



Actualización del Manual del Afiliado 2024

Estas actualizaciones afectan las páginas y secciones señaladas a continuación.

Beneficios mejorados de oftalmología (solo para HIP Plus y HIP State Plus) (páginas 28 y 36): *NUEVO* Como parte de nuestros beneficios de oftalmología, actualmente ofrecemos un revestimiento que protege los anteojos contra rayones y reflejos.

Transporte (HIP y HHW) (página 42): Los afiliados pueden obtener transporte para visitas con cobertura. Esto significa que puede disponer de transporte para regresar a casa desde el hospital, transporte para recibir atención de urgencia o transporte para ver a un médico rápidamente. No hay límites en la cantidad de viajes que puede obtener para estas visitas.

Pueden aplicarse límites a los beneficios mejorados (páginas 55, 62, 63 y 65): Ofrecemos apoyo con los costos en algunos casos. Pueden aplicarse límites al apoyo que podemos brindar en estos casos:

- Programa de asistencia para afiliados de Administración de la atención (HIP y HHW), hasta \$200 (página 55)
- Costos de eliminación de antecedentes penales (Solo para HIP) de hasta \$500 (página 62)
- Restablecimiento de la licencia de conducir (beneficio para HIP y HHW) de hasta \$500 (página 63)
- Asistencia para afiliados a CareSource JobConnect™ (HIP y HHW) de hasta \$500 (página 65)

Pueden aplicarse límites en todos estos casos.

Healthy Indiana Plan (HIP)
Hoosier Healthwise (HHW)

Manual del Afiliado 2024


CareSource[®]







Bienvenido a CareSource

Estamos entusiasmados por atenderlos a usted y otros afiliados a Hoosier Healthwise (HHW) y Healthy Indiana Plan (HIP) en el estado de Indiana.

En CareSource, nuestra misión es promover un cambio duradero en las vidas de nuestros afiliados, mejorando su salud y bienestar. Somos conscientes de que el ritmo de vida puede volverse ajetreado. Nuestra intención es simplificarle las cosas mientras inicia su camino hacia una buena salud a nuestro lado. Creemos que usted merece más que una atención médica de alta calidad. Usted se merece una atención médica desde el corazón (Health Care With Heart)[®].

Revise este manual con detenimiento. Téngalo a mano para poder consultarlo más adelante. Puede usar este manual para:

- Ver herramientas a su disposición, como, por ejemplo:
 - **CareSource.com**
 - **MyCareSource.com**
 - La aplicación móvil de CareSource
- Informarse sobre cómo y dónde recibir atención.
- Ver sus beneficios cubiertos, servicios y recompensas.
- Encontrar información sobre farmacias y medicamentos.
- Obtenga información acerca de CareSource Life Services[®] y CareSource JobConnect[™]
- Comprender sus derechos y responsabilidades como afiliado, y cómo mantenemos su información confidencial.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).



PÓNGASE EN CONTACTO CON NOSOTROS

Servicios para Afiliados

Teléfono:	1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 o 711) <i>de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.</i>
Dirección de correo postal:	P.O. Box 8738 Dayton, Ohio, 45401-8738
En línea:	CareSource.com MyCareSource.com <i>Esta es una cuenta privada en línea donde podrá chatear con Servicios para Afiliados.</i>

Línea de asesoría en enfermería CareSource24®

1-844-206-5947 (TTY: 1-800-743-3333 o 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año (incluidos los días festivos obligatorios)

Servicios de transporte de CareSource

1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 o 711)

Horarios de atención

El horario de atención de CareSource es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

CareSource permanecerá cerrado:

- Día de Año Nuevo: 1.º de enero de 2024
- Día de Martin Luther King Jr.: 15 de enero de 2024
- Día de los Caídos (Memorial Day): 27 de mayo de 2024
- Día de la Independencia: 4 de julio de 2024
- Día del Trabajo: 2 de septiembre de 2024
- Día de Acción de Gracias: 28 y 29 de noviembre de 2024
- Nochebuena: 24 de diciembre de 2024
- Navidad: 25 de diciembre de 2024



Adaptaciones

¿Existe algún afiliado a CareSource en su familia que:

- no habla inglés?
- tenga dificultades visuales o auditivas?
- tiene problemas para leer o hablar en inglés?

Podemos ayudarle. Contamos con personal de habla hispana y birmana. Le conseguiremos intérpretes de idiomas y de lenguaje de señas. Podemos revisar esta información en español o en su idioma primario. Los intérpretes pueden ayudar a los afiliados a comunicarse con nosotros o con su proveedor de atención médica. Ellos le ayudarán con una queja o una apelación. Una queja o una apelación se producen cuando usted no está conforme con una decisión, como una denegación de cobertura. Los intérpretes pueden ayudarle por teléfono o en persona en una visita de atención médica. Puede obtener este manual en otros formatos de manera gratuita. Estos formatos incluyen letra grande, braille o audio. También puede obtener de forma gratuita otros documentos importantes en otros formatos, como:

- Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)
- Directorio de Proveedores

Este es un servicio gratuito. Estos formatos incluyen letra grande, braille o audio.

Llame a Servicios para Afiliados cinco días hábiles antes de la cita con su proveedor de atención médica para pedir un intérprete de lenguaje de señas. Llámenos tres días hábiles antes de la visita si necesita intérpretes de otros idiomas. Cualquiera de estos servicios de interpretación se podrá obtener sin costo.

Llámenos gratis al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) para pedir un intérprete, hablar con personal de habla hispana o birmana, o solicitar material en otros formatos. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

NO ESTÁ SOLO.

¿Usted, o alguien que conoce, atraviesa un momento de crisis?

Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a terceros, pida ayuda. Todas las llamadas son confidenciales.

988 Línea de Prevención del Suicidio y para Crisis– 9-8-8

¿ESTÁ LUCHANDO CON UN TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS?

Si usted, o un ser querido, es adicto a las drogas o al alcohol, hay ayuda disponible. Empiece hoy su camino hacia la recuperación.

Línea directa para trastornos por consumo de sustancias de CareSource: **1-833-OPIOIDS (674-6437)**



Índice

Contáctenos..... 2

Servicios para Afiliados	2
Línea de asesoría en enfermería CareSource24 2	
Servicios de transporte de CareSource	2
Horarios de atención	2
Adaptaciones.....	3

Comenzar 6

Revise su(s) tarjeta(s) de identificación de CareSource.....	6
Proveedores de atención médica y su plan de atención	7
Asegúrese de que sus medicamentos con receta estén incluidos en la Lista de medicamentos preferidos de CareSource.....	7
Cree su cuenta My CareSource	8
Descargue la aplicación móvil de CareSource..	8
Complete su Evaluación de necesidades de salud (Health Needs Screening, HNS) y reciba una tarjeta de regalo de \$30 de Walmart®.....	8

Su proveedor médico principal (PMP)..... 10

Proveedor dental primario (PDP)/Hogar dental 11

Dónde obtener atención 12

Su proveedor médico principal (PMP).....	12
Telesalud.....	12
Clínica de atención conveniente	13
Atención de urgencia.....	13
Sala de emergencias (ER).....	14
Atención de seguimiento (también llamada “atención médica posterior a la estabilización”)	14

Aproveche su plan al máximo mediante estas herramientas..... 15

Sitio web de CareSource.....	15
Servicios para Afiliados	16
Línea de asesoría en enfermería CareSource24	16
Línea de crisis de salud mental	16

Aplicación móvil de CareSource	17
--------------------------------------	----

Beneficios de los afiliados..... 18

Encontrar un médico	19
Explicación de los beneficios	19

Autorización previa 20

Servicios fuera de la red	20
Continuidad de la atención	21
Servicios de autoderivación	21

Hoosier Healthwise (HHW) 22

Paquetes de beneficios de HHW	22
Resumen de beneficios de HHW	22

Healthy Indiana Plan (HIP) 27

Paquetes de beneficios de HIP	27
Resumen de beneficios de HIP	28

Servicios sin cobertura 35

Servicios de salud mental y por consumo de sustancias 35

Línea directa de ayuda por consumo de sustancias de CareSource	35
Servicios de tratamiento residencial para (SUD)	36
myStrength	36
BeMe Health: aplicación de salud mental para adolescentes de HHW	37
Servicios de terapias y rehabilitación	38

Transporte (viajes) 39

Política de transporte	40
No presentarse	40

Incentivos y recompensas..... 41

Babies First®	41
Kids First.....	42
Recompensas MyHealth para adultos	43
Resumen de recompensas por actividades de bienestar y preventivas de MyHealth* 2024....	44

Farmacia/Medicamentos con receta..... 48

Lista de medicamentos preferidos (PDL)	48
Terapia escalonada.....	48



Sustitución por medicamento genérico	49	¿Cómo ayuda CareSource a los afiliados dejen de consumir tabaco?.....	63
Programa de gestión de terapia de medicamentos (MTM).....	49	Recompensas por dejar de consumir tabaco .	64
Autorización previa para medicamentos con receta.....	49	Elegibilidad e inscripción.....	65
Excepciones a la autorización previa	49	Cómo cambiar de planes de atención médica	65
Desecho de medicamentos	50	Cambio de plan con causa (HIP)/Causa justa (HHW)	65
Administración de la atención.....	51	Aviso para indígenas estadounidenses/nativos de Alaska	66
Afecciones con las que puede ayudarle la Administración de la atención	51	Otro seguro.....	66
Coordinación de la atención.....	51	Atención de emergencia o urgencia fuera de nuestra área de servicio	67
Programa de promesas de embarazo de Indiana	52	Derechos y responsabilidades del afiliado	68
Programa Right Choices (RCP)	52	Sus derechos de afiliación	68
Administración de la atención de alto riesgo ..	52	Responsabilidades de los afiliados	69
Transiciones en la atención	52	Gestión de uso.....	70
Programa de asistencia al afiliado de Administración de la atención	52	Revisión de nuevas tecnologías	71
Manejo de enfermedades.....	53	Consulta, queja y apelaciones	72
Personas dependientes con necesidades médicas especiales y beneficios del plan HIP	53	Prácticas de privacidad	79
Atención preventiva: niños y adultos.....	53	Consentimiento del afiliado/Formulario de autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA).....	84
Planificación familiar y maternidad	57	Consentimiento para compartir información médica.....	84
Planificación familiar.....	57	Directiva anticipada	87
Beneficios de maternidad	57	Programa para el Mejoramiento y la Administración de la Calidad	89
Programas especiales para afiliadas embarazadas	58	Directrices de prevención y pautas de práctica clínica	91
CareSource Re-entry Program.....	59	Su salud es importante.....	91
Eliminación de antecedentes penales	59	Fraude, malversación y abuso	92
Beneficio de restitución de la licencia de conducir de CareSource	60	Significado de los términos	95
CareSource Life Services	61	Abreviaturas.....	97
CareSource JobConnect	62		
MyResources	62		
Viva sin tabaco.....	63		
A través de Quit Now Indiana, tiene acceso a:	63		



COMENZAR

Siga los próximos pasos para aprovechar al máximo su plan de salud.

Revise su(s) tarjeta(s) de identificación de CareSource

Todos los afiliados a CareSource recibirán una tarjeta de identificación en el nuevo Manual del Afiliado. Se trata del manual que recibe cuando se afilia por primera vez. Cada tarjeta es válida mientras esté afiliado a ese plan de CareSource. Las tarjetas no vencen. Comuníquese con Servicios para Afiliados si:

- No recibió una tarjeta de identificación
- Perdió su tarjeta de identificación
- Necesita una tarjeta de identificación nueva

También puede iniciar sesión en su cuenta My CareSource® para solicitar una tarjeta de identificación o usar la aplicación móvil para ver su tarjeta de identificación digital de afiliado. A continuación, puede obtener más información sobre My CareSource y la aplicación móvil CareSource.



Siempre conserve su tarjeta de identificación con usted.

Necesitará la tarjeta de identificación cuando reciba atención médica, medicamentos con receta o servicios especiales. Necesitará su tarjeta de identificación de afiliado cuando:

- Vea a su proveedor médico principal (Primary Medical Provider, PMP) o a su proveedor dental primario (Primary Dental Provider, PDP).
- Consulte a un especialista (experto) o a otro proveedor de atención médica.
- Le realicen exámenes médicos u otros procedimientos indicados.
- Use una clínica de atención conveniente (por lo general, están ubicadas en farmacias o supermercados).
- Visite la farmacia para surtir sus recetas.

Member Name: <First> <Last> **Member ID (MID):** <MID#>

Member Services:
1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711)
Member Services Hours:
8 a.m. – 8 p.m. Monday – Friday

Log on to **MyCareSource.com** to check for eligibility and Primary Medical Provider (PMP).

RxBIN - 003858
RxPCN - MA
RxGRP - RXINN01

Member Name: <First> <Last> **Member ID (MID):** <MID #>

Member Services:
1-844-607-2829 (TTY 1-800-743-3333 or 711)
Member Services Hours:
8 a.m. – 8 p.m. Monday – Friday

Log on to **MyCareSource.com** to check for eligibility and Primary Medical Provider (PMP).

RxBIN - 003858
RxPCN - MA
RxGRP - RXINN01



Proveedores de atención médica y su plan de atención

Sus beneficios incluyen aquellos servicios de atención médica que presten los proveedores de la red de CareSource. Los proveedores incluyen médicos, enfermeros/as, hospitales, clínicas, y otros. Un proveedor que acepta su seguro de salud es un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, CareSource no paga los cargos de proveedores fuera de la red. Si está buscando servicios de planificación familiar, tiene una emergencia u obtuvo aprobación previa, puede ir a un proveedor fuera de la red.

Use la herramienta en línea Encontrar un médico para buscar un proveedor de atención médica en **findadoctor.CareSource.com** o llame a Servicios para Afiliados. El número de teléfono es **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). Figura en la parte inferior de cada página de este manual.

Llame a Servicios para Afiliados:

- Antes de las visitas de salud si es un afiliado nuevo.
- Si tiene planificados servicios de atención médica en curso.

Si su proveedor se encuentra fuera de la red de CareSource, es posible que sus servicios no estén cubiertos. Es posible que no pueda recibir atención o que no se le pague el reclamo. Servicios para Afiliados puede ayudarle si su proveedor no está dentro de nuestra red. Puede ayudarle a coordinar su atención existente o a encontrar un nuevo proveedor de atención médica en la red.

Llame a Servicios para Afiliados para verificar si su atención necesita una aprobación. Algunos de estos servicios incluyen:

- Trasplantes (como de riñón o médula ósea)
- Cualquier cirugía o procedimiento médico
- Atención médica por cáncer
- Atención después de una estadía en el hospital durante los últimos 30 días
- Atención odontológica u oftalmológica no rutinaria (como correctores dentales o cirugía ocular)
- Equipos (como un respirador para el asma)
- Atención médica en el hogar

La atención de emergencia NO necesita aprobación previa.

No es necesario que llame si tiene un proveedor dentro de la red de CareSource. Puede encontrar un listado de proveedores de la red de CareSource en su cuenta **MyCareSource.com** en la aplicación móvil o en **findadoctor.CareSource.com**.

Asegúrese de que sus medicamentos con receta estén incluidos en la Lista de medicamentos preferidos de CareSource

CareSource usa la Lista de medicamentos preferidos unificada a nivel estatal (Statewide Uniform Preferred Drug List, SUPDL) de Medicaid de Indiana. Puede usar el buscador **Encontrar mis medicamentos con receta** en nuestro sitio web para ver qué medicamentos y suministros médicos están cubiertos.

1. Haga clic en *Buscar medicamentos con receta*.
2. Escriba el nombre de los medicamentos en la herramienta de búsqueda.
3. Esto le brindará más información acerca de cómo se administran los medicamentos y los suministros



médicos, por ejemplo si sus medicamentos necesitan aprobación previa.

Es posible que su medicamento con receta necesite aprobación previa. Esto significa que deberá aprobarse antes de surtirse. Visite **CareSource.com/Indiana** o llame a Servicios para Afiliados para saber si sus medicamentos necesitan aprobación.

Si su medicamento necesita aprobación, pídale a su proveedor que obtenga la aprobación de CareSource. El medicamento no estará cubierto a menos que lo haga.

Cree su cuenta My CareSource®

Podrá acceder a la información de su cuenta registrándose en **MyCareSource.com**. Es privado y seguro. Utilice su cuenta My CareSource para:

- Cambiar su proveedor de atención médica
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación de afiliado
- Ver reclamos y detalles del plan
- Actualizar su información de contacto
- Elegir la manera en que quiere que nos comuniquemos con usted
- Obtener más información acerca de nuestros programas de recompensas

Es muy sencillo.

1. Ingrese a **MyCareSource.com**.
2. Haga clic en el botón *Registrarse* en la parte inferior de la página.
3. Siga las instrucciones.

Descargue la aplicación móvil de CareSource.

La aplicación móvil le permite administrar su plan de salud sobre la marcha. Puede hacer cosas como ver su tarjeta de identificación, buscar un médico, acceder a su cuenta My CareSource y mucho más. La aplicación es gratuita. Descargue la aplicación móvil de CareSource a través de App Store® para iPhone® o Google Play® para Android®.

Complete su Evaluación de necesidades de salud (Health Needs Screening, HNS) y reciba una tarjeta de regalo de \$30 de Walmart®

CareSource desea ayudarle a que se mantenga sano. La HNS contiene una lista de preguntas para que responda que pueden ayudarnos a entender mejor sus necesidades. Responder las preguntas le permitirá a CareSource ayudarle con:

- la salud física;
- los trastornos por consumo de sustancias;
- las necesidades sociales.



Complete la HNS mediante una de estas maneras:

1. **Por teléfono:** ¡la manera más rápida y fácil! Llame al **1-833-230-2011** para completar la evaluación por teléfono. Un miembro del personal de CareSource le ayudará de lunes a viernes, entre las 7 a. m. y las 6 p. m., hora del este.
2. **En línea:** Inicie sesión en **MyCareSource.com** o escanee este código QR para acceder a My CareSource.
 - Luego, haga clic en la pestaña *Salud* en la barra de navegación superior.
 - Desplácese hasta la sección *Evaluación*.
 - Haga clic en el botón Comenzar de la Evaluación de necesidades de salud de Indiana (Indiana Health Needs Screening) para responder las preguntas.
3. **Correo:** Complete la copia impresa de la HNS. Le enviaremos una por correo después de que reciba su manual para el afiliado nuevo. Envíela en el sobre con franqueo prepago que hemos incluido.
4. **Visite un quiosco de Pursuant Health.** Los quioscos están ubicados en farmacias de Walmart® en Indiana.



NOTA:

Debe completar la HNS dentro de los 90 días de la inscripción para ser elegible para recibir una tarjeta de regalo de \$30 de Walmart. Si completa la HNS por teléfono o por correo postal, recibirá su tarjeta de regalo por correo postal. Si completa la HNS en línea o en un quiosco de Pursuant Health, recibirá una tarjeta de regalo en forma digital.





SU PROVEEDOR MÉDICO PRINCIPAL (PMP)

Su PMP es su médico principal. Trabjará con usted en toda su atención médica. Los PMP de la red de CareSource están capacitados como:

- Profesionales generalistas
- Médicos en medicina interna
- Médicos en medicina de familia
- Pediatras
- Obstetras
- Ginecólogos
- Endocrinólogos
- Enfermeros/as con práctica médica
- Parteras
- Especialistas en enfermería clínica
- Asistentes médicos

Estos PMP pueden proporcionar controles regulares, visitas rutinarias de enfermedad o de bienestar e inmunizaciones (vacunas). En ocasiones, su PMP no estará en capacidad de atender su problema de salud. En ese caso, lo derivarán a otros proveedores de atención médica (especialistas). Si fuese necesario, el PMP lo ingresará al hospital. **En caso de que quede embarazada, comuníquese con Servicios para Afiliados y háganoslo saber. Debe visitar a su PMP dentro de las dos semanas de enterarse de que está embarazada.**

Si no tiene un PMP, nosotros le asignaremos uno de acuerdo con lo siguiente:

- Su lugar de residencia.
- Si el PMP está aceptando pacientes nuevos.

Puede utilizar la herramienta en línea Encontrar un médico en **findadoctor.CareSource.com** para ver la lista más reciente de proveedores. También puede solicitar una copia impresa de un Directorio de proveedores. Devuelva la tarjeta del Directorio de proveedores que se incluye en el Manual de nuevo afiliado o llame a Servicios para Afiliados.

Es fácil elegir otro PMP si así lo quiere. Simplemente inicie sesión en My CareSource®, su cuenta personal y segura en línea en **MyCareSource.com**.

- Haga clic en *Elegir un proveedor*.
- Busque un proveedor de atención médica.
- Elija un proveedor y haga clic en el botón *Seleccionar como médico de atención primaria*.

Además, para elegir a otro PMP, puede llamar a Servicios para Afiliados. Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). Infórmenos si tiene un nuevo PMP. Llame al consultorio para concertar una cita. De este modo, su PMP podrá conocerlo y comprender sus necesidades de atención médica. Puede ayudarlo a obtener atención con más rapidez. Haga que envíen todos sus registros médicos anteriores a su nuevo proveedor de atención médica.

Si su PMP nos informa que se muda, se jubila o abandona CareSource por cualquier motivo, le notificaremos por correo dentro de un plazo de 30 días. Le asignaremos un nuevo PMP o le ayudaremos a elegir un nuevo PMP de la red de CareSource. También le informaremos si alguno de nuestros hospitales de la red, dentro de su región, deja de formar parte de la red.

Cualquier actualización a nuestra red de proveedores se publicará con una anticipación no menor a 30 días de la fecha de entrada en vigor del cambio. Para mantenerse actualizado, revise las comunicaciones que envía o publica CareSource:

- Mediante correo postal
- A través de correo electrónico o mensaje de texto
- En **CareSource.com**
- En su cuenta My CareSource



PROVEEDOR DENTAL PRIMARIO (PDP)/HOGAR DENTAL

Debe elegir un PDP/Hogar dental. Un hogar dental (Dental Home) es el consultorio dental al que asiste regularmente para recibir atención. Las visitas rutinarias le permiten a su proveedor saber cómo atender y satisfacer sus necesidades de salud oral. Esto le ayudará a mantener una buena salud oral. Mediante las visitas rutinarias, su dentista puede detectar a tiempo problemas en su dentadura, encías y otras partes de la boca o la mandíbula para que reciban el tratamiento adecuado.

Si no elige un Hogar dental, nosotros elegiremos uno por usted. Lo elegiremos en función del historial que tenga usted o su familia en nuestro sistema, o bien asignaremos un dentista que esté cerca de su lugar de residencia. Somos una red abierta. Recuerde que puede recibir atención de cualquier proveedor de atención dental de la red.

Elegir su Hogar dental es fácil. Esta acción la puede realizar ingresando a My CareSource en **MyCareSource.com**. Esta es su cuenta personal, segura, en línea.

1. Haga clic en *Elegir un proveedor*.
2. Busque un proveedor de atención médica.
3. Haga clic en el botón Elegir un proveedor dental primario/Dental Home.

Además, para elegir a otro PDP, puede llamar a Servicios para Afiliados. Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). Estamos aquí para ayudarle. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET).

Recuerde que también puede ganar recompensas por completar los exámenes odontológicos de rutina. Consulte la sección de recompensas en la [página 44](#) para obtener más información.



DÓNDE OBTENER ATENCIÓN

Proveedor médico principal (PMP)

Su PMP por lo general atiende durante los horarios de atención regulares. Visite a su PMP para la atención de rutina, las enfermedades comunes y consejos de salud. Necesitará una cita. El PMP es el médico al que verá con más frecuencia.

Telesalud

La telesalud es una opción conveniente para recibir atención. Puede ofrecerle consejos médicos de manera rápida y así evitar que su afección empeore. También puede reducir su posibilidad de estar expuesto a enfermedades como la gripe. El PMP ofrecerá servicios de telemedicina por teléfono o computadora. Podrá hablar con él/ella desde cualquier lugar.

El uso de telesalud no tiene costo adicional. Además, tampoco necesitará transporte de ida y vuelta al consultorio de su proveedor. Puede usar este tipo de atención para muchos problemas comunes como sinusitis, alergias, sarpullidos, entre otros. También puede usarla para las citas de seguimiento.

Su proveedor puede indicarle si telesalud es una buena opción para usted. Además, pueden informarle cuándo necesita una visita en persona. Comuníquese con su PMP para obtener más información.

Puede usar Teladoc® si su proveedor no ofrece servicios de telesalud o atiende en determinado horario. Puede usar Teladoc para hablar con un médico certificado por el consejo donde se encuentre, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¡Conectarse con Teladoc es fácil!

- Visite www.Teladoc.com/CareSource.
- Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) (TTY: 711).
- Acceda desde la aplicación móvil de CareSource.
- Derivación y conexión directa desde CareSource24.
- Descargue la aplicación de Teladoc en su teléfono inteligente.

Cuando llame, tenga su número de identificación de afiliado a CareSource a mano. Es posible que deba responder algunas preguntas. El médico lo llamará, con frecuencia, en un lapso de 10 minutos.

Use Teladoc para muchos problemas de salud comunes, como:

- Resfrío y gripe
- Dolor de garganta
- Problemas de los senos nasales
- Alergias
- Conjuntivitis
- Infección de oído
- Infección urinaria
- Urticaria
- Problemas de la piel



También puede usar Teladoc para problemas de salud mental y por consumo de sustancias*, como los que se mencionan a continuación. Puede hablar con un terapeuta o un emisor de recetas disponible los siete días de la semana, de 7 a. m. a 9 p. m.

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés
- Consumo de sustancias
- Traumatismo
- Problemas de relación
- Y mucho más

* Debe ser mayor de 17 años.

Tenga en cuenta: No se debe usar Teladoc para atención por traumatismo, dolor en el pecho, falta de aire ni para recetar sustancias controladas por la Administración de Control de Drogas (Drug Enforcement Agency, DEA).

Clínicas ambulatorias para atención médica básica

Estas clínicas prestan servicio los siete días de la semana, con horarios de atención durante la noche y los fines de semana. Estas clínicas son una buena opción si su PMP no está disponible. Consulte si hay una clínica en su farmacia local, como Kroger Little Clinic® o CVS Minute Clinic®. Use estas clínicas para ayudarle con enfermedades comunes como:

- Tos
- Problemas en los senos paranasales
- Resfríos y dolor de garganta
- Vacunas
- Y mucho más

Atención de urgencia

Los centros o clínicas de atención de urgencia están abiertos los siete días de la semana y por la noche, y los fines de semana. Úselos para:

- Enfermedades comunes
- Radiografías
- Cortes profundos
- Cuando su PMP no está disponible y su afección o lesión no puede esperar



Sala de emergencias (ER)

Una sala de emergencias (Emergency Room, ER) está abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Una ER es el mejor lugar para ir por problemas de salud que implican un riesgo de vida. Algunos ejemplos son dolor en el pecho o lesiones en la cabeza.

Llame a la Línea de asesoría en enfermería CareSource24 al **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si necesita ayuda. Un/a enfermero/a puede indicarle el mejor lugar para recibir atención de acuerdo con su problema de salud.

Atención de seguimiento (también llamada “atención médica posterior a la estabilización”)

Tal vez necesite atención adicional después de la emergencia. Esto se denomina atención médica de seguimiento.

Avisé a CareSource que ha tenido una emergencia. Informe a su Administrador de la atención de CareSource, si tiene uno. Le ayudará a hacer la transición de regreso a su hogar y programar visitas de seguimiento. Si no tiene un Administrador de atención de CareSource, pero desea uno, llámenos al **1-844-438-9498**.

CareSource se comunicará con los proveedores que le presten atención durante su problema de salud. Ellos nos dirán cuando su emergencia médica haya terminado. Estos deben indicarnos si necesita atención adicional. Su proveedor de atención médica puede informarnos llamando al **1-844-607-2829** y solicitando la aprobación de dichos servicios. CareSource cubrirá su atención médica posterior a la estabilización, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Nuestra intención es asegurarnos de que usted siga mejorando. Queremos que su problema de salud se estabilice y se resuelva, de ser posible.

Si la atención se brindó fuera de la red, CareSource le buscará proveedores dentro la red, quienes se harán cargo de su atención médica lo antes posible.

¿NO SABE ADÓNDE IR?

¿No está seguro si debe ir a una sala de emergencias (ER)? Llame a su PMP o a CareSource24 al **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). Su PMP o el/la enfermero/a puede hablar con usted acerca de su problema de salud. Pueden ayudarle a averiguar los pasos a seguir. También puede llamar a CareSource24 por inquietudes o emergencias odontológicas fuera del horario de atención. Llame al consultorio de su odontólogo primero y luego a la línea de asesoría en enfermería CareSource24 si no está seguro de si debe acudir a la sala de emergencias por una inquietud odontológica.

Si necesita acudir a la ER:

Acuda a la ER más cercana si presenta una emergencia. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado y dígame al personal que es afiliado a CareSource. Si el proveedor de atención médica atiende su emergencia, pero recomienda tratamiento adicional, debe comunicarse con CareSource.

Llame a su PMP lo antes que pueda. Infórmele su emergencia médica y planifique los servicios de seguimiento. Si debe permanecer en el hospital luego del tratamiento de emergencia, pida que el hospital llame a CareSource dentro de las 24 horas.



APROVECHE SU PLAN AL MÁXIMO MEDIANTE ESTAS HERRAMIENTAS

Sitio web de CareSource

Nuestro sitio web de CareSource brinda rápido acceso a mucha información de su plan.

Visite [CareSource.com/IN](https://www.caresource.com/IN) para:

- Informarse acerca de los servicios y cómo recibirlos.
- Consultar la lista de medicamentos cubiertos.
- Usar la herramienta en línea Encontrar un médico para buscar un proveedor de atención médica.
- Aprender acerca de sus derechos y responsabilidades.
- Acceder a su cuenta segura de My CareSource.



Servicios para Afiliados

Servicios para Afiliados abre de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, excepto los días festivos indicados en la sección Contáctenos de este manual.

Llame a Servicios para Afiliados para:

- Obtener información acerca de los beneficios y el plan.
- Obtener ayuda para encontrar un médico u otro proveedor de atención médica.
- Obtener ayuda con beneficios de farmacia/medicamentos.
- Elegir un medicamento/fármaco.
- Saber qué está cubierto o si necesita una autorización previa.
- Obtener una copia de su tarjeta de identificación.
- Obtener acceso a su cuenta **MyCareSource.com**.

Línea de asesoría en enfermería CareSource24

Puede llamar en cualquier momento para hablar con un/a enfermero/a especializado/a y atento/a. La llamada es gratuita. Puede llamar al **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año (incluidos los días festivos obligatorios).

Llame a nuestra Línea de asesoría en enfermería CareSource24 para:

- Obtener ayuda cuando esté enfermo.
- Saber cómo atender una lesión.
- Averiguar más acerca de fármacos u otros medicamentos.
- Decidir qué tipo de atención médica necesita.
- Obtener información acerca de los exámenes médicos o intervenciones quirúrgicas.
- Obtener ayuda cuando tiene inquietudes odontológicas no traumáticas fuera del horario de atención.
- Aprender sobre bienestar o cómo llevar una alimentación sana.

Línea de crisis de salud conductual

Queremos asegurarnos de que reciba ayuda si está pasando por una crisis de salud mental o por consumo de sustancias. Hable con un experto con licencia capacitado sobre salud conductual llamando al **1-833-227-3464**. Puede llamar las 24 horas al día, los 7 días de la semana. También puede llamar al 988 para comunicarse con la Línea de Prevención del Suicidio y para Crisis 988 por cualquier problema de salud mental. Estamos aquí para ayudarlo cuando esté pasando por una crisis de salud mental o por consumo de sustancias.

Llámenos si:

- Se siente sin esperanzas
- Se siente abrumado



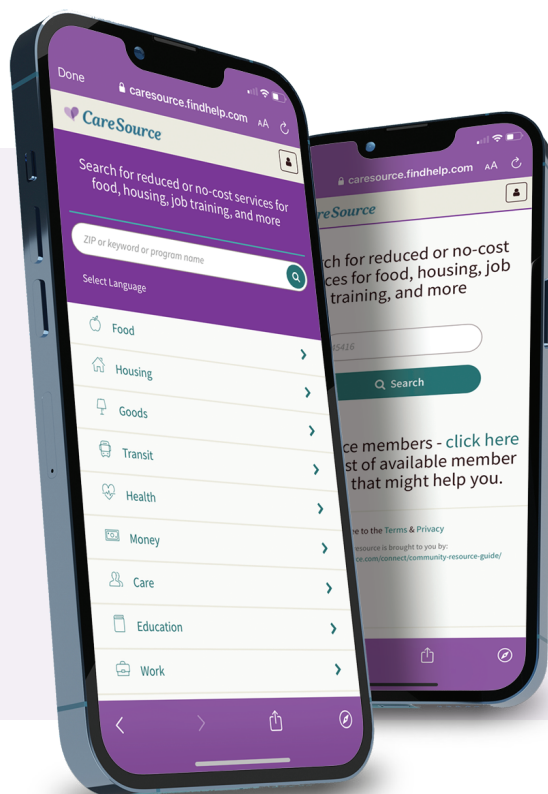
- Se siente ansioso
- Se siente solo
- Se siente deprimido
- Siente que no hay razones para vivir
- Si está usando o consumiendo drogas o alcohol
- Siente cambios drásticos en su estado de ánimo

Aplicación móvil de CareSource

Esta aplicación fácil de usar le permite administrar su plan de salud de CareSource sobre la marcha. La aplicación es gratuita.

Use la aplicación móvil de CareSource para:

- Ver su tarjeta de identificación de afiliado digital
- Elegir recibir información nuestra por correo electrónico o mensajes de texto
- Encontrar un proveedor de atención médica, un hospital o atención de urgencia cerca de usted
- Obtener más información sobre sus beneficios
- Ver sus reclamos
- Llamar y hablar con Servicios para Afiliados
- Llamar a la Línea de asesoría en enfermería CareSource24 para hablar con un/a enfermero/a las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año





BENEFICIOS PARA LOS AFILIADOS

En las dos secciones a continuación, se brindará más información acerca de sus beneficios.

- Consulte **Hoosier Healthwise (HHW)** para obtener más información acerca de los beneficios de HHW.
- Consulte **Healthy Indiana Plan (HIP)** para obtener más información acerca de los beneficios de HIP.

Esta sección le informa:

- Qué paga CareSource
- Qué no paga CareSource
- Qué es una necesidad médica y cuánto pagamos si cambia
- Para qué servicios necesita preaprobación (aprobación previa)
- Cuánto tendrá que pagar

Medicaid solamente cubre servicios médicamente necesarios. Los recibe sin costo, a menos que su plan tenga copagos. El término “médicamente necesario” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica. No debería recibir una factura por estos servicios. Si recibe una factura, llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).



Encontrar un médico

Debe usar proveedores que pertenezcan a la red de CareSource. Visite **findadoctor.CareSource.com** para obtener la lista más actualizada o llame a Servicios para Afiliados. Podrá obtener más información sobre los profesionales de la red, tales como:

- Nombre
- Dirección
- Números de teléfono
- Calificaciones profesionales
- Especialidad
- Facultad de Medicina u Odontología a la que asistió
- Residencia
- Estado de certificación del Consejo

También puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores o llamar a Servicios para Afiliados.

Explicación de beneficios

Le enviaremos una Explicación de beneficios (EOB) cuando:

- Visite a un proveedor de atención médica
- Obtenga otros servicios de atención médica

Una EOB no es una factura. En ella se enumerará:

- Quién recibió la atención
- El proveedor de atención médica que facturó la atención
- La fecha de la atención médica
- El tipo de atención
- El monto pagado por CareSource
- Cuánto debe o ya pagó

Solo los afiliados con copagos deberán dinero por los servicios. Los proveedores no pueden cobrarle más que lo que pagamos por un servicio cubierto. Si debe por un servicio, recibirá una factura del proveedor. Guarde sus EOB y solo pague lo que la EOB indica que debe.

Llame a Servicios para Afiliados si recibe una factura por:

- Más de lo que la EOB muestra que debe
- Atención que no recibió

¡Apuesta por la ecología!

Puede ver su EOB en línea en cualquier momento. Simplemente, ingrese a su cuenta My CareSource. ¡No es necesario esperar que llegue por correo postal! ¡Ya no acumulará pilas de papeles!



AUTORIZACIÓN PREVIA

CareSource necesita preaprobar determinados servicios y medicamentos con receta. **Nuestra preaprobación es una autorización previa.** Su proveedor de atención médica le preguntará a CareSource si un servicio necesita una preaprobación. Su proveedor puede programar sus vistas una vez que CareSource lo autorice.

CareSource no cubrirá algunos servicios ni medicamentos con receta sin una preaprobación. Podrá saber cuáles son en los cuadros de las siguientes páginas. Llame a Servicios para Afiliados si un servicio que necesita no figura en los cuadros.

Entre los servicios que podrían requerir una autorización previa se encuentran:

- Medicamentos con receta
- Atención odontológica, como cirugía de encías y cirugía oral, prótesis dentales, aparatos de ortodoncia, anestesia para adultos y servicios prestados en hospitales y centros de cirugía ambulatoria
- Atención hospitalaria (excepto la sala de emergencias)
- Equipos y suministros médicos
- Servicios para pacientes internados para trastornos de salud mental y servicios por trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de rehabilitación

Esta no es la lista completa de los servicios que necesitan una preaprobación. También puede haber diferencias entre los planes HIP y HHW.

Consulte estas secciones del manual para obtener más información:

- **Hoosier Healthwise (HHW)**
- **Healthy Indiana Plan (HIP)**

¿Tiene preguntas sobre la autorización previa? Llame a Servicios para Afiliados o visite **CareSource.com/IN**.

Servicios fuera de la red

Podemos ayudarle si no puede recibir la atención que necesita dentro de nuestra red. CareSource puede trabajar con un proveedor fuera de la red para satisfacer sus necesidades. Llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si necesita ayuda.

Exclusiones: servicios de autoderivación	Requiere (PA) para los proveedores fuera de la red
Servicios de emergencia	
Servicios de atención de urgencia	✓
Planificación familiar	
Inmunizaciones	✓
Podiatría	✓
Servicios de salud conductual	✓
Atención oftalmológica* (excepto cirugía)	✓
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	✓
Servicios quiroprácticos*	✓
Salud conductual	✓
Odontología*	✓

*Si el plan de beneficios del afiliado lo cubre.



Continuidad de la atención

¿Se acaba de afiliar a CareSource? Trabajaremos con sus proveedores de atención médica actuales si se acaba de afiliar. Si recibe atención de un proveedor al que quiere seguir acudiendo como nuevo afiliado, pero no sabe si forma parte de nuestra red, llámenos. Puede hablar con Servicios para Afiliados para que podamos trabajar con usted en un plan que le ayude a seguir recibiendo la atención médica que ya recibe.

Servicios de autoderivación

Como afiliado a HIP o HHW, los siguientes servicios no requieren una derivación de su proveedor médico principal:

Servicios de autoderivación	HIP	HHW
Servicios de emergencia	✓	✓
Servicios de atención de urgencia	✓	✓
Planificación familiar	✓	✓
Inmunizaciones	✓	✓
Podiatría	✓	✓
Servicios psiquiátricos	✓	✓
Atención oftalmológica* (excepto cirugía)	✓	✓
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	✓	✓
Servicios quiroprácticos*	✓	✓
Salud conductual	✓	✓
Odontología*	✓	✓

**Si el plan de beneficios del afiliado lo cubre.*

Para obtener más información sobre las derivaciones, llame a Servicios para Afiliados.



HOOSIER HEALTHWISE (HHW)

PALABRAS QUE DEBE CONOCER DE ESTA SECCIÓN:

Ingresos: son los salarios o ingresos que obtiene todos los años.

Copago: es el monto que paga cuando recibe un servicio de atención médica.

Plan: es la cobertura de salud que obtiene mediante CareSource.

El programa de HHW cubre a niños de hasta 19 años y a algunas embarazadas. Los afiliados tienen costos bajos o no tienen ningún costo. El plan cubre:

- Visitas al médico
- Medicamentos con receta
- Atención de salud mental
- Atención odontológica
- Internaciones
- Cirugías
- Planificación familiar
- Vacunas (inyecciones)

Paquete de beneficios de HHW

El Estado le informará si es elegible para HHW. Elegirán el plan adecuado para usted.

Paquete A: plan estándar. El paquete A es un plan de servicios completos para niños y mujeres embarazadas.

Paquete C: programa de seguro médico infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP). El Paquete C es un plan de servicios completos para niños hasta los 19 años. Hay un pequeño pago mensual y un copago para algunos servicios. Estos pagos dependerán de los ingresos familiares.

Debe comunicar al Estado los cambios en los ingresos o en el núcleo familiar. Vaya al portal de beneficios en línea en www.fssabenefits.in.gov/bp/#/ para informar cambios. También puede **llamar al 1-800-403-0864**.

Resumen de beneficios de HHW

A continuación, se brinda una lista de los servicios generales de cada paquete de HHW. Llame a Servicios para Afiliados si no ve el servicio que necesita. A excepción de los servicios de planificación familiar o de emergencia, los proveedores de atención médica fuera de la red necesitan autorización previa (también llamada preaprobación). Ingrese a **CareSource.com** para obtener más detalles sobre la autorización previa.

Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Visitas al médico	Sí	Sí	No
Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	Sí	Sí	No
Controles médicos	Sí	Sí	No
Quiroprácticos	Sí	Sí	Sí, después de que se alcanza el beneficio inicial.
Servicios de planificación familiar	Sí	Sí	No
Servicios clínicos	Sí	Sí	No
Servicios de enfermero/a profesional certificado/a	Sí	Sí	No



Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Servicios de atención de urgencia	Sí. Los servicios de atención de urgencia están cubiertos si son médicamente necesarios. La atención de urgencia es necesaria para emergencias que no presentan riesgo de muerte, pero que no pueden esperar para programar una cita normal en el consultorio.	Sí. Los servicios de atención de urgencia están cubiertos si son médicamente necesarios. La atención de urgencia es necesaria para emergencias que no presentan riesgo de muerte, pero que no pueden esperar para programar una cita regular en el consultorio.	No
Atención hospitalaria (que no sea de emergencia)	Sí	Sí	Sí
Farmacia y medicamentos			
Medicamentos de la lista de medicamentos preferidos	Sí	Copago de \$3 para medicamentos genéricos, compuestos y provenientes de un solo laboratorio. Copago de \$10 para medicamentos de marca.	Se necesita autorización previa para algunos medicamentos que requieren terapia escalonada, que tienen límites de cantidad o por necesidad médica.
Emergencias, exámenes y transporte			
Servicios de emergencia	Sí	Sí	No
Servicios de laboratorio y radiología	Sí	Sí	No
Transporte de emergencia	Sí	Copago de \$10 por el servicio de transporte en ambulancia.	No Se necesita autorización previa para avión o ambulancia aérea (se puede obtener después de que se hayan prestado los servicios). Consulte las normas del Programa de cobertura de salud de Indiana (Indiana Health Coverage Program, IHCP) sobre necesidad médica, circunstancias especiales y traslados interhospitalarios (entre un hospital y otro).
Transporte que no se considera de emergencia	Sí	No	No Los viajes de más de 50 millas requieren autorización previa.
Beneficios odontológicos			
Exámenes y radiografías odontológicas	Sí	Sí	No
Limpiezas dentales	Sí	Sí	No



Beneficios odontológicos			
Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Otros servicios preventivos	Sí	Sí	No
Servicios de restauración menores (p. ej., rellenos dentales)	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.
Servicios de restauración avanzada (p. ej.: dentaduras postizas)	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.
Servicios periodontales	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.
Extracciones y cirugía bucal	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.
Ortodoncia (p. ej., medicamento necesaria)	Sí	Sí	Sí (se debe cumplir con los criterios de edad y necesidad médica).
Si los servicios odontológicos se realizarán en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, se requiere una autorización previa.			
Servicios especiales			
Anestesia (incluida la odontológica)	Sí	Sí	Sí
Servicios de centros de enfermería (a largo plazo)	Transición de la atención hasta por 60 días.	No	Sí
Servicios de centros de enfermería especializada (a corto plazo)	Sí, menos de 30 días.	No	N/C
Atención de hospicio	No*	No*	No
Servicios de enfermería obstétrica	Sí	Sí	No
Podiatría	Los servicios de laboratorio, de radiografía, las estadías hospitalarias y los procedimientos quirúrgicos que involucren los pies cuentan con cobertura, de ser médicamente necesarios. Tiene cobertura para servicios de podología de rutina por no más de seis visitas al año. Puede haber excepciones.	Los servicios de laboratorio, de radiografía, las estadías hospitalarias y los procedimientos quirúrgicos que involucren los pies cuentan con cobertura, de ser médicamente necesarios. Los servicios de podología de rutina no tienen cobertura. Puede haber excepciones.	Sí
CareSource Life Services y CareSource JobConnect, programas de apoyo para barreras no médicas	Sí	Sí	No
Atención médica domiciliaria	Sí	Sí	Sí
Dejar de consumir tabaco <i>Quit Now Indiana 1-800-784-8669</i>	Sí	Sí	No



Servicios especiales

Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Servicios de educación/capacitación	Sí	Sí	No
Transporte que no se considera de emergencia	Sí	No	No
Equipo médico permanente (DME)/aparatos ortopédicos/prótesis	Sí	Sí	Sí

* Los afiliados a CHIP que requieran atención a largo plazo pueden cumplir los requisitos de beneficios de hospicio según Medicaid tradicional. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

Servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias

Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Evaluaciones y pruebas de detección	Sí	Sí	No Las evaluaciones y las pruebas de detección no requieren autorización previa. Se necesita una autorización previa para evaluaciones de diagnóstico después de someterse a una por cada año de beneficios.
Asesoría	Sí	Sí	Sí, se necesita autorización previa después de 20 sesiones (individual, familiar y grupal) por proveedor por período de 12 meses.
Psiquiatría	Sí	Sí	No
Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (IOT)	Sí	Sí	Sí
Servicios del Programa de hospitalización parcial (PHP)	Sí	Sí	Sí
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)	Sí	Sí	No se necesita autorización para medicamentos preferidos. Sí, se necesita autorización previa para medicamentos no preferidos.
Manejo de la abstinencia	Sí	Sí	Sí
Tratamiento con alojamiento para trastorno por consumo de sustancias	Sí	Sí	Sí
Tratamiento de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados	Sí	Sí	Sí



Servicios de terapias/de rehabilitación			
Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Análisis de comportamiento aplicado (para trastorno del espectro autista)	Sí	Sí	Sí
Terapia del habla	Sí	Sí	Sí
Terapia respiratoria	Sí	Sí	Sí
Terapia ocupacional	Sí	Sí	Sí
Fisioterapia	Sí	Sí	Sí

Los beneficios de Hoosier Healthwise de CareSource (HHW) concuerdan con los requisitos establecidos por los programas de cobertura de salud de Indiana. Cualquier actualización relacionada con la prestación y autorización de los beneficios o el lugar de la atención se publicará con una anticipación no menor a 30 días de la fecha en que se producirá el cambio. A fin de mantenerse informados sobre la cobertura de beneficios y los cambios en los planes, los afiliados a CareSource deben leer todas las comunicaciones que se envíen por correo postal, que se publiquen en **CareSource.com** o en el portal para afiliados.





HEALTHY INDIANA PLAN (HIP)

PALABRAS QUE DEBE CONOCER DE ESTA SECCIÓN:

Ingresos: son los salarios o ingresos que obtiene todos los años.

Plan: es la cobertura de salud que obtiene mediante CareSource.

Healthy Indiana Plan (HIP) es un programa de seguro de salud que ofrece Indiana. El plan HIP presta atención médica a adultos de bajos ingresos. Visite www.in.gov/fssa/hip para obtener más información acerca de los límites de ingresos de HIP.

Debe comunicar al Estado los cambios en los ingresos o en el núcleo familiar. Ingrese al portal de beneficios en línea en www.fssabenefits.in.gov/bp/#/ para informar cambios. También puede llamar al 1-800-403-0864.

Paquetes de beneficios de HIP

Hay cinco tipos de planes HIP. Siga leyendo para obtener más información sobre cada plan.

Información general de HIP: HIP cubre todos los beneficios de salud básicos.

- Incluye servicios oftalmológicos, odontológicos y quiroprácticos.
- Ofrece consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Hay servicios adicionales como cirugía bariátrica y atención de la mandíbula (disfunción de la articulación temporomandibular o "TMJ").
- No es necesario que haga desembolsos directos por cada visita o medicamentos con receta.

HIP Maternity

Infórmenos si queda embarazada para recibir los beneficios de HIP Maternity.

- Las afiliadas embarazadas no necesitan realizar copagos ni pagos mensuales.
- HIP Maternity ofrece beneficios actuales, además de los beneficios adicionales durante el embarazo de la afiliada a HIP, y por 12 meses adicionales a partir del primer día posterior al final del embarazo. Incluye servicios oftalmológicos, odontológicos y quiroprácticos sin cargo.
- Incluye traslados para situaciones que no se consideren de emergencia.
- HIP Maternity puede ayudarla a encontrar maneras para dejar de consumir tabaco.

HIP State Plan

HIP State Plan incluye los planes HIP State Plan Plus y HIP State Plan Basic. Está dirigido a quienes necesitan beneficios adicionales. Estos beneficios son para personas que tienen determinadas afecciones médicas que necesitan más atención o que el Estado dice que son elegibles.



Resumen de beneficios de HIP

A continuación, se brinda una lista de los servicios generales de cada paquete de HIP. Llame a Servicios para Afiliados si no ve el servicio que necesita. Excepto en el caso de los servicios de planificación familiar o de emergencia, los proveedores de atención médica fuera de la red necesitan autorización previa (también llamada preaprobación).

Visitas al consultorio/hospital						
	HIP Plus	HIP Basic <i>Puede haber copagos</i>	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic <i>Puede haber copagos</i>	¿Requiere autorización previa?
Visitas al médico	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	Sí, para pacientes de hasta 21 años.					No
Controles médicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Manipulación quiropráctica	Sí, límite de 6 por año.	No	Sí, límite de 6 por año.	Sí, límite de 6 por año.	Sí, límite de 6 por año.	No
Servicios de planificación familiar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Servicios clínicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de enfermero/a profesional certificado/a	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Atención hospitalaria (que no sea de emergencia)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Paciente internado: Sí Paciente ambulatorio: Sí
Farmacia y medicamentos						
Medicamentos de la Lista de medicamentos preferidos (PDL)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Se requiere autorización previa para algunos medicamentos para la terapia escalonada, según la cantidad o la necesidad médica.
Recetas de pedido por correo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No



Emergencias, exámenes y transporte						
	HIP Plus	HIP Basic <i>Puede haber copagos</i>	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic <i>Puede haber copagos</i>	¿Requiere autorización previa?
Servicios de emergencia	Sí. Si el servicio no es una emergencia, el copago será de \$8.	Sí. Si el servicio no es una emergencia, el copago será de \$8.	Sí	Sí. Si el servicio no es una emergencia, el copago será de \$8.	Sí. Si el servicio no es una emergencia, el copago será de \$8.	No
Servicios de laboratorio y radiología	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Transporte de emergencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No se necesita autorización previa para el transporte terrestre de emergencia. La autorización de transporte aéreo puede obtenerse una vez prestado el servicio.
Servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)						
Evaluaciones y pruebas de detección	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No. Se necesita una autorización previa para evaluaciones de diagnóstico después de someterse a una por cada año de beneficios.



Servicios de salud mental y por consumo de sustancias						
	HIP Plus	HIP Basic <i>Puede haber copagos</i>	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic <i>Puede haber copagos</i>	¿Requiere autorización previa?
Asesoría	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí, se necesita autorización previa después de 20 sesiones (individual, familiar y grupal) por proveedor por período de 12 meses.
Psiquiatría	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (IOT)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Programa de hospitalización parcial (PHP)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No. No se necesita autorización para medicamentos preferidos. Sí. Se necesita autorización previa para medicamentos no preferidos.



Servicios de salud mental y por consumo de sustancias						
	HIP Plus	HIP Basic <i>Puede haber copagos</i>	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic <i>Puede haber copagos</i>	¿Requiere autorización previa?
Manejo de la abstinencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tratamiento con alojamiento para trastorno por consumo de sustancias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tratamiento de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Beneficios odontológicos						
Exámenes y radiografías odontológicos	Sí	No*	Sí	Sí	Sí	No
Limpiezas dentales	Sí	No*	Sí	Sí	Sí	No
Otros servicios preventivos	Sí	No*	Sí	Sí	Sí	No
Servicios de restauración menores (p. ej., rellenos dentales)	Sí	No*	Sí	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.
Servicios de restauración avanzada (p. ej.: dentaduras postizas)	Sí	No*	Sí	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.

* Los afiliados a HIP Basic de 19 y 20 años son elegibles para los servicios (de EPSDT) y algunos servicios odontológicos preventivos y de diagnóstico mejorados limitados. No hay copagos para los EPSDT. Servicios odontológicos limitados por accidente/lesión.



Beneficios odontológicos						
	HIP Plus	HIP Basic <i>Puede haber copagos</i>	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic <i>Puede haber copagos</i>	¿Requiere autorización previa?
Servicios periodontales	Sí	No*	Sí	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.
Extracciones y cirugía bucal	Sí	No*	Sí	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.
Servicios odontológicos relacionados con un accidente o una lesión	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Algunos servicios requieren una autorización previa.
Si los servicios odontológicos se realizarán en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, se requiere una autorización previa.						

* Los afiliados a HIP Basic de 19 y 20 años son elegibles para los servicios (de EPSDT) y algunos servicios odontológicos preventivos y de diagnóstico mejorados limitados. No hay copagos para los EPSDT. Servicios odontológicos limitados por accidente/lesión.



Servicios de especialidad						
	HIP Plus	HIP Basic <i>Puede haber copagos</i>	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic <i>Puede haber copagos</i>	¿Requiere autorización previa?
Atención podiátrica de rutina	Sí, 6 visitas por año.	Sí, 6 visitas por año.	Sí, 6 visitas por año.	Sí, 6 visitas por año.	Sí, 6 visitas por año.	No
Atención oftalmológica	<p>Sí.</p> <p>Un examen de rutina por año para personas hasta los 20 años.</p> <p>Un examen de rutina cada dos años para personas de más de 20 años.</p> <p>Un par de anteojos por año hasta los 20 años.</p> <p>Un par de anteojos cada 5 años para personas de más de 20 años.</p>	No	<p>Sí.</p> <p>Un examen de rutina por año para personas hasta los 20 años.</p> <p>Un examen de rutina cada dos años para personas de más de 20 años.</p> <p>Un par de anteojos por año hasta los 20 años.</p> <p>Un par de anteojos cada 5 años para personas de más de 20 años.</p>			No
Servicios de centros de enfermería especializada	Sí, límite de 100 días por período de beneficios.	Sí, límite de 100 días por período de beneficios.	Sí, límite de 100 días por período de beneficios.	Sí, límite de 100 días por período de beneficios.	Sí, límite de 100 días por período de beneficios.	Sí
Equipo médico permanente (DME)/Aparatos ortopédicos/prótesis	Sí	Sí *Con beneficios mejorados	Sí	Sí	Sí	Sí
Atención médica domiciliaria	Sí, 100 visitas.	Sí, 100 visitas.	Sí, 100 visitas.	Sí, 100 visitas.	Sí, 100 visitas.	Sí
Atención de hospicio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Equipos y suministros médicos (por ejemplo, audífonos, prótesis, etc.)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí



Servicios de especialidad						
	HIP Plus	HIP Basic <i>Puede haber copagos</i>	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic <i>Puede haber copagos</i>	¿Requiere autorización previa?
Servicios de educación y capacitación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Transporte que no se considera de emergencia	Sí *Beneficio agregado de CareSource	Sí *Beneficio agregado de CareSource	Sí *Con beneficios mejorados	Sí	Sí	No
Servicios de terapias/de habilitación 60 (Basic Plan)/75 (Plus Plan) visitas combinadas anuales para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, rehabilitación cardíaca y pulmonar						
Servicios de rehabilitación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí, se necesita autorización previa para algunas visitas.
Terapia del habla	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí, se necesita autorización previa para algunas visitas.
Terapia ocupacional	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí, se necesita autorización previa para algunas visitas.
Fisioterapia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí, se necesita autorización previa para algunas visitas.

Healthy Indiana Plan (HIP) de CareSource sigue las instrucciones del programa de cobertura de salud de Indiana.

Le informaremos por lo menos 30 días antes de que se produzcan cambios en los beneficios, cómo se ofrecen o si cambia la autorización previa. Todos los afiliados a CareSource deben leer la información que se envía por correo postal que se publica en **CareSource.com** o en el portal para afiliados para saber si hay cambios.



SERVICIOS NO CUBIERTOS

CareSource no pagará por determinados servicios o suministros. Debe respetar las reglas que figuran en este manual. Esta no es la lista completa de los servicios que no tienen cobertura. Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si tiene preguntas sobre cuáles servicios están cubiertos y cuáles no.

- Aborto (excepto cuando es consecuencia de una violación denunciada, incesto o es médicamente necesario para salvar la vida de la madre)
- Acupuntura
- Servicios/atención médica fuera de los EE. UU.
- Todos los servicios o suministros que no se consideren médicamente necesarios
- Servicios y procedimientos experimentales
- Medicina alternativa
- Tratamiento por infertilidad para hombres o mujeres (incluida la reversión de esterilizaciones voluntarias)
- Cirugía plástica o cosmética que no sea médicamente necesaria
- Esterilización voluntaria en menores de 21 años o de un afiliado que es incapaz de dar su consentimiento para el procedimiento
- Atención a largo plazo
- Servicios de exención: para obtener más información, ingrese en www.in.gov/Medicaid
- Atención de enfermería privada
- Servicios prestados por proveedores de atención médica no inscritos en los Programas de cobertura de salud de Indiana (IHCP)

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

La salud conductual es parte importante de su bienestar general. Podemos ayudarle si está enfrentando depresión, ansiedad o consumo de sustancias. Llame a Servicios para Afiliados o consulte su Directorio de proveedores. O use nuestra herramienta en línea Encontrar un médico en **findadoctor.CareSource.com**.

Línea directa de ayuda por consumo de sustancias de CareSource

Podemos ayudarle a encontrar apoyo en su recuperación. Llame a la Línea de ayuda para adicciones al **1-833-OPIOIDS (674-6437)**. Está bien pedir ayuda.

Programa de tratamiento por opioides

Los programas de tratamiento por opioides (Opioid Treatment Program, OTP) ayudan a las personas con trastorno por consumo de opioides. Ofrecen servicios de medicamentos, médicos y de rehabilitación. En su camino hacia la recuperación, contará con la ayuda de médicos, enfermeros/as y consejeros. Pueden ayudarle con sus medicamentos. Los OTP también ofrecen terapia individual y grupal. No necesita una derivación ni una autorización previa para elegir un OTP y programar visitas. El programa debe estar en la red de CareSource.



Para solicitar un OTP, haga lo siguiente:

- **Si es mayor de 18 años**, puede solicitar los servicios si tuvo un trastorno por consumo de opioides durante un año o más.
- **Si es menor de 18 años**, puede solicitarlo si tiene pruebas de dos intentos fallidos a corto plazo o un tratamiento para dejar de consumir drogas el último año.

No necesita esperar un año para buscar tratamiento si:

- Acaba de salir de una institución penal y busca los servicios del OTP dentro de 6 meses de su salida.
- Si está embarazada.
- Ha recibido tratamiento antes y busca tratamiento dentro de los dos años posteriores al alta.

Puede consultar la lista de los programas de tratamiento por opioides en **CareSource.com**. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener ayuda para encontrar un programa al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).

Servicios de tratamiento residencial para SUD

CareSource está a disposición para apoyarle con su tratamiento residencial para trastorno por consumo de sustancias (SUD). Estos servicios necesitan autorización previa. Puede ganar recompensas por recibir servicios para SUD. Consulte la [página 50](#) para obtener más información.

Con el tratamiento residencial para SUD, puede obtener ayuda en su recuperación con servicios como:

- Manejo de la abstinencia
- Terapias individuales y grupales
- Capacitación y apoyo sobre medicamentos
- Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)
- Apoyo de pares para la recuperación
- Administración de casos
- Y mucho más

myStrength

Tome el control de su salud mental y pruebe nuestra nueva herramienta de bienestar en línea llamada myStrengthsm. Esta plataforma de aprendizaje en línea tiene:

- Herramientas de autoayuda
- Ayuda para el bienestar
- Citas y artículos inspiradores

myStrength es una herramienta segura diseñada pensando en usted, para ayudarle con su mente, cuerpo y espíritu. Para registrarse, cree un perfil y obtenga más información en **bh.mystrength.com/caresource**. También puede encontrar myStrength en **MyCareSource.com** o descargar la aplicación gratuita a su dispositivo móvil. Puede descargar la aplicación myStrength para teléfonos Apple y Android en www.mystrength.com/mobile. Use su correo electrónico y su contraseña para iniciar sesión.



BeMe Health: aplicación de salud mental para adolescentes de HHW

BeMe es una aplicación móvil segura y eficaz que apoya a los adolescentes a superar los altibajos de la adolescencia. Ofrecemos BeMe para adolescentes afiliados a Hoosier Healthwise de 13 a 18 años. Usted o su familia pueden usarla sin costo. El apoyo incluye ayudar a los adolescentes a crear hábitos saludables, desarrollar habilidades de comunicación, hacer frente al estrés, controlar la depresión o la ira y mucho más.

BeMe ofrece apoyo científico a los adolescentes

- **Asesoramiento:** los asesores de BeMe brindan apoyo privado, en tiempo real y mediante mensajes de texto. Ayudan a los adolescentes a aprender y practicar habilidades de afrontamiento y desarrollo de la resiliencia. Incluso atienden por las noches y los fines de semana.
- **Contenido:** los adolescentes de BeMe siempre tienen acceso a contenido de apoyo elaborado por expertos.
- **Crisis:** los adolescentes tienen acceso al apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana: planificación de la seguridad, línea directa de crisis de BeMe, línea para crisis vía texto y Proyecto Trevor.
- **Atención:** BeMe conecta a los adolescentes, según sea necesario, con servicios de terapia de proveedores dentro de la red de CareSource.

BeMe es privado y seguro

BeMe es un espacio seguro y de apoyo para adolescentes. Se elabora con expertos, se basa en la ciencia y cumple con estándares estrictos de privacidad y seguridad. No es como las redes sociales. Nunca venden datos, y no hay anuncios.

El registro es simple

Los adolescentes pueden descargar BeMe Health en la tienda de aplicaciones o visitar **beme.com/caresource**.

¿Tiene preguntas?

Para obtener más información, puede llamarnos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede llamar al equipo de Administración de la atención al **1-833-230-2039**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.



Servicios de terapias y de habilitación

Los servicios de terapias y de habilitación ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades para la vida cotidiana. Las terapias y los servicios de habilitación pueden incluir:

- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Otros servicios de atención médica para personas con discapacidades en una variedad de entornos

Servicios de terapias/de habilitación		
Tipo de servicio	En qué consiste	¿Requiere autorización previa?
Análisis de comportamiento aplicado (para trastorno del espectro autista)	Ayuda para niños con trastorno del espectro autista	Sí, se necesita autorización previa para todas las visitas.
Servicios de información/capacitación	Servicios para ayudar a los afiliados a controlar su diabetes	Sí, se necesita autorización previa para todas las visitas.
Terapia del habla	Servicios para ayudar a los afiliados a llevar sus trastornos del habla, la audición o el lenguaje.	Sí, se necesita autorización previa para todas las visitas.
Terapia respiratoria	Servicios para ayudar a los afiliados con problemas respiratorios.	Sí, se necesita autorización previa para todas las visitas.
Terapia ocupacional	Servicios para ayudar a los afiliados a mejorar las habilidades de motricidad fina y gruesa en las actividades de la vida cotidiana y así permitirles adquirir independencia.	Sí, se necesita autorización previa para todas las visitas.
Fisioterapia	Para ayudar a los afiliados a mejorar el movimiento y a controlar el dolor.	Sí, se necesita autorización previa para todas las visitas.

Nuestros beneficios cumplen con los requisitos del Programa de cobertura de salud de Indiana. Publicaremos las actualizaciones del plan con una anticipación no menor a 30 días de la fecha de entrada en vigor del cambio. Estas actualizaciones pueden incluir:

- Cambios en los beneficios
- Prestación de beneficios
- Cómo aprobamos los beneficios
- Dónde será el sitio de atención

Para mantenerse actualizado acerca de estos cambios, debe leer todas las comunicaciones:

- Enviadas por correo postal
- Enviadas por correo electrónico o mensaje de texto
- Publicadas en **CareSource.com** o en el portal para afiliados



TRANSPORTE (VIAJES)

Tiene beneficios de traslados si se encuentra en el Paquete A de HIP o HHW. También puede obtener el reembolso del millaje. Puede realizar una cantidad ilimitada de traslados que no sean de emergencia para visitas médicas cubiertas* durante el año. También dispone de transporte que no es de emergencia si se encuentra en el Paquete A de HIP o HHW:

- Traslados a su farmacia luego de su cita con el médico. Ahora tiene disponibles cinco viajes por mes a la farmacia sin tener que ver primero a su proveedor.
- Traslados ilimitados a la oficina local del programa Mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC).
- Traslados ilimitados a las citas para nuevas determinaciones sobre los servicios con el estado.
- Traslados ilimitados a los eventos de CareSource.
- Un traslado a una cita no médica si está inscrito en el programa CareSource Life Services (12 viajes de ida y vuelta por año).
- Traslados para recoger alimentos de la despensa de alimentos o en la acera de una tienda de comestibles (limitado a 5 viajes para recoger alimentos al mes).
- Un traslado hacia y desde la NICU para padres con un hijo internado.
- Un pase de autobús cuando esté disponible.

Los afiliados al Paquete C de HHW solo son elegibles para transporte en ambulancia que no sea de emergencia entre centros médicos. Un proveedor dentro de la red debe solicitar este transporte. El copago es de \$10.

** Por ejemplo, los afiliados a HIP Basic que no tienen cobertura odontológica, oftalmológica ni quiropráctica no son elegibles para traslados a esas citas.*

Llame al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) para coordinar el traslado con, al menos, dos días hábiles de anticipación a su cita. También puede hacer otras preguntas que tenga sobre los beneficios de traslados. Nuestro beneficio de traslados se brinda a través de un proveedor. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) más cercana.



Políticas de transporte

Lea la siguiente lista. Estas reglas contribuirán a que los traslados sean más rápidos y seguros. Si tiene algún problema o inquietud con su traslado programado, llame a Servicios para Afiliados.

Los traslados deben ser tranquilos y placenteros. El conductor está capacitado para tratarlo con respeto y tomar en cuenta en sus necesidades. Trate al conductor de la manera en que le gustaría que lo trataran a usted. Siga estos pasos:

- Llame para programar un traslado que no sea de emergencia dos días hábiles antes de su viaje. (Los sábados, los domingos y los feriados no son días hábiles).
- Proporcione la dirección completa, el número de teléfono y a quién verá en el consultorio del médico.
- Espere en la dirección donde lo pasarán a recoger. Preséntese lo más temprano posible, según el horario que le haya dado el servicio de transporte.
- Si desea cancelar el traslado, llame con un mínimo de dos horas de anticipación respecto de la hora programada.
- Cuando haya terminado su visita, llame a la empresa de transporte para coordinar su viaje de regreso.
- Los menores de 16 años siempre deben viajar con un adulto mayor de 18 años.
- Si necesita asiento(s) para automóvil, usted es responsable de proporcionarlos; de lo contrario, se le cancelará el viaje. Si necesita un asiento elevador, se le puede proporcionar uno.

No presentarse

Debe estar listo para que lo recojan. Debe estar allí al comienzo del horario de recogida. La compañía de transporte solo puede esperar 10 minutos antes de que se considere que no se presentó. Llame al proveedor de transporte tan pronto como sea posible si no puede asistir a su cita.

¿Qué significa *no presentarse*?

- Si no se encuentra en el lugar de recogida
- Si no lo ven en el lugar de recogida
- Si no llega a tiempo al lugar de recogida

El conductor esperará 10 minutos, y luego se irá. Si tiene alguna pregunta, llámenos.



INCENTIVOS Y RECOMPENSAS

¡Haga elecciones saludables y gane recompensas! Usted y su familia pueden ganar recompensas por trabajar para mejorar su salud. Obtenga recompensas por actividades como acudir a su visita anual de bienestar o recibir determinados tipos de atención preventiva. Obtenga más información sobre las recompensas en las siguientes listas. También puede visitar Beneficios de HHW o HIP en **CareSource.com/IN** para obtener más información.

Cómo utilizar sus recompensas

- Su proveedor nos informa que usted o su bebé han realizado una actividad.
- Agregamos su recompensa a su cuenta.
- Use su tarjeta de recompensas para comprar artículos (o tarjetas regalo con MyHealth) en las tiendas que forman parte del programa.
- Recibirá una lista de tiendas con su tarjeta de recompensas.

Portal de recompensas Nuestro portal de recompensas se llama MyHealth. MyHealth es la forma en que llevará un registro de sus recompensas. Consulte la sección Recompensas de MyHealth que aparece a continuación para obtener más información.

Si no tiene acceso a Internet o al portal, podemos ayudarle. Llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). Nuestro personal puede ayudarle a registrar y canjear sus recompensas.

Babies First®

Como mamá primeriza o en la dulce espera, usted y su bebé pueden ganar hasta \$240 en recompensas a través del programa Babies First. Debe visitar a su médico con regularidad mientras esté embarazada. Programe un examen de seguimiento con su médico después de dar a luz. Su hijo también debe acudir a todas sus visitas de control con el médico.

Debe registrarse en el programa Babies First cada vez que quede embarazada. Es muy sencillo. Complete el formulario de registro en Babies First en <https://www.caresource.com/in/plans/medicaid/benefits-services/rewards/> o llame a Servicios para Afiliados. En esta lista, se indica cómo usted y su bebé pueden ganar recompensas.

Resumen de recompensas* de Babies First 2024		
Actividad de un programa con recompensas	Quién es elegible	Recompensas*
Visitas durante el embarazo (prenatales)	Mujeres embarazadas	1.ª visita \$50 5.ª visita \$25
Visita después del nacimiento del bebé (posparto)	Mamás primerizas	\$40 por embarazo
Visita adicional después del nacimiento del bebé	Mamás primerizas	\$15 por embarazo
Seis visitas de bebé sano en 15 meses	Bebés de hasta 15 meses	\$15 por visita
Prueba de detección de plomo en la sangre	Bebés de hasta 15 meses	\$20 – 1 vez
Evaluación de necesidades de salud (HNS)	Nuevos afiliados en los 90 días siguientes a su afiliación	Tarjeta de regalo de \$30 de Walmart



*Las recompensas pueden cambiar. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo o las necesidades de salud. Si deja de estar afiliada, su cuenta ya no estará activa. Su cuenta se desactivará, y es posible que las recompensas no usadas ya no estén disponibles.

*Si está embarazada y tiene 18 años o más, también puede unirse al programa Recompensas de MyHealth. Si está embarazada y tiene 17 años o menos, también puede unirse al programa Recompensas Kids First. Para obtener más información sobre el programa Kids First y MyHealth, consulte a continuación o visite **MyCareSource.com**.*

Kids First

El programa Kids First le permite a su hijo de entre 16 meses y 17 años ganar recompensas por realizar actividades saludables. Cada niño puede ganar hasta \$50 por realizar actividades saludables. Estos incluyen un examen físico anual, vacunas y exámenes odontológicos preventivos. Las recompensas varían según las necesidades de salud y bienestar de su hijo. Puede registrar a su hijo completando el formulario de registro de Kids First, que se encuentra en **MyCareSource.com**, o llamando a Servicios para Afiliados.

Cómo usar las recompensas de Kids First

- Su proveedor nos informa que su hijo ha realizado una actividad.
- Agregamos su recompensa a su cuenta Kids First.
- Use su tarjeta de recompensas para comprar artículos en las tiendas que forman parte del programa.
- Recibirá una lista de tiendas con su tarjeta de recompensas.

Estas son las formas en las que su hijo puede ganar recompensas.

Resumen de recompensas* Kids First 2024		
Actividad de un programa con recompensas	Quién es elegible	Recompensas*
Examen odontológico preventivo	Niños de entre 16 meses y 17 años	\$10 2 veces por año calendario
Visita de niño sano: 16 meses a 30 meses	Niños de entre 16 meses y 30 meses	\$10 3 veces por año calendario
Visita de niño sano: 3 a 17 años	Niños de entre 3 años y 17 años	\$20 1 vez por año calendario
Prueba de detección de plomo en la sangre	Niños de entre 15 meses y 6 años	\$20 1 vez por año calendario Y 2 veces de por vida
Vacunas de niño sano (Dtap, IPV, MMR y Varicela - aplicadas como una serie)	Niños de entre 4 años y 6 años	\$20 1 vez por año calendario
Vacunas de niño sano: DTaP	Niños de entre 11 años y 17 años	\$10 1 vez por año calendario
Vacuna de niño sano: serie de HPV (virus del papiloma humano) (aplicada como una serie)	Niños entre 11 años y 17 años	\$30 1 vez por año calendario
Vacunas de niño sano: contra el meningococo	Niños entre 11 años y 17 años	\$10 1 vez por año calendario
Vacuna antigripal anual	Niños de entre 16 meses y 17 años	\$10 1 vez por año calendario



Visitas de seguimiento por TDAH dentro de los 30 días de la primera receta	Niños de entre 16 meses y 17 años con diagnóstico de TDAH	\$10 1 vez por año calendario
Visitas de seguimiento de TDAH dentro de los 10 meses de la primera receta	Niños de entre 16 meses y 17 años con diagnóstico de TDAH	\$10 2 veces por año calendario
Evaluación de necesidades de salud	Solo para nuevos afiliados en los 90 días siguientes a su afiliación.	Tarjeta de regalo de \$30 de Walmart®

*Las recompensas pueden cambiar. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo o las necesidades de salud. No podrá ingresar al Portal de recompensas si ya no está afiliado a CareSource. Su cuenta se desactivará, y es posible que las recompensas no usadas ya no estén disponibles.

Recompensas MyHealth para adultos

MyHealth es nuestro programa de bienestar en línea. Está disponible para todos los afiliados adultos sin costo adicional. Puede obtener recompensas realizando actividades saludables. Todos los afiliados adultos están inscritos en MyHealth. No es necesario que se registre. Vaya a **MyCareSource.com** y, luego, a la pestaña *Salud* para acceder a MyHealth. Puede llevar un registro de sus puntos de recompensa aquí.

Cómo utilizar las recompensas de MyHealth

- Su proveedor nos informa que usted ha realizado una actividad.
- Agregamos su recompensa a su cuenta MyHealth.
- Use su tarjeta de recompensas para comprar tarjetas regalo en las tiendas que forman parte del programa.
- Recibirá una lista de tiendas con su tarjeta de recompensas.

Los afiliados a HIP y HHW ganan hasta un máximo de \$300 en recompensas una vez al año.

Afiliados a HHW:

- Sus \$300 podrían estar compuestos por lo siguiente:
 - Hasta \$50 en recompensas por servicios de bienestar y preventivos
 - Hasta \$200 en recompensas por manejo de enfermedades crónicas
 - Hasta \$200 en recompensas por dejar de consumir tabaco y sustancias

Afiliados a HIP

- Sus \$300 podrían estar compuestos por lo siguiente:
 - Hasta \$50 en recompensas por servicios de bienestar y preventivos
 - Hasta \$200 en recompensas por manejo de enfermedades crónicas
 - Hasta \$200 en recompensas por dejar de consumir tabaco y \$100 por dejar de consumir sustancias

MyHealth también cuenta con una herramienta llamada Journeys. Con Journeys, puede:

- Dar seguimiento a las metas de ejercicios que se haya propuesto
- Comprender mejor los temas de salud y bienestar que le importan
- ¡Y más!



Estas son las formas en las que puede ganar recompensas.

Resumen de recompensas por actividades de bienestar y preventivas de MyHealth* 2024

Los afiliados adultos a HHW ganan hasta \$50 en recompensas por actividades de bienestar y preventivas Los afiliados a HIP ganan hasta \$50 en recompensas por actividades de bienestar y preventivas

Resumen de recompensas por actividades de bienestar y preventivas MyHealth* 2024 Los adultos afiliados a HHW ganan hasta \$50 en recompensas por actividades de bienestar y preventivas Los afiliados a HIP ganan hasta \$50 en recompensas por actividades de bienestar y preventivas		
Actividad de un programa con recompensas	Quién es elegible	Recompensas*
Examen odontológico anual	Todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$10 2 veces por año calendario
Examen físico anual	Todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$20 1 vez por año calendario
Vacuna antigripal anual	Para todos los adultos entre 18 y 64 años	\$10 1 vez por año calendario
Evaluación de detección de cáncer de seno (mamografía)	Mujeres de entre 50 y 64 años	\$20 1 vez por año calendario
Evaluación de detección de clamidia	Mujeres de entre 18 y 25 años	\$10 1 vez por año calendario
Prueba de colesterol	Mujeres de entre 35 y 64 años Mujeres de entre 45 y 64 años	\$10 1 vez por año calendario
Evaluación de detección de cáncer cervical (examen de Papanicolaou)	Mujeres de entre 18 y 64 años	\$10 1 vez por año calendario
Completar un Journey en MyHealth	Todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$5 3 veces por año calendario
Vacuna contra el HPV (virus del papiloma humano) (se aplica como una serie)	Hombres y mujeres de entre 18 y 26 años	\$10 por la serie
Completar la Evaluación de necesidades de salud de Indiana	Todos los afiliados adultos nuevos dentro de los 90 días de la elegibilidad De entre 18 años y 64 años	\$30 - Tarjeta de regalo de Walmart. Consulte los pasos 8 y 9 en la Guía de consulta rápida para obtener detalles sobre cómo completar la Evaluación de necesidades de salud. Se debe completar dentro de los primeros 90 días de la inscripción.
Vacuna antineumocócica	Todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$10 1 vez por año calendario
Vacunas - Dosis de refuerzo de tétanos-difteria	Todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$10 1 vez por año calendario

También puede obtener una recompensa por recibir su vacuna contra la COVID-19. Los adultos de entre 18 y 64 años pueden ganar \$50 después de su 2.º dosis de Pfizer o Moderna, o después de una dosis única de Johnson & Johnson.

* Las recompensas pueden cambiar. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo o las necesidades de salud. No podrá ingresar al Portal de recompensas si ya no está afiliado a CareSource. Su cuenta se desactivará, y es posible que las recompensas no usadas ya no estén disponibles.



Recompensas por manejo de enfermedades crónicas 2024 Los adultos afiliados a HHW ganan hasta \$200 en recompensas por manejo de enfermedades crónicas para pruebas de diabetes.
Los afiliados a HIP ganan hasta \$200 en recompensas por manejo de enfermedades crónicas.

Actividad de un programa con recompensas	Quién es elegible	Recompensas*
Cumplimiento de medicamentos para el TDAH	Todos los adultos de entre 19 y 64 años de HIP y HHW con diagnóstico de TDAH	\$15 3 veces por año calendario
Cumplimiento de medicamentos para el asma	Todos los adultos de entre 19 y 64 años de HIP y HHW con diagnóstico de asma	\$15 4 veces por año calendario
Cumplimiento del uso de betabloqueantes después del infarto agudo de miocardio (IMA) u otro evento cardíaco	Todos los adultos de entre 19 y 64 años de HIP y HHW con diagnóstico de EAC	\$15 4 veces por año calendario
Cumplimiento de los medicamentos con estatinas para la EAC y la diabetes mellitus (DM)	Todos los adultos de entre 19 y 64 años de HIP y HHW con diagnóstico de EAC	\$15 4 veces por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por ICC	Todos los adultos de entre 19 y 64 años de HIP y HHW con diagnóstico de ICC	\$15 4 veces por año calendario
Evaluación integral de riesgo prenatal	Todas las mujeres embarazadas adultas de HIP y HHW de entre 19 y 64 años	\$25 1 vez por año calendario
Continuación de la Administración de la atención	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años <i>Debe tener la clasificación de necesidades médicas elegible</i>	\$20 3 veces por año calendario
Cumplimiento del uso de corticoesteroides después de un evento de atención aguda por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años con diagnóstico de EPOC	\$15 1 vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por EPOC	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años con diagnóstico de EPOC	\$15 4 veces por año calendario
Cita de seguimiento a los 7 días después del alta del hospital por depresión (clínica)	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años con diagnóstico de depresión	\$40 1 vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por depresión (clínica)	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años con diagnóstico de depresión	\$15 4 veces por año calendario
Cumplimiento de medicamentos para la diabetes (todas las clases)	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años con diagnóstico de diabetes	\$15 4 veces por año calendario
Prueba de A1c para diabéticos	Todos los adultos de entre 18 y 64 años con diagnóstico de diabetes	\$25 1 vez por año calendario



Recompensas por manejo de enfermedades crónicas 2024 Los adultos afiliados a HHW ganan hasta \$200 en recompensas por manejo de enfermedades crónicas para pruebas de diabetes. Los afiliados a HIP ganan hasta \$200 en recompensas por manejo de enfermedades crónicas.

Actividad de un programa con recompensas	Quién es elegible	Recompensas*
Prueba de microalbúmina para diabéticos	Todos los adultos de entre 18 y 64 años con diagnóstico de diabetes	\$25 1 vez por año calendario
Examen de la vista de retina para diabéticos	Todos los adultos entre 18 y 64 años con diagnóstico de diabetes <i>Los exámenes debe realizarlos un proveedor oftalmológico de especialidad.</i>	\$10 1 vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por Hepatitis C	Todos los adultos de HIP de entre 19 y 64 años con diagnóstico de hepatitis C	\$15 4 veces por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por VIH	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años con diagnóstico de VIH	\$15 4 veces por año calendario
Prueba de carga viral del VIH	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años con diagnóstico de VIH	\$10 1 vez por año calendario
Prueba de detección de depresión posparto (dentro de los 6 meses después de dar a luz)	Todas las mujeres adultas en posparto de HIP y HHW de entre 19 y 64 años	\$40 1 vez por año calendario
Iniciación a la Administración de la atención	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años	\$25 1 vez por año calendario
Continuación de la Administración de la atención	Todos los adultos de HIP y HHW de entre 19 y 64 años <i>Debe tener la clasificación de necesidades médicas elegible</i>	\$20 2 veces por año calendario

* Las recompensas pueden cambiar. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo o las necesidades de salud. No podrá ingresar al Portal de recompensas si ya no está afiliado a CareSource. Su cuenta se desactivará, y es posible que las recompensas no usadas ya no estén disponibles.



Recompensas* por dejar de consumir tabaco y sustancias 2024 Los afiliados adultos a HHW pueden ganar hasta \$200 en recompensas por dejar de consumir tabaco y sustancias. Los afiliados a HIP pueden ganar hasta \$200 en recompensas por dejar de consumir tabaco y hasta \$200 por dejar de consumir sustancias.

Actividad de un programa con recompensas	Quién es elegible	Recompensas*
Continuación de la orientación conductual a las 6 semanas para dejar de consumir tabaco	Todos los adultos de HIP y HHW (de 19 a 64 años)	\$20 1 vez por año calendario
Inicio de orientación conductual para dejar de consumir tabaco	Todos los adultos de HIP y HHW (de 19 a 64 años)	\$30 1 vez por año calendario
Participar en asesoramiento para dejar de consumir tabaco de la Línea de ayuda para dejar de consumir tabaco de Indiana	Todos los adultos de HIP y HHW (de 19 a 64 años)	\$50 1 vez por año calendario
Participar en asesoramiento para dejar de consumir tabaco durante el embarazo de la Línea de ayuda para dejar de consumir tabaco de Indiana	Todas las adultas afiliadas a HIP y HHW (de 19 y 64 años) que están embarazadas	\$80 1 vez por año calendario
Llamadas adicionales de asesoramiento para dejar de consumir tabaco de la Línea de ayuda para dejar de consumir tabaco de Indiana	Todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$10 9 veces por año calendario
Sesión de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (IOT) para trastorno por consumo de sustancias (SUD)	Todos los adultos de HIP y HHW (de 19 a 64 años)	\$10 10 veces por año calendario
Medicamentos para dejar de consumir tabaco (1. ^a , 4. ^a , 8. ^a y 12. ^a semanas)	Todos los adultos de HIP y HHW (de 19 a 64 años)	\$20 4 veces por año calendario

* Las recompensas pueden cambiar. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo o las necesidades de salud. No podrá ingresar al Portal de recompensas si ya no está afiliado a CareSource. Su cuenta se desactivará, y es posible que las recompensas no usadas ya no estén disponibles.





FARMACIA/MEDICAMENTOS CON RECETA

CareSource RXInnovations™ se ha asociado con Express Scripts para ayudarle a manejar sus medicamentos con receta y ahorrar dinero. Tenemos herramientas en línea que indican qué medicamentos y farmacias tienen cobertura en su plan.

- **Encontrar mis medicamentos con receta** le permite ingresar el nombre del medicamento. Le informará si está cubierto.
- **Encontrar una farmacia** le permite encontrar una farmacia que forme parte de la red de CareSource.

Pagaremos sus medicamentos con receta y algunos suministros médicos con receta para su adquisición en la farmacia. Algunos ejemplos son:

- Suministros para la diabetes
- Espaciadores para inhaladores
- Medidores de flujo máximo
- Jeringas
- Agujas
- Toallitas con alcohol
- Preservativos

Deberá obtener sus medicamentos con receta en una farmacia que acepte el seguro CareSource.

Lista de medicamentos preferidos (PDL)

CareSource cubre todos los medicamentos que se consideran médicamente necesarios y que tengan cobertura de Medicaid en una gran cantidad de farmacias. También cubriremos muchos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) de uso común con una receta escrita por su proveedor de atención médica. También incluimos una lista de medicamentos que preferimos que nuestros proveedores receten. Se denomina Lista de medicamentos preferidos (PDL). Incluye los productos de la Lista de medicamentos preferidos unificada a nivel estatal (SUPDL) de Medicaid de Indiana.

Nuestra lista de medicamentos incluirá más de un medicamento para tratar una afección. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Muchos medicamentos alternativos logran los mismos resultados que otros medicamentos con efectos secundarios similares.

Puede encontrar nuestra PDL en www.caresource.com/in/plans/medicaid/benefits-services/pharmacy/preferred-drug-list/. Solicite a Servicios para Afiliados una copia de la PDL y los medicamentos que requieran una autorización previa. Nuestra PDL y la lista de medicamentos que requieren autorización previa pueden cambiar. Controle esta lista cuando necesite surtir/resurtir un medicamento con receta.

Contamos con programas que garantizan que usted obtenga medicamentos seguros y eficaces. Entre ellos:

- Terapia escalonada
- Sustitución por medicamento genérico
- Gestión de terapia de medicamentos

Conozca más sobre cada uno de estos programas en las próximas páginas.

Terapia escalonada

A veces, le hacemos probar un medicamento más barato que se usa para tratar la misma afección antes de *pasar* a un medicamento con receta que cuesta más. Esto se denomina terapia escalonada. Algunos medicamentos tienen cobertura únicamente si se usa la terapia escalonada.



Sustitución por medicamento genérico

Una farmacia dispensará un medicamento genérico si está disponible en lugar de un medicamento de marca. Esto se denomina sustitución por medicamento genérico. Puede esperar que el genérico produzca el mismo efecto y tenga el mismo perfil de seguridad que el medicamento de marca. Si se ordena un producto de marca cuando hay un genérico equivalente disponible, su proveedor deberá solicitar una autorización previa.

Programa de gestión de terapia de medicamentos (MTM)

El uso correcto de los medicamentos con receta es vital para su salud. La gestión de terapia de medicamentos (MTM) es un programa para que se informe acerca de sus medicamentos. Ayudará a detener o centrar los problemas relacionados con los medicamentos con receta y reducirá los costos. También ayudará a mantenerse dentro de su plan.

Puede trabajar con un farmacéutico local o un farmacéutico de CareSource para MTM. Su farmacéutico recibirá avisos e información sobre sus medicamentos. Si considera que usted necesita ayuda, puede reunirse personalmente con esta persona o hablar sobre sus medicamentos por teléfono. Se tomará el tiempo de revisar todos sus medicamentos. Esto incluye cualquier píldora, crema, gota para los ojos, productos a base de hierbas o de venta libre. El farmacéutico le ayudará con sus medicamentos y cómo tomarlos. Trabjará con su proveedor de atención médica para ayudarle y mejorar su uso de los medicamentos con receta. Puede obtener este servicio sin costo.

Beneficios del Programa MTM

- Uso seguro de medicamentos con receta
- Ayuda a sus proveedores de atención médica y otros cuidadores a trabajar juntos con efectividad
- Le enseña sobre sus medicamentos con receta y cómo usarlos
- Mejora la salud

Autorización previa para medicamentos con receta

Es posible que debamos revisar algunos medicamentos antes de que se cubran. Esto se denomina autorización previa (o preaprobación). Su proveedor nos dirá por qué necesita un determinado medicamento con receta o una cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud antes de que cubramos el medicamento. Estas son algunos motivos por los que puede ser necesario una preaprobación:

- El medicamento podría tener efectos secundarios graves.
- Existe un medicamento genérico o **preferido** alternativo.
- Se puede originar una toxicomanía/abuso de medicamentos.
- Existen otros medicamentos que **deben** probarse primero.

Puede ver en la PDL publicada en línea qué medicamentos necesitan una preaprobación. También puede llamarnos para preguntar sobre nuestra PDL y qué medicamentos o servicios necesitan una preaprobación.

Excepciones a la autorización previa

Puede haber motivos por los cuales no pueda tomar un medicamento. En estos casos, puede pedir que se cubra un medicamento diferente. Esto se denomina una excepción para medicamentos con receta. Puede solicitar una excepción por:

- Un medicamento que necesita y que no forma parte de su plan de salud cubierto, sujeto a revisión de necesidad médica por CareSource



- Alergia a un medicamento
- Si no puede tomar determinado medicamento
- Si tuvo una reacción adversa a un medicamento que figura en la PDL

Usted o alguien que actúe en su nombre pueden presentar una solicitud de excepción. Trabajaremos con su proveedor si este lo hace por usted.

Si no aprobamos su solicitud, le enviaremos información en la que se abarcará:

- Cómo puede apelar la decisión
- Información sobre su derecho a una audiencia estatal

Desecho de medicamentos

¿Tiene medicamentos vencidos que ya no usa? Los medicamentos vencidos o sin usar pueden ser un riesgo grave para la salud de niños pequeños, adolescentes o las mascotas de la familia si están a su alcance. También pueden usarse de forma incorrecta. La mayoría de las personas que usan medicamentos con receta de forma incorrecta los consiguen de amigos o familiares. Es importante eliminar estos medicamentos de forma segura antes de que causen daños.

Puede deshacerse de los medicamentos vencidos o que no usa de forma segura en centros de recogida de medicamentos, como farmacias locales o comisarías de policía. Visite www.deadiversion.usdoj.gov/pubdispsearch para ver una lista de lugares cerca de usted.

CareSource también cuenta con paquetes gratuitos DisposeRx® para ayudarle a desechar los medicamentos vencidos o que ya no usa. Obtenga su paquete gratuito en secureforms.CareSource.com/DisposeRx o llamando a Servicios para Afiliados.





ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

Nuestros administradores de atención pueden ayudarle a entender mejor su cuadro médico y cómo cuidarse. Contamos con Administración de la atención para niños y adultos. El equipo de Administración de la atención cuenta con enfermeros/as diplomados/as, profesionales de salud conductual y otros trabajadores comunitarios. Se reunirán con usted en persona para escuchar sus inquietudes. Pueden ayudarle a encontrar un proveedor de atención médica y a programar sus citas. También pueden ayudarle a localizar recursos y apoyo locales. Asegúrese de ver cómo puede ganar recompensas completando actividades de salud que le ayuden a controlar enfermedades crónicas. Consulte la sección de recompensas de este manual para obtener más información.

Un administrador de caso se comunicará con usted en las siguientes situaciones:

- Si usted lo solicita.
- Si su proveedor de atención médica se lo solicita a CareSource.
- Si los servicios de Administración de la atención pueden ser de utilidad para usted o su familia.
- Si tiene un problema de salud de alto riesgo y requiere asistencia médica de alta complejidad.
- Si visita la sala de emergencias.
- Si está embarazada.
- Si solicita ayuda con el dolor.

Afecciones con las que puede ayudarle la Administración de la atención

- Trastorno por consumo de sustancias (SUD)
- Asma
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Autismo/Trastorno generalizado del desarrollo (TGD)
- Enfermedad renal crónica (ERC)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)
- Arteriopatía coronaria (AC)
- Depresión
- Artículos OTC para la diabetes
- Hepatitis C
- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Hipertensión
- Enfermedad de las células falciformes (ECF)
- Otras afecciones crónicas
- Embarazo

Coordinación de la atención

Los administradores de atención se aseguran de que su PMP y otros aliados de la salud trabajen en conjunto.

A esto se lo llama **coordinación de la atención**. Sabrán si necesita un PMP, un especialista, atención de urgencia o la sala de emergencias. Llame al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si tiene preguntas o considera que podría necesitar ayuda. Con gusto le ayudaremos.



Programa de promesas de embarazo de Indiana

El Programa de promesas de embarazo de Indiana es un programa gratuito para embarazadas afiliadas a Medicaid que consumen opiáceos o los han consumido en el pasado. El programa puede ponerla en contacto con atención prenatal y posparto, otros tipos de atención de salud física y mental, y tratamiento para el trastorno por consumo de opiáceos. El programa brinda apoyo durante el período prenatal y durante los 12 meses posteriores al final del embarazo. También tiene beneficios de cuidado infantil para todos los afiliados. Puede unirse a este programa gratuito aquí: <https://appengine.egov.com/apps/in/promise>.

Programa Right Choices (RCP)

El Programa Right Choices (RCP) es un programa estatal. Los afiliados se derivan a este programa cuando usan los servicios de Medicaid más que otros afiliados. Si está inscrito en el Programa RCP, se le enviará una carta en la que se explicará el programa. Se le asigna un proveedor médico principal y una farmacia a los que debe acudir, a menos que tenga una emergencia. Si se encuentra en el Programa RCP, se le asignará un administrador de atención de CareSource. Le ayudará a administrar su atención y a garantizar que sus necesidades se satisfagan. Llame a su administrador de atención asignado si tiene alguna pregunta.

Administración de la atención de alto riesgo

Ofrecemos servicios para atender las necesidades complejas de salud. Contamos con un equipo de Administración de la atención de alto riesgo, que trabajará con usted de forma individualizada por teléfono y en persona. Le ayudarán a informarse acerca de su salud y a administrar su atención médica. Llame a Servicios para Afiliados si tiene preguntas o cree que puede necesitar una Administración de la atención de alto riesgo.

Transiciones en la atención

CareSource le brindará su apoyo una vez que abandone el hospital:

- respondiendo preguntas;
- ayudándole con sus medicamentos;
- ayudándole a coordinar sus visitas al PMP o a otros especialistas;
- ayudándole o ayudando a su familia con las necesidades en su hogar.

Si usted o alguien de su familia necesita ayuda cuando salga del hospital, llame al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).

Programa de asistencia al afiliado de Administración de la atención

Si trabaja con el equipo de Administración de la atención, puede tener acceso al programa de asistencia al afiliado. El programa de asistencia al afiliado cuenta con un fondo que puede ayudarlo a eliminar las barreras que impiden trabajar o satisfacer sus necesidades básicas. Se realizan, como mínimo, 3 intentos para encontrar recursos existentes en la comunidad a fin de que pueda satisfacer sus necesidades antes de que pueda usar el fondo. Su administrador de atención médica rellenará una solicitud para que se apruebe el uso del fondo. El beneficio máximo del afiliado es de \$200 por año (de enero a diciembre). Las áreas de apoyo pueden incluir:

- Transporte (separado de los beneficios generales de traslado)
- Ropa
- Gastos relacionados con el trabajo
- Asistencia de vivienda y servicios públicos (si no está disponible donde se encuentra)
- Equipos para el hogar y alimentos



MANEJO DE ENFERMEDADES

Sabemos que vivir con una afección médica, como el asma, la diabetes y otras, es difícil. Ofrecemos programas gratuitos de manejo de enfermedades para ayudarle a aprender acerca de su salud. Pueden mostrarle cómo manejar sus afecciones médicas específicas de la mejor manera. Nuestro objetivo es asegurarnos de que tenga las herramientas necesarias para mantenerse lo más saludable posible. Ayudamos a nuestros afiliados mediante:

- La herramienta en línea MyHealth para afiliados de 18 años o más. Vaya a **MyCareSource.com** y, luego, a la pestaña *Health* para acceder a MyHealth.
- Materiales que enseñan habilidades para ayudarlos a autocontrolar la(s) afección(afecciones).
- Coordinación de la atención con equipos de extensión.

Su proveedor de atención médica, su farmacia u otra fuente de atención médica puede informarnos que se beneficiaría de un programa. Le enviaremos materiales relacionados con su afección médica. Estos consejos y recursos pueden ayudarle a autocontrolar su afección.

Personas de todas las edades (niños, adolescentes y adultos) pueden participar en el programa. Los afiliados pueden autoderivarse o que los deriven a un programa. Recibirán información específica de la afección. Llámenos si desea obtener más información acerca de su afección médica o formar parte de un programa. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-844-438-9498**.

Personas dependientes con necesidades médicas especiales y beneficios del plan HIP

Si es afiliado a HIP y califica como persona dependiente con necesidades médicas especiales, tendrá más beneficios en el HIP State Plan. Esto incluirá beneficios odontológicos y oftalmológicos. Se lo puede considerar dependiente con necesidades médicas especiales si tiene uno o más de estos problemas:

- Trastorno mental incapacitante
- Trastorno crónico por consumo de sustancias
- Afecciones médicas complejas y graves
- Discapacidad física, intelectual o del desarrollo que perjudique en gran medida la capacidad del individuo para realizar una o más actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse o comer)
- Determinación por incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration)

Si verificamos que es una persona dependiente con necesidades médicas especiales, recibirá beneficios de HIP State Plan. Podemos verificar estas afecciones de acuerdo con sus reclamos (la atención médica que recibe). También puede llamarnos al número que figura en la parte inferior de la página si cree que califica como persona dependiente con necesidades médicas especiales. Llámenos o visite **www.in.gov/fssa/hip/am-i-eligible/conditions-that-may-qualify-you-as-medically-frail/** para obtener más información. Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelar.

Atención preventiva: niños y adultos

Su proveedor médico principal (PMP) es un asociado importante en la atención preventiva.

¿Qué es la atención preventiva? Son exámenes y servicios médicos que le ayudan a mantenerse sano. Las visitas y los exámenes de rutina pueden ayudar a su médico a detectar y tratar problemas. Esto ayudará a usted y a su médico a identificar problemas antes de que sean graves.

EPSDT para niños: desde el nacimiento hasta los 21 años

Los exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) son un programa federal para bebés, niños y adultos jóvenes. Los EPSDT están cubiertos para los afiliados a los planes HIP y HHW hasta los 21 años.

Los EPSDT sirven para asegurarse de que los niños estén sanos y continúen con su desarrollo físico y mental. Cubren exámenes médicos, inmunizaciones (vacunas), educación sobre la salud y análisis de laboratorio. Deben realizarse exámenes a las siguientes edades:

Nacimiento	3-5 días	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses
------------	----------	-------	---------	---------	---------	---------

12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses	36 meses
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Después de los 36 meses, los servicios de EPSDT cubren un examen del niño sano una vez por año. Cada año hasta los 21 años.

- Los EPSDT cubren la atención médica de problemas que se detectan durante un examen. Las visitas de los EPSDT son sin costo para usted. Exámenes médicos completos (con una evaluación del desarrollo físico y mental).
- Exámenes oftalmológicos
- Exámenes odontológicos
- Exámenes auditivos
- Evaluaciones del crecimiento y desarrollo
- Análisis de laboratorio a determinadas edades, como las pruebas de detección de plomo en la sangre
- Inmunizaciones (vacunas)
- Atención médica de seguimiento para tratar problemas de salud
- Pruebas de nivel de plomo en la sangre
- A los niños afiliados a HHW se les debe hacer un análisis de detección de plomo en la sangre a los 12 y a los 24 meses de edad o antes si tiene un riesgo alto de exposición al plomo

A todos los niños que pertenecen a los planes HIP o HHW se les debe hacer un análisis de detección de plomo en la sangre. Su médico puede decidir si es necesario hacer un análisis antes. A los niños de entre 36 y 72 meses de edad se les debe hacer una prueba de detección de plomo en la sangre si no se les ha realizado la prueba de intoxicación por plomo con anterioridad.

Programe una visita para EPSDT con su proveedor médico principal (PMP)/proveedor dental primario (PDP)

Programe visitas para EPSDT para su hijo, de modo que el PMP/PDP pueda detectar problemas de salud en etapas tempranas. Su PMP enviará a su hijo a un especialista si necesita más atención.

Algunos servicios requieren que su PMP/PDP obtenga una autorización previa (preaprobación). Su PMP/PDP puede solicitar una preaprobación de CareSource. Se trata de servicios con límites o que no están cubiertos para los afiliados de hasta 20 años. Consulte la sección **Autorización previa** de este manual para obtener más información.



Atención preventiva para adultos

Hay muchas actividades de salud que puede realizar para mantenerse sano. Los cuadros de la próxima página le indicarán qué atención médica puede necesitar a cada edad. Los cuadros son una guía. Asegúrese de preguntarle a su proveedor de atención médica qué visitas de salud y exámenes necesita.

Definiciones de actividades preventivas:

- **Examen físico anual:** una consulta con su proveedor de atención médica al menos una vez al año. Hágalo aunque se sienta saludable.
- **Monitoreo del colesterol:** hágase controlar el colesterol a partir de los 20 años. Si su nivel está dentro de los límites normales, hágase un control cada 5 años. Su proveedor de atención médica puede controlar su colesterol con más frecuencia si su nivel no está dentro de lo normal. Es posible que le hagan más pruebas si tiene diabetes, cardiopatías o problemas renales, o si toma determinados medicamentos. Podrían realizarle monitoreos más seguidos si hubiese cambios en su peso o su alimentación.
- **Evaluación de detección de diabetes:** debe realizarse una evaluación de detección de diabetes antes de los 45 años. Su médico puede indicarle pruebas de detección a una edad más temprana si tiene sobrepeso o presión arterial alta.
- **Limpieza dental:** haga que un profesional odontológico le realice una limpieza dental por lo menos dos veces al año.
- **Examen odontológico:** haga que un odontólogo revise todos sus dientes por lo menos una vez al año.
- **Examen oftalmológico:** haga que revisen sus ojos una vez cada dos años. Si tiene diabetes, es fundamental que se someta a un examen oftalmológico cada año. Pregúntele a su proveedor de atención médica si es necesario controlar sus ojos con más frecuencia.
- **Clamidia:** las mujeres de entre 16 y 24 años, o mayores si corren más riesgo, deben someterse a pruebas de detección de clamidia cada año.
- **Evaluación de detección de cáncer de cuello uterino:** las mujeres de entre 21 y 64 años deben someterse a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, llamada prueba de Papanicolaou, cada 3 años.
- **Evaluación de detección de cáncer de seno:** las mujeres de entre 40 y 75 años deben realizarse mamografías. Esto es una radiografía de los senos que sirve para detectar la presencia de cáncer. Debe realizarse por lo menos una vez cada dos años.
- **Evaluación de detección de cáncer colorrectal:** todas las personas de entre 45 y 75 años deben realizarse una evaluación de detección de cáncer colorrectal. Debe conversar con su proveedor de atención médica acerca de qué prueba es mejor para usted. Se pueden realizar estudios a una edad más temprana, si tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Existen muchas pruebas diferentes para detectar si tiene cáncer colorrectal. Hable con su proveedor acerca de la prueba que sea mejor para usted.
- **Vacuna antigripal:** la mayoría de los adultos debe recibir la vacuna antigripal todos los años.
- **Vacuna antineumocócica:** los adultos de 65 años o más deben recibir la vacuna. Los proveedores de atención médica también pueden recomendarla a personas menores de 65 años que tienen otros problemas de salud.
- **Vacuna contra el herpes zóster:** esta vacuna lo protege de una enfermedad dolorosa causada por el virus de la varicela. Las personas con un sistema inmunitario débil no deben recibirla. Los médicos no la recomiendan para personas mayores de 60 años.
- **Vacuna Td:** los adultos deben recibir la vacuna de refuerzo contra el tétanos y la difteria (Td) una vez cada 10 años.
- **Vacuna Tdap:** las mujeres embarazadas deben recibir esta vacuna cada vez que están embarazadas.



Guía de atención preventiva para mujeres

Actividades recomendadas	20 años	30 años	40 años	50 años	60 años o más
Examen físico anual	✓	✓	✓	✓	✓
Monitoreo del colesterol	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de diabetes			✓	✓	✓
Examen odontológico	✓	✓	✓	✓	✓
Examen oftalmológico (solo HIP Plus)	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer de cuello uterino	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer de seno			✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer colorrectal			✓	✓	✓
Vacuna antigripal	✓	✓	✓	✓	✓
Vacuna antineumocócica					✓
Vacuna contra el herpes zóster				✓	✓
Vacuna contra el tétanos y la difteria (Td)	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de clamidia	Menores de 25 años o más si corren mayor riesgo				

Guía de atención preventiva para hombres

Actividades recomendadas	20 años	30 años	40 años	50 años	60 años o más
Examen físico anual	✓	✓	✓	✓	✓
Monitoreo del colesterol	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de diabetes			✓	✓	✓
Examen odontológico	✓	✓	✓	✓	✓
Examen oftalmológico (solo HIP Plus)	✓	✓	✓	✓	✓
Evaluación de detección de cáncer colorrectal			✓	✓	✓
Vacuna antigripal	✓	✓	✓	✓	✓
Vacuna antineumocócica					✓
Vacuna contra el herpes zóster				✓	✓
Vacuna contra el tétanos y la difteria (Td)	✓	✓	✓	✓	✓

Podemos ayudarle si tiene alguna duda sobre sus necesidades de atención preventiva. Complete su Evaluación de necesidades de salud (HNS). Esto nos permitirá elaborar planes para que alcance su mejor estado de salud. Existen tres maneras en que puede realizar la HNS:

- Por teléfono: llame al **1-833-230-2011** de lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m., hora del este.
- En línea: inicie sesión en **MyCareSource.com** y haciendo clic en el enlace MyHealth
- Visite su farmacia Walmart® local para usar el quiosco médico



PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MATERNIDAD

Planificación familiar

Queremos que tenga un embarazo sano. Ofrecemos servicios de planificación familiar que la ayudarán a:

- Estar lo más saludable posible antes de quedar embarazada
- Asegurarse de que no tenga un bebé hasta que esté lista
- Asegurarse de que usted y su pareja se protegen de:
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Infecciones de transmisión sexual

Los Programas de cobertura de salud de Indiana (Indiana Health Coverage Programs, IHCP) le permiten acudir a cualquier proveedor de planificación familiar. No necesita nuestra aprobación para acudir a uno. Puede visitar clínicas, enfermeros/as de obstetricia certificados/as, obstetras/ginecólogos y proveedores médicos primarios (PMP).

Beneficios de maternidad

Las embarazadas afiliadas a los planes HIP y HHW tendrán los mismos beneficios adicionales. El Estado le asignará el plan HHW o el HIP de acuerdo con su nivel de ingresos. Siga estos pasos para recibir todos sus beneficios adicionales por embarazo:

Paso 1: informe su embarazo a CareSource al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) o llame a la División de Recursos para la Familia (Division of Family Resources, DFR) local al 1-800-403-0864.

Paso 2: recibirá los beneficios de HIP Maternity después de que informe sobre su embarazo. HIP Maternity cubre más beneficios durante el embarazo y durante 12 meses posteriores al parto (después del nacimiento del bebé). El período de posparto comienza el último día del embarazo. Estos beneficios incluyen los beneficios actuales, además de:

- Visión
- Servicios odontológicos
- Servicios quiroprácticos
- Transporte que no se considera de emergencia
- Servicios mejorados para dejar de consumir tabaco para embarazadas

Paso 3: llame a su proveedor de atención médica. Debe visitar a su proveedor en los primeros 3 meses (12 semanas) de su embarazo. Esto se denomina primer trimestre. Debe visitar a su proveedor, como mínimo, cada mes durante el primer y segundo trimestre, y más a menudo durante el último trimestre. Esto puede ayudar a detectar problemas antes de que empeoren y a evitar problemas durante el parto.

Paso 4: es fundamental que visite a su proveedor después de tener a su bebé. Estos controles están cubiertos como parte de sus beneficios.

Infórmenos cuando haya tenido a su bebé o haya finalizado su embarazo. Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711). O llame a la División de Recursos para la Familia (DFR) local al 1-800-403-0864.

Estos beneficios continúan por 12 meses después del final de su embarazo. Durante este tiempo, no tiene que realizar pagos ni copagos. Llámenos si tiene alguna pregunta.

Paso 5: después del período posparto de 12 meses, puede pasarse al plan HIP Maternity. Si es elegible, puede pasarse al plan HIP Basic. También puede efectuar un pago dentro del plazo de 60 días que figura en su factura para obtener los beneficios del plan HIP Plus. Le enviaremos una factura en la que se le informará su PAC y cómo pagarla. También puede llamarnos si tiene alguna pregunta.



Programas especiales para afiliadas embarazadas

Babies First

Ofrecemos un programa gratuito para embarazadas y mamás primerizas que se denomina Babies First. Consulte la sección Babies First de este manual para obtener más información.

Text4Baby

Es posible que tenga muchas preguntas sobre el embarazo y el recién nacido. Text4Baby puede ayudarla. Inscribese para recibir mensajes de texto con consejos de salud y seguridad. Recibirá estos mensajes de texto durante el embarazo hasta que su bebé cumpla un año. Visite text4baby.org para registrarse.

Mom and Baby Beginnings

El programa Mom and Baby Beginnings cuenta con muchos tipos de personal para que pueda tener un embarazo saludable. El personal incluye enfermeros/as, trabajadores sociales, especialistas en salud conductual, administradores de casos de consumo de sustancias y especialistas en lactancia materna. Si quiere obtener más información sobre la manera en que este programa puede ayudarla, llame al **1-833-230-2034**.

Balanzas para bebés en la NICU

Algunos bebés de alto riesgo necesitan que se les controle el peso con frecuencia durante las primeras semanas o meses, lo que puede ser fundamental para que sigan gozando de buena salud. El control del peso de su bebé es una de las formas más sencillas de asegurarse de que está creciendo como debería. También puede ayudar a detectar si existen posibles problemas de salud. Ofrecemos balanzas para bebés a domicilio como beneficio mejorado para algunos de nuestros afiliados de mayor riesgo. Llámenos si su bebé estuvo en la NICU o hable con su administrador de atención médica para obtener más información.

El fácil acceso a una balanza en el hogar le brinda beneficios como:

- Controles de peso periódicos para su bebé sin moverse de su casa
- Prevención de la exposición potencial a la COVID-19, gripe y el virus respiratorio sincitial (VRS)
- Detección temprana y control del crecimiento y el desarrollo de su bebé
- Mejor oportunidad para recibir comentarios durante una visita de telesalud
- Evitación de visitas a la sala de emergencias que no son necesarias

Si desea recibir una balanza para su bebé, llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) para obtener más información.



CARESOURCE RE-ENTRY PROGRAM™

Recuperarse tras haber estado en la cárcel o en prisión puede ser un problema. Es posible que no tenga el apoyo que necesita para recuperarse. Puede ser difícil encontrar una vivienda segura, alimentos y atención médica. Es posible que también tenga problemas de salud mental o con el consumo de sustancias.

Aproximadamente una de cada tres personas regresará a prisión dentro de los tres años posteriores a su liberación si no reciben la ayuda adecuada. Trabajamos con el Departamento Correccional de Indiana para que pueda retomar su vida cotidiana si estuvo en la cárcel o en prisión.

Contamos con enlaces comunitarios de justicia (Community Justice Liaison, CJL) para brindarle ayuda si la necesita. Los CJL pueden brindarle ayuda con:

- El repaso de sus necesidades médicas y de salud mental
- La búsqueda de recursos en su área
- El establecimiento de objetivos futuros

Nuestros CJL quieren asegurarse de que reciba la atención médica que necesita cuando lo liberen. También puede recibir ayuda para encontrar empleo o regresar a la escuela junto con el trabajo de un consejero de vida a través del programa CareSource Life Services.

Obtenga más información sobre el programa CareSource Re-Entry Program por teléfono al **317-982-6495** o por correo electrónico a **IndianaRe-Entry@CareSource.com**.

Eliminación de antecedentes penales

Eliminar los antecedentes penales significa borrar un delito pasado de los antecedentes penales de una persona. Si es elegible, cubriremos el costo de la eliminación de los antecedentes penales hasta \$500.

Requisitos:

- No tener acusaciones pendientes en ningún estado
- Pagar todas las multas, tarifas, costos judiciales y de restitución (CareSource ayudará a cubrir estos costos con este fondo)
- Esperar el tiempo requerido después del delito o de la condena
- Formar parte de CareSource Re-Entry Program o de CareSource JobConnect a través de CareSource Life Services



- Obtener una carta de aprobación de la oficina del fiscal

BENEFICIO DE RESTITUCIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR DE CARESOURCE

Sabemos que una buena salud es más que simplemente buena atención médica. Poder conducir puede ayudarle a acceder a servicios vitales para su salud y bienestar. Si perdió su licencia de conducir, podríamos ayudarle a recuperarla. Comience a conducir nuevamente con nuestro beneficio de restitución de la licencia de conducir.

Aquí hay algunas maneras en las que podemos ayudarle a que vuelva a conducir:

- Educación sobre cómo lograr la restitución de su licencia de conducir
- Ayuda financiera de hasta \$500 para multas del seguro de automóvil o costos relacionados con la restitución de la licencia de conducir (apoyo de una sola vez)
- Derivaciones a ayuda legal
- Apoyo de su equipo de CareSource

Elegibilidad para los beneficios:

Son elegibles todos los afiliados en edad legal de conducir. Algunos afiliados pueden no ser elegibles según sus antecedentes de conducción.

Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) para obtener más información o visite nuestro sitio web en **CareSource.com**. También puede enviarnos directamente un correo electrónico a **IN_DLReinstatement@CareSource.com**.



CARESOURCE LIFE SERVICES

Tener una buena educación, apoyo comunitario y acceso a alimentos y vivienda impacta su salud y bienestar generales. Por eso, CareSource Life Services está para usted. Podemos ayudarle con las cosas que evitan que alcance sus metas. Podemos ayudarle a llegar desde donde está hasta donde quiere estar. Puede ser parte de CareSource Life Services si:

- Es un afiliado a CareSource con edad legal para trabajar
- Es padre, madre o tutor de un afiliado a CareSource

Podemos contactarlo con servicios y ayuda para:

- Transporte
- Acceso a alimentos
- Ayuda con las finanzas y presupuestos
- Asistencia legal
- Vivienda
- Cuidado infantil
- Oportunidades de empleo (CareSource JobConnect)

Conéctese con CareSource Life Services a través de:

- Teléfono: **1-844-607-2832**
- Correo electrónico: **LifeServicesIndiana@CareSource.com**
- En línea: **<https://secureforms.caresource.com/en/LSRInfo/IN>**



CARESOURCE JOBCONNECT

CareSource JobConnect le ayuda a obtener nuevas habilidades, lo vincula con los servicios locales y le ayuda a encontrar un trabajo.

Se lo contactará con un consejero de vida que puede ayudarle a alcanzar el éxito. Los consejeros de vida brindan asesoramiento personalizado durante un máximo de 24 meses. CareSource JobConnect se asocia con los empleadores para ayudarle en su búsqueda de empleo. Esto no tiene costo alguno para usted. Para obtener más información, complete el formulario en línea en secureforms.caresource.com/en/LSRInfo/IN. También puede llamarnos al **1-844-607-2832** o enviarnos un correo electrónico a LifeServicesIndiana@CareSource.com.

Si trabaja con el equipo de CareSource Life Services, puede tener acceso a asistencia para afiliados. El fondo de asistencia para afiliados puede ayudarle a eliminar las barreras que impiden trabajar o satisfacer las necesidades básicas. Debemos agotar todos los recursos de la comunidad para satisfacer sus necesidades antes de que pueda usar el fondo. Su consejero de vida personal rellenará una solicitud de aprobación para que pueda usar el fondo. El beneficio máximo del afiliado es de \$500 por año (de enero a diciembre). Las áreas de apoyo pueden incluir:

- Transporte
- Asistencia con el cuidado infantil
- Gastos relacionados con el trabajo
- Apoyo preempleo
- Asistencia con la vivienda y los servicios públicos
- Exámenes de Equivalencia a escuela secundaria (High School Equivalent, HSE)
- Acceso a alimentos y educación

* Solo los afiliados a CareSource inscritos en CareSource Life Services pueden acceder a los fondos de asistencia para afiliados. Se aplicarán otras limitaciones a los fondos, ya que CareSource cumple con todas las leyes estatales y federales aplicables.

MYRESOURCES

A veces solo necesita ayuda adicional. Contamos con una herramienta de búsqueda llamada MyResources que le permite encontrar programas y apoyo gratuitos o de bajo costo en su área local. Puede usar esta herramienta por su cuenta para buscar ayuda con:

- Alimentos
- Refugio
- Escuela
- Trabajo
- Asistencia financiera
- ¡Y más!

Tenemos programas en todo el estado, desde ciudades pequeñas hasta ciudades grandes. Puede acceder a esta herramienta ingresando a su cuenta en MyCareSource.com. También puede llamar a Servicios para Afiliados para encontrar apoyo cerca de usted.



VIVA SIN TABACO

¿Está preparado para dejar el tabaco? ¡Estamos aquí para ayudarle! El consumo del tabaco puede dañar su salud en cualquiera de sus formas; incluso, puede causar enfermedades que pueden conducir a la muerte. Ayudamos a los afiliados a dejar de consumir tabaco. También ofrecemos recompensas por participar en Quit Now Indiana. Solo tiene que llamar al **1-800-784-8669**.



A través de Quit Now Indiana, tiene acceso a:

- Un asesor gratuito y confidencial para dejar de consumir
- Herramientas y recursos en línea
- Su propia guía para dejar de consumir tabaco

¿Cómo ayuda CareSource a que los afiliados dejen de consumir tabaco?

Los consumidores de tabaco pueden usar los beneficios y servicios cubiertos que los ayudan a dejar de consumir tabaco. Los beneficios incluyen:

- Medicina
- Educación y herramientas basadas en la Web
- Orientación conductual
- Apoyo de un administrador de caso

Puede ganar recompensas por obtener ayuda para dejar de consumir tabaco.

Acciones para dejar de fumar	Monto de la recompensa	Plan
1. ^a llamada a la Línea para dejar de consumir tabaco de Indiana	\$50	HIP y HHW
1. ^a llamada a la Línea para dejar de consumir tabaco de Indiana para afiliadas embarazadas	\$80	HIP y HHW
Llamadas adicionales, hasta 9 a la Línea para dejar de consumir tabaco	\$10	HIP y HHW

** Hay recompensas adicionales disponibles por trabajar con su proveedor de atención médica para dejar de consumir tabaco. Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener mayor información.*

¿Está embarazada y desea dejar de consumir tabaco?

¡Quit Now Indiana puede ayudarla! Obtenga más información en www.quitnowindiana.com/pregnant.



Recompensas por dejar de consumir tabaco

CareSource le ofrece recompensas cuando deja de consumir tabaco. Consulte el cuadro de Recompensas por dejar de consumir tabaco y sustancias 2023 en la sección **Incentivos y recompensas** de este manual para ver una lista completa.

Obtenga más información sobre programas que pueden ayudarle a dejar el tabaco. Llame a Servicios para Afiliados al: **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).





ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

PALABRAS QUE DEBE CONOCER: Año de beneficios: enero a diciembre. Sus límites de beneficios y la Cuenta POWER se reiniciarán cada enero.

Período de elegibilidad: los meses que tiene cobertura y beneficios completos.

Cómo cambiar de planes de atención médica

Esperamos que esté satisfecho con CareSource. Llámenos si tiene problemas o inquietudes acerca de sus beneficios.

Cambiar de plan con causa (HIP)/Causa justa (HHW)

Tiene derecho a cambiar de plan si tiene una causa justa. Una causa justa es un motivo aprobado. Por ejemplo:

- El plan no cubre, por objeciones morales o religiosas, el servicio solicitado
- Los servicios relacionados con la necesidad se deben realizar al mismo tiempo, pero no todos los servicios afines se encuentran disponibles dentro de la red de proveedores; y el proveedor médico principal u otro determina que acceder a los servicios por separado implicaría un riesgo innecesario para el afiliado
- El contratista no cumple con los estándares establecidos de administración de la atención médica
- Barreras lingüísticas o culturales significativas
- Acción correctiva impuesta por el consultorio al contratista
- Acceso limitado a una clínica de atención primaria u otros servicios de salud en una proximidad razonable de donde usted vive
- Una determinación de que otro formulario de entidad de atención administrada (Managed Care Entity, MCE) es más consistente con sus necesidades de atención médica actuales
- Falta de acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos en virtud del contrato del contratista con el estado
- Su proveedor de atención primaria lo desafilia de su MCE actual y lo afilia a otra MCE.
- Si no se le dio la oportunidad de elegir una MCE en la inscripción abierta, puede cambiar su MCE durante los primeros 60 días del período de beneficios
- Un cambio en la categoría de ayuda
- Otras circunstancias que el estado o sus designados determinen que constituyen una cobertura de atención de mala calidad
- Otros motivos incluyen una atención deficiente, falta de acceso a servicios cubiertos por contrato o falta de acceso a proveedores con experiencia en resolver las necesidades de atención médica de los afiliados
- La Oficina de Política y Planificación de Medicaid de Indiana (Indiana Office of Medicaid Policy and Planning, OMPP) le asigna incorrectamente la entidad de atención administrada (Managed Care Entity, MCE) del contratista al afiliado, y este se inscribe en otra MCE



- El afiliado se muda fuera del área de servicio de la MCE y se inscribe en otra
- El afiliado pierde la elegibilidad o se lo da de baja de la OMPP
- La OMPP otorga a los afiliados el derecho de cancelar la inscripción, y el afiliado se inscribe en otra MCE

Una vez que haya agotado el proceso de queja y de apelación interna de CareSource, puede solicitar un cambio del plan de atención médica al agente de inscripción. Puede presentar esta solicitud verbalmente o por escrito.

El agente de inscripción podrá ayudar con las preguntas acerca del proceso. Esta ayuda incluye instrucciones sobre cómo obtener un formulario para solicitar un cambio de plan de salud. CareSource no cancela la afiliación ni aprueba la desafiliación.

Teléfonos de agentes de inscripción de Medicaid de Indiana

Hoosier Healthwise (HHW) **1-800-889-9949** Healthy Indiana Plan (HIP): **1-877-438-4479**

Aviso para indígenas estadounidenses/nativos de Alaska

Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska (según la definición de la Ley para la Mejora de la Atención de la Salud Indígena [Indian Health Care Improvement Act] de 1976) pueden elegir no usar la atención administrada. Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska pueden pasarse a beneficios estatales de pago por servicio. Si desea obtener más información o le gustaría cambiar los servicios, tendrá que comunicarse con el agente de inscripción.

Todos los afiliados indígenas estadounidenses/nativos de Alaska (AI/AN) pueden obtener atención de proveedores de atención médica indígenas. Esta posibilidad se ofrece sin importar el estado de participación del proveedor en la red. Los afiliados AI/AN pueden elegir tener un proveedor de atención médica indígena como su PMP si este participa en la red de CareSource, es decir, es un PMP elegible, y dicho proveedor tiene espacio para proporcionar los servicios.

Pagaremos los servicios proporcionados a los afiliados que reciben tratamiento de proveedores de atención médica fuera de la red de la misma manera en que se les paga a los proveedores de la red. Los requisitos respecto de la repartición de costos, las autorizaciones previas y la cobertura de beneficios son los mismos para los proveedores de la red y los proveedores de atención médica indígenas.

Otro seguro

Llámenos si usted u otros miembros de su familia tienen otro plan de salud. Por ejemplo, si sus hijos tienen cobertura a través del otro progenitor o si recibe cobertura de salud a través del empleo. Trabajaremos con usted y su otra compañía de seguro para pagar sus reclamos en forma correcta. Lo único que debe hacer es llamarnos. Si usted u otro miembro de su familia:

- se lesiona en el trabajo y presenta un reclamo por indemnización laboral;
- se ve involucrado en una lesión o daño corporal o demanda de mala praxis médica;
- se lesiona como consecuencia de un accidente automovilístico;
- se lesiona por la negligencia de terceros, como la mordedura de un perro, un resbalón o una caída;
- para informarnos que usted o un miembro de su familia ha efectuado cambios en la cobertura del seguro;
- para informarnos si usted u otro miembro de su familia se vuelve elegible para Medicare o tiene un nuevo seguro de salud.

Tenga en cuenta: Un cambio podría significar la pérdida de su otro seguro médico o podría provocar otros cambios en su cobertura de seguros.

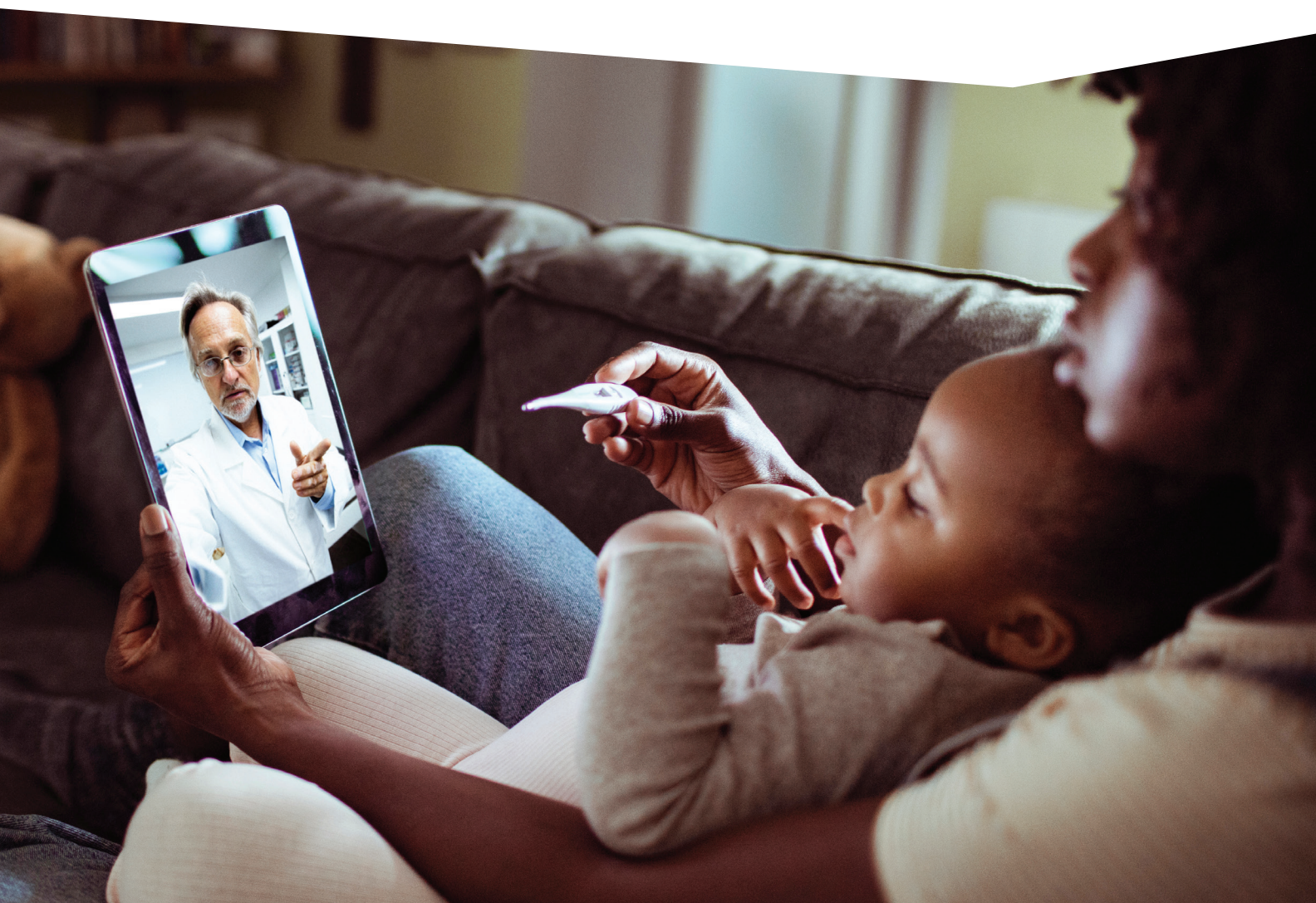


Atención de emergencia o urgencia fuera de nuestra área de servicio

¿Recibió atención médica de emergencia fuera de la red? ¿Necesitó atención de urgencia fuera del área de servicio? Puede enviarnos la factura con un formulario de reclamo.

Puede obtener un formulario de reclamo para afiliados en caresource.com/in/members/tools-resources/forms/medicaid/. También puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, hora del este.

También puede llamar a la Línea de asesoría en enfermería CareSource24 para obtener ayuda al **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).





DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL AFILIADO

Sus derechos de afiliación

Como afiliado a CareSource, tiene los siguientes derechos:

- Recibir información sobre CareSource, nuestros servicios, profesionales y proveedores de atención médica, además de los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Recibir todos los servicios que CareSource debe proporcionar.
- Ser tratado con respeto y con consideración de su dignidad y privacidad.
- Usted tiene derecho a un análisis honesto de las opciones de tratamiento adecuadas o clínicamente necesarias para sus afecciones, independientemente de su costo o cobertura de beneficios.
- Tener la seguridad de que su expediente médico recibirá un trato confidencial.
- Recibir información acerca de su salud. Esta información también puede estar a disposición de alguien a quien usted haya autorizado legalmente para obtener información acerca de su salud. Nos podremos comunicar con esta persona en caso de una emergencia, si usted no es capaz de recibir la información por sí mismo.
- Solicitar, en cualquier momento, información acerca de nuestro plan de incentivos para médicos o materiales de mercadeo.
- Participar de las decisiones acerca de su atención médica con sus profesionales médicos, a menos que no sea lo más conveniente para usted.
- Obtener información sobre cualquier tratamiento de atención médica, de forma tal que usted pueda comprenderla.
- Recibir atención que sea culturalmente sensible y respetuosa.
- Tener la seguridad de que otras personas no lo escuchen ni lo visiten cuando reciba atención médica.
- No sufrir ningún tipo de restricción ni de reclusión como medida de fuerza, disciplina, mitigación o venganza, según lo establecen los reglamentos federales.
- Pedir y obtener una copia de sus registros médico. Y poder solicitar modificaciones/correcciones en sus registros de salud, si fuera necesario.
- Poder aceptar o negarse a que se difunda información sobre usted, a menos que se le solicite legalmente a CareSource.
- Rechazar un tratamiento o terapia. Si se niega, el proveedor de atención médica o CareSource deberán hablar con usted acerca de lo que podría suceder e incluirán una nota en su expediente médico al respecto.
- Ser capaz de presentar una apelación, una queja (reclamo) o una audiencia estatal imparcial.
- Expresar reclamos o apelaciones acerca de la organización o la atención que proporciona.
- Poder recibir de parte de CareSource toda la información del afiliado sobre CareSource:
 - Sin cargo en los idiomas distintos al inglés y más utilizados por los afiliados dentro del área de servicio de CareSource
 - Para afiliados que tienen necesidades especiales para leer la información por alguna razón
- Recibir asistencia de parte de CareSource y de sus proveedores de manera gratuita si no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- Recibir asistencia a través del lenguaje de señas, si el afiliado tiene deficiencias auditivas.



- Ser informado si el proveedor de servicios médicos es un estudiante y poder negarse a recibir atención de parte de esta persona.
- Ser informado de cualquier atención de tipo experimental y poder negarse a ser parte de ella.
- Formular directivas anticipadas (un testamento vital).
- Presentar un reclamo ante la Oficina de Política y Planificación de Medicaid de Indiana (Indiana Office of Medicaid Policy and Planning, OMPP) sobre el hecho de no respetar la directiva anticipada del afiliado.
- Tener libertad para ejercer sus derechos y saber que CareSource, los proveedores de atención médica de CareSource o la Oficina de Política y Planificación de Medicaid de Indiana (OMPP) no usarán esto en su contra.
- Saber que CareSource debe cumplir todas las leyes federales y estatales, así como con otras leyes vigentes sobre la privacidad. Poder escoger el proveedor que le brinde atención siempre que sea posible y pertinente.
- Si es una afiliada, tiene derecho a visitar a un proveedor de CareSource que se especialice en salud femenina.
- Poder obtener una segunda opinión de un proveedor calificado perteneciente al grupo de CareSource. Si un proveedor calificado no puede atender al afiliado, CareSource deberá coordinar una visita con un proveedor que no sea parte de nuestro grupo.
- Obtener atención médica fuera de la red sin costo, en caso de que CareSource no pueda brindar un servicio cubierto dentro de las 60 millas del radio de su hogar que cubre nuestra red.
- Obtener información acerca de CareSource o de la estructura y el funcionamiento de CareSource.
- Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los afiliados a CareSource.
- Solicitar información acerca de los incentivos a los proveedores. CareSource le proporcionará esta información si la solicita.

Responsabilidades de los afiliados

Como afiliado a CareSource tiene las siguientes responsabilidades:

- Usar solo proveedores de atención médica aprobados.
- Acudir a las citas programadas con su proveedor de atención médica. Sea puntual y llame con 24 horas de anticipación si tiene que cancelar su cita.
- Seguir las indicaciones e instrucciones de atención acordadas con los médicos y otros proveedores de atención médica.
- Llevar siempre su tarjeta de identificación con usted y presentarla al recibir los servicios.
- Nunca permitir que otra persona use su tarjeta de identificación del afiliado.
- Advertir a CareSource de cualquier sospecha de fraude o abuso, según las instrucciones incluidas en este manual.
- Informar a su asistente social del condado y a CareSource de un cambio en su número de teléfono o dirección.
- Comunicarse con su PMP luego de acudir a un centro de atención de urgencia o después de recibir atención de salud física o de salud mental fuera del área de servicio o de los condados que tienen cobertura de CareSource.
- Informar a CareSource y al asistente social del condado si usted tiene otra cobertura de seguro médico.
- Proporcionar la información que CareSource y sus proveedores de atención médica necesiten, hasta donde sea posible, para brindarle dicha atención.
- Comprender, tanto como sea posible, sus problemas de salud y participar en la consecución de los objetivos que usted y su proveedor de atención médica acuerden.



GESTIÓN DE USO

“Gestión de uso” (Utilization Management, UM) se refiere a que CareSource revisa una solicitud de determinados servicios de atención médica. La revisión puede realizarse antes, durante o después del servicio. Nosotros revisaremos la solicitud por cuestiones de:

- Necesidad médica
- Eficiencia (cómo abordar rápidamente la inquietud)
- Adecuación del servicio de atención médica
- Tratamiento que reciben nuestros afiliados

Llame al equipo de UM si tiene preguntas sobre cómo revisamos su atención. Llame a Servicios para Afiliados y pida hablar con alguien del equipo de UM. Al llamar, tenga en cuenta que:

- El equipo de UM atenderá sus llamadas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este. Si llama después del horario de atención, deje un mensaje acerca de algún problema con la UM.
- Visite **CareSource.com** para comunicarse con UM durante y después del horario laboral.
- Use el formulario Cuéntenos disponible en **secureforms.CareSource.com/MemberInquiry**.
- El miembro del personal de UM que llame se identificará, le dirá su cargo y la empresa (CareSource).



Puede llamarnos para hablarnos sobre:

- UM para solicitudes de autorización previa (preaprobación)
- Cualquier otro problema e inquietud de UM

También podemos ayudar a los afiliados que hablan otros idiomas. Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).

Cómo revisamos las solicitudes:

- Usamos información clínica actualizada y pautas generalmente aceptadas para guiar la toma de decisiones clínicas.
- No retribuimos a los socios de salud ni a nuestro propio personal por negarse a brindar la cobertura o los servicios.
- No ofrecemos recompensas financieras a nuestro personal para tomar decisiones que resulten en el uso deficiente de los servicios.

Revisión de nuevas tecnologías

Nos basamos en la investigación y los avances científicos para ofrecer a los afiliados una atención médica de alta calidad. Contamos con un nuevo Comité de Tecnología, compuesto por médicos de CareSource. Evalúan los avances médicos para decidir si son de alta calidad y seguros.

Revisaremos cualquier solicitud de nuevas tecnologías o servicios que actualmente no estén cubiertos por el plan. Esto incluye nuevos avances en:

- servicios de atención médica
- dispositivos médicos
- terapias
- opciones de tratamiento

La cobertura se aplica sobre la base de una o más de las siguientes directrices:

- Las normas de Medicaid del Estado
- Los lineamientos externos para la evaluación de la tecnología
- La aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Las recomendaciones según publicaciones médicas

No cubrimos ningún tratamiento que se considere experimental.



CONSULTA, QUEJA Y APELACIONES

Esperamos que esté satisfecho con CareSource y la atención que recibe. Infórmenos si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión tomada por CareSource o nuestros proveedores.

Llame a Servicios para Afiliados si necesita ayuda para presentar una queja o una apelación. Le ayudaremos a completar los formularios y tomar otras medidas necesarias. Para ayudarle, también podemos facilitarle números de teléfono gratuitos con servicios TTY y de intérprete.

Llame a Servicios para Afiliados si tiene una queja o sugerencia de cambios en las políticas y servicios. Resolveremos las consultas antes del cierre del siguiente día hábil después de que tengamos noticias de usted. La consulta se convertirá en queja si no nos ponemos en contacto con usted en ese plazo.

Podemos ayudarle

Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).

¿Qué es una queja? Si no está conforme con un proveedor o con nosotros, puede presentar una queja en cualquier momento. Puede tratarse de cualquier cosa, excepto de las decisiones de beneficios de CareSource. Las quejas no se dirigen al estado para una audiencia.

Ejemplos de cosas por las que puede presentar una queja:

- El personal de CareSource fue poco amable.
- La calidad de la atención.
- Un proveedor fue descortés.
- Incumplimiento de sus derechos o los del empleado.

Cómo y cuándo presentar quejas

Usted puede presentar una queja verbal o por escrito en cualquier momento.

Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja ante CareSource. Un representante autorizado es alguien que puede hablar en su nombre. Estas son las formas en las que puede presentar una queja:

- **Llame** a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).
- **O envíe una carta a:** CareSource
Attn: Member Grievance
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401
- En línea: **MyCareSource.com** (Portal para afiliados)



- Correo electrónico: **INMCDGRIEV@caresource.com**

Tenga en cuenta que un proveedor de atención médica no puede presentar una queja en su nombre, a menos que actúe como su representante autorizado. Para ello, debe contar con su permiso por escrito.

Proceso de quejas

Le enviaremos una carta en un plazo de tres días hábiles para comunicarle que hemos recibido su queja.

- CareSource investigará su queja.
- CareSource revisará su queja de manera rápida, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la presentación de dicha queja.
- ¿Su queja se debe a que su salud atraviesa una emergencia? Puede solicitar una revisión expedita (más rápida). Esto significa que le daremos una resolución en 48 horas.
- CareSource le enviará una carta para informarle el resultado de la queja.

¿Qué es una apelación? Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos para denegar un reclamo por servicios o beneficios, puede presentar una apelación. También puede apelar cuando solo aprobamos una parte de un reclamo. Tiene 60 días para presentar una apelación. Tiene derecho a una audiencia a nivel estatal con una apelación.

Proceso de apelaciones

Puede solicitar una apelación de una decisión que tomemos de rechazarle un reclamo de servicio o beneficio. CareSource le enviará una carta cuando rechacemos un reclamo de servicios o beneficios. Estos son algunos ejemplos de cosas por las que podría presentar una apelación:

- Denegar el servicio.
- Denegar, cancelar o reducir un servicio que fue previamente aprobado.
- No brindar un servicio ni una respuesta en cuanto a la apelación oportunos.
- Que CareSource no actúe dentro de los plazos adecuados.
- Determinar personas dependientes con necesidades médicas especiales.
- Denegar parcial o totalmente el pago por un servicio.
- No proporcionar los servicios a tiempo.
- Denegar su derecho a discutir un cargo, como la repartición de costos.

Si presenta una apelación, debe solicitarlo en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso. Usted o su representante autorizado pueden presentar una apelación ante CareSource. También tiene derecho a una apelación expedita. Llame al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) o envíe por correo postal una carta a:



CareSource
Attn: Member Appeals
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401

Correo electrónico: INMCDGRIEV@caresource.com

En línea: **MyCareSource.com** MyCareSource.com (Portal para afiliados)

Usted o alguien que actúe en su nombre puede presentar una apelación verbalmente o por escrito. Necesita su consentimiento por escrito para actuar en su nombre. Le enviaremos una carta en un plazo de 3 días hábiles para comunicarle que hemos recibido su apelación.

Las personas que toman las decisiones sobre las apelaciones no forman parte de las revisiones previas ni de la toma de decisiones. Son profesionales de la salud. Nuestro director médico los supervisa. Tienen experiencia clínica relacionada con su afección médica.

Hay otras cosas que debe saber acerca de las apelaciones:

- Podrá aportar pruebas en persona o por escrito.
- Cualquier persona que actúe en su nombre y con su consentimiento por escrito puede presentar una apelación.
- También puede revisar el expediente del caso y los registros médicos.
- Puede revisar cualquier otro documento que forme parte del proceso de apelación de forma gratuita.
- CareSource le dirá cuándo necesitamos esta información para una revisión expedita.

Decisión sobre la apelación

Si es un paciente internado, CareSource les informará la decisión que se tomó sobre la apelación a usted y a su proveedor de atención médica/centro médico. Esto se realizará con un aviso por escrito el día que se tome la decisión. Se le enviará el aviso de la decisión. Se lo enviaremos a usted y a otras personas que actúen en su nombre con su consentimiento por escrito.

CareSource responderá a una apelación por escrito tan rápido como lo requiera su afección médica. Le responderemos en un plazo no mayor a 30 días calendario a partir del momento en que recibimos su apelación estándar. Le responderemos en un plazo de 48 horas en el caso de una apelación expedita. El afiliado o el proveedor de atención médica pueden solicitar una apelación expedita. Las apelaciones serán expeditas cuando CareSource decida que respetar el plazo estándar podría afectar seriamente su vida, su salud o la capacidad de lograr, mantener o recuperar la total funcionalidad. Si no cumple los criterios de una revisión expedita, se lo informaremos. Le enviaremos una carta dentro de los dos días calendario en la que se indicará que el problema no cumple con los requisitos de revisión expedita. Se manejará según el proceso de apelación estándar.

Puede solicitar una audiencia estatal imparcial si no está de acuerdo con nosotros.

Antes de que pueda solicitar una **revisión externa** y/o una **audiencia estatal imparcial**, se llevará a cabo un proceso de apelación interna. Si CareSource no cumple el aviso y los plazos establecidos en este manual, entonces, usted puede solicitar una audiencia estatal imparcial antes de completar el proceso de apelación interna.



Prórroga del plazo de apelación

Usted o alguien que actúe en su nombre, con su consentimiento por escrito, puede solicitar que CareSource amplíe el plazo para decidir sobre una apelación estándar o expedita hasta 14 días. También podemos solicitar hasta 14 días calendario más para resolver una apelación estándar o expedita. Esto ocurrirá si demostramos que es necesario disponer de más información y que el retraso redunda en su interés. Le comunicaremos de inmediato y a través de un aviso por escrito el motivo de la prórroga y la fecha en la que deberá tomarse una decisión.

Revisión externa independiente

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede solicitar una revisión independiente.

Usted o su representante autorizado deben solicitar una revisión externa independiente dentro de los 120 días calendario desde la fecha de nuestra decisión de apelación. Esto no tiene costo alguno para usted. La Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) le comunicará una respuesta dentro de las 72 horas en los casos expeditos y a los 15 días hábiles en los casos estándar.

- **Por teléfono: 1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711)
- **En línea: MyCareSource.com** (Portal para afiliados)
- **Correo electrónico: INMCDGRIEV@caresource.com**
- **Dirección postal: CareSource, Attn: Member Appeals, P.O. Box 1947 Dayton, OH 45401-1947**

Asegúrese de indicar su nombre, su número de afiliado y un número de teléfono donde podamos contactarlo. También necesitaremos el motivo de su apelación y cualquier otra información que considere importante para su solicitud de apelación. Esta información incluye comentarios, documentos, registros médicos o cartas de proveedores.

Audiencia estatal imparcial de Indiana

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre esta apelación, solicite una audiencia estatal imparcial. Usted o su representante autorizado deben solicitar una audiencia estatal imparcial. Esto debe realizarse dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de nuestra decisión de apelación. Un proveedor no puede solicitar una audiencia estatal imparcial por usted. Solo puede solicitarla si actúa como su representante autorizado o tiene su consentimiento por escrito.

Envíe su solicitud por:

Correo postal: Office of Administrative Law Proceedings
402 W. Washington St., Room E034
Indianapolis, IN 46204-227 O

Teléfono: 1-317-232-4405

Qué puede esperar en una Audiencia estatal imparcial

La Oficina Estatal de Audiencias Administrativas (Office of State Administrative Hearings) le informará la hora, el lugar y la fecha de su audiencia. Así es como funciona una audiencia estatal imparcial:



- Las personas que asistirán a la audiencia lo incluyen a usted y a otros que actúen en su nombre con su consentimiento por escrito. También habrá representantes de CareSource y un juez de un tribunal administrativo imparcial.
- Durante la audiencia, podrá hablar por usted o permitir que alguien tome la palabra en su nombre. También puede ser que un abogado lo represente. Tendrá tiempo para revisar sus expedientes y otra información de importancia. CareSource le proporcionará registros y testigos que son importantes para su audiencia.
- CareSource explicará su decisión y usted explicará por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Posteriormente, el Juez de derecho administrativo tomará la decisión final y CareSource acatará dicha decisión.

Continuidad de beneficios durante una apelación o audiencia estatal imparcial

Para los afiliados a HIP y HHW, CareSource continuará sus beneficios si:

- Usted o su representante autorizado interpone una apelación oportunamente*.
- La apelación comprende finalizar, retrasar o reducir un curso de tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios se solicitaron por parte de un proveedor autorizado.
- El tiempo cubierto por la autorización original no ha terminado.
- Usted solicita una extensión de los beneficios.

Tenga en cuenta que podría tener que pagar el costo de los servicios prestados durante la apelación si el resultado final fuese una decisión adversa.

* Oportunamente significa presentarla dentro de 10 días calendario a partir de la fecha en que CareSource envió el aviso que incluye la decisión sobre la apelación o en la fecha de entrada en vigor prevista de la determinación adversa de CareSource. Si, a su pedido, CareSource continúa con los beneficios mientras la apelación o audiencia estatal imparcial aún se encuentra pendiente, los beneficios continuarán hasta que:

- Usted retire la apelación o solicite una audiencia estatal imparcial.
- No solicite una audiencia estatal imparcial y haya continuidad de los beneficios dentro de un plazo de 10 días calendario después de que CareSource emita su decisión sobre la apelación.
- Un juez del tribunal administrativo tome una decisión que no sea a su favor o:
 - o El período o los límites de servicio de un servicio preaprobado se haya cumplido.
- Si la decisión final de una apelación o la audiencia estatal imparcial no resulta a su favor, entonces podemos solicitar que le reembolsen los gastos de atención que recibió mientras la apelación o la audiencia estaban pendientes. Si CareSource o el juez del tribunal administrativo cambia la decisión y es favorable para usted, entonces haremos que usted reciba esos servicios tan rápidamente como su salud lo requiera.
- Si CareSource o el juez del tribunal administrativo rectifica una decisión para denegar servicios, pero usted ya los recibió, pagaremos por ellos.

Si necesita presentar una queja o una apelación, complete el formulario que figura en la página siguiente. Envíe este formulario por:



Correo postal: CareSource
Attn: Member Appeals
P.O. Box 1947
Dayton, OH 45401

Correo electrónico: INMCDGRIEV@caresource.com

En línea: **MyCareSource.com** MyCareSource.com (Portal para afiliados)

Teléfono a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711)

Gracias por estar afiliado a CareSource.

**FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES DEL AFILIADO****Nombre del afiliado****N.º de ID de afiliado****Dirección del afiliado****Teléfono:** (Número telefónico más conveniente para contactarlo si tenemos preguntas o necesitamos información adicional sobre su problema).

Describa su queja o apelación en la que nos dé la mayor cantidad de detalles posible, incluida la información del proveedor, si su problema se trata acerca de un proveedor. Puede adjuntar hojas adicionales de ser necesario.

(Firma del afiliado)**(Fecha)**

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Recibido por: _____

Queja: _____

Apelación: _____

Audiencia: _____



PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe de qué forma su información médica se puede utilizar y compartir. También le indica cómo usted puede obtener esta información. Revíselo en detalle. Los términos de este Aviso se aplican a los planes Hoosier Healthwise y Healthy Indiana Plan de CareSource. En este aviso, nos referiremos a nosotros simplemente como “CareSource”.

Sus derechos En lo que se refiere a su información médica, tiene ciertos derechos:

Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos. También puede obtener otra información médica suya que tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos. Con frecuencia lo hacemos en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa justa y basada en los costos.

Solicitar que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos

- Puede pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos si piensa que son erróneos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud. Si lo hacemos, le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones privadas

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica; por ejemplo, a través del teléfono particular o de la oficina. Puede pedirnos que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Analizaremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar su solicitud si nos indica que usted podría estar en peligro en caso de no hacerlo.

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para la atención, los pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud. Podemos rechazar su solicitud si afectara su atención o por otros motivos.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido la información

- Puede pedirnos una lista (rendición de cuentas) de las veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita a seis años anteriores a la fecha de solicitud. Puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué.



- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con lo siguiente:
 - o la atención;
 - o los pagos;
 - o las operaciones de atención médica, y
 - o algunas otras divulgaciones (por ejemplo, alguna que usted nos haya solicitado hacer).

Le proporcionaremos una lista gratuita por año. Si solicita otra antes de los 12 meses, le cobraremos una tarifa justa basada en el costo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede hacerlo incluso si acordó recibir el aviso en formato electrónico. Le entregaremos una copia impresa rápidamente.

Otorgar a CareSource consentimiento para hablar con alguien en su nombre

- Usted puede dar su consentimiento a CareSource para hablar de su información médica con otra persona en su nombre.
- Si tiene un tutor legal, esa persona puede usar sus derechos y hacer elecciones sobre su información médica. CareSource divulgará su información médica con su tutor legal. Nosotros nos aseguraremos de que el tutor legal tenga este derecho y pueda actuar en su nombre. Nos encargaremos de esto antes de realizar alguna acción.

Presentar una reclamación si siente que se vulneran sus derechos

- Puede contactarnos para presentar un reclamo si siente que violamos sus derechos. Use la información al final de este aviso.
- Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamar al 1-877-696-6775 o visitar hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar una reclamación. No podemos exigirle que no haga uso de su derecho de presentar una reclamación como condición para lo siguiente:
 - o la atención;
 - o el pago;
 - o la inscripción en un plan de salud, o
 - o la elegibilidad para los beneficios.



Sus opciones Para determinada información médica, puede indicarnos sus preferencias acerca de lo que compartimos. Si tiene una opción clara respecto de cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Indíquenos qué desea que hagamos. Seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que hagamos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartir información en una situación de ayuda humanitaria

Si usted no es capaz de indicarnos su opción, por ejemplo, si está inconsciente, puede ser que procedamos a compartir su información. La compartiremos si consideramos que sería beneficioso para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, generalmente, no podremos compartir su información, a menos que nos otorgue su consentimiento por escrito:

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- Divulgación de notas de psicoterapia

Consentimiento para compartir información médica CareSource no compartirá su información médica, incluida la información médica sensible (Sensitive Health Information, SHI), a menos que usted nos indique lo contrario. La SHI puede incluir información relacionada con tratamientos contra las drogas y/o el alcohol, los resultados de análisis genéticos, el VIH/SIDA, la salud mental, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o las enfermedades contagiosas u otras afecciones que representen un peligro para su salud. Si nos da autorización para compartir, esta información se proporcionará para brindarle una mejor atención y tratamiento o para ayudarlo con los beneficios. Esta información se compartirá con sus proveedores de atención médica pasados, futuros y actuales. También se compartirá con los intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que CareSource tiene acerca de los afiliados. Tiene derecho a informar a CareSource que no desea que se comparta su información médica (incluida la SHI). Si no desea que su información médica (incluida la SHI) se comparta, no se compartirá con los proveedores para manejar la atención y el tratamiento o ayudarlo con los beneficios. Se compartirá con el proveedor que lo esté tratando con respecto a la SHI específica. Si no autoriza la divulgación, los proveedores involucrados en su tratamiento no podrán brindarle la misma atención de alta calidad que recibiría si diera su permiso.

Otros usos y divulgaciones ¿Cómo usamos o compartimos, comúnmente, su información médica?

Generalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

Para ayudarle a recibir tratamiento médico.

- Podemos usar su información médica y compartirla con los especialistas que lo están tratando.
 - o Ejemplo: Podemos coordinar atención adicional para usted según la información que nos envíe su médico.

Para administrar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información para manejar nuestra compañía. La usamos para comunicarnos con usted cuando sea necesario.



- No podemos usar información genética para decidir si le daremos cobertura. No podemos usarla para decidir el precio de la cobertura.

o Ejemplo: podemos usar su información para examinar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y otras personas. Podemos brindar su información médica a organizaciones externas para que nos puedan ayudar en nuestras operaciones. Dichas organizaciones externas incluyen abogados, contadores, asesores y otras personas. También les exigimos que mantengan la confidencialidad de su información médica.

Para pagar por su atención médica

- Usaremos y divulgaremos su información médica al pagar por su atención médica.

o Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus trabajos dentales.

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica? Tenemos permitido o se nos exige que compartamos su información de otras formas. Dichas formas a menudo son para contribuir con el bien público, como la salud pública o una investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información por estos motivos. Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.

Para ofrecer ayuda con problemas de seguridad y salud pública

Podemos compartir su información médica por determinados motivos, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiros de productos
- Presentación de informes sobre reacciones nocivas a medicamentos
- Denuncia de una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o la seguridad de una persona

Para investigación

- Podemos usar o compartir su información médica para investigaciones de salud. Podemos hacer esto en la medida en que se cumplan determinadas reglas de privacidad.

Para el cumplimiento de la ley

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye si el Departamento de Salud y Servicios Humanos desea asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.



Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.

Para trabajar con un médico forense o director de servicios funerarios

- Podemos compartir su información médica con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona fallezca.

Para cumplir con la indemnización de los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos sobre la indemnización de los trabajadores
- Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades permitidas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Para responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden de un tribunal o una orden administrativa, o en respuesta a una orden judicial.

También podemos recopilar información no identificable que no puede rastrearse hasta usted.

Nuestras responsabilidades

- Protegemos la información médica de nuestros afiliados de muchas formas. Esto incluye la información escrita, verbal o disponible en línea mediante una computadora.
- Los empleados de CareSource están capacitados para proteger la información de los afiliados.
- Se habla sobre la información de los afiliados de manera que no se escuche por casualidad de forma inoportuna.
- CareSource se asegura de que las computadoras usadas por los empleados sean seguras mediante el uso de cortafuegos y contraseñas.
- CareSource limita quién puede acceder a la información médica de los afiliados. Nos aseguraremos de que solo los empleados que tengan un motivo comercial para acceder a la información puedan usarla y compartirla.
- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida. Debemos entregarle una copia de este aviso.
- Si existe una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber de inmediato.



- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debemos entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos información que no sea de la forma que aquí se menciona, a menos que nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de parecer.

Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Fecha de entrada en vigencia y cambios en los términos de este aviso El aviso original entró en vigencia el 14 de abril de 2003, y esta versión entró en vigencia el 22 de junio de 2018. Debemos cumplir con los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigencia. Si fuese necesario, podemos modificar el aviso. El nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que conservamos. Si esto ocurre, el nuevo aviso estará disponible a pedido. También se publicará en nuestro sitio web. Puede pedir una copia impresa de nuestro aviso en cualquier momento enviando una solicitud por correo al Funcionario de Privacidad de CareSource.

Puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad de CareSource de las siguientes maneras:

Por correo postal: CareSource Attn: Privacy Officer P.O. Box 8738 Dayton, OH 45401-8738

Por correo electrónico: **HIPAAPrivacyOfficer@caresource.com**

Por teléfono: **1-844-607-2829**, ext. 12023 (TTY: 1-800-743-3333 o 711)

CONSENTIMIENTO DEL AFILIADO/FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS (HIPAA)

Consentimiento para compartir la información médica

La política de CareSource consiste en compartir su información médica. Esto incluye información médica sensible (SHI), tal como información relacionada con la atención por drogas y/o alcohol, los resultados de análisis genéticos, el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) u otros problemas que representen un peligro para la salud. El objetivo de compartir esta información es para que se brinde tratamiento, coordinación de la atención o asistencia con los beneficios. Se compartirá con sus proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros, así como también con los Intercambios de información médica (HIE). Tiene derecho a informarnos que no desea compartir su información médica (incluida la SHI). Esto excluye al proveedor que lo esté tratando con respecto a la SHI específica. Sus proveedores quizás no puedan coordinar su atención si no autoriza la divulgación.



Member Consent/HIPAA Authorization

This form lets CareSource Management Group® and its affiliated health plans (“CareSource”), share your health information as described below. All of this form must be filled out. Mail or fax it to the address listed at the end of this form. Or, you may choose to fill out this form online at www.caresource.com.

Section 1: Member Information

Member Last Name	MI	Member First Name	Member Date of Birth	
Member Street Address	City		State	Zip Code
Member Home Phone	Member Cell Phone		Member ID Number (Found on Plan ID Card)	
<i>By giving your cell phone number, you are saying that CareSource may use it to contact you.</i>				

Section 2: Consent to Share Health Information

This Member Consent/HIPAA Authorization Form provides your consent to share your health care information with others. This information is shared to help with your care and treatment, or to help with benefits. Your health care information may be shared with any past, current, or future providers you’ve seen for care. It also may be shared with some Health Information Exchanges (HIE). An HIE lets providers view health information that CareSource has about members. You also can share your health information on your own health care apps. You have the right to ask for a list of everyone who was given your health information by CareSource.

- ☐ Check this box if you want your health information to be shared with the past, current, and future providers you’ve seen for care, or your personal health care apps. The information will be shared for treatment, to manage your care, and to help with benefits. The information shared will include sensitive health information, including treatment for substance use and HIV/AIDS. For your personal health care apps, you will have more control over the information shared when you install it.

Or –

- ☐ Check this box if you **do not want** your health information to be shared with past, current, and future providers you’ve seen for care. The information will not be shared for treatment, to manage your care, or to help with benefits. None of your health information will be shared with your providers, with these exceptions:
- Due to state requirements we must follow, your Primary Medical Provider (PMP) may get a report that includes physical and behavioral health treatment you may have received. It will not include substance use or HIV/AIDS information unless you checked the box above saying you want to share your health information.
 - Due to other requirements we must follow, your health information may be shared with a HIE. It will not include substance use or HIV/AIDS information unless you checked the box above saying you want to share your health information.

If you do not approve sharing, your providers may not be able to manage your care as well as they could if you did approve sharing.

Section 3: Representative Designation

If you would like to name someone that CareSource may speak to on your behalf, please fill out this section. CareSource will share all of your health information with the person you name. If you name a group, like a law firm, the group is called an entity. Please give the entity's info and the name of a contact person at the entity.

Last Name	First Name	MI	Entity Name (if law firm or other entity)	
Street Address	City	State	Zip Code	
Home Phone		Cell Phone		

Section 4: Review and Approval

By signing my name, I agree:

To let CareSource share my health information as marked in Sections 2 and/or 3. I agree that signing this form is my choice. I agree the information shared may be subject to being shared again by the person or entity receiving it. After that it may no longer be protected by federal privacy laws. Substance use disorder information from specific treatment programs (42 CFR Part 2), may be kept private and not allowed to be shared again without my permission. I agree this form is not making a Health Care Power of Attorney. I agree that I may cancel this permission at any time. To cancel permission, I must send a written letter to CareSource. I can send the letter to the address at the bottom of this form. I can also fax it to the number at the bottom of this form. Or, I may cancel my permission on www.caresource.com. I agree that if I cancel this permission, it will not change any actions CareSource took before I cancelled permission. I agree that my treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits do not depend on whether I sign this form. **Please sign below.**

Member/Minor Member's Parent Signature or Designated Legal Representative Signature*:		Date:	
Date this Permission Ends:			
<i>If no date given, the permission will remain on your record unless/until you ask us to cancel it. For minor members, it will end on their 18th birthday.</i>			
<i>*If signed by someone other than the member/minor member's parent, that person must be a designated legal representative. A designated legal representative is someone who has been given the authority to act on the behalf of the member. If you have not already done so, you must provide a copy of the Power of Attorney or court papers that prove the person is a designated legal representative. Also complete these fields:</i>			
Legal Representative (print full name)	Legal Relationship to Member, e.g., Power of Attorney, Court-Appointed Guardian or Custodian:		
Legal Representative's street address	City	State	Zip code

Please send your completed form to:

CareSource, Attn: Privacy Office, P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738, **or**,
Fax it to 1-833-334-4722, **or**,
you may choose to fill out this form online at www.caresource.com.



DIRECTIVA ANTICIPADA

Una directiva anticipada informa por escrito a las personas en qué consiste su voluntad respecto de la atención médica. Le indica a su equipo de atención médica aquellos aspectos con los que usted está de acuerdo y en desacuerdo. Puede nombrar a una persona que pueda o no pueda tomar decisiones de atención médica por usted en una directiva anticipada. Una persona debe tener 18 años o más (o ser un menor emancipado) para redactar una.

Directivas anticipadas según las leyes de Indiana

El Estado de Indiana ha elaborado un documento legal llamado directiva anticipada para atención médica. Este documento es una combinación de un testamento vital y un poder legal para la atención médica. Puede encontrar una copia del formulario en el Centro de recursos para directivas anticipadas de Indiana (Indiana's Advance Directives Resource Center) en www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/. Una directiva anticipada para la atención médica deberá estar expresada por escrito.

Uso de directivas anticipadas para expresar su voluntad respecto a su atención médica

Muchas personas se preocupan por la atención médica que obtendrían si se enferman de forma tal que no puedan hacer conocer su voluntad. Algunos preferirían no pasar meses ni años conectados a equipos de soporte vital. Mientras que otros quisieran hacer todo lo posible por prolongar su tiempo de vida.

Los afiliados tienen opciones

Muchas personas han comenzado a expresar por escrito su voluntad respecto a la atención médica y de salud mental mientras se encuentran saludables y en capacidad de decidir. Los proveedores de atención médica deben informarle su derecho de expresar su voluntad acerca de su atención. El proveedor también debe preguntarle si sus deseos están por escrito y agregar la directiva anticipada a su registro médico.

- Tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico. También tiene derecho a preparar una directiva anticipada. No es obligación tener una, pero es recomendable.
- Cuando elabore una directiva anticipada, tendrá que responder algunas preguntas difíciles. Si elige tener una directiva anticipada, tiene que asegurarse de que sus deseos estén por escrito antes de que esté demasiado enfermo como para poder elegir. Debe tener en cuenta lo siguiente cuando prepare una directiva anticipada:
 - Es su elección completar un formulario de directiva anticipada.
 - La ley establece que las personas pueden tomar decisiones respecto de su atención médica. Pueden elegir aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico.
 - Contar con una directiva anticipada no significa que la persona desea morir.
 - Solo las personas consideradas mentalmente competentes pueden completar una Directiva anticipada.
 - Para redactar una directiva anticipada una persona debe tener por lo menos 18 años (o ser menor emancipado).
 - Dos personas deben atestiguar la firma de una directiva anticipada para que sea válida.
 - Contar con una directiva anticipada no afectará otros seguros médicos.
 - Debe guardar el formulario de la Directiva anticipada en lugar seguro. Debe entregarle una copia a un familiar, a un representante de atención médica y a su PMP.
 - Puede cambiar su directiva anticipada en cualquier momento.



Una directiva anticipada para atención médica tiene tres partes

Parte 1: le permite designar a alguien que tome decisiones de atención médica en su nombre cuando usted no pueda o no desee hacerlo. Esta persona se convierte en su representante de atención médica. Sin embargo, este representante no tiene la obligación de usar el poder otorgado para atención médica.

Nota: también debe pensar cuidadosamente a quién elige como representante de atención médica.

Parte 2: le permite expresar su voluntad acerca de recibir o suspender el equipo de soporte vital, alimentos o líquidos. La Parte 2 solo entrará en vigencia si usted no pudiera comunicarles a terceros la atención que desea recibir.

Parte 3: le permite designar a un tutor en caso de que un tribunal dictamine que usted necesita uno. No es necesario que complete las tres partes que conforman una directiva anticipada; complete solo las partes que desee. Puede cambiar su directiva anticipada en cualquier momento.

Qué hacer si su directiva anticipada para la atención médica no se cumple

Puede presentar un reclamo si no se respeta una directiva anticipada.

Escriba o llame:

Correo postal: Family and Social Services Administration
(FSSA) 402 West Washington Street Indianapolis, IN
46204-2243

Teléfono: 1-800-457-4584

A quién contactar sobre una directiva anticipada para la atención médica

Puede encontrar información acerca de las directivas anticipadas de la siguiente manera:

- Hablando con su PMP
- Visitando: www.in.gov/medicaid/members/
- Llamando a la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (Indiana Family and Social Services Administration, FSSA) al 1-800-457-4584
- Llamando a Servicios para Afiliados a CareSource al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711)
- Visite el Centro de recursos para directivas anticipadas del Departamento de Salud de Indiana en www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/



PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

CareSource tiene un Programa para el Mejoramiento y la Administración de la Calidad. En esta sección, se habla sobre este programa y por qué lo tenemos. Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si necesita ayuda para entender esta información.

Objetivo del programa

Contamos con el Programa para el Mejoramiento y la Administración de la Calidad para asegurarnos de que reciba la atención que necesita.

Atención médica

- Le ayuda a recibir la atención adecuada.
- Le ayuda a recibir la atención adecuada en el momento oportuno.
- Le ayuda a recibir atención de los proveedores de atención médica correctos.

Calidad

- Se asegura de que usted reciba la mejor atención, los mejores servicios y obtenga los mejores resultados.
- Se asegura de que reciba atención médica de alta calidad con regularidad.

Nuestra misión, nuestro motor

Nuestro objetivo es realizar un cambio duradero en la salud y el bienestar de nuestros afiliados a través de programas de salud y servicios de vida. Buscamos:

- Hacer de la salud de nuestros afiliados nuestra principal prioridad.
- Obtener los mejores resultados posibles.
- Reducir los costos de la atención médica y aumentar el valor.

Información general del programa

CareSource trabaja todos los días para ser un plan de salud de gran eficacia. El director médico de Indiana supervisa el Programa para el Mejoramiento y la Administración de la Calidad de CareSource. El Departamento de Calidad y otros departamentos de CareSource llevan a cabo el programa. Controlamos la calidad y realizamos mejoras al:

- Cumplir los requisitos de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) y la Oficina de Políticas y Planificación de los Servicios Sociales y Familiares de Indiana (Indiana Family and Social Services Office of Medicaid Policy and Planning).
- Asegurarnos de que todos nuestros proveedores de atención médica usen prácticas clínicas seguras.

Vigilamos de cerca la calidad de la atención y los servicios que ofrecemos. Para ello, usamos datos e informes para supervisar la atención que prestan nuestros proveedores a los afiliados. Analizamos los datos para decidir qué tipo de programas necesitamos para mejorar su atención y sus resultados de salud. Nuestros objetivos incluyen:



- Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) (acreditación del NCQA) El objetivo del NCQA es mejorar la calidad de la atención médica en Estados Unidos.
- Obtener una calificación de 5 como Plan de salud en el NCQA (la calificación más alta que se otorga).
- Cumplir los estándares de acreditación del NCQA en cuanto a atención médica y servicios.

Usamos el Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad de la Atención Médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®) para medir la calidad de la atención que se proporciona a los afiliados. Los planes de salud de Estados Unidos usan el HEDIS® para determinar si los afiliados reciben servicios médicos importantes y qué tan bien los prestamos. Las mediciones del HEDIS® se basan en directrices científicas nacionales que se sabe que le ayudarán a cuidar de su estado de salud y a mejorar su salud. Esto incluye:

- Controles médicos regulares para adultos y niños
- Exámenes de detección preventivos, p. ej., pruebas de detección de cáncer de seno
- Seguimiento de afecciones de salud a largo plazo, p. ej.: asma, depresión, diabetes o presión arterial alta
- Servicios de salud mental y para adicciones
- Vacunas
- Prueba de detección de plomo (niños)
- Seguridad de los medicamentos con receta por trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

También usamos la encuesta de Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS®). Esta encuesta a afiliados nos proporciona sus comentarios sobre la calidad de la atención que recibe. La encuesta CAHPS® está dirigida por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Department of Health and Human Services). En la CAHPS®, se pregunta sobre:

- Servicio al cliente
- Rapidez con la que pudo obtener la atención que necesitaba
- Calificación de su médico y sus especialistas personales, incluida la forma en que se comunican con usted
- Calificación de otros servicios de atención médica que recibió
- Calificación general de CareSource como su plan de salud

Nuestro objetivo para las mediciones del HEDIS® y la encuesta CAHPS® es obtener las calificaciones más altas posibles. Trabajamos con todos nuestros proveedores para asegurarnos de que se satisfagan las diversas necesidades de nuestros afiliados.

Realizamos cambios basados en las necesidades del afiliado. Los cambios se realizan según los comentarios que recibimos de afiliados, proveedores y otras operaciones. Cada año, actualizamos la información acerca del programa. También puede visitar nuestro sitio web en **CareSource.com**.



DIRECTRICES DE PREVENCIÓN Y PAUTAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Usamos estándares y directrices aceptadas a nivel nacional para ayudar a informar y orientar la atención clínica prestada a los afiliados. El Comité Asesor de Proveedores de la Empresa revisa las directrices por lo menos cada dos años.

Los temas de las directrices se basan en las necesidades de nuestros afiliados. Nos ayudan a medir cómo estamos atendiendo sus necesidades de atención médica. Puede solicitar copias de las directrices y los recursos de salud. También puede llamarnos para obtenerlas. Algunas directrices incluyen:

- Salud preventiva, p. ej., vacunas o exámenes de detección de cáncer de seno
- Servicios de salud mental y para adicciones, p. ej., depresión, TDAH o trastornos por consumo de sustancias
- Salud de la población, p. ej., mantener un peso saludable y ayuda para dejar de fumar
- Afecciones de salud a largo plazo, como asma, diabetes, presión arterial alta o enfermedad pulmonar

Su salud es importante

Aquí incluimos algunas maneras para mantener o mejorar su salud:

- Establezca una relación con su proveedor de atención médica.
- Asegúrese de que usted y su familia se hagan chequeos con regularidad.
- Si tiene alguna enfermedad crónica (como asma o diabetes), asegúrese de acudir al médico con regularidad.
- Siga el tratamiento que le indicó su proveedor de atención médica.
- Asegúrese de tomar los medicamentos con receta que su proveedor de atención médica le indicó que tome.
- Recuerde que CareSource24, la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas, está a su disposición. Puede llamar al número que figura en su tarjeta de identificación del afiliado las 24 horas del día, los 365 días del año.

Llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si desea obtener más información sobre el Mejoramiento de la Calidad.



FRAUDE, MALVERSACIÓN Y ABUSO

Medicaid puede ser mal utilizado, lo que ocasiona fraude, malversación o abuso.

- Fraude significa el uso malintencionado o la obtención de beneficios.
- Malversación significa el uso excesivo de los beneficios cuando estos no son necesarios.
- Abuso significa la acción que causa costos innecesarios al Programa Medicaid de Indiana. El abuso puede ser de parte de por un proveedor o un afiliado. El abuso de los proveedores podría deberse a acciones que no cumplen las prácticas tributarias, comerciales o médicas. También puede consistir en pagos por atención que no sea necesaria.

Es vital velar por el fraude, la malversación y el abuso. A estas situaciones las maneja el Departamento de integridad del programa CareSource. Ayúdenos y háganos saber si encuentra algún problema. Los proveedores, farmacias o afiliados pueden cometer fraude, malversación o abuso.

Estas son algunas de las formas en que los proveedores pueden ser responsables de fraude, malversación y abuso. Esto puede incluir a médicos u otros proveedores de atención médica que:

- Receten medicamentos, equipos o servicios que no se consideran médicamente necesarios.
- No cumplan en proporcionarles a los pacientes los servicios que son médicamente necesarios debido a tarifas de reembolso bajas.
- Facturen pruebas o servicios no realizados.
- Utilicen intencionadamente el código médico incorrecto para recibir más dinero.
- Programen visitas con una frecuencia mayor que la que es médicamente necesaria.

Algunos ejemplos de fraude, malversación y abuso cometidos por las farmacias incluyen:

- No entregarle sus medicamentos como está indicado.
- Presentar reclamos por un medicamento de marca más costoso en lugar de un medicamento genérico.
- Entregar a un afiliado menos medicamentos que los indicados y no informarle dónde puede obtener más.

Algunos ejemplos de fraude, malversación y abuso cometidos por afiliados incluyen:

- Usar servicios de forma inadecuada, como vender narcóticos con receta o tratar de obtener sustancias controladas por parte de más de un proveedor o farmacia.
- Alterar o falsificar recetas.
- Usar analgésicos que no necesita.



- Compartir su tarjeta de identificación con otra persona.
- No informarnos que usted cuenta con otro seguro médico.
- Obtener equipo y suministros que no necesita.
- Recibir servicios o buscar medicamentos con la identificación de otra persona (usurpación de identidad).
- Indicar síntomas falsos y otras afecciones a los proveedores para obtener tratamiento o medicamentos.
- Realizar demasiadas visitas a la sala de emergencias por problemas que no se consideran de emergencia.
- Mentir para obtener beneficios de Medicaid.

Si se demuestra que ha abusado o ha hecho un uso indebido de sus beneficios cubiertos, tal vez tenga que:

- Devolver el dinero que hayamos pagado por servicios que se hayan considerado un abuso de los beneficios.
- Enfrentar cargos por un delito e ir a prisión.
- Perder sus beneficios de Medicaid.

SI SOSPECHA DE FRAUDE, MALVERSACIÓN O ABUSO

Si cree que alguien está cometiendo fraude, malversación o abuso, debe informarnoslo.

Puede informarnos de una de las siguientes maneras:

- Llame: **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).
- Sitio web: ingrese a **CareSource.com** y complete el formulario.
- Correo postal: CareSource, Attn: Program Integrity Department, P.O. Box 1940, Dayton, OH 45401-1940
- Correo electrónico: **fraud@caresource.com**
- Por fax: 1-800-418-0248.

Alcáncenos toda la información que pueda cuando nos advierta acerca de un posible fraude, malversación o abuso. Agregue nombres y números de teléfonos, si los sabe. No será necesario que se identifique. Si elige no dar su nombre, no podremos comunicarnos con usted para obtener más información. Su denuncia no se compartirá, a menos que así lo exija la ley.

** La mayor parte del correo electrónico no está protegido de terceros. Esto significa que las personas pueden acceder a su correo electrónico sin que usted lo sepa o lo autorice. No use el correo electrónico para comunicarnos información que considera que debe mantenerse confidencial. No nos envíe su número de identificación de afiliado, ni el número del seguro social ni información médica por correo electrónico. Use el formulario o el número de teléfono que figura arriba.*

GRACIAS POR AYUDARNOS A MANTENER CONTROLADO EL FRAUDE, LA MALVERSACIÓN Y EL ABUSO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

**FORMULARIO CONFIDENCIAL DE DENUNCIA DE FRAUDE, MALVERSACIÓN Y ABUSO**

Por favor, use este formulario para indicarnos cualquier inquietud que tenga sobre fraude, malversación y abuso.

La información será confidencial. Denos la mayor cantidad de información posible.

Me preocupa que la siguiente persona, cuya dirección y teléfono aparecen a continuación, esté cometiendo fraude, malversación o abuso.

Nombre**Teléfono(s)****Dirección**

Esta persona es: (marque la casilla que corresponda)

☐ Empleado ☐ Afiliado ☐ Proveedor ☐ Otro*

Explíquenos qué es lo que le preocupa. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

* Explique la relación entre la persona que está denunciando y CareSource o usted mismo.

No es necesario que usted se identifique. Si está dispuesto a hacerlo, proporcione esta información para que podamos comunicarnos con usted si necesitamos información adicional.

Su nombre**Su(s) teléfono(s)****Su dirección**

Si tiene documentos que debemos ver, adjúntelos o díganos dónde encontrarlos.

Si no desea dar su nombre, envíe este formulario (y cualquier otro documento) por correo postal a:

CareSource

Attn: Program Integrity Department

P.O. Box 1940

Dayton, OH 45401-1940

También puede enviar este formulario por:

Fax: 1-800-418-0248

Correo electrónico: fraud@caresource.com (copie la información del formulario y los datos adjuntos en el mensaje de correo electrónico o adjúntelos como documentos).

Si tiene alguna pregunta, llámenos a la Línea directa de denuncia de fraude al **1-844-607-2829** y elija la opción de menú "Denunciar fraude".



SIGNIFICADOS DE LOS TÉRMINOS

Directivas anticipadas o testamento vital: una explicación por escrito de los deseos de una persona acerca de los tratamientos médicos. Con frecuencia se denomina testamento vital. Esto garantiza que se respeten los deseos de una persona si no puede comunicárselos a su proveedor.

Examen físico anual: visitas a un proveedor médico principal (PMP) cada año para que controle su salud. Se conoce con diversos nombres. Algunos de ellos son controles de salud generales, exámenes de salud preventivos y controles.

Apelación: una solicitud escrita o verbal para que se revierta una decisión.

Beneficios: atención médica cubierta por CareSource.

EPSDT: exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento.

Continuidad de la atención: un plan mediante el cual usted y su equipo de atención médica trabajan para lograr una meta. Su proveedor lo lidera.

Queja: una reclamación acerca de CareSource o sus proveedores.

Dentro de la red: cuando un médico, hospital u otro proveedor acepta su plan del seguro de salud eso significa que está dentro de la red. También los llamamos proveedores participantes.

Bloqueo: los afiliados a HIP Plus que no abonan su contribución mensual a la Cuenta POWER de manera oportuna y tiene un ingreso superior al 100 % del Nivel federal de pobreza (FPL) están sujetos a un período de bloqueo de seis meses. Perderán la cobertura de HIP y no podrán volver a presentar una solicitud durante seis meses, a menos que cumplan una exención de bloqueo o el estado los considere elegibles por cualquier otro motivo.

Entidad de atención administrada: (MCE): esta es la compañía que manejará su plan de salud. CareSource es su entidad de atención administrada.

Personas dependientes con necesidades médicas especiales: afiliados con afecciones de salud física o conductual y adicciones complejas que pueden recibir los beneficios del “State Plan”. Este es más apto para sus necesidades de atención médica. Un afiliado a HIP podría ser una persona dependiente con necesidades médicas especiales si tiene una o más de las siguientes afecciones:

- trastorno mental incapacitante;
- trastorno crónico por consumo de sustancias (SUD);
- afección médica compleja y grave;
- incapacidad física, intelectual o del desarrollo que perjudique en gran medida la capacidad del individuo para realizar actividades de la vida cotidiana;
- una discapacidad de acuerdo con los criterios de la Administración del Seguro Social.

Necesidad médica: servicios/suministros que se necesitan para detectar o tratar una afección. También cumplen los estándares aprobados de la práctica médica.

Medicamento: una sustancia usada para tratamiento médico, especialmente un fármaco o medicamento.

Afiliado: un beneficiario de Medicaid elegible que se ha unido a CareSource y recibe atención médica de nuestros proveedores.

Proveedor no participante: un profesional de la salud autorizado que no ha firmado contrato para brindar servicios. Este profesional podría tratarse de un médico, un hospital u otros. Consulte Servicios fuera de la red en la sección Autorización previa de este manual.



Programas de tratamiento por opioides: ofrecen medicamentos, servicios médicos y de rehabilitación para personas con un trastorno por consumo de opioides. Cuentan con médicos, enfermeros/as y consejeros que trabajan con afiliados en su camino a la recuperación.

Fuera de la red: cuando un médico, hospital u otro proveedor no acepta su seguro de salud eso significa que está fuera de la red.

Proveedor participante: un profesional de la salud autorizado que ha firmado contrato para brindar servicios. Este profesional podría tratarse de un médico, un hospital u otros. Estos figuran en nuestro Directorio de proveedores.

Proveedor médico principal (PMP): un proveedor de atención médica que ha elegido dentro de la red. Su PMP trabaja con usted para cumplir sus metas de salud. Esto puede ser mediante controles médicos y la administración de vacunas. También puede tratarlo para la mayoría de sus necesidades de atención médica o enviarlo a especialistas, si es necesario.

Receta: una indicación de un proveedor de salud para que una farmacia le surta y le entregue medicamentos a su paciente.

Autorización previa: a veces, los médicos informan a CareSource acerca de la atención que consideran que usted debe recibir. Se gestiona antes de que reciba la atención médica. Esto garantiza que sea la mejor atención médica para usted. También se aseguran de que dicha necesidad será cubierta. Las autorizaciones previas se requieren para algunos servicios que no son de rutina, como atención médica domiciliaria o algunas intervenciones quirúrgicas programadas.

Directorio de proveedores: una lista de médicos y otros proveedores de atención médica a quienes puede acudir como afiliado.

Grupo de proveedores: una lista completa de todos los proveedores que trabajan de manera activa con CareSource.

Derivación: una solicitud de un proveedor para que usted reciba ciertos servicios, como fisioterapia, o para ver a un especialista para recibir atención.

Servicios de rehabilitación: servicios o suministros de atención médica que le ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y las funciones para la vida diaria. Es posible que estas habilidades se hayan perdido o visto afectadas porque estaba enfermo, lesionado o discapacitado. Pueden implicar terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en entornos de pacientes internados o ambulatorios.

Área de servicios: el área de Indiana donde CareSource es una opción de entidad de atención administrada para afiliados a Medicaid.

Especialista: un proveedor de atención médica que se enfoca en un determinado tipo de atención médica (como un cirujano o un cardiólogo).

Trastorno por consumo de sustancias (SUD): una enfermedad que afecta el cerebro y comportamiento de una persona. Las personas con SUD no pueden controlar su consumo de una droga legal o ilegal o un medicamento.

Servicios residenciales para SUD: tratamiento para pacientes internados por trastornos por consumo de sustancias.

Manejo de la abstinencia: también se denomina desintoxicación. Esta es la etapa en la que su cuerpo elimina físicamente las drogas.



ABREVIATURAS

TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
AHRQ	Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica
EAC	Enfermedad de las arterias coronarias
CAHPS	Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica
ICC	Insuficiencia cardíaca congestiva
CHIP	Programa de Seguro Médico para Niños
CJL	Enlace comunitarios de justicia
ERC	Enfermedad renal crónica
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
DFR	División de Recursos para la Familia
EPSDT	Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento
ER	Sala de emergencias
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
FPL	Nivel federal de pobreza
FSSA	Administración de Servicios Familiares y Sociales
HEDIS	Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad de la Atención Médica
HHW	Hoosier Healthwise
HIE	Intercambios de información médica
HIP	Healthy Indiana Plan
HNS	Evaluación de necesidades de salud
HPV	Virus del papiloma humano
IHCP	Programa de Salud de Indiana
IOP	Programa ambulatorio intensivo
IRO	Organización de revisión independiente
MCE	Entidad de atención administrada
MTM	Gestión de terapia de medicamentos
NCQA	Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad
NEMT	Transporte que no sea de emergencia
OMPP	Oficina de Política y Planificación de Medicaid
OTC	De venta libre
PA	Autorización previa
PAC	Contribuciones a la Cuenta
POWER PDL	Lista de medicamentos preferidos
PDP	Proveedor dental primario
PMP	Proveedor médico principal
RCP	Programa Right Choices
SHI	Información médica confidencial
SUD	Trastorno por consumo de sustancias
TMJ	Disfunción de la articulación temporomandibular
UM	Gestión de uso
WIC	Mujeres, bebés y niños



This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



CareSource®

ENGLISH - Language assistance services, free of charge, are available to you. Call: **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

SPANISH - Servicios gratuitos de asistencia lingüística, sin cargo, disponibles para usted. Llame al: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

NEPALI - तपाईंका निम्ति निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन् । फोन गर्नुहोस्: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

KOREAN - 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 전화: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

FRENCH - Services d'aide linguistique offerts sans frais. Composez le 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

GERMAN - Es stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Anrufen unter: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

SIMPLIFIED CHINESE -

可为您提供免费的语言协助服务。请致电: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

TELUGU - భాషా సాయం సర్వీసులు, మీకు ఉచితంగా లభ్యమవుతాయి. కాల్ చేయండి: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

BURMESE - ဘာသာစကားဆိုင်ရာအကူအညီဝန်ဆောင်မှုများအား သင့်အတွက် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဖုန်းခေါ်ရန်: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

ARABIC - تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم: 1-844-607-2829 (هاتف نصي: 1-800-743-3333 أو 711).

URDU - زبان کی معاونتی ترجمانی خدمات، آپ کے لیے بالکل مفت یا 1-844-607-2829 فری آف چارج دستیاب ہیں۔ کال کریں: (TTY: 1-800-743-3333 or 711)

PENNSYLVANIA DUTCH - Mir kenne dich Hilf griegie mit Deutsch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) uff.

RUSSIAN - Вам доступны бесплатно услуги языкового сопровождения. Позвоните по номеру: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

TAGALOG - May mga serbisyong tulong sa wika, na walang bayad, na magagamit mo. Tumawag sa: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

VIETNAMESE - Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

GUJARATI - ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711) પર કોલ કરો.

PORTUGUESE - Serviços linguísticos gratuitos disponíveis para você. Ligue para: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

MARSHALLESE - Jerbal in jibañ ikijen kajin, ejelok onean, ej bellok ñan eok. Kurlok: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

CareSource complies with applicable state and federal civil rights laws. We do not discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, gender, gender identity, color, race, disability, national origin, ethnicity, marital status, sexual preference, sexual orientation, religious affiliation, health status, or public assistance status.

CareSource offers free aids and services to people with disabilities or those whose primary language is not English. We can get sign language interpreters or interpreters in other languages so they can communicate effectively with us or their providers. Printed materials are also available in large print, braille, or audio at no charge. Please call Member Services at the number on your CareSource ID card if you need any of these services.

If you believe we have not provided these services to you or discriminated in another way, you may file a grievance.

Mail: CareSource, Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947, Dayton, Ohio 45401

Email: CivilRightsCoordinator@CareSource.com

Phone: 1-844-539-1732

Fax: 1-844-417-6254

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights.

Mail: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Ave, SW Room 509F

HHH Building Washington, D.C. 20201

Phone: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Online: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Complaint forms are found at:

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

© 2022 CareSource. All Rights Reserved.

RR2022-IN-MED-M-1568661;

First Use: 11/4/2022

OMPP Approved: 11/4/2022



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).
Para obtener más información, visite **CareSource.com**.



CareSource.com

IN-MED-M-2154940a-V.1-SPA

Primer uso: 4/15/2024 OMPP Aprobado el: 4/15/2024 © 2023 CareSource. Todos los derechos reservados.