hacer frente a sus pensamientos y emociones. Su coordinador de cuidados le ayudará a hacer una cita para hablar con un profesional del cuidado de la salud del comportamiento.

Algunos servicios de salud del comportamiento están cubiertos para usted a través de Magellan, el administrador de servicios de salud del comportamiento (BHSA) de DMAS. Su coordinador de cuidados trabajará estrechamente con el BHSA para coordinar los servicios que necesite, incluidos los que se proporcionan a través del BHSA.

Para algunos de los servicios de salud del comportamiento es necesario obtener una autorización de servicio, incluidos los servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados.

Si tiene alguna pregunta sobre qué servicios requieren aprobación previa, llame a nuestro equipo de Servicios al Miembro. Consulte la sección **Autorización de servicios y determinación de beneficios** para obtener más información sobre cómo funcionan las autorizaciones de servicio.

Cómo acceder a Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS, Servicios para Adicciones y Tratamientos de Rehabilitación)

Su plan Anthem CCC Plus ofrece una variedad de servicios que ayudan a las personas que tienen problemas de abuso de sustancias, incluidas las drogas y el alcohol. La adicción es una enfermedad médica, como la diabetes, que enfrentan muchas personas; sin embargo, estas pueden obtener beneficios si reciben tratamiento, sin importar cuán grave sea el problema. Si necesita tratamiento para una adicción, proporcionamos cobertura de los servicios que pueden ayudarlo. Estos servicios se brindan en diversos entornos, a pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, en entornos residenciales y tratamientos basados en la comunidad. También se encuentran disponibles opciones de tratamiento asistido por medicamentos si tiene que decidir entre usar medicamentos recetados o no recetados. Otras opciones útiles incluyen servicios de pares (alguien que ha vivido problemas similares y se está recuperando) y servicios de manejo de casos. Hable con su PCP o llame a su coordinador de cuidados para determinar cuál es la mejor opción para usted y cómo obtener ayuda con los servicios para adicciones y tratamientos de rehabilitación. Para encontrar un proveedor de ARTS, puede buscar en el directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, llamar a su coordinador de cuidados o comunicarse con Servicios al Miembro llamando a uno de los números que aparecen abajo.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Necesita una autorización de servicio para algunos de los servicios de ARTS, incluidos los siguientes:

- Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
- Servicios residenciales de abuso de sustancias
- Programa ambulatorio intensivo

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

Cómo acceder a los servicios y asistencia a largo plazo (LTSS)

Brindamos cobertura para servicios y asistencia a largo plazo (LTSS), incluida una variedad de servicios y asistencia que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias y a posibilitar la máxima independencia. Los LTSS pueden brindarle asistencia para que pueda vivir en su propio hogar o en otro lugar que usted elija, con una mejor calidad de vida. Algunos ejemplos incluyen servicios de asistencia personal (ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y del cuidado personal), además de asistencia con ciertas tareas de la vida diaria, como lavar ropa, hacer compras o usar transporte. Los LTSS se brindan durante un periodo prolongado, generalmente en hogares y comunidades (a través de una exención basada en el hogar y en la comunidad), pero también en centros de enfermería. Si necesita ayuda con estos servicios, llame a su coordinador de cuidados, quien le ayudará con el proceso de determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad de Virginia para estos servicios. Consulte también las siguientes secciones: **Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus, Servicios en centros de enfermería y Cómo recibir servicios si tiene una exención DD**, descritos más adelante en esta sección del manual.

Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus

Algunos miembros pueden reunir los requisitos para recibir servicios de exención para cuidados basados en el hogar y en la comunidad (anteriormente conocidos como las exenciones Elderly or Disabled with Consumer Direction y de tecnología asistencial).

La exención de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) tiene como objetivo permitir que un miembro que reúna los requisitos para un cuidado a nivel de centro de enfermería permanezca en la comunidad con ayuda que le permita satisfacer necesidades diarias. Si se determina que usted es elegible para los servicios de exención de CCC Plus, puede decidir cómo recibir los servicios de asistencia personal.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Tiene la opción de recibir servicios a través de una agencia (conocidos como servicios dirigidos por agencia) o puede contratar un acompañante de asistencia personal (conocidos como servicios autodirigidos). Se proporciona información adicional sobre los cuidados autodirigidos en mayor detalle más adelante en esta sección del manual.

Los servicios de exención de CCC Plus pueden incluir lo siguiente:

- Servicios privados de enfermería (dirigidos por agencia)
- Cuidado personal (dirigido por agencia o autodirigido)
- Cuidado de relevo (dirigido por agencia o autodirigido)
- Cuidado de la salud de día para adultos
- Sistema personal de respuesta ante emergencias (con o sin monitoreo de los medicamentos)
- Coordinación/servicios de transición para miembros que realizan una transición a la comunidad desde un centro de enfermería o una larga estadía en el hospital
- Tecnología asistencial
- Modificaciones del entorno

Las personas inscritas en una exención DD deben consultar **Cómo recibir servicios si tiene una exención DD**, que se describe más adelante en esta sección.

Cómo autodirigir sus cuidados

Los cuidados autodirigidos hacen referencia a los servicios de cuidado personal y cuidado de relevo que se proporcionan como parte de la exención de CCC Plus. Estos son servicios en los que el miembro o su familia/cuidador tienen la responsabilidad de contratar, capacitar, supervisar y despedir al acompañante. Recibirá asesoramiento de gestión financiera en su rol como empleador, lo cual lo ayudará a reclutar a sus proveedores, realizar verificaciones de antecedentes de los proveedores y pagarles.

Si se le han aprobado los servicios de exención de CCC Plus y desea obtener más información sobre el modelo de cuidados autodirigidos, comuníquese con su coordinador de cuidados, quien lo asistirá con estos servicios. Su coordinador de cuidados también monitoreará sus cuidados siempre y cuando esté recibiendo sus servicios de exención de CCC Plus para asegurarse de que el cuidado proporcionado satisfaga sus necesidades diarias.

Una vez que su coordinador de cuidados haya evaluado sus necesidades actuales para determinar si los LTSS podrían marcar una diferencia en su vida diaria, usaremos esas evaluaciones para asegurarnos de que esté recibiendo los servicios de exención de CCC Plus que necesita.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Su coordinador de cuidados puede ayudarle a recibir otros servicios que se adapten a sus necesidades fuera de la exención de CCC Plus. Para obtener más información sobre las autorizaciones de servicio, consulte la sección **Autorización de servicios y determinación de beneficios**.

Servicios en centros de enfermería

Si se determina que usted cumple con los criterios de cobertura para recibir cuidados en un centro de enfermería, y usted elige recibir sus servicios y asistencia a largo plazo en un centro de enfermería, le brindaremos cobertura para los cuidados en el centro de enfermería. Si tiene Medicare, Proporcionaremos cobertura para cuidados en un centro de enfermería después de que haya utilizado todos los días cubiertos por Medicare en el centro de enfermería, generalmente denominados cuidados de enfermería especializada.

Si se encuentra en un centro de enfermería, es posible que pueda trasladarse de dicho centro a su propio hogar para recibir servicios basados en el hogar y la comunidad, en caso de que desee hacerlo. Si le interesa mudarse desde el centro de enfermería a la comunidad, hable con su coordinador de cuidados. Su coordinador de cuidados está disponible para trabajar con usted, su familia y el planificador de altas del centro de enfermería si a usted le interesa mudarse de dicho centro a un entorno del hogar o la comunidad.

Si decide permanecer en el centro de enfermería, puede hacerlo por el tiempo que desee, siempre y cuando se determine que sigue cumpliendo los criterios de cobertura para cuidados en el centro de enfermería.

Exámenes de detección para servicios y asistencia a largo plazo

Antes de poder recibir servicios y asistencia a largo plazo (LTSS), un equipo examinador de un hospital o basado en la comunidad le debe realizar exámenes de detección. Los exámenes de detección se utilizan para determinar si cumple con el nivel de criterios de cuidado para LTSS. Comuníquese con su coordinador de cuidados para saber más acerca del proceso de exámenes de detección a fin de recibir LTSS.

Libertad de elección

Si obtiene la aprobación para recibir servicios y asistencia a largo plazo, tiene el derecho a recibir cuidados en el entorno que usted elija:

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

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Puede elegir los doctores y profesionales de la salud para su cuidado en nuestra red. Si prefiere recibir servicios en su hogar como parte de la exención de CCC Plus, por ejemplo, puede elegir contratar directamente a su(s) propio(s) acompañante(s) de cuidado personal, en una práctica denominada cuidado autodirigido. Otra opción que tiene es elegir una agencia de cuidado personal dentro de nuestra red, para que esta contrate, capacite y supervise a los trabajadores de asistencia personal en su nombre, práctica que se denomina dirección por agencia. También tiene la opción de recibir servicios en un centro de enfermería de nuestra red de proveedores de centros de enfermería.

Cómo recibir servicios si tiene una exención por discapacidad del desarrollo

Si está inscrito en una de las exenciones DD, se lo inscribirá en CCC Plus para sus *servicios no incluidos en la exención*. Entre las exenciones DD se incluyen las siguientes:

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

Solo proporcionaremos cobertura para sus *servicios no incluidos en la exención*. Los servicios no incluidos en la exención incluyen todos los servicios mencionados en la sección 10, **Beneficios cubiertos a través de su plan Anthem CCC Plus**. *Excepción:* Si está inscrito en una de las exenciones DD, no sería elegible para recibir servicios a través de la exención de CCC Plus.

Los servicios de exención DD, los servicios de manejo de casos orientados a DD y a ID, y el transporte desde/hacia los servicios de exención DD se pagarán a través del programa de tarifa por servicio de Medicaid como servicios tasados. Los servicios tasados también incluyen cualquier servicio de exención DD cubierto a través de EPSDT para las personas inscritas en la exención DD que sean menores de 21 años.

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

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Las exenciones DD tienen una lista de espera. Las personas que estén en la lista de exención DD podrían reunir los requisitos para inscribirse en la exención de CCC Plus hasta que se libere un lugar en las exenciones BI, CL o FIS DD y dicha exención se le asigne al individuo. Quienes mantienen la lista de espera de la exención DD en su comunidad son las CBS. Para obtener más información sobre las exenciones DD y los servicios cubiertos dentro de cada exención DD, visite el sitio web del Department of Behavioral Health and Developmental Services (DBHDS) en www.mylifemycommunityvirginia.org/ o llame al 1-844-603-9248. Su coordinador de cuidados trabajará con usted y su administrador de caso de DD o ID para ayudarle a obtener todos sus servicios cubiertos. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con su coordinador de cuidados.

Cómo obtener servicios de transporte en casos que no constituyen emergencias

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

Los servicios de transporte que no sean de emergencia están cubiertos por el plan Anthem HealthKeepers Plus para servicios cubiertos, servicios tasados y beneficios optimizados. *Excepción:* Si está inscrito en una exención DD, proporcionamos cobertura para su transporte desde/hacia sus servicios *no incluidos en la exención*. (Consulte **Transporte desde/hacia servicios de exención DD** a continuación).

Es posible que se le proporcione transporte si no tiene otro medio de transporte y necesita ir al consultorio médico o a un centro de cuidado de la salud por un servicio cubierto. Para citas médicas urgentes o que no sean de emergencia, llame a la línea de reservas al 1-855-325-7581. Si tiene problemas para obtener transporte para sus citas, llame a Access2Care al 1-855-325-7581 o a Servicios al Miembro al número que aparece abajo. Servicios al Miembro está aquí para ayudarle.

En caso de una emergencia que ponga en riesgo su vida, llame al 911. Consulte **Cómo obtener servicios en caso de emergencias** en la sección 7 de este manual. Programe el transporte llamando a Access2Care o ingresando en línea a member.Access2Care.com al menos dos días antes de su cita. Además puede obtener reembolso de las millas viajadas para citas aprobadas, y también se encuentran disponibles boletos de autobús. Para obtener boletos de autobús, llame al menos siete días antes de su cita. Si tiene una solicitud urgente para el mismo día de la cita, comuníquese con Access2Care; ellos verificarán su solicitud urgente y le ayudarán a programar el transporte. Puede recibir asistencia para reservaciones urgentes y para el mismo día en cualquier momento. Solo debe llamar al 1-855-325-7581. **En casos de emergencia, llame al 911.**

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Transporte desde y hacia los servicios de la exención DD

Si está inscrito en una exención DD, proporcionamos cobertura para su transporte desde y hacia sus servicios no incluidos en la exención. Llame al número anterior para obtener transporte para sus servicios no incluidos en la exención.

El transporte hacia los servicios de la exención DD está cubierto por el contratista de transporte de DMAS. Puede obtener más información sobre cómo acceder a los servicios de transporte a través del contratista de transporte de DMAS en el sitio web: <http://.transportation.dmas.virginia.gov/> o llamando al contratista de transporte. Las reservas de transporte para las citas de rutina se realizan de lunes a viernes, entre las 6 a.m. y las 8 p.m. El contratista de transporte de DMAS está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para programar reservas urgentes, llamando al 1-866-386-8331 o al TTY 1-866-288-3133, o al 711 para hablar con un operador de retransmisión.

Si tiene problemas para obtener transporte hacia sus servicios de exención DD, puede llamar a su administrador de caso de exención DD o ID, o al contratista de transporte de DMAS al número anterior. También puede llamar a su coordinador de cuidados. Su coordinador de cuidados trabajará con usted y su administrador de caso de exención DD o ID para ayudarle a obtener los servicios que necesita. Servicios al Miembro también está disponible para ayudarlo llamando al número que aparece abajo.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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

Servicios tasados

El Department of Medical Assistance Services le proporcionará cobertura para los servicios que se incluyen a continuación. Estos servicios se conocen como “servicios tasados.” Su proveedor le factura una tarifa por servicio a Medicaid (o a un contratista de DMAS) por estos servicios.

Su coordinador de cuidados puede ayudarle a acceder a estos servicios si los necesita.

- Los servicios dentales se proporcionan a través del programa Smiles for Children. DMAS tiene un contrato con DentaQuest para coordinar la prestación de todos los servicios dentales de Medicaid. El programa se denomina Smiles for Children. Smiles for Children proporciona cobertura para los siguientes grupos poblacionales y servicios:
 - Para menores de 21 años: servicios diagnósticos, servicios preventivos, procedimientos restauradores/quirúrgicos, y servicios de ortodoncia.
 - Para embarazadas: radiografías y exámenes, limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, tratamientos de las encías, coronas, puentes, prótesis parciales, dentaduras postizas, extracciones dentales y otras cirugías bucales, y otros servicios generales correspondientes. No se incluye tratamiento de ortodoncia. La cobertura dental finaliza 60 días después del nacimiento del bebé.
 - Para adultos de 21 años o mayores, la cobertura solo se encuentra disponible para servicios de cirugía bucal necesarios por motivos médicos. Los servicios dentales de rutina no están cubiertos para los adultos con excepción de los descritos anteriormente para embarazadas. Pero puede obtener cuidado dental preventivo como parte de sus beneficios de Anthem CCC Plus. Consulte **Beneficios adicionales que brindamos y que no están cubiertos por Medicaid** en la sección 10.

Si tiene preguntas sobre su cobertura dental a través de Smiles for Children, puede hablar con Servicios al Miembro de DentaQuest llamando al 1-888-912-3456, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. El número TTY/TDD es 1-800-466-7566. Encontrará más información en www.dmas.virginia.gov/#/dentalservices. También puede visitar su sitio web en www.dentaquest.com. Simplemente haga clic en “Members” (Miembros) y luego

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

en “Virginia” para buscar proveedores dentales en su red. Debe usar un proveedor de servicios dentales en la red DentaQuest para que los servicios estén cubiertos.

El plan Anthem HealthKeepers Plus proporciona cobertura para transporte que no sea de emergencia para cualquier servicio dental cubierto por Smiles for Children, según se describió anteriormente. Comuníquese con Servicios al Miembro al número que aparece abajo si necesita ayuda.

Si tiene 21 años o más, también le proporcionaremos transporte a su clínica dental local o a Missions of Mercy, como parte de su beneficio dental adicional de Anthem CCC Plus para adultos. Para concertar el transporte, llame a Access2Care al 1-855-325-7581 (TTY 711) o visite member.Access2Care.com.

- Los servicios de exención por discapacidad del desarrollo DD, incluidos los servicios de administración de casos para los servicios de exención DD, están cubiertos a través de DBHDS. Los servicios tasados incluyen cualquier servicio de exención DD que esté cubierto a través de EPSDT para las personas inscritas en la exención DD y el transporte desde/hacia los servicios de la exención DD. Consulte también **Cómo recibir servicios si tiene una exención por discapacidad del desarrollo** en la sección 10 de este manual.
- Servicios de salud escolares, incluidos ciertos servicios médicos, de salud mental, de audición o de terapia de rehabilitación, que estén programados por la escuela de su hijo. La ley exige que las escuelas les proporcionen a los estudiantes con discapacidades una educación pública, gratuita y adecuada, que debe incluir educación especial y servicios relacionados según el Programa educativo individualizado (IEP) de cada estudiante. Aunque las escuelas son económicamente responsables por los servicios educativos, en el caso de un estudiante elegible para recibir Medicaid, parte de los costos de los servicios identificados en el IEP del estudiante puede estar cubierta por Medicaid. En los casos en los que estén cubiertos por Medicaid, DMAS pagará por los servicios de salud escolares. Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud escolares.
- La administración de casos de cuidado de acogida para tratamiento está a cargo de Magellan of Virginia. Puede encontrar más información en el sitio web www.magellanofvirginia.com. También puede llamar al 1-800-424-4046 (TDD 1-800-424-4048; TTY 711) o a su coordinador de cuidados para obtener asistencia.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Therapeutic Group Home Services para niños y adolescentes menores de 21 años. Este es un lugar donde viven los niños y adolescentes mientras reciben tratamiento. Los niños en este nivel de cuidado tienen graves cuestiones de salud mental. Estos servicios proveen supervisión y cuidados de salud del comportamiento con fines terapéuticos. Estos servicios también ayudan al miembro y la familia para el alta hacia el hogar del miembro. Hay información adicional sobre los Therapeutic Group Home Services en el sitio web de Magellan en www.magellanofvirginia.com o llamando al: 1-800-424-4046 TDD 1-800-424-4048 o TTY 711. También puede llamar a su Coordinador de cuidados para obtener más información.

Servicios que cancelan su inscripción en CCC Plus

Si recibe cualquiera de los servicios que se describen a continuación, se cancelará su inscripción con el plan Anthem CCC Plus. Recibirá estos servicios a través de DMAS o de un contratista de DMAS.

- PACE (Program of All Inclusive Care for the Elderly). Para obtener más información sobre PACE, hable con su coordinador de cuidados o visite: www.pace4you.org.
- Programa Medicaid Money Follows the Person (MFP). Para obtener más información sobre MFP, hable con su coordinador de cuidados o visite: www.dmas.virginia.gov/Content_pgs/ltc-mfp.aspx.
- Exención de vida asistida para pacientes con Alzheimer. Para obtener más información sobre la exención de Alzheimer, hable con su coordinador de cuidados o visite: www.dmas.virginia.gov/Content_pgs/ltc-wvr_aal.aspx
- Si reside en un centro de cuidados intermediarios para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IID).
- Si está recibiendo cuidados en un centro de tratamiento psiquiátrico residencial de (menores de 21 años). Hay disponible información adicional sobre los servicios Psiquiátricos en Centros de Tratamiento Residenciales en el sitio web de Maella en www.magellanofvirginia.com o llamando al 1-800-424-4046 TDD 1-800-424-4048 o TTY 711. También puede llamar a su Coordinador de cuidados para obtener asistencia.
- Si vive en un centro de enfermería para veteranos.
- Si reside en uno de estos centros estatales de cuidados a largo plazo: Piedmont, Catawba, Hiram Davis o Hancock.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

12. Servicios no cubiertos por CCC Plus

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

- Acupuntura
- Gastos administrativos, como el relleno de formularios y las copias de expedientes
- Inseminación artificial, fertilización in vitro u otros servicios para promover la fertilidad
- Ciertos medicamentos cuya eficacia no esté comprobada
- Ciertos procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico
- Servicios quiroprácticos
- Tratamiento o cirugía estética
- Cuidado diurno de personas, incluidos los servicios de acompañantes para personas mayores (excepto en algunas exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad)
- Dentaduras para los miembros de 21 años o mayores
- Medicamentos recetados para tratar la pérdida de cabello o para blanquear la piel
- Vacunaciones si tiene 21 años o más (excepto las vacunas contra la gripe y la neumonía para las personas en riesgo, según lo autoricemos)
- Cuidados médicos que no sean servicios de emergencia ni servicios de planificación familiar, prestados por proveedores fuera de la red, a menos que estén autorizados por nosotros
- Servicios de cuidado personal (excepto a través de algunas exenciones de servicios basados en el hogar o la comunidad, o como parte de EPSDT)
- Medicamentos recetados cubiertos por Medicare Part D, incluido el copago de Medicare
- Servicios de enfermería privada (excepto a través de algunas exenciones de servicios basados en el hogar o la comunidad, o como parte de EPSDT)
- Programas de clínicas para perder peso, a menos que se autoricen
- Cuidado obtenido fuera de Estados Unidos

Si usted recibe servicios no cubiertos

Cubrimos sus servicios cuando está inscrito en nuestro plan y cuando:

- Los servicios son necesarios por motivos médicos

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Los servicios se incluyen dentro de los **Beneficios cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus** de la sección 10 de este manual.
- Usted recibe los servicios de conformidad con las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan ni a través de DMAS, deberá pagar el costo total usted mismo. Si no está seguro y desea saber si pagaremos por un servicio o cuidado médico, tiene el derecho a consultarnos. Puede llamar a Servicios al Miembro o a su coordinador de cuidados para averiguar cómo obtener estos servicios. También tiene derecho a realizar su consulta por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, usted tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.

La sección 15 proporciona instrucciones sobre cómo apelar las decisiones de cobertura de Anthem CCC Plus. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información acerca de sus derechos de apelación o para obtener ayuda para presentar una apelación.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

13. Costo compartido para el miembro

No hay copagos para los servicios cubiertos a través del programa CCC Plus. Esto incluye aquellos servicios que están cubiertos a través del plan Anthem CCC Plus o servicios tasados no incluidos en el contrato de CCC Plus. No necesita pagar ningún costo por los servicios obtenidos a través del plan Anthem CCC Plus o a través de DMAS, salvo su pago del paciente en caso de servicios y asistencia a largo plazo. Consulte la sección **Pago del paciente para miembros** a continuación.

CCC Plus no permite que los proveedores le cobren servicios cubiertos. Nosotros pagamos a los proveedores directamente y usted está protegido contra cualquier cobro. Esto ocurre incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura por servicios cubiertos, comuníquese con Servicios al Miembro para que lo ayuden.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan ni a través de DMAS, deberá pagar el costo total usted mismo. Si no está seguro y desea saber si pagaremos por un servicio o cuidado médico, tiene el derecho a consultarnos. Puede llamar a Servicios al Miembro o a su coordinador de cuidados para averiguar cómo obtener estos servicios. También tiene derecho a realizar su consulta por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, usted tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión. Consulte la sección 12 de este manual para ver una lista de los servicios no cubiertos.

Pago del paciente para miembros en caso de servicios y asistencia a largo plazo

Es posible que tenga la obligación de abonar el pago del paciente por el costo de servicios brindados en un centro de enfermería especializada o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Se debe calcular el pago del paciente para todos los miembros que reciban servicios en un centro de enfermería especializada o servicios de exención basados en el hogar o la comunidad. Cuando sus ingresos superan un cierto monto, debe realizar un aporte para el pago de sus servicios y asistencia a largo plazo. Si tiene un monto de pago del paciente, recibirá una notificación de su Department of Social Services (DSS) local sobre su obligación de pago del paciente. DMAS también comparte su pago del paciente con nosotros si usted está obligado a pagar parte del costo de sus servicios y asistencia a largo plazo. Si tiene preguntas acerca de su monto de pago del paciente, comuníquese con su trabajador de elegibilidad de Medicaid de su Department of Social Services local.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Miembros de Medicare y medicamentos de Part D

Si tiene Medicare, recibe sus medicamentos recetados de Medicare Part D, no del programa CCC Plus de Medicaid. CCC Plus no abona el copago de los medicamentos cubiertos por Medicare Part D.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

14. Autorización de servicios y determinación de beneficios

Autorización de servicios

Hay algunos tratamientos, servicios y medicamentos para los que necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o a fin de poder seguir recibíéndolos. Esto se conoce como una autorización de servicio. Usted, su doctor o una persona en la que usted confíe pueden solicitar una autorización de servicio.

Si los servicios que solicita están cubiertos a través de Medicare, no se necesita una autorización de servicio de nosotros. Si tiene alguna pregunta sobre qué servicios están cubiertos por Medicare, comuníquese con su plan de salud de Medicare. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados de Anthem CCC Plus.

Una autorización de servicio le ayuda a determinar si ciertos servicios o procedimientos son necesarios por motivos médicos y están cubiertos por el plan. Las decisiones se basan en lo que es adecuado para cada miembro, y en el tipo de cuidados y servicios que se necesiten.

Evaluamos los estándares de cuidado sobre la base de lo siguiente:

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

No recompensamos a sus empleados, consultores ni otros proveedores por lo siguiente:

- Rechazar cuidados o servicios que usted necesite
- Apoyar decisiones que aprueben menos de lo que usted necesita
- Decir que usted no tiene cobertura

No se requieren autorizaciones de servicios para servicios de intervención temprana, cuidados de emergencia, servicios de planificación familiar (incluidos anticonceptivos reversibles de acción prolongada), servicios preventivos y cuidado prenatal básico.

Los siguientes tratamientos y servicios deben ser autorizados antes de recibirlos:

- Servicios de salud del comportamiento — para pacientes internados y ambulatorios
- Addiction and Recovery Treatment Services (ARTS, Servicios para Adicciones y Tratamientos de Rehabilitación)
 - Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Servicios residenciales de abuso de sustancias
- Programa ambulatorio intensivo
- Cuidados de un proveedor fuera de nuestra red (consulte la sección **Cómo recibir cuidado de los proveedores fuera de la red**)
- Ciertos tipos de suministros y equipos médicos (DME)
- Servicios ordenados por un tribunal
- Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)
- Servicios hospitalarios: servicios para pacientes internados en casos que no sean emergencias y ciertos servicios para pacientes ambulatorios
- Servicios y asistencia a largo plazo
 - Los servicios de exención de CCC Plus, incluidos los siguientes:
 - Cuidado de la salud de día para adultos
 - Modificaciones del entorno
 - Coordinación de transición
 - Cuidado personal
 - Cuidado de relevo
 - Tecnología asistencial
 - Algunas visitas al coordinador de cuidados
 - Cuidado personal y enfermería privada de EPSDT
 - Servicios en centros de enfermería especializada (los servicios de cuidado supervisado en centros de enfermería no necesitan una autorización de servicios)
 - Estadía prolongada en el hospital
 - Hospicio
 - Servicios de salud en el hogar
- Servicios de enfermera obstetra
- Servicios de enfermero profesional
- Trasplantes de órganos, como:
 - Médula ósea y quimioterapia de dosis alta para miembros de 21 años y mayores con un diagnóstico de cáncer de mama, leucemia, linfoma y mieloma
 - Trasplantes de hígado, corazón y pulmón necesarios por motivos médicos para miembros de todas las edades, incluida la cobertura de los siguientes trasplantes, parciales o totales:
 - Trasplante de hígado ortotópico o heterotópico
 - Trasplante simple o doble de pulmón o de un lóbulo pulmonar para niños y adultos
 - Trasplantes de corazón y pulmón solo para niños

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Trasplantes de hígado o de lóbulo hepático (donante vivo o cadavérico) para niños y adultos
- Trasplantes de páncreas realizados al mismo tiempo que los trasplantes de riñón cubiertos (solo para niños)
- Servicios farmacéuticos para:
 - Medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos cubiertos
 - Ciertos medicamentos que están en nuestra lista cuando se especifica
- Hospitalizaciones de pacientes que no sean emergencias
- Exámenes de audición y audífonos si tiene 21 años o más
- Purificador de aire HEPA

Esta lista puede cambiar. Para obtener la lista más detallada y actualizada de los servicios que requieren una autorización de servicio, llame a Servicios al Miembro.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una aprobación para estos tratamientos o servicios, puede comunicarse con Servicios al Miembro al número que aparece abajo o llamar a su coordinador de cuidados.

Autorización de servicios y continuidad del cuidado

Si es nuevo en el plan Anthem CCC Plus, respetaremos cualquier autorización de servicio aprobada por DMAS o emitida por otro plan de CCC Plus durante el período de continuidad de cuidado o hasta que la autorización finalice, si esto ocurre antes. Para los miembros inscritos antes del 1 de abril de 2018, el período de continuidad de cuidados es de 90 días. Para los miembros inscritos el 1 de abril de 2018, o después de esta fecha, el período de continuidad de cuidados es de hasta 30 días. Consulte *Período de Continuidad de cuidados* en la Sección 3 de este manual.

Cómo presentar una solicitud de autorización de servicio

Usted, su doctor o alguien en quien usted confíe puede enviar una solicitud de autorización de servicio llamando a Servicios al Miembro al número que aparece abajo. Usted o su doctor también pueden solicitar una autorización para medicamentos recetados o beneficios de farmacia enviando un mensaje de correo electrónico a authowrkgp-submitmyexceptionreq@anthem.com.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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

Tenemos un equipo de revisión que se asegura de que usted reciba los servicios necesarios por motivos médicos. El equipo de revisión está compuesto por doctores, médicos clínicos con licencia y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea necesario por motivos médicos. Para esto, comparan su plan de tratamiento con estándares aceptables desde el punto de vista médico. Los estándares que usamos para determinar qué es necesario por motivos médicos no deben ser más restrictivos que los utilizados por DMAS.

Cualquier decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto menor al solicitado se denomina determinación (decisión) adversa sobre beneficios. A estas decisiones las realiza un profesional cualificado del cuidado de la salud. Si decidimos que el servicio solicitado no es necesario por motivos médicos, quien tome esta decisión será un profesional médico o de la salud del comportamiento, que puede ser un doctor u otro profesional del cuidado de la salud que normalmente proporciona el cuidado que usted solicitó. Usted puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados criterios de revisión clínica, utilizados para tomar la decisión respecto de acciones relacionadas con la necesidad por motivos médicos.

Después de que recibamos su solicitud, la revisaremos como parte de un proceso estándar o acelerado (rápido) de revisión. Usted o su doctor pueden solicitar esta revisión acelerada si consideran que una demora podría ocasionarle un daño grave a la salud. Si se rechaza su solicitud de revisión acelerada, le informaremos acerca de esto y su caso se manejará de acuerdo con el proceso de revisión estándar.

Plazos para las revisiones de autorizaciones de servicios

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

Las solicitudes urgentes incluyen solicitudes para cuidados o servicios médicos o de salud del comportamiento en los cuales esperar catorce días podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad para funcionar en el futuro. Los cuidados o los servicios para ayudar con transiciones de una internación en hospital o un entorno institucional hacia la casa también son solicitudes urgentes. Usted o su doctor Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

pueden pedir una solicitud urgente si piensan que una demora ocasionará un grave daño a su salud. Para las decisiones estándares o urgentes, si el plan de Anthem HealthKeepers Plus, usted o su proveedor solicitan una extensión, o se necesita más información, se permite una extensión de hasta catorce días calendario adicionales.

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

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

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

- Le escribiremos y diremos a usted y a su proveedor cuál información se necesita. Si su solicitud es una solicitud urgente, lo llamaremos usted o a su proveedor de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita. Le explicaremos por qué la demora protege sus intereses.
- Tomaremos una decisión dentro de un plazo máximo de 14 días desde el día en el que le hayamos solicitado más información.

Usted, su proveedor o alguna persona en la que usted confíe también podrán pedirnos que dediquemos más tiempo a tomar una decisión. Esto puede ser así porque usted cuenta con más información que desea proporcionarnos para ayudarnos a tomar una decisión sobre su caso. Puede hacer esto llamando al 1-855-323-4687 (TTY 711) o escribiendo a:

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

Usted o una persona en la que usted confíe puede presentar una queja ante nosotros si no está de acuerdo con nuestra decisión de dedicar más tiempo a revisar su solicitud. Usted o una persona en la que usted confíe también puede presentar una queja sobre la forma en la que su plan Anthem CCC Plus manejó su solicitud de autorización de servicios ante el estado, a través de la CCC Plus Helpline, llamando al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Consulte también **Su derecho a presentar una queja** en la sección 15 de este manual.

Determinación de beneficios

Le informaremos acerca de nuestra decisión antes de que se cumpla el plazo para nuestra revisión. Pero si por alguna razón no recibe noticias de nuestra parte hasta esa fecha, deberá interpretar que rechazamos su solicitud de autorización de servicios. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte **Su derecho a apelar** en la sección 15 de este manual.

Les comunicaremos a usted y a su proveedor por escrito si se rechaza su solicitud. Se considera una denegación incluso cuando la solicitud se aprueba por un monto menor al solicitado. También le indicaremos el motivo para la decisión y el nombre, dirección y número de teléfono de contacto de la persona responsable de la determinación adversa. Le explicaremos qué opciones de apelación tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. Consulte también **Su derecho a apelar** en la sección 15 de este manual.

Notificación por anticipado

En la mayoría de los casos, si tomamos una determinación de beneficios que implique la reducción, suspensión o fin de un servicio que ya habíamos aprobado y que ahora usted está recibiendo, debemos informarle al menos 10 días antes de hacer cualquier cambio al servicio. Consulte también **Continuación de beneficios** en la sección 15 de este manual.

Revisión posterior al pago

Si estamos revisando los cuidados o servicios que usted recibió en el pasado, realizamos lo que se denomina una revisión posterior al pago al proveedor. Si rechazamos el pago a un proveedor por un servicio, les enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que se rechace el pago. Usted no tendrá que pagar por ningún cuidado que haya recibido y que haya estado cubierto por el plan Anthem CCC Plus incluso si, en una fecha posterior, denegamos el pago al proveedor.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

15. Apelaciones, audiencias imparciales del estado y quejas

Su derecho a apelar

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación (decisión) adversa sobre beneficios realizada por el plan Anthem HealthKeepers Plus con la que usted no esté de acuerdo y que se relacione con la cobertura o el pago de servicios.

Por ejemplo, puede apelar si nosotros rechazamos lo siguiente:

- Una solicitud para un servicio, suministro, artículo para el cuidado de la salud o medicamento que usted considere que debería poder recibir
- Una solicitud para el pago de un servicio, suministro, artículo para el cuidado de la salud o medicamento que hayamos denegado

También puede apelar si el plan Anthem HealthKeepers Plus deja de proporcionar o de pagar, en forma total o parcial, un servicio o un medicamento que usted recibe a través de CCC Plus y que usted considera que sigue necesitando.

Representante autorizado

Es posible que desee autorizar a una persona en la que usted confíe a apelar en su nombre. A esta persona se la conoce como su representante autorizado. Debe comunicarnos el nombre de su representante autorizado. Puede hacerlo de la siguiente manera llamando al departamento de Servicios al Miembro a uno de los números telefónicos que aparecen abajo. Le proporcionaremos un formulario que puede completar y firmar, en el que declare quién será su representante.

Determinación adversa sobre beneficios

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o a fin de poder seguir recibéndolos. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio es lo que se conoce como una autorización de servicio. Este proceso se ha descrito anteriormente en este manual. Cualquier decisión que tomemos para rechazar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor al solicitado se denomina determinación adversa sobre beneficios. Consulte **Autorización de servicios y determinación de beneficios** en la sección 14 de este manual.

Cómo presentar su apelación

Si no está satisfecho con una decisión que hayamos tomado sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene un plazo de 60 días calendario desde la fecha de la audiencia para presentar una apelación. Puede hacer esto usted mismo o pedirle a alguna persona en la que confíe que presente la apelación en su nombre.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Puede llamar a Servicios al Miembro a uno de los números que aparecen abajo si necesita ayuda para presentar una apelación, o si necesita asistencia en otro lenguaje o en un formato alternativo. No lo trataremos de manera injusta por haber presentado una apelación. Puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. Puede enviarla como una solicitud de apelación estándar o acelerada (rápida). Usted o su doctor pueden pedir que su apelación se revise mediante el proceso acelerado si considera que su estado de salud o su necesidad del servicio requieren una revisión acelerada. Su doctor deberá explicar por qué una demora podría provocar un daño a la salud física o del comportamiento. Si se rechaza su solicitud de apelación acelerada, le informaremos acerca de esto y su apelación se manejará de acuerdo con el proceso de revisión estándar.

Presente su solicitud de apelación por teléfono llamando al 1-855-323-4687 (TTY 711) o envíela por correo postal a:

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

Si presenta su apelación estándar por teléfono, debe realizar un seguimiento por escrito. Las apelaciones por teléfono mediante el proceso acelerado no requieren que envíe una solicitud por escrito.

Continuación de beneficios

En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo servicios que le denegamos mientras aguarda la decisión de su apelación. Es posible que, al solicitar una apelación, pueda continuar recibiendo los servicios cuya finalización o reducción ya está programada:

- Dentro de un plazo de diez días desde la fecha en la que se le informó que se rechazó su solicitud o que sus cuidados se modificarán o
- Antes de la fecha para la que se programó el cambio en los servicios

Si su apelación tiene como resultado una nueva denegación, es posible que deba pagar el costo de cualquier beneficio continuado que haya recibido si los servicios se proporcionaron únicamente por los requisitos que se describen en esta sección.

Qué sucede después de que recibimos su apelación

Dentro de un plazo de cinco días desde la recepción de su solicitud de apelación, le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su apelación y que estamos trabajando en ella.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Las decisiones sobre las apelaciones por asuntos clínicos serán tomadas por profesionales cualificados del cuidado de la salud que no hayan tomado la primera decisión y que tengan el conocimiento clínico adecuado respecto del tratamiento de su afección o enfermedad.

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

También puede proporcionar información que usted desee que se use para tomar la decisión sobre su apelación en persona o por escrito. Puede comunicarse con nosotros llamando al número de Servicios al Miembro que aparece abajo o enviando información a:

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

También puede llamar a Servicios al Miembro a uno de los números que aparecen abajo si no está seguro de qué información proporcionarnos.

Plazos para las apelaciones

Apelaciones estándar

Si tenemos toda la información que necesitamos, le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 30 días desde la recepción de la apelación. Le comunicaremos dentro de un plazo de dos días calendario desde la recepción de su apelación si necesitamos más información. Le enviaremos una notificación por escrito con nuestra decisión dentro de un plazo de 30 días calendario desde la fecha en que tomemos la decisión.

Apelaciones aceleradas

Si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos las decisiones de las apelaciones aceleradas en un plazo de 72 horas desde la recepción de su apelación. Le comunicaremos dentro de un plazo de dos días calendario desde la recepción de su apelación si necesitamos más información. Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos una notificación por escrito dentro de un plazo de 72 horas desde el momento en que tomemos la decisión.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si necesitamos más información

Si no podemos tomar la decisión dentro de los plazos necesarios porque necesitamos más información, le escribiremos y le diremos qué información necesitamos. Si solicita una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos la notificación escrita en forma posterior. Le explicaremos por qué la demora protege sus intereses y tomaremos una decisión dentro de un plazo máximo de 14 días adicionales desde los plazos descritos anteriormente.

Usted, su proveedor o alguna persona en la que usted confíe también podrá pedirnos que dediquemos más tiempo a tomar una decisión. Esto puede ser así porque usted cuenta con más información que desea proporcionarle a nosotros para ayudarle a tomar una decisión sobre su caso. Puede hacer esto llamando a Servicios al Miembro o escribiendo a:

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

Usted o una persona en la que usted confíe pueden presentar una queja ante el plan Anthem HealthKeepers Plus si no está de acuerdo con nuestra decisión de dedicar más tiempo a revisar su solicitud. Usted o una persona en la que usted confíe también pueden presentar una queja sobre la forma en la que manejamos su apelación ante el estado, a través de la CCC Plus Helpline, llamando al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608.

Si no le informamos acerca de nuestra decisión sobre su apelación a tiempo, tiene derecho a apelar ante el estado mediante el proceso de audiencia imparcial del estado. La demora en nuestra respuesta se considera un motivo válido para que usted apele a través del proceso de audiencia imparcial del estado.

Notificación escrita de decisión sobre la apelación

Les comunicaremos a usted y a su proveedor por escrito si se rechaza su solicitud o si se aprueba por un monto menor al solicitado. También le indicaremos el motivo para la decisión y el nombre, dirección y número de teléfono de contacto de la persona responsable de la determinación adversa. Le explicaremos su derecho de apelar a través del proceso de audiencia imparcial del estado si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Su derecho a una audiencia imparcial del estado

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, puede apelar directamente ante DMAS. Este proceso se conoce como audiencia imparcial del estado. También puede presentar una solicitud de audiencia imparcial del estado si denegamos el pago de servicios cubiertos o si no respondemos a una solicitud de apelación para servicios dentro de los plazos descritos en este manual. El estado exige que primero agote (complete) el proceso de apelaciones de Anthem CCC Plus antes de poder presentar una solicitud de apelación a través del proceso de audiencia imparcial del estado. Si no respondemos a su solicitud de apelación de manera oportuna, DMAS considerará que se han agotado las instancias de apelación.

Pueden solicitarse audiencias imparciales del estado para impugnar determinaciones adversas sobre beneficios relacionadas con los servicios cubiertos de Medicaid. Usted no puede apelar ante DMAS las determinaciones adversas sobre beneficios relacionadas con los beneficios adicionales que brindamos y que no están cubiertos por Medicaid (consulte la sección 10 para obtener una lista de los beneficios adicionales).

Solicitudes de revisión estándar o acelerada

Para solicitudes estándar, las apelaciones se revisarán y DMAS le dará una respuesta generalmente dentro del plazo de 90 días desde la fecha en que presentó su apelación. Si desea que su audiencia imparcial del estado se maneje rápidamente, debe escribir “EXPEDITED REQUEST” (solicitud acelerada) en su solicitud de apelación. También debe pedirle a su doctor que envíe una carta a DMAS en la que explique por qué usted necesita una apelación acelerada. DMAS le informará si usted reúne los requisitos para una apelación acelerada dentro de un plazo de 72 horas desde la recepción de la carta de su doctor.

Representante autorizado

Puede darle a otra persona, como su PCP, un proveedor, un amigo o un familiar, un permiso escrito para que lo ayude con su solicitud de audiencia imparcial del estado. A esta persona se la conoce como su representante autorizado.

A dónde enviar la solicitud de audiencia imparcial del estado

Usted o su representante deben presentar su solicitud de apelación estándar o acelerada a DMAS enviándola por internet o correo postal, realizándola por teléfono o en persona, o a través de otros medios electrónicos comúnmente disponibles.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Envíe sus solicitudes de audiencia imparcial del estado a DMAS dentro de un plazo no mayor a 120 días calendario desde la fecha de nuestra decisión final. Es posible que pueda apelar después de la fecha límite de 120 días en circunstancias especiales, con el permiso de DMAS. Puede escribir una carta o llenar un formulario de solicitud de apelación de Virginia Medicaid. El formulario está disponible en su Department of Social Services local o en el sitio web de DMAS en www.dmas.virginia.gov/#/appealresources. También debe enviar a DMAS una copia de la carta que nosotros le enviamos en respuesta a su apelación. Debe firmar la solicitud de apelación y enviarla a:

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

Las apelaciones estándar y aceleradas también se pueden realizar llamando al (804) 371-8488.

Después de que solicita una audiencia imparcial del estado

DMAS le comunicará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias generalmente se pueden hacer por teléfono.

Plazos de las audiencias imparciales del estado

Apelación acelerada

Si reúne los requisitos para una apelación acelerada, DMAS le dará una respuesta a su apelación dentro de un plazo de 72 horas desde la recepción de la carta de su doctor. Si DMAS decide de manera inmediata que usted gana la apelación, le enviará dicha decisión dentro de un plazo de 72 horas desde la recepción de la carta de su doctor. Si DMAS no toma una decisión de manera inmediata, usted podrá participar en una audiencia para presentar su posición. Las audiencias para decisiones aceleradas generalmente se realizan dentro de un plazo de uno o dos días desde que DMAS recibe la carta de su doctor. DMAS tiene la obligación de darle una respuesta dentro de un plazo de 72 horas desde la recepción de la carta de su doctor.

Apelación estándar

Si su solicitud no es para una apelación acelerada o si DMAS decide que usted no reúne los requisitos para una apelación acelerada, DMAS generalmente le dará una respuesta dentro de un plazo de 90 días desde la fecha de presentación de la

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

apelación. Usted tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su posición antes de que se tome una decisión.

Continuación de beneficios

En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo servicios que le denegamos mientras aguarda la decisión de su apelación en la audiencia imparcial del estado. Es posible que, al solicitar una apelación, pueda continuar recibiendo los servicios cuya finalización o reducción ya está programada:

- Dentro de un plazo de diez días desde la fecha en la que se le informó que se rechazó su solicitud o que sus cuidados se modificarán.
- Antes de la fecha para la que se programó el cambio en los servicios.

Sus servicios continuarán hasta que retire la apelación, finalice el periodo de la autorización original para su servicio o el funcionario de la audiencia imparcial del estado emita una decisión desfavorable para usted. Es posible, sin embargo, que usted deba pagarnos cualquier servicio que reciba durante el periodo de cobertura continuada si nuestra determinación adversa sobre beneficios se ratifica y si los servicios solo se proporcionaron debido a los requisitos que se describen en esta sección.

Si en la audiencia imparcial del estado se revoca la denegación

Si los servicios no continuaron mientras la audiencia imparcial del estado estaba pendiente

Si la decisión que se toma en la audiencia imparcial del estado es la de revocar la denegación, debemos autorizar o proporcionar los servicios de la apelación tan pronto como su condición lo requiera y no más de 72 horas después de la fecha en la que recibamos la notificación de la revocación de la denegación por parte del estado.

Si los servicios continuaron mientras la audiencia imparcial del estado estaba pendiente

Si la decisión que se toma en la audiencia imparcial del estado es la de revocar la denegación y si se prestaron servicios mientras la apelación estaba pendiente, deberemos pagar por dichos servicios, de conformidad con las políticas y las normas estatales.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial del estado

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

Su derecho a presentar una queja

Haremos nuestro mayor esfuerzo para abordar sus inquietudes tan pronto como sea posible para su conveniencia. Según el tipo de inquietud que tenga, se manejará como una queja o como una apelación.

Plazos para las quejas

Puede presentar una queja ante nosotros en cualquier momento.

¿Por qué tipos de problemas se pueden presentar quejas?

El proceso de quejas se usa para problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación se describen algunos ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven mediante el proceso de quejas de Anthem CCC Plus.

Quejas sobre calidad

- No le satisface la calidad del cuidado que recibe, como el que obtiene en el hospital.

Quejas sobre privacidad

- Cree que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial o privada.

Quejas por servicio al cliente deficiente

- Un proveedor de cuidado de la salud o el personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Anthem CCC Plus lo trató mal.
- El personal de Anthem CCC Plus no está respondiendo a sus preguntas.
- No está conforme con la ayuda que está recibiendo de su coordinador de cuidados.

Quejas sobre accesibilidad

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

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- No se le proporcionaron las adaptaciones razonables solicitadas que necesitaba para participar de manera significativa en su cuidado.

Quejas sobre acceso a las comunicaciones

- Su doctor o proveedor no le ofrece un intérprete cualificado para personas sordas o con problemas auditivos o un intérprete de otro idioma durante su cita.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para programar una cita o los tiempos de espera para la cita son demasiado extensos.
- Ha esperado demasiado tiempo a los doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o a Servicios al Miembro u otro miembro del personal de Anthem CCC Plus.

Quejas sobre la limpieza

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

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Cree que no le enviamos una notificación o una carta que debería haber recibido.
- Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
- Solicitó ayuda para comprender la información y no la recibió.

Hay diferentes tipos de quejas

Puede presentar una queja interna y/o una externa. Un reclamo interno se presenta ante el plan Anthem HealthKeepers Plus, quien se encarga de revisarlo. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nosotros, entidad que también lo revisa.

Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al Miembro al número que aparece abajo. También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. Puede presentar una queja por escrito, enviándola por correo postal o por fax a:

HealthKeepers, Inc.
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
Fax: 1-800-359-5781

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para que podamos ayudarlo mejor, incluya detalles sobre de qué o de quién trata la queja y cualquier otra información sobre su queja. Revisaremos su queja y le solicitaremos cualquier información adicional. Puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece abajo si necesita ayuda para presentar una queja o si necesita asistencia en otro idioma o formato. Le comunicaremos el resultado de su queja dentro de un plazo razonable, que no deberá ser mayor a 90 días calendario desde la recepción de su queja. Si su queja está relacionada con su solicitud de una apelación acelerada, le responderemos dentro de un plazo de 24 horas desde la recepción de la queja.

Quejas externas

Puede presentar una queja a través de la CCC Plus Helpline.

Puede presentar una queja sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus a través de la CCC Plus Helpline. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608.

Puede presentar quejas ante la Oficina de Derechos Civiles.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services si cree que no lo han tratado de forma justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o ayuda con idiomas. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Puede contactar a la oficina local de la Oficina de Derechos Civiles en:

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

Puede presentar una queja a través de la Oficina de la Defensoría del Estado de Cuidados a Largo Plazo.

La Defensoría del Estado de Cuidados a Largo Plazo sirve como defensora de las personas mayores que reciben servicios de cuidado a largo plazo.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Los defensores locales proporcionan a los residentes mayores de Virginia y a sus familias información, defensa, asesoramiento sobre quejas y asistencia para la resolución de problemas relacionados con el cuidado.

El programa de Defensoría del Estado de Cuidados a Largo Plazo ofrece ayuda a personas que reciben servicios de cuidado a largo plazo, ya sea que el cuidado se proporcione en un centro de enfermería, en un centro de vida asistida, o a través de servicios basados en la comunidad para ayudar a las personas que aún viven en sus hogares. Un defensor de cuidados a largo plazo no trabaja para el centro, para el estado ni para el plan Anthem HealthKeepers Plus. Esto permite que sea imparcial y objetivo al resolver problemas e inquietudes.

El programa también representa los intereses de los consumidores de cuidados a largo plazo ante las agencias del gobierno estatal y federal y la Asamblea General.

La Defensoría del Estado de Cuidados a Largo Plazo puede ayudarle si tiene algún problema con el plan Anthem HealthKeepers Plus o con un centro de enfermería. La Defensoría del Estado de Cuidados a Largo Plazo no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos. Puede comunicarse con la Defensoría del Estado de Cuidados a Largo Plazo de cualquiera de las siguientes maneras:

Oficina de la Defensoría del Estado de Cuidados a Largo Plazo

1-800-552-5019 (Esta llamada es gratuita.)

1-800-464-9950 (Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.)

Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman
Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services
8004 Franklin Farms Drive
Henrico, Virginia 23229
804-662-9140
www.elderrightsva.org

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

16. Derechos de los miembros

Sus derechos

Tratarlo con respeto es parte de la política del plan Anthem HealthKeepers Plus. También nos importa mantener un alto nivel de confidencialidad respecto de su dignidad y privacidad. Como miembro de CCC Plus, tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir acceso oportuno al cuidado y los servicios.
- Participar en la toma de decisiones sobre sus cuidados de la salud, incluidos su derecho a elegir a sus proveedores de la red de proveedores de Anthem CCC Plus y su derecho a rechazar el tratamiento.
- Decidir recibir servicios y asistencia a largo plazo en su hogar o comunidad, o en un centro de enfermería.
- Confidencialidad y privacidad de sus registros médicos y cuando recibe tratamiento.
- Recibir y discutir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera apropiada y en un idioma que usted entienda independientemente del costo y de la cobertura del beneficio.
- Obtener información en un idioma que usted entienda. Puede recibir servicios de traducción oral sin cargo.
- Recibir adaptaciones razonables para garantizar un acceso efectivo a los proveedores y una comunicación efectiva con estos, incluidos soportes auxiliares, intérpretes, cronogramas flexibles, y edificios y servicios físicamente accesibles.
- Recibir la información necesaria para que usted pueda dar su consentimiento informado antes de comenzar un tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir una copia de sus expedientes médicos y pedir que estos se enmienden o corrijan.
- Participar en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Estar libre de restricciones o aislamiento a menos que un médico lo ordene en casos de riesgo de daño físico inminente a usted mismo o a otras personas, o cuando haya una necesidad médica específica. El aislamiento y las restricciones nunca se utilizarán como formas de coerción, disciplina, represalias o conveniencia.
- Recibir cuidado de manera culturalmente competente, sin hacer diferencias por discapacidad, sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil ni religión.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan Anthem CCC Plus, lo cual incluye cómo puede recibir beneficios de proveedores que están fuera de la red si dichos servicios no están disponibles en la red de Anthem CCC Plus.
- Presentar quejas sobre el plan Anthem HealthKeepers Plus ante el estado. Puede llamar a la CCC Plus Helpline al 1-844-374-9159 (TDD 1-800-817-6608) para presentar una queja sobre nosotros.
- Designar a alguien para que hable en su nombre acerca de sus cuidados y tratamiento, y para que lo represente en una apelación.
- Hacer directivas anticipadas y planes sobre sus cuidados en caso de que en el futuro no pueda tomar sus propias decisiones sobre su cuidado de la salud. Consulte la sección 17 de este manual para obtener información sobre las directivas anticipadas.
- Cambiar su plan de salud de CCC Plus una vez al año por cualquier motivo durante el periodo de inscripción abierta o cambiar de organización de cuidados administrados (MCO) por un motivo aprobado. Consulte la sección 2 de este manual, llame a la CCC Plus Helpline al 1-844-374-9159 (TDD 1-800-817-6608) o visite el sitio web cccplusva.com para obtener más información.
- Apelar cualquier determinación (decisión) adversa sobre beneficios realizada por el plan Anthem HealthKeepers Plus con la que usted no esté de acuerdo y que se relacione con la cobertura o el pago de servicios. Consulte **Su derecho a apelar** en la sección 15 de este manual.
- Presentar una queja acerca de cualquier inquietud que tenga con nuestro servicio de atención al cliente, con los servicios que haya recibido, o con los cuidados y tratamiento que haya recibido de algún proveedor de nuestra red. Consulte **Su derecho a presentar una queja** en la sección 15 de este manual.
- Recibir información de parte nuestra sobre nuestro plan, sus servicios cubiertos, los proveedores de nuestra red, y sus derechos y responsabilidades.
- Hacer recomendaciones respecto de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros, por ejemplo, formando parte de nuestro Comité Asesor de Miembros (según se describe más adelante en esta sección del manual).

Su derecho a estar seguro

Todo el mundo tiene el derecho a vivir una vida segura en el hogar o el entorno que elija. Todos los años, muchos adultos mayores y adultos jóvenes con alguna discapacidad son víctimas de maltrato por parte de familiares, cuidadores y otras personas responsables por su bienestar.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si usted o alguien que usted conoce está sufriendo abusos físicos o negligencia, o si un familiar u otra persona se está aprovechando económicamente de usted o de alguien que usted conoce, llame a su Department of Social Services local o al Department of Social Services de Virginia a su línea gratuita, disponible las 24 horas: 1-888-832-3858. Puede hacer la llamada en forma anónima; no está obligado a proporcionar su nombre. La llamada es gratuita.

En esta línea también pueden ponerlo en contacto con un trabajador social local que puede ayudarlo para que obtenga los tipos de servicios necesarios que garanticen su seguridad.

Su derecho a la confidencialidad

Solo divulgaremos información si lo permiten específicamente las leyes estatales y federales, o si es necesario para que los programas que revisan expedientes médicos puedan monitorear la calidad del cuidado, o luchar contra el fraude o el abuso.

El personal de Anthem CCC Plus le hará preguntas para confirmar su identidad antes de discutir o proporcionar cualquier información relacionada con su salud.

Si está recibiendo tratamiento por un trastorno de abuso de sustancias o una adicción, necesitamos su consentimiento escrito para lo siguiente:

- Divulgar cualquiera de los expedientes relacionados con su rehabilitación, incluso si son necesarios para su tratamiento.
- Ayudarlo a conseguir servicios de rehabilitación como parte de ARTS. Su doctor también puede enviarnos un consentimiento escrito si usted desea recibir ayuda para el abuso de sustancia a través de ARTS.

Su derecho a la privacidad

Puede consultar nuestra Notificación de prácticas de privacidad que se encuentra al final de este manual. Incluye una lista de todos sus derechos de privacidad y nuestras políticas.

Cómo unirse al Comité Asesor de Miembros

Nos gustaría que nos ayudara a mejorar nuestro plan de salud. Lo invitamos a unirse al Comité Asesor de Miembros. En el comité, podrá informarnos cómo podemos brindarle un mejor servicio. Al asistir a estas reuniones usted y su cuidador o familiar tendrán la oportunidad de ayudar a planificar reuniones y de conocer a otros miembros de la comunidad.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Estas reuniones educativas se realizan una vez cada tres meses. Si desea asistir o si desea obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus llamando a uno de los números que aparecen abajo.

Contamos con políticas de no discriminación

No se lo puede tratar de manera diferente por causa de su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, religión, sexo, estado civil, embarazo, parto, orientación sexual ni afecciones médicas.

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

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

Spanish

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

Korean

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

Vietnamese

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

Chinese

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

Arabic

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

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Bassa

HealthKeepers, Inc. Nyɔ bɛ̀è kpɔ̃ nyɔ̃n-dyù gbo-gmò -gmà bɛ̀ò dyi ké wa ní ge nyɔ̃n-dyù mú dyiìn dé bódó-dù nyɔ̀ò sò kɔ̃ ɛ́ mú, mɔɔ kà nyɔ̀ò dyɔ̀ò -kù nyu nìè kɛ́ mú, mɔɔ bódó bɛ́ nyɔ̀ò sò kɔ̃ ɛ́ mú, mɔɔ zɔ̃jĩ kà nyɔ̀ò dǎ nyue mú, mɔɔ nyɔ̀ò mɛ́ kó dyíe mú, mɔɔ nyɔ̀ò mɛ́ mò gàa, mɔɔ nyɔ̀ò mɛ́ mò màa kɛɛ́ mú.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

17. Responsabilidades de los miembros

Sus responsabilidades

Como miembro, también tiene algunas responsabilidades. Entre estas se incluyen las siguientes:

- Mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Anthem CCC Plus cuando solicite cuidados médicos.
- Proporcionar la información más completa y precisa posible sobre sus antecedentes de salud y médicos.
- Participar en las reuniones de su equipo de cuidados, desarrollar una comprensión de su estado de salud, y proporcionar comentarios para establecer objetivos de tratamiento acordados mutuamente en la medida de lo posible.
- Asistir a sus citas. Si debe cancelarlas, llame lo antes posible.
- Recibir todos los servicios cubiertos de la red de Anthem CCC Plus.
- Obtener autorización del plan Anthem HealthKeepers Plus antes de recibir servicios que requieran una revisión de autorización de servicios (consulte la sección 14).
- Comuníquese con Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus si tiene preguntas acerca de su membresía o si necesita asistencia, llamando a algunas de las líneas gratuitas que aparecen abajo.
- Avísenos cuando planea salir de la ciudad para que podamos organizar sus servicios.
- Utilizar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Llame a su PCP cuando necesite cuidados médicos, incluso si es fuera del horario de oficina.
- Avísenos si cree que es necesario modificar su plan de cuidados.
- Avísenos si tiene problemas con nuestro personal de cuidado de la salud. Llame a Servicios al Miembro a uno de los números que aparecen abajo.
- Llame a Servicios al Miembro a uno de los números de teléfono que aparecen abajo si ocurre alguna de las siguientes situaciones:
 - Si ha cambiado su nombre, dirección o número de teléfono. También informe sobre esto al trabajador de su caso de su Department of Social Services local.
 - Si ha habido cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o de accidentes laborales.
 - Si usted enfrenta una reclamación por responsabilidad, como una reclamación por un accidente automovilístico.
 - Si se va a internar en un centro de enfermería u hospital.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si ha habido cambios en su cuidador o en la persona que es responsable por usted.
- Si usted participa en un estudio de investigación clínica.

Directivas anticipadas

Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar las decisiones de cuidado de la salud por sí mismo. Puede llegar un momento en el que no pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud por sí mismo. Antes de que eso le ocurra, usted puede:

- Completar un formulario escrito para darle a alguien el derecho a tomar las decisiones de cuidado de la salud en su nombre si usted no puede hacerlo.
- Otorgarles a sus doctores instrucciones por escrito acerca de cómo desea que se maneje el cuidado de la salud en caso de no poder tomar decisiones por cuenta propia.

El documento legal que puede utilizar para dar indicaciones se denomina directiva anticipada. Una directiva anticipada solo entra en vigor si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de su salud por sí mismo. Cualquier persona de 18 años de edad o mayor puede completar una directiva anticipada. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y estas tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son el testamento en vida, el poder legal duradero para el cuidado de la salud y la directiva anticipada para las decisiones de cuidado de la salud.

Usted no tiene que hacer una directiva anticipada, pero puede hacerla si quiere. Esto es lo que hay que hacer:

Dónde conseguir el formulario de directivas anticipadas

Puede conseguir el formulario de directivas anticipadas de Virginia en www.virginiaadvancedirectives.org/the-virginia-hospital---healthcares-association--vhha--form.html.

También puede pedirle el formulario a su doctor, abogado, agencia de servicios legales o a su asistente social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicaid, como Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services (DARS) y la Asociación Nacional de Agencias Locales sobre Envejecimiento también pueden tener formularios de directiva anticipada.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Cómo completar el formulario de directivas anticipadas

Llénelo y fírmelo. El formulario es un documento legal. Considere solicitar los servicios de un abogado para que le ayude a prepararlo. Es posible que haya recursos legales gratuitos para ayudarlo.

Comparta la información con las personas que usted desee mantener informadas

Deles copias a las personas que necesiten saber acerca de ello. Debe darle una copia del testamento en vida, la directiva anticipada para cuidados o el poder legal a su doctor. También debe entregarle una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Quizá también quiera darles copias a sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si lo van a hospitalizar, y ha firmado una directiva anticipada, lleve al hospital una copia. El hospital le preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted. Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Podemos ayudarle a obtener o a entender documentos de directivas anticipadas

Su coordinador de cuidados puede ayudarle a entender o a obtener estos documentos. Estos no modifican su derecho a recibir beneficios de cuidado de la salud de calidad. Su único objetivo es informarles a otras personas lo que usted desea si no puede comunicarlo por sí mismo.

Recuerde, usted elige si desea completar una directiva anticipada o no. Puede revocar o modificar su directiva anticipada de cuidado o poder legal si cambian sus deseos sobre sus decisiones de cuidado de la salud o si cambia su representante autorizado.

Otros recursos

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

Puede almacenar su directiva anticipada en el Virginia Department of Health Advance Healthcare Directive Registry: <https://connectvirginia.org/adr/>.

Si no se respetan sus directivas anticipadas

Si firmó una directiva anticipada y cree que un doctor u hospital no siguió sus instrucciones, puede realizar una queja ante las siguientes organizaciones.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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

LLAME	Virginia Department of Health Professions: Línea telefónica gratuita: 1-800-533-1560 Teléfono local: 804-367-4691
ESCRIBA	Virginia Department of Health Professions Enforcement Division 9960 Mayland Drive, Suite 300 Henrico, Virginia 23233-1463
ENVÍE UN FAX	804-527-4424
ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO	enfcomplaints@dhp.virginia.gov
VISITE EL SITIO WEB	www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm

Para quejas sobre centros de enfermería, hospitales de cuidados de hospitalización y ambulatorios, centros para abortos, organizaciones de cuidados en el hogar, programas de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud (también conocidos como organizaciones de cuidados administrados) comuníquese con la Oficina de Acreditaciones y Certificaciones del Virginia Department of Health:

LLAME	Línea telefónica gratuita: 1-800-955-1819 Teléfono local: 804-367-2106
ESCRIBA	Virginia Department of Health Office of Licensure and Certification 9960 Mayland Drive, Suite 401 Henrico, Virginia 23233-1463
ENVÍE UN FAX	804-527-4503
ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO	OLC-Complaints@vdh.virginia.gov
VISITE EL SITIO WEB	www.vdh.virginia.gov/licensure-and-certification

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

18. Fraude, desperdicio y abuso

¿Qué son el fraude, el desperdicio y el abuso?

El fraude es un engaño o una tergiversación que una persona realiza con conocimiento de que tal engaño podría generar un beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona. Incluye cualquier acto que se considere fraude de conformidad con las leyes federales y estatales vigentes. El desperdicio incluye la sobreutilización, la infrautilización o el mal uso de los recursos. El desperdicio generalmente no es un acto intencional, pero sí genera gastos que no deberían haber ocurrido. Como resultado, se debe denunciar el desperdicio para que se puedan identificar y corregir los pagos inapropiados. El abuso incluye prácticas que no son congruentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas razonables y que pueden generar costos innecesarios para el programa de Medicaid, el pago de servicios que no son necesarios por motivos médicos o el incumplimiento de los estándares del cuidado de la salud reconocidos profesionalmente. Algunos tipos comunes de fraude, despilfarro y abuso en el cuidado de la salud son:

- Robo de identidad médica
- Facturación de artículos o servicios innecesarios
- Facturación de artículos o servicios no proporcionados
- Facturación con un código de un servicio o procedimiento más costoso que el que se proporcionó (conocido como aumento del código)
- Cobro por separado de servicios que generalmente se agrupan dentro de una única tarifa (desagregación)
- Artículos o servicios no cubiertos
- Cuando un doctor recibe una forma de pago por referir a un paciente a otro doctor. Estos pagos se denominan “comisiones ilegales.”

¿Cómo denuncio un fraude, desperdicio o abuso?

Si sospecha que otro miembro o un proveedor ha cometido un fraude, desperdicio o abuso, recopile la mayor cantidad de información posible y denúncielo. Puede denunciar sus inquietudes en forma directa llamándonos al 1-800-368-3580 o escribiendo a:

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

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si prefiere comunicar sus inquietudes sobre un fraude, desperdicio o abuso directamente al estado, puede hacerlo comunicándose con los contactos que aparecen a continuación.

Línea directa de fraudes del Department of Medical Assistance Services

Teléfono: 1-800-371-0824, 1-866-486-1971 o 1-804-786-1066

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

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

Fax: 1-804-786-3509

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

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

Teléfono: 1-800-723-1615

Fax: 804-371-0165

Correo electrónico: covhotline@osig.virginia.gov

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

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

19. Otros recursos importantes

Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services (DARS) brinda recursos y servicios de ayuda para el empleo, la calidad de vida, la seguridad y la independencia de los residentes mayores y discapacitados de Virginia y de sus familias.

1-800-552-5019 (TTY 1-800-464-9950)

Asociación Nacional de Agencias Locales sobre Envejecimiento

www.vaaaa.org

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

El Technology Assistance Program (TAP) proporciona equipos de telecomunicaciones a aquellos solicitantes que reúnan los requisitos y cuyas discapacidades no les permitan usar un teléfono estándar. Los especialistas de extensión de VDDHH también pueden proporcionar información y referidos para dispositivos de tecnología asistencial.

804-662-9502 (voz/TTY)

1-800-552-7917 (voz/TTY)

Fax: 804-662-9718

1602 Rolling Hills Drive, Suite 203

Richmond, VA 23229-5012

www.vddhh.org

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

20. Información para los miembros de Medicaid expansion

¿Qué lo hace elegible para ser miembro de Medicaid expansion?

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

- No es elegible para la cobertura de Medicare;
- No es elegible para la cobertura de Medicaid a través de un grupo con cobertura obligatoria (por ejemplo, si está embarazada o padece una discapacidad);
- Sus ingresos no exceden el 138 % del límite federal de pobreza (FPL); y
- Usted indicó en su solicitud que tiene necesidades médicas complejas.

Su Department of Social Services (DSS) local o la Unidad de Procesamiento Central de Cover Virginia es el que determina la elegibilidad para recibir Medicaid. Comuníquese con el trabajador de elegibilidad de su DSS local o llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282 o TDD: 1 888 221 1590 si tiene preguntas sobre la elegibilidad de Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar Cover Virginia en www.coverva.org.

Inscripción de los miembros de Medicaid expansion

Dentro de los primeros tres meses de su inscripción en el plan Anthem HealthKeepers Plus, un representante del plan de salud se pondrá en contacto con usted o con su representante autorizado por teléfono, por correo o personalmente para hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus necesidades sociales. Si no cumple con el criterio de la necesidad médica compleja, puede transferirse de CCC Plus al programa Medicaid Managed Care Medallion 4.0. Si no podemos comunicarnos con usted, o si se niega a participar de la evaluación de salud entera, puede transferirse al programa Medallion. Usted permanecerá en el plan Anthem HealthKeepers Plus sin importar en qué programa se encuentre. Si prefiere cambiar el plan de salud, puede hacerlo dentro de los primeros 90 días de su inscripción en el programa Medallion 4.0. Para obtener más información sobre la evaluación de salud, consulte la sección 4.

Si no cumple con los criterios de necesidad médica compleja y usted no está de acuerdo, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros. Consulte la sección Su derecho a presentar una queja para obtener más detalles.

Puede cambiar de plan de salud durante los primeros 90 días desde su inscripción al programa CCC Plus por cualquier motivo. También puede cambiar de plan de salud una vez al año durante el periodo de inscripción abierta por cualquier motivo.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

La inscripción abierta ocurre todos los años entre el 1.º de noviembre y el 18 de diciembre, y la fecha de inicio de la cobertura es el 1 de enero. Recibirá una carta de DMAS durante la inscripción abierta con más información.

También puede solicitar cambiar su plan de salud en cualquier momento por un “motivo justificado”, que puede incluir alguno de los siguientes:

- Se muda fuera del área de servicio del plan de salud.
- Necesita que se le brinden varios servicios al mismo tiempo pero no tiene acceso a estos dentro de la red del plan de salud.
- Su residencia o empleo se verían afectados porque su proveedor de servicios de apoyo residencial, institucional o laboral, que antes era proveedor dentro de la red, pasa a ser un proveedor fuera de la red.
- Otras razones determinadas por DMAS, incluida la mala calidad del cuidado y la falta de acceso a los proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluidos los cuidados especializados.
- No cumple con los criterios de necesidad médica compleja y se transfiere al programa Medallion 4.0 Medicaid Managed Care.

La CCC Plus Helpline maneja las solicitudes por “motivo justificado” y puede responder todas las preguntas que pueda tener. Comuníquese con la CCC Plus Helpline al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio web cccplusva.com.

Beneficios y servicios de Medicaid expansion

Como miembro de Medicaid expansion, tiene diversos beneficios y servicios de cuidado de la salud disponibles. Recibirá la mayoría de sus servicios a través de nosotros, pero es posible que reciba algunos a través de DMAS o de un contratista de DMAS.

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

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Si es un miembro elegible para recibir Medicaid expansion, además de los servicios indicados anteriormente (con la misma cantidad, duración y alcance que el resto de los miembros del programa CCC Plus), usted también recibirá los siguientes cuatro beneficios de salud adicionales:

- Exámenes de bienestar anuales para adultos
- Asesoramiento para dejar de fumar individual y grupal
- Asesoramiento nutricional si le diagnostican obesidad o enfermedades crónicas
- Vacunas o inmunizaciones recomendadas para adultos

También le alentaremos a adoptar un rol activo en su salud. Para obtener más información, consulte la sección Healthy Rewards, más abajo.

Si visita la sala de emergencias con frecuencia, nos comunicaremos con usted para ayudarle a satisfacer sus necesidades. Es posible que tenga la oportunidad de satisfacer sus necesidades fuera de la sala de emergencias, como en consultorios médicos y clínicas.

El plan Anthem HealthKeepers Plus también podría comunicarle las muchas oportunidades de las que dispone para recibir asistencia en relación con capacitación profesional, educación e inserción laboral para ayudarle a encontrar la situación laboral ideal para usted.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

21. Programa Healthy Rewards

El programa Healthy Rewards lo premia por tomar buenas decisiones en torno a su salud. Puede ganar **hasta \$25** por vacunarse contra la influenza o ir a un chequeo, por ejemplo. Es así de simple. Inscríbese ahora y comience a ganar dinero cada vez que complete una de las actividades saludables que califiquen.

Puede usar el dinero de Healthy Rewards en las tiendas aprobadas cercanas, como CVS, Dollar General, Family Dollar, Rite Aid, Walgreens y Walmart. Puede comprar una variedad de productos de salud y bienestar, como medicamentos para resfriados o alergias, artículos para el cuidado de bebés y mucho más. Consulte la lista a continuación y vea qué actividades saludables puede hacer:

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensa	Límite
Visita de bienestar para adultos	Miembros de 18 a 75 años	\$15	Una vez cada 12 meses
Examen de detección de cáncer colorrectal	Miembros de 50 a 75 años	\$25	Una vez cada 24 meses
Vacuna contra la influenza	Miembros de 18 a 64 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Examen de detección de cáncer de mama	Miembros de 50 a 74 años	\$25	Una vez cada 24 meses
Examen de detección de cáncer de cuello uterino	Miembros de 21 a 64 años	\$15	Una vez cada 36 meses
Examen de detección de clamidia	Miembros de 16 a 24 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Visitas de bienestar para niños	Miembros de 0 a 10 años	\$25	Una vez cada 12 meses
Combinación de 3 vacunas infantiles	Miembros de 0 a 2 años	\$20	Una vez cada 12 meses
Examen de detección de plomo	Miembros de 0 a 2 años	\$10	Una vez cada 24 meses
Visitas de bienestar para adolescentes	Miembros de 10 a 17 años	\$25	Una vez cada 12 meses
Vacunas para adolescentes	Miembros de 10 a 13 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	Miembros de 9 a 13 años	\$10	Una vez cada 36 meses

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Evaluación después del alta de la sala de emergencias	Todas las edades	\$25	Dos veces cada 12 meses
Finalización de ICP (administración de casos)	Todas las edades	\$20	Una vez cada 12 meses
Seguimiento de 7 días tras una hospitalización relacionada con la salud conductual	Miembros de 6 años o mayores	\$25	Dos veces cada 12 meses
Resurtido de medicamento para la hipertensión arterial	Miembros de 18 a 85 años	\$10	Tres veces cada 12 meses
Prueba de Alc para diabéticos	Miembros de 18 a 75 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Examen de la vista para diabéticos	Miembros de 18 a 75 años	\$30	Una vez cada 12 meses
Examen de nefropatía diabética	Miembros de 18 a 75 años	\$10	Una vez cada 12 meses
Inscripción al programa Healthy Rewards	Todas las edades	\$5	Una vez

Para obtener más información sobre nuestro programa Healthy Rewards y para inscribirse, llame al 1-877-868-2004 (TTY 711) o visite la página **mss.anthem.com/healthyrewards**.

Para ganar recompensas, debe inscribirse en el programa antes de completar las actividades saludables.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

22. Términos importantes usados en este manual y sus definiciones

- **Actividades de la vida cotidiana:** Las cosas que las personas hacen un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.
- **Afección médica de emergencia:** Una emergencia significa que su vida corre riesgo o que podría sufrir un daño permanente (una discapacidad) si no recibe cuidados de inmediato. Si está embarazada, podría significar un daño a su salud o a la de su bebé no nacido.
- **Apelación:** Una de las formas que tiene para impugnar la determinación adversa sobre beneficios del plan Anthem HealthKeepers Plus (como una denegación o una reducción de beneficios) si cree que hemos cometido un error. Puede solicitar que modifiquemos una decisión de cobertura mediante la presentación una apelación.
- **Área de servicios:** Un área geográfica donde un plan de salud tiene permiso para operar. Por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia).
- **Asistente para servicios de salud en el hogar:** Una persona que brinda servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, utilizar el baño, vestirse o realizar los ejercicios que le indicaron). Estos asistentes no tienen autorización para brindar servicios de enfermería ni terapia.
- **Audiencia imparcial:** Consulte audiencia imparcial del estado. El proceso mediante el cual usted apela ante el estado una decisión que nosotros tomamos y que usted considera errónea.
- **Autorización de servicios:** También conocido como autorización previa. Aprobación necesaria antes de que pueda obtener ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su doctor u otro proveedor de la red recibe autorización del plan Anthem HealthKeepers Plus.
- **CCC Plus Helpline:** Un agente de inscripciones que tiene un contrato con DMAS para realizar asesoramiento sobre las opciones y actividades de inscripción.
- **Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS):** La agencia federal a cargo de los programas de Medicare and Medicaid.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Centro de enfermería: Un centro de cuidados médicos en donde se brinda cuidado a las personas que no pueden obtenerlo en sus hogares pero que no necesitan estar en el hospital. Se deben cumplir ciertos criterios específicos para vivir en un centro de enfermería.
- Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros relacionados.
- Cobertura de medicamentos recetados: Los medicamentos recetados o medicamentos cubiertos (pagados) por su plan. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.
- Coordinador de cuidados: Una persona principal de nuestro plan que trabaja con usted y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.
- Coordinación de los cuidados: Un proceso individualizado centrado en la persona que le ayuda a obtener acceso a los servicios necesarios. El coordinador de cuidados trabajará con usted, sus familiares (si corresponde), sus proveedores y cualquier otra persona involucrada en su cuidado para asegurarse de que reciba los servicios y la asistencia que necesite.
- Copago: Consulte la definición de costo compartido.
- Coseguro: Consulte la definición de costo compartido.
- Costo compartido: Los costos que los miembros quizás deban pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. Este término generalmente incluye los deducibles, el coseguro y los copagos, u otros cargos similares. Consulte también la definición de pago del paciente.
- Cuidado de enfermería especializada: Cuidado o tratamiento que solo pueden brindar enfermeros autorizados. Algunos ejemplos de enfermería especializada incluyen el vendaje de heridas complejas, la rehabilitación, la alimentación por sonda o un estado de salud que cambia muy rápido.
- Cuidado de la salud en el hogar: Servicios de cuidado de la salud que una persona recibe en el hogar, incluido el cuidado de enfermería, los servicios de un asistente para servicios de salud en el hogar y otros tipos de servicios.
- Cuidado en sala de emergencias: Una sala de hospital con personal y equipos para el tratamiento de personas que requieren cuidados y/o servicios médicos inmediatos.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios: Cuidado o tratamiento que no requiere una internación en un hospital.
- Cuidado necesario de forma urgente (cuidado urgente): El cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentinas que no ponen en riesgo la vida pero que necesitan cuidado rápido. Puede recibir cuidado necesario de forma urgente de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentren disponibles o no pueda comunicarse con ellos.
- Decisión sobre cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- Defensoría: Una oficina en su estado que le ayuda si tiene problemas con el plan Anthem HealthKeepers Plus o con sus servicios. Los servicios de la defensoría son gratuitos.
- Dentro de la red: “Proveedor” es el término general utilizado para referirse a doctores, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, equipo médico, y servicios y asistencia a largo plazo. Estos tienen licencias o están certificados por Medicaid y por el estado para brindar servicios de cuidado de la salud. Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan de Anthem CCC Plus y aceptan nuestros pagos sin cobrarles a nuestros miembros un monto adicional. Mientras sea miembro del plan Anthem CCC Plus, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se llaman “proveedores del plan.”
- Determinación adversa sobre beneficios: Cualquier decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto menor al solicitado.
- Equipo de cuidados: Un equipo de cuidados puede incluir doctores, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a recibir el cuidado que necesita. Su equipo de cuidados también lo ayudará a desarrollar un plan de cuidados.
- Equipo médico duradero: Algunos artículos que su doctor solicita para que use en su hogar. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas o camas hospitalarias.
- Especialista: Un doctor que brinda cuidado de la salud para una enfermedad, discapacidad o parte del cuerpo específica.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Evaluación de riesgos para la salud: Una revisión del historial médico de un paciente y su estado actual. Se usa para saber cómo se encuentra la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.
- Facturación del saldo: Una situación en la que un proveedor (como un doctor o un hospital) le factura a una persona más que el monto del costo compartido de Anthem CCC Plus por los servicios. No les permitimos a los proveedores que le cobren el monto de la "facturación del saldo." Llame a Servicios al Miembro si recibió alguna factura que no comprende.
- Farmacia de la red: Una farmacia que ha acordado surtir las recetas para miembros de Anthem CCC Plus. Las llamamos "farmacias de la red" debido a que aceptaron trabajar con nosotros. En la mayoría de los casos, las recetas se cubren únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.
- Hospitalización: El acto de internar a una persona en un hospital como paciente.
- Inscrito de Medicare-Medicaid: Una persona que califica para cobertura de Medicare y Medicaid. Un inscrito en Medicare-Medicaid también se denomina un "beneficiario con doble elegibilidad."
- Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos): Una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan Anthem CCC Plus. Los medicamentos de la lista de medicamentos de Anthem CCC Plus son seleccionados con la ayuda de doctores y farmacéuticos. En la lista de medicamentos también se le informa si hay algunas reglas que debe seguir para obtenerlos. La lista de medicamentos a veces se denomina "formulario."
- Medicaid (o Asistencia médica): Un programa del gobierno federal y estatal que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y aparatos de apoyo de largo plazo y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos extra que no cubre Medicare. La mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Medicamento de marca: Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la empresa que originalmente lo fabricó. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas de medicamentos.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- **Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para usarse en vez de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Generalmente, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.
- **Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para describir todos los medicamentos recetados cubiertos por su plan Anthem CCC Plus.
- **Medicamentos recetados:** Un medicamento o droga que, por ley, se puede obtener únicamente a través de una receta médica.
- **Medicare:** El programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).
- **Medicare Part A:** El programa de Medicare que cubre la mayor parte del cuidado hospitalario, en centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y de hospicio necesario por motivos médicos.
- **Medicare Part B:** El programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas al doctor) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios por motivos médicos para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.
- **Medicare Part C:** El programa de Medicare que permite a las empresas de seguros de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de Medicare Advantage Plan.
- **Medicare Part D:** El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa “Part D.”) Part D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por Medicare Part A o Part B, o Medicaid.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- **Médico de cuidado primario (PCP):** Su médico de cuidado primario (también llamado proveedor de cuidado primario) es el doctor que atiende todas sus necesidades de cuidado de la salud. Es responsable de proporcionar, programar y coordinar todos los aspectos de su cuidado de la salud. En general, es la primera persona a la que debe acudir si necesita cuidado de la salud. Su PCP generalmente es un médico de familia, internista o pediatra. Tener un PCP le ayuda a asegurarse de que el cuidado de la salud adecuado esté disponible cuando lo necesite.
- **Modelo de cuidado:** Una manera de proporcionar cuidados de alta calidad. El modelo de cuidado de CCC Plus incluye coordinación de los cuidados y un equipo de proveedores cualificados que trabajan junto con usted para mejorar su salud y su calidad de vida.
- **Necesario por motivos médicos:** Esto describe los servicios que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que le ayudarían a evitar la hospitalización o la internación en un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o que son necesarios de conformidad con las normas de cobertura vigentes de Virginia Medicaid.
- **Pago del paciente:** El monto que es posible que deba pagar por los servicios de cuidado a largo plazo sobre la base de sus ingresos. El Department of Social Services (DSS) debe calcular el monto correspondiente a su pago del paciente si vive en un centro de enfermería o si recibe servicios de exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar parte de su cuidado. El DSS les comunicará a usted y al plan Anthem HealthKeepers Plus si le corresponde un pago del paciente, incluido el monto de dicho pago (de haberlo).
- **Plan:** Una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle el cuidado que necesita.
- **Plan de cuidados:** Un plan sobre los servicios de salud y asistencia que recibirá y cómo los recibirá.
- **Plan de salud:** Una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle el cuidado que necesita.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- **Prima:** Un pago mensual que recibe el plan de salud para brindarle su cobertura de cuidado de la salud.
- **Prótesis y órtesis:** Son dispositivos médicos ordenados por su doctor u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, férulas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo interna o función.
- **Proveedor:** Una persona autorizada para proporcionarle servicios o cuidado de la salud. Muchos tipos de proveedores participan en el plan Anthem CCC Plus, incluidos doctores, enfermeros, proveedores de cuidado de la salud del comportamiento y especialistas.
- **Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** Un proveedor o centro que no es empleado por el plan Anthem HealthKeepers Plus no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a miembros de Anthem CCC Plus.
- **Proveedor no participante:** Un proveedor o centro que no es empleado por el plan Anthem CCC Plus, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a miembros del plan Anthem CCC Plus.
- **Proveedor participante:** Proveedores, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, equipo médico, y servicios y asistencia a largo plazo, y que tienen contrato con el plan Anthem HealthKeepers Plus. Los proveedores participantes también se denominan “proveedores de la red” o “proveedores del plan.”
- **Queja:** Un reclamo que presenta sobre nosotros o uno de nuestros prestadores o farmacias de la red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su cuidado.
- **Referido:** En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de Anthem CCC Plus. Esto se conoce como un referido.
- **Seguro médico:** Tipo de cobertura de seguro que paga por sus gastos de salud, médicos y quirúrgicos.
- **Servicios al Miembro:** Un departamento de Anthem CCC Plus que es responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- **Servicios cubiertos:** El término general que usamos para describir todo el cuidado de la salud, los servicios y asistencia a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por su plan Anthem CCC Plus.
- **Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y Part B.
- **Servicios de emergencia:** Servicios proporcionados en una sala de emergencias por un proveedor capacitado para tratar una emergencia de salud médica o del comportamiento.
- **Servicios de enfermería privada:** Servicios de enfermería especializada en el hogar brindados por un RN autorizado o por un LPN bajo la supervisión de un RN a miembros que tienen afecciones médicas graves o necesidades complejas de cuidado de la salud.
- **Servicios de hospicio:** Un programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas con pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal quiere decir que una persona tiene una enfermedad terminal y se prevé que le quedan seis meses de vida o menos. Un inscrito que tiene un diagnóstico terminal tiene derecho a elegir hospicio. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores le brindan un cuidado integral a la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- **Servicios excluidos:** Servicios que no están cubiertos como parte del beneficio de Medicaid.
- **Servicios médicos:** Cuidados que le proporciona una persona con licencia de conformidad con las leyes estatales para ejercer la medicina, la cirugía o el cuidado de la salud del comportamiento.
- **Servicios y asistencia a largo plazo (LTSS):** Una variedad de servicios y asistencia que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia, mejorar su calidad de vida y mantener la máxima independencia. Algunos ejemplos incluyen servicios de asistencia personal, como ayuda para bañarse, vestirse, ir al baño, comer y otras actividades básicas de la vida diaria y del cuidado personal, además de asistencia con ciertas tareas de la vida diaria, como lavar ropa, hacer compras o usar transporte. Los LTSS se brindan durante un periodo prolongado, generalmente en hogares y comunidades, pero también en centros de enfermería. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que dirigirse a un centro de enfermería u hospital.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

- Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios y dispositivos que lo ayudan a conservar, aprender o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida cotidiana.
- Servicios y dispositivos de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión u operación importante.
- Tarifa por servicio: El término general usado para describir los servicios de Medicaid cubiertos por el Department of Medical Assistance Services (DMAS).
- Transporte médico de emergencia: Su estado es tan grave que no puede ir al hospital por ningún otro medio excepto llamando al 911 para pedir una ambulancia.

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus

LLAME	1-855-323-4687 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ENVÍE UN FAX	1-800-359-5781.
ESCRIBA	HealthKeepers, Inc. P.O. Box 27401 Mail Drop VA2002-N500 Richmond, VA 23279 Envíenos un mensaje iniciando sesión en su cuenta segura, en nuestro sitio web, que aparece abajo.
VISITE EL SITIO WEB	www.anthem.com/vamedicaid

Servicios al Miembro de Anthem CCC Plus: 1-855-323-4687 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha efectiva original de esta notificación fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra al final de esta notificación.

Lea con atención esta notificación. Esta le informa quién puede ver su Información médica protegida (PHI). Le dice cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Le dice cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le dice qué derechos tiene para ver y cambiar su información.

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

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

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

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos
 - Destruimos el papel con información médica de modo que otros no puedan tener acceso a ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
 - Usamos programas especiales para proteger nuestros sistemas
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, doctores o el estado, nosotros:

- Hacemos reglas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
- Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las reglas

¿Cuándo está bien para nosotros usar y compartir su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda a o paga su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su aprobación:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a los doctores, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita
- **Para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento**
 - Para compartir información con los doctores, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado de la salud o servicios antes de que se los brinden
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, al igual que dar su PHI a mercados de información médica para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite www.anthem.com/vamedicaid para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de la salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su cuidado**
 - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su aprobación por escrito antes que usemos o compartamos su PHI para toda cosa, salvo para su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su aprobación por escrito antes que compartamos notas de psicoterapia de su doctor sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su aprobación escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su aprobación. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

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

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

¿Cuáles son sus derechos?

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de ésta. Aunque, nosotros no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su doctor o la clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a diferentes direcciones de las que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos en todo momento durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a cuidado de la salud, pago, actividades diarias de cuidado de la salud o algunas otras razones que no listamos aquí.
- Puede pedirnos una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si pidió esta por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su doctor que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

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

Podemos ponernos en contacto con usted

Nosotros, junto con nuestros socios y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley estadounidense de protección al usuario de servicios telefónicos (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si desea que no lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio.

También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de "No llamar". **¿Qué pasa si tiene preguntas?**

Si tiene preguntas sobre nuestras reglas de privacidad o desea usar sus derechos, llame al 1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS) o 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

¿Qué pasa si tiene un reclamo?

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios al Miembro o contactarse con el Department of Health and Human Services. No pasará nada malo si usted reclama.

Escriba o llame al Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

150 S. Independence Mall West

Suite 372, Public Ledger Building

Philadelphia, PA 19106-9111

Teléfono: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697

Fax: 1-215-861-4431

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También las publicamos en la web en www.anthem.com/vamedicaid.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia de Medicaid del estado y el Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información según lo descrito en esta notificación.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita
- Crear programas para mejorar resultados de salud
- Desarrollar y enviar información de educación sobre la salud
- Informar a los doctores acerca de sus necesidades de idioma
- Proporcionar servicios de traductor

No usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar beneficios
- Divulgar información a usuarios no aprobados

Su información personal

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

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud
 - Hábitos
 - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Doctores
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Call toll free for translation or oral interpretation at no cost/Llame a la línea gratuita para servicios de traducción o interpretación sin cargo: 1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

www.anthem.com/vamedicaid

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

Revisada el 11 de enero de 2018

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

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

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

Comunicarnos con usted es importante

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

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

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

Sus derechos

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

HealthKeepers, Inc. for Anthem HealthKeepers Plus

Attention: Civil Rights Coordinator for Discrimination Complaints

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23464

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

Fax: 1-855-832-7294

Correo electrónico: grievancesandappeals-hkp@anthem.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

1-855-323-4687 (TTY 711)

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