

Healthy Indiana Plan (HIP)
Hoosier Healthwise (HHW)

Manual del Afiliado 2025







CONTÁCTENOS

Servicios para Afiliados

- Teléfono: **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711)
de lunes a viernes, de 7 a. m., hora del Centro (CT)/8 a. m., hora del Este (ET) a 7 p. m. CT/8 p. m. ET
- Dirección postal: P.O. Box 8738
Dayton, Ohio, 45401-8738
- En línea:
CareSource.com
MyCareSource.com
Esta es una cuenta privada en línea donde podrá chatear con Servicios para Afiliados.

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 7 a. m., hora del Centro (CT)/8 a. m., hora del Este (ET) a 7 p. m. CT/8 p. m. ET

CareSource estará cerrado los siguientes días en 2025:

- 1 de enero
- 20 de enero
- 26 de mayo
- 4 de julio
- 1 de septiembre
- 27 y 28 de noviembre
- 24 y 25 de diciembre



Adaptaciones

¿Existe algún afiliado a CareSource en su familia que:

- no habla inglés?
- tiene 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 (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 cuatro días hábiles antes de la cita 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, si desea hablar con personal de habla hispana o birmana, o si quiere pedir material en otros formatos. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 7 a. m., hora del Centro (CT)/8 a. m., hora del Este (ET) a 7 p. m. CT/8 p. m. ET. También puede marcar el número 9 para que lo comuniquen rápidamente con un intérprete.

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 Nacional 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 de Servicios para Adicciones de CareSource: **1-833-OPIOIDS (674-6437)**



Índice

Contáctenos.....	1	Atención de urgencia.....	15
Servicios para Afiliados	1	Sala de emergencias (ER).....	15
Contáctenos	1	Atención de seguimiento	16
Servicios para Afiliados	1	¿No sabe con certeza a dónde ir?	16
Línea de Asesoría en Enfermería de CareSource24®	1	Si necesita una sala de emergencias (ER).....	16
Servicios de transporte de CareSource	1		
Horario de atención	1		
Adaptaciones.....	2		
Bienvenido a CareSource	5		
Guía de consulta rápida.....	6		
1) Revise su(s) tarjeta(s) de ID de CareSource.....	6		
2) Asegúrese de que sus proveedores estén dentro de la red.....	7		
3) Asegúrese de que sus medicamentos con receta figuren en la lista de medicamentos preferidos de CareSource.....	7		
4) Configure su cuenta de My CareSource®	8		
5) Descargue la aplicación móvil de CareSource.....	8		
6) Complete su Evaluación de necesidades de salud (HNS). Los nuevos afiliados obtienen una tarjeta de regalo de Walmart® por valor de \$30 8			
Aproveche al máximo su plan con estos recursos	10		
Sitio web de CareSource.....	10	Resumen de beneficios del plan HIP	28
Servicios para Afiliados	10	Servicios no cubiertos	34
Línea de asesoría en enfermería CareSource24.....	10	Servicios de salud mental y por consumo de sustancias	34
Línea para crisis de salud conductual	11		
Aplicación móvil de CareSource	11		
Dónde obtener atención	12	Línea de apoyo para adicciones de CareSource	34
Su proveedor médico principal (PMP).....	13	Programas de tratamiento por opioides	34
Cómo elegir un nuevo PMP.....	13	Servicios de tratamiento con alojamiento para trastorno por consumo de sustancias.....	35
Proveedor dental primario (PDP)/Hogar dental	14	myStrength	35
Telesalud.....	14	BeMe Health: aplicación de salud mental para adolescentes de HHW.....	36
Clínicas de atención conveniente.....	15	Servicios de terapias y rehabilitación.....	36
Transporte (viajes)	38		
Políticas de transporte	39		
No presentarse	39		
Incentivos y recompensas.....	40		
Resumen de recompensas de MyKids Rewards 2025 de CareSource.....	40		



Recompensas para adultos de MyHealth	42
Resumen de recompensas de prevención y bienestar de MyHealth para 2025	43
Recompensas por el manejo de enfermedades crónicas para 2025	44
Recompensas por dejar de fumar y consumir sustancias para 2025	46
Farmacia/Medicamentos con receta.....	47
Lista de medicamentos preferidos (PDL)	47
Programas de farmacia	48
Autorización previa para medicamentos con receta.....	48
Intercambio terapéutico	49
Excepciones	49
Desecho de medicamentos.....	49
Administración de la atención.....	50
Afecciones con las que puede ayudarle la Administración de la atención	50
Coordinación de la atención.....	51
Programa de Promesas de Embarazo de Indiana.....	51
Programa Right Choices (RCP)	51
Transiciones en la atención	51
Programa de Asistencia al Afiliado para la Administración de la Atención.....	52
Manejo de enfermedades	53
Programas de control del peso	53
Atención preventiva: niños y adultos.....	53
Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para niños: desde el nacimiento hasta los 21 años	54
Recompensas por atención preventiva.....	54
Atención preventiva para adultos.....	55
Guía de atención preventiva para mujeres.....	56
Guía de atención preventiva para hombres	56
Planificación familiar y maternidad	57
Planificación familiar.....	57
Beneficios de maternidad	58
Programas especiales para afiliadas embarazadas	59
Básculas para bebés de la UCIN	59
CareSource Re-Entry Program™	60
Eliminación de antecedentes penales	60
Beneficio de restitución de la licencia de conducir de CareSource	61
Programa Life Services de CareSource	62
JobConnect de CareSource	63
MyResources	63
Viva sin tabaco.....	64
Elegibilidad e inscripción.....	65
Redeterminación	65
Cómo cambiar de planes de atención médica.....	65
Cómo cambiar de plan con causa (HIP)/Causa justa (HHW).....	66
Aviso para indígenas estadounidenses/nativos de Alaska	68
Otros seguros	68
Atención de emergencia o urgencia fuera de nuestra área de servicio	69
Derechos y responsabilidades del afiliado	70
Sus derechos de afiliación	70
Responsabilidades de los afiliados	71
Gestión de uso.....	72
Revisión de nuevas tecnologías	73
Consulta, queja y apelaciones	74
Formulario de queja y apelaciones del afiliado	79
Prácticas de privacidad	80
Directivas anticipadas.....	85
Programa para el Mejoramiento y la Administración de la Calidad	88
Directrices de prevención y pautas de práctica clínica	90
Su salud es importante.....	90
Fraud, malversación y abuso	91
Significados de las términos	94
Abreviaturas	96



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. Estamos aquí para hacer que el camino hacia una buena salud sea más fácil. Creemos que usted merece más que una atención médica de alta calidad. Usted se merece un Cuidado de la salud desde el corazón (*Health Care with Heart*[®]).

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



GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA

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

1) Revise su(s) tarjeta(s) de ID de CareSource

Todos los afiliados recibirán una tarjeta de identificación del afiliado de CareSource con su Manual del nuevo 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 la(s) tarjeta(s) de identificación (ID)
- Perdió su(s) tarjeta(s) de identificación
- Necesita una o más tarjeta(s) de identificación nueva(s)

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 del afiliado. A continuación, puede obtener más información sobre My CareSource y la aplicación móvil de CareSource.

Siempre conserve su tarjeta de identificación con usted.

Necesitará la tarjeta de identificación (ID) cuando reciba atención médica, medicamentos con receta o servicios especiales. También puede verla en la aplicación móvil. Necesitará su tarjeta de ID cuando:

- Visite a su proveedor médico principal (PMP) o proveedor dental primario (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 (generalmente ubicada en farmacias o supermercados)
- Vaya a la farmacia para surtir sus recetas.

Si no tiene su tarjeta de identificación con usted en el momento de su cita, el médico igualmente puede atenderlo. Debe verificar su elegibilidad para Medicaid. Con el fin de verificar su elegibilidad para recibir servicios, deberá proporcionar uno de los siguientes documentos:

- Número de identificación de afiliado
- Número de Seguro Social y fecha de nacimiento
- Nombre y apellido

CareSource

HIP
HEALTHY INDIANA PLAN

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).

CareSource

Hoosier Healthwise

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).



2) Asegúrese de que sus proveedores estén dentro 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 digital Encontrar un médico para buscar un proveedor de atención médica en findadoctor.CareSource.com o en la aplicación móvil. También puede llamar 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 servicios de atención médica continua planificados

Si su proveedor se encuentra fuera de la red de CareSource, es posible que sus servicios no estén cubiertos. 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 hospitalización en los últimos 30 días
- Atención odontológica u oftalmológica no rutinaria, como aparatos ortopédicos o cirugía ocular
- Equipo (como un respirador para el asma)
- Atención médica en el hogar

La atención de emergencia NO necesita aprobación previa.

3) Asegúrese de que sus medicamentos con receta figuren en la Lista de medicamentos preferidos de CareSource

CareSource utiliza la Lista Uniforme de Medicamentos Preferidos (Statewide Uniform Preferred Drug List, SUPDL) de Medicaid de Indiana. Puede usar el buscador **Encontrar mis medicamentos** en nuestro sitio web para ver cuáles son los medicamentos y suministros médicos que están cubiertos. Consulte la página 47 para obtener más información.

1. Haga clic en *Buscar medicamentos con receta*
2. Escriba el nombre del medicamento en la herramienta de búsqueda.

Esto le brindará más información acerca de cómo se gestionan los medicamentos y los suministros médicos, por ejemplo, si sus medicamentos necesitan aprobación previa.



4) Configure su cuenta de My CareSource

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

- Elegir la manera en que quiere que nos comuniquemos con usted
- Cambiar su proveedor de atención médica
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación
- Ver sus reclamos y detalles del plan
- Actualizar su información de contacto
- Conocer más sobre nuestro programa 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.

5) Descargue la aplicación móvil de CareSource

Nuestra 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. En una sola cuenta puede centralizar su propia administración y la de sus familiares afiliados a CareSource. La aplicación es gratuita. Descargue la aplicación móvil de CareSource a través de App Store® para iPhone® o Google Play® para Android®.

6) Complete su Evaluación de necesidades de salud (Health Needs Screening, HNS). Los nuevos afiliados obtienen una tarjeta de regalo de Walmart® por el valor de \$30.

Queremos ayudarlo a mantenerse 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:

- Su salud física
- Los trastornos por consumo de sustancias
- Las necesidades sociales



Puede completar su HNS de las siguientes 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, de 6 a. m., hora del Centro (CT)/7 a. m., hora del Este (ET) a 5 p. m. CT/6 p. m. ET.
2. **En línea:** inicie sesión en **MyCareSource.com** o escanee este código QR para acceder a My CareSource.
 - Haga clic en la pestaña *Salud* en la barra de navegación superior
 - Desplácese hasta la sección *Evaluación*
 - Haga clic en el botón para iniciar la Evaluación de necesidades de salud de Indiana y responder las preguntas
3. **Por 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 dirección incluida y franqueo prepagado que hemos adjuntado.
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.





APROVECHE AL MÁXIMO SU PLAN CON ESTOS RECURSOS

Sitio web de CareSource

Nuestro sitio web le ofrece rápido acceso a mucha información de su plan.

Visite CareSource.com/IN para:

- Ver una lista de beneficios y servicios cubiertos y cómo usarlos.
- Consultar la lista de medicamentos cubiertos.
- Usar la herramienta digital 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 7 a.m., hora del Centro (CT)/8 a. m., hora del Este (ET) a 7 p. m. CT/8 p. m. ET, excepto los días festivos que se mencionan en la contraportada de este manual.

Llame a Servicios para Afiliados para:

- Obtener información acerca de sus 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 es lo que tiene cobertura o si necesita una autorización previa. Esto significa una preaprobación para un servicio.
- 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 enfermero especializado y atento. 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 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 PARA 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 del personal capacitado en salud conductual al **1-833-227-3464**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar al 988 para comunicarse con la Línea Nacional de Prevención del Suicidio y para Crisis por cualquier inquietud relacionada con la salud mental.



Obtenga más información sobre todos los beneficios de salud conductual que ofrecemos escaneando el código QR de esta guía de recursos.

Estamos aquí para ayudarle cuando esté atravesando una crisis de salud mental o por consumo de sustancias.

Llámenos si siente:

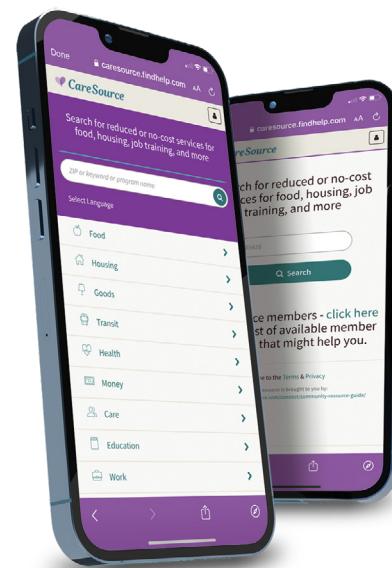
- Desesperanza
- Ansiedad
- Depresión
- Si consume o abusa de las drogas o el alcohol
- Agobio
- Soledad
- Que no hay razón para vivir
- Cambios drásticos en su estado de ánimo

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
- Optar por recibir información nuestra por correo electrónico o mensajes de texto
- Encontrar un proveedor de atención médica, un hospital, una clínica o un centro de atención de urgencia cercano.
- Conocer más sobre sus beneficios
- Ver sus reclamos
- Llamar a y hablar con Servicios para Afiliados
- Llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de CareSource24 para hablar con un profesional de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
- Utilizar herramientas como MyHealth y myStrengthSM





DÓNDE OBTENER ATENCIÓN

 <p>Proveedor médico principal (PMP)</p>	<p>Se usa para enfermedades comunes y consejos. Obtendrá la mayor parte de su atención preventiva de su PMP. Debe visitar a su proveedor médico principal (PMP) con frecuencia. Esto le ayudará a conocerlo a usted y saber cuáles son sus necesidades de salud.</p>
 <p>Telesalud</p>	<p>Las consultas con un PMP se realizan por teléfono o computadora. Pregúntele si ofrece telesalud. Si su PMP no está disponible o no ofrece telesalud, puede usar Teladoc®. Obtenga más información en www.Teladoc.com/CareSource.</p>
 <p>Proveedores de salud mental y otros proveedores</p>	<p>Los proveedores de salud mental ofrecen servicios a las personas que viven con problemas de salud mental o de consumo de sustancias. Estos proveedores suelen ser el primer lugar al que acuden las personas para obtener ayuda con sus problemas de salud mental y por consumo de sustancias.</p>
 <p>Clínicas de atención conveniente</p>	<p>Se usan para enfermedades comunes como tos, resfriados, dolor de garganta y para recibir vacunas. Se encuentran en muchas farmacias y supermercados locales, como CVS Minute Clinic® o Kroger Little Clinic®.</p>
 <p>Atención de urgencia</p>	<p>Se emplean para tratar problemas de salud que no representan un riesgo de muerte. Cuando no puede visitar a su PMP y su problema de salud no puede esperar.</p>
 <p>Salas de emergencias (ER) de un hospital</p>	<p>Recurra en caso de tener problemas que representen un riesgo de muerte o una emergencia. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana. Si tiene una emergencia de salud mental, llame al 988 para comunicarse con la Línea Nacional de Prevención del Suicidio y para Crisis.</p>



SU PROVEEDOR MÉDICO PRINCIPAL (PMP)

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

- Médicos generales
- Médicos especialistas en medicina interna
- Médicos de medicina familiar
- Pediatras
- Obstetras
- Ginecólogos
- Endocrinólogos
- Enfermeros con práctica médica
- Parteras
- Especialistas en enfermería clínica
- Asistentes médicos

Los PMP pueden proporcionar controles regulares, visitas de rutina por 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:

- Dónde vive
- 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.

Cómo elegir un nuevo PMP

Es fácil elegir otro PMP si así lo quiere. Inicie sesión en My CareSource®. Esta es 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). Haga que envíen todos sus registros médicos anteriores a su nuevo proveedor de atención médica.

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 al día, revise las comunicaciones que le enviamos o publicamos:

- Por correo postal
- En **CareSource.com**
- Por correo electrónico o mensajes de texto
- En su cuenta de 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. Usted y cada uno de los miembros de su familia también pueden ser elegibles para una recompensa de \$20. Consulte la página 41 para obtener más información.

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. Si no desea ir al dentista que le asignamos, puede elegir uno. Puede recibir atención de cualquier proveedor dental de la red.

Elegir su hogar dental es fácil. Inicie sesión en **MyCareSource.com**. Esta es su cuenta personal, segura, en línea.

1. Haga clic en *Elegir proveedor*
2. Busque un proveedor de atención médica
3. Elija un proveedor y haga clic en el botón *Seleccionar como Proveedor dental/Hogar dental*

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 7 a. m., hora del Centro (CT)/8 a. m., hora del Este (ET) a 7 p. m. CT/8 p. m. ET

Consulte la sección de recompensas a continuación para obtener más información sobre cómo puede ganar recompensas por completar exámenes odontológicos de rutina.

Telesalud

La telesalud es una opción conveniente para recibir atención. Puede obtener asesoramiento médico de manera rápida y así evitar que su condición empeore. El PMP ofrecerá este servicio por teléfono o computadora. Podrá hablar con su PMP 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 usarla para muchos problemas comunes, como:

- Resfriados y gripe
- Dolor de garganta
- Sinusitis
- Alergias
- Conjuntivitis
- Infecciones en el oído
- Infecciones de las vías urinarias
- Sarpullido y afecciones cutáneas



También puede usarla para 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 la junta donde sea que se encuentre, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Obtenga más información sobre Teladoc en www.Teladoc.com/CareSource.

Nota: la telesalud no debe usarse para traumatismos, dolor en el pecho, falta de aire o para la prescripción de sustancias controladas por la Administración de Control de Drogas (Drug Enforcement Agency, DEA).

Clínicas de atención conveniente

Están abiertas los siete días de la semana y por 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 de los senos paranasales
- Resfriados y dolor de garganta
- Inyecciones
- Y más

Atención de urgencia

Algunos centros 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 pueden 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. Si tiene una emergencia, llame al 911.

Si no se trata de una emergencia, puede llamar a la Línea de asesoría en enfermería CareSource24 al **1-844-206-5947** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si necesita ayuda. El personal de enfermería puede indicarle el mejor lugar para recibir atención de acuerdo con su problema de salud.

NOTA:

Los afiliados a HIP tendrán que pagar un copago de \$8 al hospital si van a la sala de emergencias por algo que no es una emergencia.



Atención de seguimiento

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

Avise 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**.

Hablaremos con los proveedores que le brindan atención durante su problema de salud. Ellos nos dirán cuándo 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. Cubriremos su atención de seguimiento las 24 horas del día, los siete días de la semana. 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 ir a la sala de emergencias (ER)

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana si tiene alguna emergencia. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado y dígale 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.



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

Medicaid solamente cubre servicios médicamente necesarios. Usted 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).



Explicación de beneficios

Le enviaremos una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) cuando visite a un proveedor de atención médica o reciba otros servicios de atención de la salud.

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 en la que se brindó la atención
- El tipo de atención
- La cantidad que pagó CareSource
- El importe que usted adeuda o que 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 o por una atención que no recibió.

¡Apueste 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 (PA)

Algunos servicios deben ser aprobados por nosotros antes de que usted pueda recibirlos. **La autorización previa** es la aprobación que puede ser necesaria antes de recibir un servicio. El servicio debe ser médicaamente necesario para su atención. Su proveedor de la red obtendrá la autorización previa para la atención que usted necesite. Red o dentro de la red significa que estos proveedores atienden a los afiliados a CareSource.

Derivación significa que su proveedor solicitará estos servicios para usted antes de que usted pueda recibirlos. Su proveedor llamará y coordinará estos servicios para usted, le entregará una nota escrita para que la lleve consigo o le dirá qué hacer.

CareSource no cubrirá algunos servicios o medicamentos con receta sin una autorización previa. Podrá saber cuáles son en los cuadros de las siguientes páginas. No dude en llamarnos si algún 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 algunas cirugías de encías y cirugía oral, dentaduras postizas, aparatos dentales, anestesia para adultos y servicios realizados 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 para trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de rehabilitación

Esta no es una lista completa de los servicios que requieren PA. También puede haber diferencias entre los planes HIP y HHW. Puede visitar www.caresource.com/documents/in-med-prior-auth-list-mycaresource.pdf para ver la lista de PA.

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

PALABRAS QUE DEBE CONOCER

Servicio cubierto: atención médica necesaria por la que pagamos.

Médicamente necesario: se refiere a la atención necesaria para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas.

Autorización previa (PA): aprobación que puede ser necesaria antes de obtener un servicio. El servicio debe ser médicaamente necesario para recibir atención. Su proveedor se hará cargo de esto por usted.

Derivación: es una orden de su proveedor para que usted consulte a un especialista o reciba cierta atención médica.



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

*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. Llámenos si recibe atención de un proveedor con el que quiere seguir atendiéndose como nuevo afiliado, pero no está seguro de que forme parte de nuestra red. Podemos trabajar con usted en un plan para ayudarlo a continuar recibiendo la atención que tiene implementada.

Servicios de autoderivación

Como afiliado a HIP o HHW, los servicios que se enumeran a continuación no requieren una derivación de su proveedor médico principal. Esto significa que puede decidir si necesita estos servicios y derivarse a este tipo de servicios por su cuenta.

Servicios de autoderivación	HIP	HHW
Servicios de emergencia	✓	✓
Servicios de atención de urgencia	✓	✓
Planificación familiar	✓	✓
Inmunizaciones	✓	✓
Podología	✓	✓
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 y adolescentes 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 odontológica
- Hospitalizaciones
- Planificación familiar
- Inmunizaciones (vacunas)
- Atención de salud mental
- Cirugías

Paquetes de beneficios de HHW

El Estado le informará si es elegible para HHW. Elegirán el plan adecuado para usted. Si no está seguro de cuál plan de HHW le corresponde, llame a Servicios para Afiliados para obtener ayuda.

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.

El Estado le enviará una factura por este monto con su correspondiente fecha de vencimiento. Debe pagar las primas dentro de los 60 días de la fecha de vencimiento. De lo contrario, puede perder la cobertura de CHIP.

Puede realizar los pagos de las siguientes formas:

- Por correo: Package C Premium (cheques a la orden de "Children's Health Insurance")
P.O. Box 3127
Indianapolis, IN 46206-3127
- Por teléfono: 855-765-8672
- En línea: <https://53.billerdirectexpress.com/ebpp/hhwmwpremium/>

Puede pagar con tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cheque electrónico cuando lo haga por teléfono o en línea. Necesitará su número de cuenta, que encontrará en su factura mensual.

Si no paga a tiempo y pierde la cobertura de CHIP, puede volver a presentar la solicitud. Para ser elegible, debe pagar todas las primas vencidas y la prima del mes en curso cuando vuelva a presentar la solicitud. No se cubrirán los servicios de atención médica que tenía durante el tiempo en que perdió la cobertura.

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. O llame 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.

Visitas al consultorio/hospital			
Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Visitas al médico	Sí	Sí	Por lo general, no se necesita autorización previa para estos servicios.
Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	Sí	Sí	Se necesita PA para la quiropráctica después de alcanzar el beneficio inicial.
Controles médicos	Sí	Sí	Se necesita PA para la atención hospitalaria que no sea de emergencia.
Quiroprácticos	Sí	Sí	Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Visitas al consultorio/hospital			
Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Servicios clínicos	Sí	Sí	Por lo general, no se necesita autorización previa para estos servicios. Se necesita PA para la quiropráctica después de alcanzar el beneficio inicial. Se necesita PA para la atención hospitalaria que no sea de emergencia. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Servicios de enfermero/a profesional certificado/a	Sí	Sí	
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.	
Atención hospitalaria (que no sea de emergencia)	Sí	Sí	



Farmacia y medicamentos			
Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
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. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Emergencias, exámenes y transporte			
Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Servicios de emergencia	Sí	Sí	No se necesita autorización previa para la mayoría de estos servicios. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Servicios de laboratorio y radiología	Sí	Sí	
Transporte de emergencia	Sí	Copago de \$10 por el servicio de transporte en ambulancia.	
Beneficios odontológicos			
Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Exámenes y radiografías odontológicas	Sí	Sí	Los exámenes, radiografías y servicios odontológicos preventivos no necesitan autorización previa.
Limpiezas dentales	Sí	Sí	
Otros servicios preventivos	Sí	Sí	
Servicios de restauración menores (p. ej.: rellenos dentales)	Sí	Sí	Muchos de estos otros servicios sí requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Servicios de restauración avanzada (p. ej.: dentaduras postizas)	Sí	Sí	
Servicios periodontales	Sí	Sí	
Extracciones y cirugía bucal	Sí	Sí	
Ortodoncia (p. ej.: aparatos médicamente necesarios)	Sí	Sí	
Si los servicios odontológicos se realizarán en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, se requiere una autorización previa.			



Servicios especiales			
Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Anestesia (incluida la odontológica)	Sí	Sí	
Servicios de centros de enfermería (a largo plazo)	Transición de la atención hasta por 60 días.	No.	
Servicios de centros de enfermería especializada (a corto plazo)	Sí, menos de 30 días.	No.	
Atención de hospicio	No*	No*	
Servicios de enfermería obstétrica	Sí	Sí	
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 médica mente necesarios. Los servicios de podología de rutina no tienen cobertura. Puede haber excepciones.	Muchos de estos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
CareSource Life Services® y CareSource JobConnect, programas de apoyo para obstáculos no médicos	Sí	Sí	
Atención médica domiciliaria	Sí	Sí	
Dejar de consumir tabaco <i>Quit Now Indiana 1-800-784-8669</i>	Sí	Sí	
Servicios de educación/capacitación	Sí	Sí	
Transporte que no se considera de emergencia	Sí	No	
Equipo médico permanente (DME)/aparatos ortopédicos/prótesis	Sí	Sí	

*Los afiliados 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	
Asesoría	Sí	Sí	
Psiquiatría	Sí	Sí	
Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (IOT)	Sí	Sí	
Servicios del Programa de hospitalización parcial (PHP)	Sí	Sí	Muchos de estos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)	Sí	Sí	
Manejo de la abstinencia	Sí	Sí	
Tratamiento con alojamiento para trastorno por consumo de sustancias	Sí	Sí	
Tratamiento de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados	Sí	Sí	

Servicios de terapias/de habilitación

Tipo de servicio	Paquete A	Paquete C	¿Requiere autorización previa?
Análisis de comportamiento aplicado (para trastorno del espectro autista)	Sí	Sí	Algunos de estos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Terapia del habla	Sí	Sí	
Terapia respiratoria	Sí	Sí	
Terapia ocupacional	Sí	Sí	
Fisioterapia	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

Información general de HIP:

HIP cubre todos los beneficios de salud básicos. Algunos planes pueden tener beneficios adicionales, como el odontológico y oftalmológico. HIP tiene una cuenta de bienestar personal y responsabilidad (POWER).

Usará sus fondos de la Cuenta POWER para pagar sus primeros \$2,500 por la atención que recibe cada año.

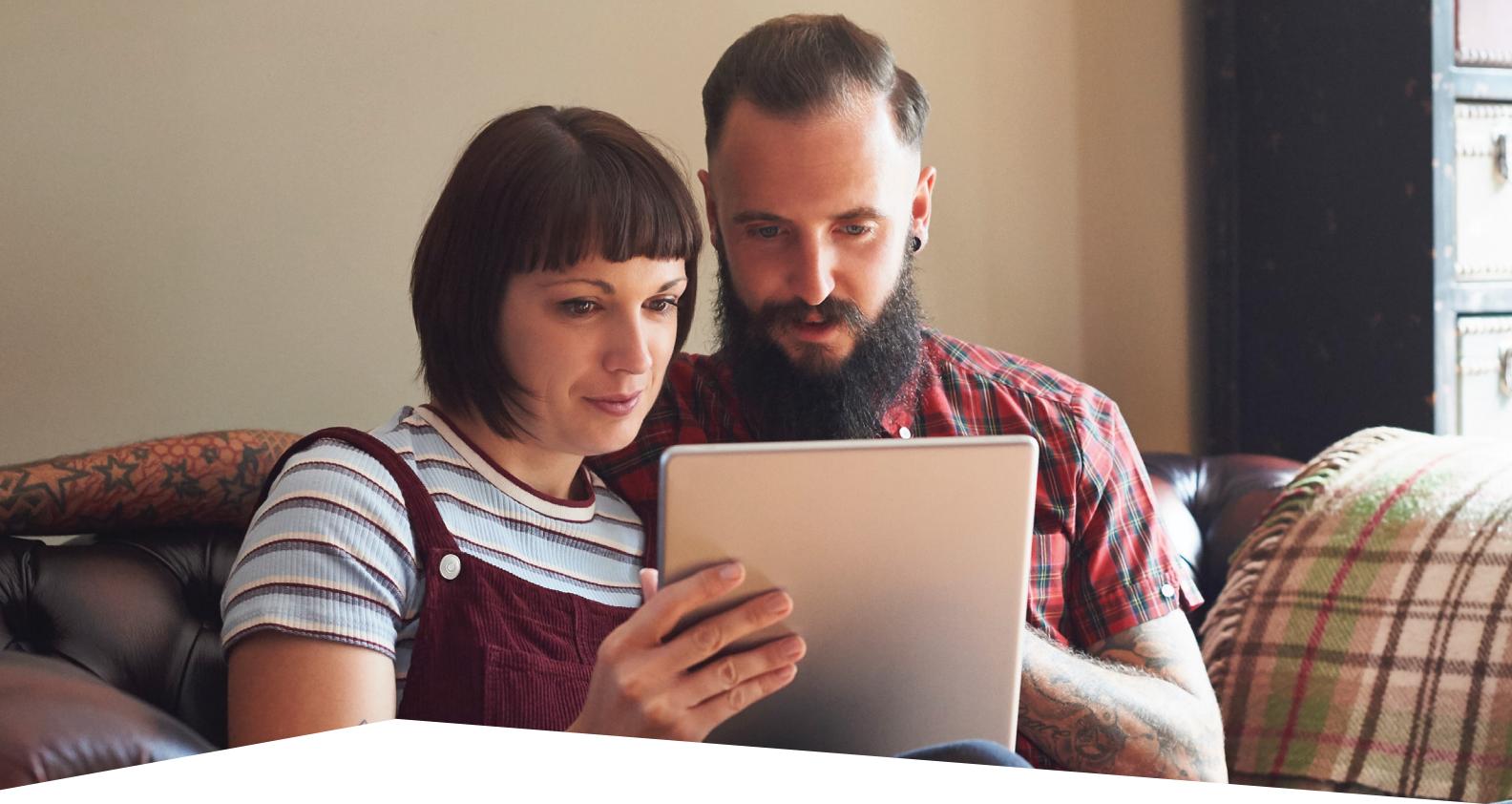
HIP Plus

- HIP Plus es el plan preferido. Cubre todos los beneficios de salud clave por un costo mensual bajo.
- Incluye servicios oftalmológicos, odontológicos y quiroprácticos.
- Ofrece más visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla que HIP Basic. Hay servicios adicionales como cirugía bariátrica y atención de la mandíbula (disfunción de la articulación temporomandibular [temporomandibular joint dysfunction, TMJ]).
- No es necesario que haga desembolsos directos por cada visita o medicamentos con receta.
- No hay copagos en HIP Plus, a excepción de un pago de \$8 si acude a la sala de emergencias por una situación que no se considere una emergencia.

HIP Maternity

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

- HIP Maternity ofrece los beneficios actuales, además de beneficios adicionales durante el embarazo de la afiliada a HIP y durante 12 meses más a partir del último día 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.



PACIENTES 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 su capacidad para realizar una o más actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse o comer).
- Determinación de incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social

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.

HIP State Plan

HIP State Plan incluye 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 para los servicios de planificación familiar o de emergencia, necesita autorización previa para recibir servicios de proveedores de atención médica fuera de la red.

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	La mayoría de estos servicios no necesitan autorización previa (excepto la atención hospitalaria que no es de emergencia). Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)		Sí, para pacientes de hasta 21 años.				
Controles médicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
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.	
Servicios de planificación familiar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Servicios clínicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Servicios de personal de enfermería profesional certificado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Atención hospitalaria (que no sea de emergencia)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	



Farmacia y medicamentos						
	HIP Plus	HIP Basic Puede haber copagos	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic Puede haber copagos	¿Requiere autorización previa?
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. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Recetas de pedido por correo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Emergencias, exámenes y transporte						
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 se necesita autorización previa para la mayoría de estos servicios. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Servicios de laboratorio y radiología	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Transporte de emergencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	



Servicios de salud mental y por consumo de sustancias						
	HIP Plus	HIP Basic Puede haber copagos	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic Puede haber copagos	¿Requiere autorización previa?
Evaluaciones y pruebas de detección	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Asesoría	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Psiquiatría	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (IOT)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Programa de hospitalización parcial (PHP)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Muchos de estos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Manejo de la abstinencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Tratamiento con alojamiento para trastorno por consumo de sustancias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Tratamiento de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	



Beneficios odontológicos						
	HIP Plus	HIP Basic Puede haber copagos	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic Puede haber copagos	¿Requiere autorización previa?
Exámenes y radiografías odontológicas	Sí	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.	Sí	Sí	Sí	Los exámenes, radiografías y servicios odontológicos preventivos no necesitan autorización previa.
Limpiezas dentales	Sí		Sí	Sí	Sí	
Otros servicios preventivos	Sí		Sí	Sí	Sí	
Servicios de restauración menores (p. ej.: rellenos dentales)	Sí		Sí	Sí	Sí	
Servicios de restauración avanzada (p. ej.: dentaduras postizas)	Sí		Sí	Sí	Sí	Muchos de estos otros servicios sí requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Servicios periodontales	Sí		Sí	Sí	Sí	
Extracciones y cirugía bucal	Sí		Sí	Sí	Sí	
Servicios odontológicos relacionados con un accidente o una lesión	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Si los servicios odontológicos se realizarán en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, se requiere una autorización previa.						



Servicios de especialidad						
	HIP Plus	HIP Basic Puede haber copagos	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic Puede haber copagos	¿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.	
Atención oftalmológica	Sí. Un examen de rutina por año hasta los 20 años. Un examen de rutina cada dos años para personas de más de 20 años. Un par de anteojos por año hasta los 20 años. Un par de anteojos cada 5 años para personas de más de 20 años.	No (excepto para los afiliados de 19 y 20 años de edad)	Sí. Un examen de rutina por año hasta los 20 años. Un examen de rutina cada dos años para personas de más de 20 años. Un par de anteojos por año hasta los 20 años. Un par de anteojos cada 5 años para personas de más de 20 años.			Muchos de estos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
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.	
Equipo médico permanente (DME)/Aparatos ortopédicos/prótesis	Sí	Sí *Con beneficios mejorados	Sí	Sí	Sí	
Atención médica domiciliaria	Sí, 100 visitas.	Sí, 100 visitas.	Sí, 100 visitas.	Sí, 100 visitas.	Sí, 100 visitas.	
Atención de hospicio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	



Servicios de especialidad						
	HIP Plus	HIP Basic Puede haber copagos	HIP Maternity	HIP State Plus	HIP State Basic Puede haber copagos	¿Requiere autorización previa?
Equipos y suministros médicos (por ejemplo, audífonos, prótesis, etc.)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Muchos de estos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Servicios de educación y capacitación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Transporte que no es de emergencia (NEMT) (por ejemplo, visitas médicas, alimentos, farmacia)	Sí *Beneficio agregado de CareSource	Sí *Beneficio agregado de CareSource	Sí *Con beneficios mejorados	Sí	Sí	No se necesita autorización previa para el transporte que no es de emergencia (NEMT)

Servicios de terapias/rehabilitación 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	Algunos de estos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-607-2829 (TTY: 711) para obtener más información.
Terapia del habla	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Terapia ocupacional	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Fisioterapia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	

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.

- Abortos (excepto cuando son resultado de una violación denunciada, por incesto o son médicaamente necesarios para salvar la vida de la madre)
- Acupuntura
- Servicios y atención médica que tenga fuera de los EE. UU.
- Todos los servicios o suministros que no sean necesarios desde el punto de vista médico
- Servicios y procedimientos experimentales
- Medicina alternativa
- Tratamientos por infertilidad para hombres o mujeres (Esto incluye la reversión de la esterilización voluntaria)
- Cirugía plástica o cosmética que no sea médicaamente necesaria
- Esterilización voluntaria de menores de 21 años o de un afiliado que sea legalmente incapaz de dar su consentimiento para el procedimiento
- Cuidados a largo plazo
- Servicios de exención: si desea obtener más información, visite www.in.gov/Medicaid
- Atención de enfermería privada
- Servicios proporcionados por proveedores de atención médica no inscritos en los Programas de Cobertura Médica de Indiana (IHCP)

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

La salud conductual es una parte clave de su bienestar general. Podemos ayudarlo si tiene problemas de salud como depresión, ansiedad o consumo de sustancias y más. Llámenos o consulte su Directorio de proveedores para encontrar un proveedor. También puede usar nuestra herramienta digital Encontrar un médico en findadoctor.CareSource.com.

¿Necesita ayuda ahora? Llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio y para Crisis 988 al **9-8-8**. También puede llamar a nuestra Línea para crisis de salud conductual al **1-833-674-6437** (TTY: 711).

Línea de apoyo para adicciones 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 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.

Estas son las pautas de elegibilidad:

- **Si tiene 18 años o más,** puede solicitar servicios si ha estado luchando contra una adicción 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.
- Acaba de salir de prisión y busca los servicios del OTP dentro de los seis meses posteriores a su salida.
- Está embarazada.
- Ya recibió tratamiento anteriormente y vuelve a buscarlo dentro de los dos años de haberlo dejado.

Puede encontrar una lista de programas de tratamiento por opioides en Findadoctor.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 con alojamiento para trastorno por consumo de sustancias

Estamos aquí para brindarle apoyo con el tratamiento residencial para el trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD). Estos servicios necesitan autorización previa. Puede ganar hasta \$100 en recompensas por completar el tratamiento. Consulte la página 42 para obtener más información.

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

- Control de la abstinencia (desintoxicación)
- Terapia individual y grupal
- Capacitación y apoyo con los medicamentos
- Tratamiento asistido por medicamentos (Medication Assistance Treatment, MAT)
- Apoyo de recuperación entre pares
- Administración de casos
- Y 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 hecha solo para usted. Puede ayudarle a fortalecer 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 ayuda a los adolescentes a superar los altibajos de su adolescencia. Ofrecemos BeMe para adolescentes afiliados a Hoosier Healthwise de 13 a 18 años. Usted o su familia pueden usarla sin costo. BeMe apoya a los adolescentes ayudándoles a crear hábitos saludables, desarrollar habilidades de comunicación, afrontar el estrés, controlar la depresión o la ira, entre otras cosas. Los adolescentes tienen acceso a los entrenadores de BeMe las 24 horas del día, los 7 días de la semana, quienes pueden conectarlos con terapias a través de los proveedores de nuestra red según sea necesario.

BeMe es seguro y privado

BeMe es un espacio seguro y de apoyo para los 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.

Registrarse es fácil.

Los adolescentes pueden descargar BeMe Health desde 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., hora del Centro (CT)/9 a. m., hora del Este (ET) a 8 p. m. CT/9 p. m ET. También puede llamar a nuestro equipo de Administración de la atención al **1-833-230-2039**, de lunes a viernes de 8 a. m., hora del Centro (CT)/9 a. m., hora del Este (ET) a 5 p. m. CT/6 p. m. ET.

Servicios de terapias y rehabilitación

Los servicios de terapias y rehabilitación ayudan a la persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades para la vida cotidiana.

Estos servicios pueden incluir:

- Terapia física y ocupacional
- Terapia del habla
- Otros servicios de atención médica para personas con discapacidades en diversos 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.



Servicios de terapias/de habilitación		
Tipo de servicio	En qué consiste	¿Requiere autorización previa?
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
- Entrega de beneficios
- Cómo aprobamos los beneficios
- Dónde estará el sitio de atención

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

- Se envían por correo postal
- Se envían por correo electrónico o mensaje de texto
- Se publican en **CareSource.com** o en el portal del afiliado



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 obtener transporte para las visitas que estén cubiertas*. 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 traslados que puede obtener para estas visitas. También cuenta con transporte que no es de emergencia si está en el Paquete A de HIP o HHW para:

- Traslados a su farmacia luego de su cita con el médico.
- Cinco viajes al mes a la farmacia sin tener que visitar a su proveedor primero.
- Transporte ilimitado a la oficina local de Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC).
- Transporte ilimitado a citas para nuevas determinaciones de servicio con el estado.
- Transporte ilimitado a 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).
- Transporte ida y vuelta a la UCIN para padres con un hijo ingresado.
- Un pase de autobús si está 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.



¿Quiere programar un traslado?

Llame al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) para coordinar el viaje 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 transporte es a través de un proveedor. También puede programar un transporte en línea. Visite www.lcptransportation.com. También puede obtener el reembolso de millas a través de ellos. 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 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.

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 donde lo recogerán
- Si no lo pueden ver en el lugar donde lo recogerán
- Si no llega a tiempo al lugar donde lo recogerán

El conductor esperará 10 minutos, y luego se irá. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de esta página.



INCENTIVOS Y RECOMPENSAS

Gane recompensas por estar más saludable

CareSource tiene dos programas para ofrecerle recompensas. Obtenga recompensas por asistir a sus citas de bienestar y a otras visitas al médico, así como a los exámenes de detección. ¡Queremos que esté lo más saludable posible!

CareSource MyKids

CareSource recompensa a sus hijos por completar visitas de bienestar, exámenes odontológicos, vacunas y más. Las recompensas que ganen sus hijos se pueden usar para comprar comestibles, ropa, artículos personales, útiles escolares y más. ¡La única forma en que su hijo puede ganar recompensas es registrándose hoy mismo! Cada niño de su familia debe registrarse por separado para ganar recompensas.

¿Quién puede registrarse? Inscríba a sus hijos, desde recién nacidos hasta los 17 años. Si está embarazada y tiene 17 años o menos, pueden inscribirse ambos, usted y el bebé.

**Tenga en cuenta:

Las tarjetas de recompensas no se pueden usar para comprar alcohol, tabaco, armas de fuego, billetes de lotería, gasolina o para pagar servicios públicos. Se pueden aplicar otros límites.

Las recompensas pueden cambiar. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo y las necesidades de salud. Si ya no está afiliado a CareSource, se desactivará su acceso al Portal de recompensas. Es posible que las recompensas no utilizadas ya no estén disponibles.

Cualquier recompensa sin usar vencerá 1 año después de la fecha en que se agregue a la tarjeta.

Es posible que su plan no cubra algunas actividades saludables. Deberá pagar los costos compartidos de una consulta que no esté cubierta por su plan.

Resumen de recompensas de MyKids de CareSource* para 2025

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Seis visitas de bebé sano en 15 meses	Recién nacidos hasta los 15 meses	\$15 por visita
Visita de niño sano: desde los 16 meses hasta los 30 meses	Niños de entre 16 meses y 30 meses	\$10 Tres veces por año calendario
Visitas de niño sano: desde los 3 hasta los 17 años	Niños de entre 3 años y 17 años	\$20 Una vez por año calendario
Vacunas de niño sano (difteria, tétanos y tos ferina (DTaP), IPV, sarampión, paperas y rubeola (MMR) y varicela aplicadas como una serie)	Niños de entre 4 años y 6 años	\$20 Una vez por año calendario
Vacunas de niño sano: DTaP	Niños de entre 11 años y 17 años	\$10 Una vez por año calendario
Vacuna de niño sano: serie de HPV (virus del papiloma humano) (aplicada como una serie)	Niños de entre 9 años y 17 años	\$30 Una vez por año calendario



Resumen de recompensas de MyKids de CareSource* para 2025

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Vacunas de niño sano: contra el meningococo	Niños de entre 11 años y 17 años	\$10 Una vez por año calendario
Vacuna antigripal anual	Niños de entre 16 meses y 17 años	\$10 Una vez por año calendario
Evaluación de necesidades de salud (HNS)	Nuevos miembros dentro de los 90 días posteriores a la incorporación	Tarjeta de regalo de \$30 de Walmart
Examen odontológico preventivo	Niños de entre 16 meses y 17 años	\$20 Una vez por año calendario
Prueba de detección de plomo en la sangre	Recién nacidos hasta los 15 meses	\$20 Una vez
Prueba de detección de plomo en la sangre	Niños de entre 16 meses y 6 años	\$20 Una vez por año calendario Y dos veces en la vida
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 Una 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 Dos veces por año calendario
Evaluación integral de riesgo prenatal	Embarazadas	\$25 Una vez por año calendario
Visitas prenatales	Embarazadas	1. ^a visita: \$50 5. ^a visita: \$25
Consultas posparto	Mujeres en posparto	\$40 Una vez por embarazo
Consulta posparto adicional	Mujeres en posparto	\$15 Una vez por embarazo

Cómo obtener sus recompensas

- Regístrese en MyKids de CareSource en CareSource.com/Indiana y haga clic en Recompensas. Enviaremos por correo postal su tarjeta de recompensas de CareSource luego de que realice su primera actividad saludable.
- Después de obtener su tarjeta de recompensas de CareSource, llame al 1-833-832-7306 (TTY: 711) o visite HealthyBenefitsPlus.com/CareSourceMDC. Necesitará sus recompensas y su tarjeta de identificación del afiliado para registrarse.
- Las recompensas se agregan a su tarjeta a medida que realiza actividades saludables. Nos informarán cuando usted visite a un proveedor. Añadiremos las recompensas a su cuenta después de revisar la información que nos envían. Esto puede tardar hasta 60 días.
- La tarjeta de recompensas de CareSource se puede usar en tiendas como:
 - CVS
 - Kroger
 - Walmart



- Dollar General
 - Walgreens
 - Y muchas más
5. Con su tarjeta de recompensas de CareSource puede comprar muchos artículos relacionados con el bienestar y la salud, como:
- Comestibles
 - Útiles escolares
 - Ropa
 - Pañales
 - ¡Y más!

* Las recompensas pueden cambiar. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo o las necesidades de salud. Si deja de estar afiliado, su cuenta ya no estará activa. Su cuenta se desactivará, y es posible que las recompensas no usadas ya no estén disponibles. Las recompensas vencen un año después de la fecha de emisión. No puede comprar tabaco, armas de fuego, billetes de lotería o servicios públicos con su tarjeta de recompensas.

Recompensas MyHealth para adultos

Los adultos mayores de 18 años forman parte de las recompensas de MyHealth. Los siguientes pasos y tablas le brindan información acerca de sus recompensas de MyHealth. Le dirán qué puede ganar y cómo acceder a su cuenta.

Monto de la recompensa hasta \$300.

Cómo utilizar las recompensas de MyHealth

1. Los adultos son parte de las recompensas de MyHealth.
2. Ingrese en **MyCareSource.com**. Haga clic en el enlace recompensas de MyHealth en la pestaña Salud.
3. Las recompensas se agregan a su cuenta a medida que realiza actividades saludables. Nos informarán cuando usted visite a un proveedor. Añadiremos las recompensas a su cuenta después de revisar la información que nos envían. Esto puede tardar hasta 60 días.
4. Puede hacer un seguimiento de sus recompensas y progreso.
5. Obtenga recompensas para tarjetas de regalo como:
 - Dominos®
 - Marshalls®
 - Sephora®
 - Google Play®
 - Old Navy®
 - TJ Maxx®
 - HomeGoods®
 - Panera®
 - Walmart®



¡Comience a ganar recompensas hoy mismo!

¿Tiene preguntas? Llámemos al **1-844-607-2829** (TTY: 711) o visite CareSource.com/Indiana y haga clic en **Recompensas**.

** Las recompensas pueden cambiar. Las recompensas pueden variar según la edad, el sexo o las necesidades de salud. Si deja de estar afiliado, su cuenta ya no estará activa. Su cuenta se desactivará, y es posible que las recompensas no usadas ya no estén disponibles. Las recompensas vencen un año después de la fecha de emisión. No puede comprar tabaco, armas de fuego, billetes de lotería o servicios públicos con su tarjeta de recompensas.*

Resumen de recompensas por actividades de bienestar y preventivas de MyHealth* para 2025		
Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Examen físico anual	Para todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$20 Una vez por año calendario
Examen odontológico anual	Para todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$20 Una vez por año calendario
Vacuna antigripal anual	Para todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$10 Una vez por año calendario
Completar la Evaluación de necesidades de salud de Indiana	Todos los nuevos afiliados adultos dentro de los 90 días de la elegibilidad De los 18 a los 64 años de edad	Tarjeta de regalo por \$30 de Walmart®. Consulte el Paso 8 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.
Evaluación de detección de cáncer de seno (mamografía)	Mujeres de 50 a 64 años	\$20 Una vez por año calendario
Evaluación de detección de clamidia	Mujeres de 18 a 25 años	\$10 Una vez por año calendario
Prueba de colesterol	Hombres de entre 35 y 64 años Mujeres de entre 45 y 64 años	\$10 Una vez por año calendario
Evaluación de detección de cáncer cervical (examen de Papanicolaou)	Mujeres de 18 a 64 años	\$10 Una vez por año calendario
Completar un Journey en MyHealth	Para todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$5 Dos veces por año calendario
Vacuna contra el HPV (virus del papiloma humano) (se aplica como una serie)	Adultos de 18 a 26 años	\$10 por la serie
Vacuna antineumocócica	Para todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$10 Una vez por año calendario
Evaluación integral de riesgo prenatal	Adultas embarazadas de 18 a 64 años	\$25 Una vez por año calendario
Vacunas - Dosis de refuerzo de tétanos-difteria	Para todos los adultos de entre 18 y 64 años	\$10 Una vez por año calendario

**Recompensas para embarazadas adultas**

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
1. ^a visita prenatal	Adultas embarazadas de 18 a 64 años	\$50 Una vez por año calendario
5. ^a visita prenatal	Adultas embarazadas de 18 a 64 años	\$25 Una vez por año calendario
Consulta posparto (después del nacimiento del bebé)	Adultas embarazadas de 18 a 64 años	\$40 Una vez por año calendario
Consulta posparto adicional	Adultas embarazadas de 18 a 64 años	\$15 Una vez 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 el manejo de enfermedades crónicas para 2025 Los afiliados pueden ganar hasta \$200 en recompensas por el manejo de enfermedades crónicas para pruebas de diabetes.

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Cumplimiento de medicamentos para el TDAH	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con TDAH	\$45 Una vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos para el asma	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con asma	\$15 Cuatro veces por año calendario
Cumplimiento del uso de betabloqueantes después del infarto agudo de miocardio (IMA) u otro evento cardíaco	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con enfermedad de la arteria coronaria (EAC)	\$25 Una vez por año calendario
Cumplimiento de los medicamentos con estatinas para la EAC y la diabetes mellitus (DM)	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con enfermedad de la arteria coronaria (EAC)	\$45 Una vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por ICC	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	\$45 Una vez por año calendario
Evaluación integral de riesgo prenatal	Todas las embarazadas adultas de 18 años o más afiliadas a HIP y HHW	\$25 Una vez por año calendario



Recompensas por el manejo de enfermedades crónicas para 2025 Los afiliados pueden ganar hasta \$200 en recompensas por el manejo de enfermedades crónicas para pruebas de diabetes.

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Cumplimiento del uso de corticoesteroides después de un evento de atención aguda por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Todos los adultos de 18 años o más, afiliados a HIP y HHW diagnosticados con EPOC	\$15 Una vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por EPOC	Todos los adultos de 18 años o más, afiliados a HIP y HHW diagnosticados con EPOC	\$45 Una vez por año calendario

Recompensas por manejo de enfermedades crónicas para 2025

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Depresión (mayor), trastorno bipolar o de esquizofrenia Cita de seguimiento de siete días después del alta hospitalaria	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con depresión	\$40 Dos veces por año calendario
Depresión (mayor), trastorno bipolar o de esquizofrenia Cumplimiento con los medicamentos	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con depresión	\$45 Una vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos para la diabetes (todas las clases)	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con diabetes	\$45 Una vez por año calendario
Prueba de A1c para diabéticos	Todos los adultos de 18 años o más diagnosticados con diabetes	\$25 Una vez por año calendario
Prueba de microalbúmina para diabéticos	Todos los adultos de 18 años o más diagnosticados con diabetes	\$25 Una vez por año calendario
Examen de la vista de retina para diabéticos	Todos los adultos de 18 años o más diagnosticados con diabetes <i>Los exámenes debe realizarlos un proveedor oftalmológico especialista.</i>	\$25 Una vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por Hepatitis C	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con hepatitis C	\$45 Una vez por año calendario
Cumplimiento de medicamentos por VIH	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con VIH	\$15 Cuatro veces por año calendario

**Recompensas por manejo de enfermedades crónicas para 2025**

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Prueba de carga viral del VIH	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más diagnosticados con VIH	\$10 Una vez por año calendario
Iniciación a la Administración de la atención	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más	\$25 Una vez por año calendario
Finalización del plan de atención (cumplimiento de objetivos)	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más deben tener la clasificación de necesidad médica elegible.	\$40 Una vez 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. Las recompensas vencen un año después de la fecha de emisión.

Recompensas por dejar de fumar y de consumir sustancias para 2025* Los afiliados pueden obtener hasta \$200 en recompensas por dejar de fumar y de consumir sustancias

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Participación en la línea de ayuda del asesoramiento para dejar de fumar de Indiana	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más	\$50 Una vez por año calendario
Participación en la línea de ayuda del asesoramiento para dejar de fumar en el embarazo de Indiana	Todas las adultas de HIP y HHW de 18 años o más que estén embarazadas	\$50 Una vez por año calendario
Completar el programa de la línea de ayuda para dejar de fumar de Indiana (IN Tobacco Quitline)	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más	\$80 Una vez por año calendario
Inicio de orientación conductual para dejar de consumir tabaco	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más	\$30 Una vez por año calendario
Tratamiento farmacológico al comenzar el tratamiento para dejar de fumar	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más	\$30 Una vez por año calendario
Completar el tratamiento farmacológico de 12 semanas para dejar de fumar	Todos los adultos de HIP y HHW de 18 años o más	\$40 Una vez 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 18 años o más	\$10 Diez 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. Sus recompensas de MyHealth vencen en diciembre del año siguiente. POR EJEMPLO: las recompensas no utilizadas de 2024 vencerán a mediados de diciembre de 2025.



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. Visite **CareSource.com** y vaya a Encontrar mis medicamentos con receta y Buscar una farmacia para obtener más información.

- **Encontrar mis medicamentos con receta** le permite ingresar el nombre del medicamento y le informará si está cubierto.
- **Encontrar una farmacia** le permite buscar 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 diabéticos | • Inhaladores con espaciadores |
| • Medidores del flujo respiratorio máximo | |
| • Agujas de jeringas | • 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 médicaamente 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. Tenemos 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”.

PALABRAS QUE DEBE CONOCER:

- **Lista de medicamentos preferidos (PDL):** una lista de medicamentos que preferimos que nuestros proveedores receten.
- **Autorización previa:** cuando preprobamos un servicio de atención médica o medicamento que su médico solicita antes de que usted lo reciba.

Es posible que califique para recibir recompensas por cumplir con los medicamentos. Consulte las páginas 44 y 45 para obtener más detalles sobre estas recompensas.



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. Consulte esta lista cuando necesite surtir o resurtir un medicamento con receta.

Programas de farmacia

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 solo pueden estar cubiertos si se usa primero la terapia escalonada.

Sustitución

Por medicamento genérico: si lo tiene, la farmacia proporcionará un medicamento genérico 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. Su proveedor debe solicitar una autorización previa si hay un genérico equivalente disponible.

Programa de gestión de terapia de medicamentos (MTM)

El uso correcto de los medicamentos con receta es clave para su salud. La gestión de terapia de medicamentos (MTM) es un programa para que se informe acerca de sus medicamentos. Puede obtener este servicio sin costo. La MTM puede ayudar a evitar problemas relacionados con los medicamentos y a reducir los costos. También puede ayudarle a cumplir con su plan y a asegurarse de que está tomando sus medicamentos de la manera correcta. Este servicio se ofrece sin ningún costo.

Puede trabajar con un farmacéutico local o un farmacéutico de CareSource para MTM. 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.

Beneficios del Programa MTM

- Permite un uso seguro de los medicamentos con receta
- Ayuda a sus proveedores de atención médica y a otros cuidadores a trabajar bien
- Le enseña sobre sus medicamentos con receta y cómo usarlos
- Mejora la salud

Autorización previa para medicamentos con receta

Es posible que necesitemos revisar y aprobar algunos medicamentos antes de brindarles cobertura. A esto se le denomina autorización previa (prior authorization, PA). Su proveedor nos dirá por qué necesita



un determinado medicamento con receta o una cierta cantidad de un medicamento. Estas son algunas de las razones por las que puede ser necesaria una PA:

- 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.

En la PDL que se publica en línea puede ver qué medicamentos requieren una PA. También puede llamarlos si tiene preguntas sobre nuestra PDL o si desea saber qué medicamentos o servicios necesitan una autorización previa.

Intercambio terapéutico

A veces, no puede tomar ciertos medicamentos, por ejemplo, en caso de padecer una alergia. Otras veces, un medicamento tal vez no funcione para usted. En estos casos, su proveedor puede pedirle a CareSource que cubra un medicamento que no está en la lista de medicamentos aprobados.

Excepciones

Puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en la PDL. Esto se denomina una excepción. Usted o una persona designada como su representante pueden solicitarlo. Una vez que recibamos esta solicitud, trabajaremos con su proveedor para obtener los formularios y la información necesarios.

Puede solicitar una excepción por las siguientes razones:

- Un medicamento que necesita no forma parte de su plan de salud cubierto sujeto a revisión de necesidad médica por parte de CareSource
- Tiene alergia a un medicamento
- No puede tomar un medicamento
- Tuvo una reacción adversa a un medicamento que figura en la PDL

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. 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

¿Sabía que también puede ganar recompensas por realizar actividades que lo ayuden a mantenerse saludable? Puede ganar hasta \$65 en recompensas por participar activamente en la Administración de la atención. Consulte la sección de recompensas de este manual para obtener más información.

Nuestros administradores de la atención pueden ayudarlo a comprender mejor su salud y apoyarlo en su proceso saludable. Contamos con Administración de la atención para niños y adultos. El equipo de administración de la atención cuenta con enfermeros, expertos en salud conductual y otros trabajadores de extensión social. Si lo solicita, pueden reunirse 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. También ofrecemos administración de atención de alto riesgo para necesidades de salud complejas.

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

- Si usted lo solicita. También puede llamar a Servicios para Afiliados y solicitar Administración de la atención.
 - Su proveedor de atención médica se lo pide 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
 - Está embarazada
 - Solicitud ayuda para 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)
 - Enfermedad de las arterias coronarias (EAC)
 - Depresión
 - Diabetes
 - Hepatitis C
 - Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - Hipertensión
 - Enfermedad de células falciformes (ECF)
 - Otras enfermedades 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**. Ellos 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 cree que puede 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. Está destinado a afiliadas embarazadas de Medicaid que usan opioides o que los han usado en el pasado. El programa puede ponerla en contacto con atención prenatal y posparto. También puede ayudarla a encontrar otro tipo de atención médica física y mental y tratamiento para el trastorno por consumo de opioides. El programa ofrece apoyo durante el período prenatal y durante los 12 meses posteriores al final del embarazo. También cuenta con beneficios de guardería para quienes se unan. Puede unirse a este programa gratuito aquí: <https://appengine.egov.com/apps/in/promise>. También puede ganar hasta \$100 en recompensas por participar en este programa.

Actividad saludable	Quién es elegible	Recompensas*
Llamada inicial del Programa de promesas de embarazo de Indiana	Afiliadas del programa que están embarazadas	\$25 Una vez por embarazo
Llamada de seguimiento del Programa de promesas de embarazo de Indiana	Afiliadas del programa que están embarazadas	\$25 Una vez por embarazo
Contacto con posparto (después del nacimiento del bebé) del Programa de promesas de embarazo de Indiana	Afiliadas del programa que están embarazadas	\$25 Una vez por embarazo
Programa de promesas de embarazo de Indiana, de 6 a 12 meses	Afiliadas del programa que están embarazadas	\$25 Una vez por embarazo

Programa Right Choices (RCP)

El Programa Right Choices (RCP) es un programa estatal. Si usted está en el RCP, recibirá una carta que le informará sobre el programa. Tendrá un proveedor médico principal y una farmacia. Debe visitar a estos proveedores a menos que tenga una emergencia. Si está en el RCP, cuenta con un administrador de atención de CareSource asignado. Lo ayudará a administrar su atención y a asegurarse de que se satisfagan sus necesidades. Llame a su administrador de atención si tiene alguna pregunta.

Transiciones en la atención

CareSource lo ayuda cuando sale del hospital de la siguiente manera:

- Responde sus preguntas
- Lo ayuda con sus medicamentos
- Lo ayuda a coordinar sus visitas con el PMP o especialista
- Lo ayuda a usted o 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. Este programa cuenta con un fondo que puede ayudarle a eliminar los obstáculos que le impiden trabajar o satisfacer sus necesidades básicas. Intentaremos encontrar recursos en la comunidad para sus necesidades antes de que pueda utilizar el fondo. Su administrador de atención médica llenará una solicitud para que se apruebe el uso del fondo. El límite de beneficios es de \$200 por año (de enero a diciembre). Las áreas de apoyo pueden ser:

- Transporte (además de nuestros beneficios generales de traslado)
- Ropa
- Gastos relacionados con el trabajo
- Asistencia con la vivienda y los servicios públicos (si no está disponible en su lugar de residencia)
- 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 mostrarte 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:

- El programa gratuito de bienestar en línea MyHealth. Herramientas de educación médica disponibles para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Este programa es para afiliados mayores de 18 años. Vaya a **MyCareSource.com** y, luego, a la pestaña *Health* para acceder a MyHealth.
- Material que le enseña habilidades para ayudarlo a autocontrolar la(s) afección(es).
- Coordinación de la atención con equipos de extensión.

Su proveedor de atención médica, su farmacia u otra fuente de atención de la salud 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. También puede ganar recompensas por cumplir con su plan de adherencia a los medicamentos. Consulte la página 40 para obtener más información sobre las recompensas. Los afiliados pueden autoderivarse o pueden derivarlos 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**.

Programas de control de peso

Programas GRATUITOS de asesoramiento para la salud ¿Sabía que ofrecemos dos programas gratuitos de asesoramiento para la salud para nuestros afiliados a HIP/HHW? Los programas son Healthy Body, Healthy Me para adultos a partir de los 18 años y Kids Wellness, para menores de 17 años.

Estos programas pueden ayudarlos a usted y a sus hijos a adoptar hábitos saludables para que puedan estar más sanos como familia. Como parte de estos programas de entrenamiento de 12 meses, usted o su hijo tendrán llamadas telefónicas individuales con un entrenador de salud de CareSource. Pueden ayudarle a reflexionar sobre su salud en general y los pasos que debe seguir para mejorarla. Ambos programas ayudan con:

- Actividad física
- Salud mental
- Alimentación saludable
- ¡Y más!

¿Desea obtener más información o unirse a cualquiera de estos programas?

Llámenos al 317-982-6506. Un entrenador de salud le hará algunas preguntas para saber más sobre usted o su hijo. Estas preguntas ayudan a garantizar que los programas sean una buena opción para su familia.

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.



Exámenes de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para niños: desde el nacimiento hasta los 21 años

El programa EPSDT es 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
<hr/>						
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 de la audición.
- Evaluaciones del desarrollo.
- Análisis de laboratorio para ciertas edades, como pruebas de plomo en sangre.
- Inmunizaciones (vacunas). Pregúntele a su médico para obtener más información sobre qué le corresponde a su hijo según su edad.
- Atención médica de seguimiento para tratar problemas de salud.
- Pruebas de plomo en sangre.
- Los niños inscritos en HHW se someten a una prueba de detección de plomo en sangre a los 12 meses y nuevamente a los 24 meses o antes si tienen un alto riesgo 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 24 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 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 con un especialista si necesita atención adicional.

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.

Recompensas por atención preventiva

Puede ganar recompensas por obtener ciertos tipos de atención preventiva. Consulte la sección Recompensas de la página 40 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.

Palabras que debe conocer, como actividades preventivas de salud:

- **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:** pídale al dentista que revise todos sus dientes al menos dos veces 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 65 años deben someterse a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, que se conoce como prueba de Papanicolaou, cada 3 años.
- **Evaluación de detección de cáncer de seno:** las mujeres de entre 40 y 74 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.
- **Prueba de VIH:** Recomendada por los CDC para todos los pacientes entre las edades de 13 y 64 años al menos una vez. Los pacientes con factores de riesgo persistentes deben someterse a pruebas anualmente.
- **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 6 a. m., hora del Centro (CT)/7 a. m., hora del Este (ET) a 5 p. m. CT/6 p. m. ET.
- En línea: inicie sesión en **MyCareSource.com** y haga 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 no tener un bebé si no está preparada
- Asegurarse de que usted o su pareja se protejan contra:
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Infecciones de transmisión sexual

Puede acudir a cualquier proveedor de planificación familiar. No necesita nuestra aprobación para acudir a uno. Puede visitar clínicas, enfermeros de obstetricia certificados, 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: infórmenos sobre su embarazo 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 informarnos que está embarazada. 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:

- Servicios oftalmológicos
- Servicios quiroprácticos
- Servicios mejorados para dejar de consumir tabaco para embarazadas
- Servicios odontológicos
- Transporte que no es de emergencia

Paso 3: llame a su proveedor. 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 al menos una vez al mes durante el primer y segundo trimestre. Los verá con mayor frecuencia durante el último trimestre. Esto puede ayudar a detectar problemas antes de que empeoren y a evitar problemas durante el parto.

Si necesita un proveedor, puede ingresar a nuestro enlace Encontrar un médico para buscarlo. Vaya a findadoctor.CareSource.com. También puede llamarnos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) para obtener ayuda.

Paso 4: es importante que visite a su proveedor después del parto. 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. Llámenos si tiene alguna pregunta.

Paso 5: después del período posparto de 12 meses, puede dejar HIP Maternity. En este momento, puede cambiarse a HIP Basic o HIP Plus. Llámenos si tiene alguna pregunta.

Planificación familiar y control de la natalidad

Lo más recomendable es esperar alrededor de 18 a 24 meses antes de quedar embarazada nuevamente para que su cuerpo tenga tiempo de sanar. Los métodos anticonceptivos más efectivos son de acción prolongada y reversible. Esto se llama anticonceptivo reversible de acción prolongada (long-acting reversible contraception, LARC). Algunos ejemplos de LARC son los dispositivos intrauterinos (DIU), los dispositivos anticonceptivos implantables y otros que están disponibles con receta médica.

Beneficios del LARC:

- Previene el embarazo el 99 % de las veces
- Es fácil, de bajo mantenimiento y cómodo
- Se puede insertar inmediatamente después del parto, incluso mientras aún permanece en el hospital
- No interfiere con la lactancia materna
- Puede durar hasta 10 años o más
- No afecta su capacidad de volver a quedar embarazada



- Es de fácil desmontaje
- Apoya el distanciamiento saludable de los nacimientos y los embarazos saludables
- Es seguro para mujeres de todas las edades

Programas especiales para afiliadas embarazadas

MyKids y MyHealth de CareSource

Ofrecemos recompensas a las mujeres embarazadas y a las madres primerizas por mantenerse al día con las visitas prenatales y posparto a través de MyKids de CareSource. Las recompensas se pueden usar para comprar comida para bebés, pañales y más. Consulte la página 40 para obtener más información sobre MyKids de CareSource para afiliados menores de 17 años y MyHealth para afiliados mayores de 18 años.

Mom and Baby Beginnings

El programa Mom and Baby Beginnings está aquí para ayudarla durante el embarazo. Nuestro personal incluye enfermeros, trabajadores sociales, consejeros y expertos en lactancia materna. Nuestro equipo la ayudará a ponerse en contacto con recursos en su área que pueden ayudarle con sus necesidades de embarazo, vivienda, transporte, seguridad y alimentación. También pueden ayudar a responder las preguntas que pueda tener sobre el embarazo y el cuidado del recién nacido. Nuestro equipo también trabajará con su equipo médico para asegurarse de que se encuentre saludable y segura durante el embarazo. Llame al **1-833-230-2034** si desea obtener más información sobre cómo este programa puede ayudarla.

Programa de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

El programa de la UCIN ayuda a garantizar que los recién nacidos más débiles tengan un alta segura y oportuna para regresar a su hogar. Cuenta con enfermeros y especialistas que trabajan en conjunto para ofrecer apoyo a las madres que tienen recién nacidos en la UCIN. Llame al **1-800-230-2036** si desea obtener más información.

Básculas para bebés de la UCIN

Es necesario controlar el peso de algunos bebés de alto riesgo con frecuencia durante las primeras semanas o meses. 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 básculas para bebés a domicilio como beneficio mejorado para algunos de nuestros afiliados de mayor riesgo.

Llámenos si su bebé estuvo en la UCIN, con dificultades para aumentar de peso o para alimentarse. También puede hablar con su administrador de atención para obtener más información sobre cómo obtener una báscula infantil gratuita.

Facilitar el acceso a una báscula en casa le brinda muchos beneficios, tales como:

- Controles de peso periódicos para su bebé sin moverse de su casa.
- Prevención de la exposición potencial al COVID-19, la gripe y el virus sincicial respiratorio (VSR).
- Detección temprana y control del crecimiento y desarrollo de su bebé.
- Mejores oportunidades para recibir comentarios durante una visita de telesalud.
- Evitar visitas innecesarias a la sala de emergencias.

Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) para obtener más información sobre cómo obtener una báscula infantil para su bebé.



CARESOURCE RE-ENTRY PROGRAM™

Recuperarse tras haber estado en la cárcel o en prisión puede ser un problema. 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.

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:

- Repasar cuáles son sus necesidades médicas y de salud mental
- Encontrar recursos en su área
- Ayudarlo a establecer metas a futuro

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 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 restitución (CareSource ayudará a cubrir estos costos con este fondo)
- Esperar el tiempo requerido después del delito o de la condena
- Ser parte del CareSource Re-Entry Program o de CareSource JobConnect a través de CareSource Life Services
- Obtener una carta de aprobación de la oficina del fiscal

Se aplican límites a los fondos. CareSource cumple con todas las leyes federales y estatales.



BENEFICIO DE RESTITUCIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR DE CARESOURCE

Sabemos que una buena salud es más que simplemente buena atención médica. Ser capaz de conducir puede ayudarle a acceder a servicios que son clave 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 o cargos del seguro de automóvil vinculados al restablecimiento de la licencia de conducir (apoyo por única vez)
- Derivaciones a recursos comunitarios para obtener ayuda legal

Se aplican límites a los fondos. CareSource cumple con todas las leyes federales y estatales.

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**.



PROGRAMA LIFE SERVICES DE CARESOURCE

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 ayudarlo con las cosas que le impiden alcanzar sus metas. Los afiliados pueden recibir asesoramiento personalizado de un consejero de vida de CareSource. Puede ser parte de CareSource Life Services si:

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

Podemos ponerlo en contacto con servicios y recursos para:

- Transporte
- Acceso a alimentos
- Asistencia presupuestaria y financiera
- Asistencia legal
- Apoyo para la vivienda
- Cuidado infantil
- Oportunidades de empleo (CareSource JobConnect)

Conéctese con CareSource Life Services:

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



CARESOURCE JOBCONNECT

CareSource JobConnect puede ayudarle a aprender nuevas habilidades, vincularlo con los servicios locales y encontrar un trabajo. Se lo contactará con un consejero de vida. 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 está trabajando con el equipo de CareSource Life Services, es posible que tenga acceso a asistencia. El fondo de asistencia para afiliados puede ayudarle a eliminar los obstáculos que le 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 llenará 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 para el cuidado de niños
- Gastos relacionados con el trabajo
- Apoyos previos a la contratación
- Asistencia para la vivienda y los servicios públicos
- Exámenes equivalentes a la escuela secundaria (High School Equivalent, HSE)
- Acceso a alimentos y educación

*Los fondos de asistencia para afiliados son solo para afiliados a CareSource que forman parte de CareSource Life Services. Se aplican límites a los fondos. CareSource cumple con todas las leyes federales y estatales.

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
- Apoyo financiero
- ¡Y más!

Tenemos programas en todo el estado, desde ciudades pequeñas hasta ciudades grandes. Inicie sesión en su cuenta **MyCareSource.com** para usar esta herramienta. 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 tabaco
- 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
- Asesoramiento conductual
- Apoyo de un administrador de atención

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

Acciones para dejar de fumar	Monto de la recompensa	Descuento
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
Completar el programa	\$50	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/pregnancy-and-smoking.

Recompensas por dejar de consumir tabaco

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 beneficio:** de enero a diciembre. Sus límites de beneficios se reiniciarán cada enero.

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

Agente de inscripción: una persona que puede ayudarle a inscribirse en un plan.

La redeterminación

Para seguir siendo un afiliado de CareSource, debe renovar sus beneficios con el estado. Puede renovar sus beneficios de una de las siguientes maneras:

- En línea. Inicie sesión en su Portal de beneficios de la Administración de Servicios Sociales y Familiares (Family and Social Services Administration, FSSA) en fssabenefits.in.gov para completar su renovación en línea.
- Por correo postal. Complete los formularios de renovación. Incluya cualquier información adicional que el estado haya solicitado.
- En persona. Visite la División de Recursos para la Familia (Division of Family Resources, DFR) de su localidad. Encuentre la oficina más cercana a usted en www.in.gov/fssa/dfr/ebt-hoosier-works-card/find-my-local-dfr-office/. Entregue el formulario de renovación completo y cualquier otra información que le solicite su DFR local.

El estado le enviará un aviso de renovación cuando sea el momento de renovar su cobertura.

Asegúrese de que la FSSA y CareSource tengan su dirección y número de teléfono actuales. Esté atento a su correo ya que recibirá los recordatorios de CareSource. También debe estar atento al correo para recibir el formulario de renovación de la FSSA. Podría perder su elegibilidad para la cobertura de atención médica y sus beneficios adicionales.

¿Tiene alguna pregunta?

Llame al **1-800-403-0864** o visite fssabenefits.in.gov.

Cómo cambiar de planes de atención médica

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

Tiene derecho a cambiar su plan de salud en determinados momentos del año. Puede cambiar de plan:

Afiliados a HHW:

- Durante los primeros 90 días como afiliado
- Durante el período de selección del plan del 1 de noviembre al 15 de diciembre. Para ello, llame al agente de inscripción de Medicaid de Indiana:
 - Hoosier Healthwise (HHW) 1-800
- También tiene derecho a cambiar de plan si tiene una causa justa para hacerlo. Una causa justa significa un motivo aprobado. A continuación, se incluye la lista de motivos que se consideran causas justas.



Llámenos al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si tiene preguntas sobre cómo cambiar de plan de atención médica por un motivo aprobado.

HHW (Causa Justa)

Los afiliados a Hoosier Healthwise pueden cambiar de plan en cualquier momento por una causa justa. Los afiliados deben presentar una queja ante su plan de salud antes de que se tome una determinación sobre su solicitud por causa justa. Los motivos por causa justa incluyen, entre otros:

1. Recibir atención de mala calidad.
2. Incumplimiento por parte del contratista en la prestación de los servicios cubiertos.
3. Incumplimiento por parte del contratista de los estándares establecidos de administración de la atención médica.
4. Barreras lingüísticas o culturales significativas.
5. Acción correctiva impuesta por el consultorio al contratista.
6. Acceso limitado a una clínica de atención primaria o a otros servicios de salud que se encuentren razonablemente cerca de la residencia del afiliado.
7. Una determinación de que el formulario de otra entidad de atención administrada (Managed Care Entity, MCE) es más congruente con las necesidades de atención médica existentes del nuevo afiliado.
8. Falta de acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos en virtud del contrato del contratista con el estado.
9. El contratista no cubre un servicio por objeciones morales o religiosas.
10. Se requiere que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red del contratista, y el proveedor del afiliado determina que recibir los servicios por separado someterá al afiliado a un riesgo innecesario.
11. Falta de acceso a proveedores con experiencia en resolver las necesidades de atención médica del afiliado.
12. El proveedor de atención médica primario del afiliado cancela la inscripción de la MCE actual del afiliado y se reinscribe en otra MCE; o
13. Por otras circunstancias que el consultorio o la persona designada determinen que constituyen una cobertura de atención médica de mala calidad.

Las siguientes son causas por las que los afiliados a Hoosier Healthwise pueden ser dados de baja del programa Hoosier Healthwise:

- El afiliado se inscribió por error o debido a un error durante el ingreso de los datos.
- El afiliado pierde la elegibilidad en Hoosier Healthwise.
- El afiliado se muda fuera del estado.
- El afiliado fallece.

Afiliados a HIP

Puede cambiar su plan antes de recibir beneficios completos. Puede hacerlo en un plazo de 60 días. El plan de salud que elija se extenderá a lo largo del año calendario. Elegirá su plan de atención administrada una vez por año y mantendrá ese plan todo el año, de enero a diciembre. Ese será su año de beneficios. Si abandona el programa y se reincorpora durante el año, su plan será el mismo. A continuación, le explicamos cómo funciona:



- Entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre podrá cambiar su plan de atención médica para el siguiente año de beneficios. Lo que elija durante este tiempo comenzará en enero. Puede hacerlo llamando al 1-877-GET-HIP9 (1-877-438-4479).
- Coméntales que desea elegir un nuevo plan para el año próximo.
- Si está satisfecho con CareSource, no haga nada. Lo asignarán a nosotros para el año siguiente.
- Se hacen excepciones para los afiliados que no seleccionan un plan de salud durante el período correspondiente debido a una de las siguientes razones:
 - Un cambio de otro programa a HIP.
 - El momento de la redeterminación.
 - No cumplir con los requisitos de elegibilidad en su totalidad durante el período de selección.

Los afiliados a HIP deben permanecer en su plan por 12 meses, incluso si tienen una brecha en la cobertura.

Para cambiar de plan de salud, llame al 1-877-GET-HIP9 (1-877-438-4479). A continuación, puede ver una lista de causas.

HIP (Con causa)

Los afiliados a Healthy Indiana Plan tienen derecho a darse de baja del plan:

- Con causa, en cualquier momento.
- Sin causa dentro de los noventa (90) días posteriores a la inscripción inicial o durante los noventa (90) días posteriores a la notificación de inscripción, lo que ocurra más tarde.
- Sin causa al menos una vez cada doce (12) meses.
- Sin causa cuando un contratista incumple repetidamente los requisitos sustantivos de las secciones 1903(m) o 1932 de la Ley del Seguro Social o 42 CFR 438 y la sección 1932(e)(2)(B)(ii) de la Ley del Seguro Social.
- Sin causa en el momento de la reinscripción si una pérdida temporal de inscripción ha ocasionado que el afiliado pierda el período anual de desafiliación.

De acuerdo con 42 CFR 438.56(d)(2)(i)-(v), los afiliados pueden solicitar la cancelación de la inscripción si:

- El afiliado se muda fuera del área de servicio.
- El contratista no cubre el servicio que el afiliado solicita, debido a objeciones morales o religiosas.
- El afiliado necesita que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de proveedores. El proveedor del afiliado debe determinar que recibir los servicios por separado sometería al afiliado a un riesgo innecesario.
- La condición del proveedor del contratista pasa de estar dentro de la red a estar fuera de la red y esto hace que el afiliado tenga que cambiar su proveedor de apoyos residenciales, institucionales o laborales y, como resultado, el afiliado experimenta una interrupción en los servicios residenciales o laborales.
- El afiliado experimenta una atención de mala calidad, falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato o falta de acceso a proveedores con experiencia en tratar las necesidades de atención del afiliado.



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 ayudarlo si tiene preguntas sobre el 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 los costos compartidos, 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

Liámenos 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 lesionó en el trabajo y tiene un reclamo de compensación para trabajadores
- Se ve involucrado en una demanda por lesiones personales o negligencia médica
- Se lesionó a causa de un accidente automovilístico
- Se lesionó debido a la negligencia de otra persona, como una mordedura de perro o un resbalón y caída por accidente
- Ha cambiado de seguro
- Es 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.

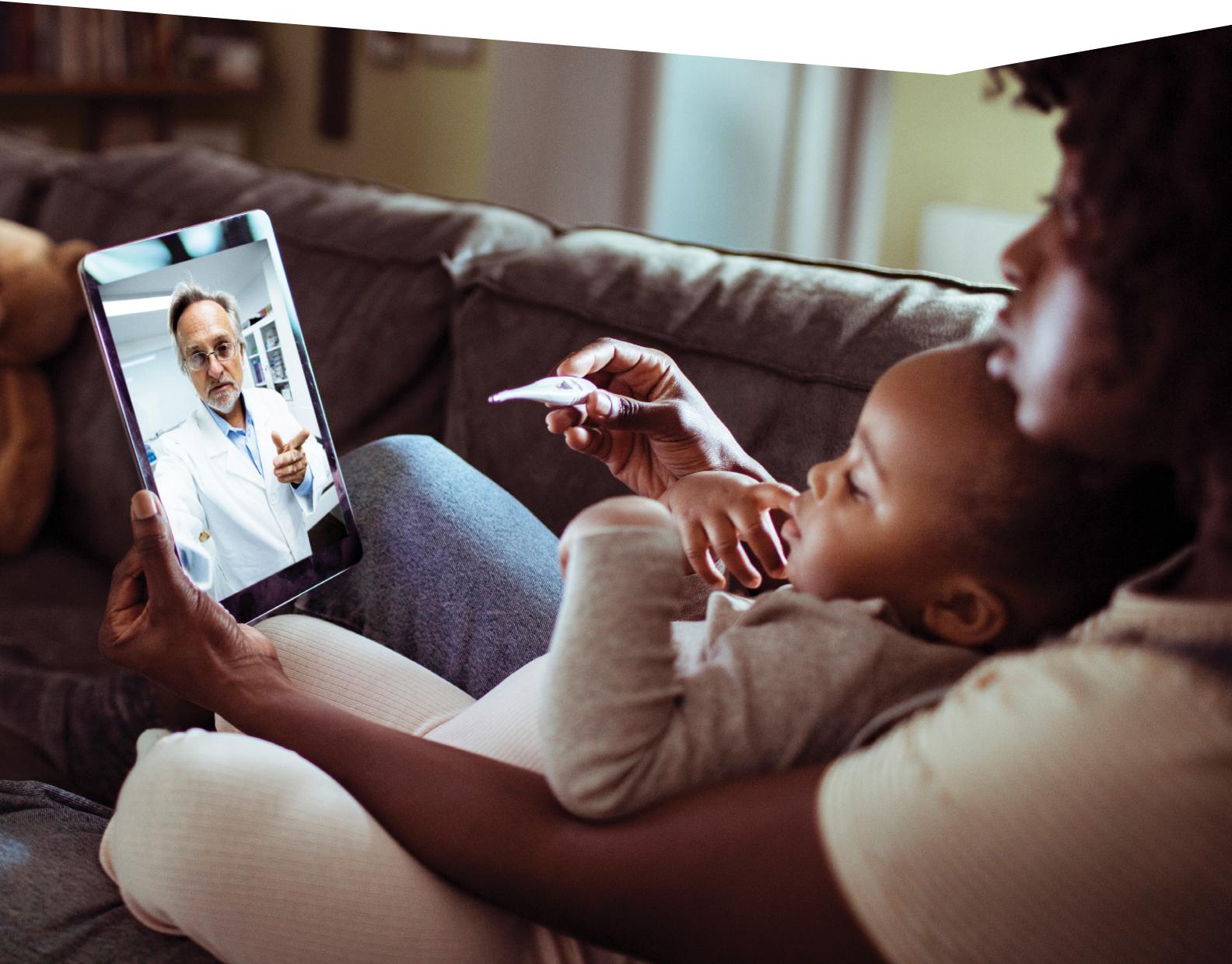


Atención de emergencia o urgencia fuera de nuestra área de servicio

¿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 lunes a viernes, de 7 a. m., hora del Centro (CT)/8 a. m., hora del Este (ET) a 7 p. m. CT/8 p. m. ET.

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, sus servicios, profesionales y proveedores de atención médica, además de los derechos y responsabilidades del afiliado.
- Recibir todos los servicios que CareSource debe proporcionar.
- Ser tratado con respeto y consideración en cuanto a 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 comercialización.
- 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 pueda comprenderla.
- Recibir atención que sea culturalmente sensible y respetuosa.
- Tener la seguridad de que otras personas no lo podrán escuchar o ver 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 médicos, así como solicitar modificaciones/correcciones en su expediente médico, 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.
- Poder presentar una apelación, una queja (reclamo) o una audiencia estatal imparcial.
- Expresar reclamaciones 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 los 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 si necesita ayuda para comprender la información.
- Recibir ayuda a través de lenguaje de señas si el afiliado tiene deficiencias auditivas.



- Ser informado si el proveedor de atención médica 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 esta.
- 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) si no se respeta la directiva anticipada del afiliado.
- Tener libertad para ejercer sus derechos y saber que CareSource, los proveedores 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 otras leyes vigentes sobre la privacidad, al escoger el proveedor que le brinde atención siempre que sea posible y pertinente.
- Si se trata de una afiliada de sexo femenino, tiene derecho a visitar a un proveedor de CareSource que se especialice en salud de la mujer.
- Poder obtener una segunda opinión de un proveedor calificado del grupo de CareSource y, si un proveedor calificado no puede atender al afiliado, CareSource deberá coordinar una visita con un proveedor que no sea parte del 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 su estructura y funcionamiento.
- Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los afiliados a CareSource.

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 (lograr que el problema se aborde rápidamente)
- Aptitud de los servicios de atención médica
- Tratamiento que reciben nuestros afiliados

Llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página si tiene preguntas sobre cómo revisamos su atención. Puede pedir 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 7 a. m., hora del Centro (CT)/8 a. m., hora del Este (ET) a 4 p. m. CT/5 p. m. ET. 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 o 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.
- Los miembros del personal de revisión clínica son profesionales de la atención médica. Tienen experiencia clínica en el tratamiento de las afecciones para las solicitudes que están revisando.

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 Comité de Nuevas Tecnologías, 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:

- Normas estatales de Medicaid
- Las pautas externas para la evaluación de la tecnología
- Aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Recomendaciones según publicaciones médicas

No cubrimos ningún tratamiento que se considere experimental.



CONSULTA, QUEJA Y APELACIONES

PALABRAS QUE DEBE CONOCER: **Representante autorizado:** es una persona a la que usted permite que tome decisiones de salud en su nombre.

Debemos tenerlo registrado por escrito.

Queja: es un reclamo formal sobre nosotros, nuestros proveedores o la atención que recibe.

Apelación: usted nos solicita que revisemos una decisión por la que se denegó un beneficio o servicio.

Expedita: apresurar, acelerar o hacer que algo transcurra más rápido.

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

Puede presentar una queja verbal, en línea 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. Si tuvo una queja expedita, intentaremos notificarle verbalmente y por escrito.

¿Qué es una apelación? Una apelación es cuando usted nos informa que no está de acuerdo con una decisión que tomamos de rechazar un servicio o reclamación de beneficios. También puede apelar cuando solo aprobamos una parte de un reclamo. Tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de denegación inicial 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. Le enviaremos una carta cuando deneguemos un servicio o reclamo de beneficio. Estos son algunos ejemplos de cosas por las que podría presentar una apelación:

- Denegación de servicio
- Denegación, terminación o reducción de un servicio que fue previamente aprobado
- No prestar servicio oportunamente
- CareSource no actúa en los plazos adecuados
- Determinación de persona dependiente 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

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** (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 se encuentra en un centro de pacientes hospitalizados, CareSource le informará a usted y a su proveedor de atención médica la decisión de la apelación. 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** 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 redonda 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.

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

Asegúrese de indicar su nombre, su número de ID de afiliado y un número de teléfono donde podemos 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, puede solicitar 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
100 N. Senate Avenue, Suite N802
Indianapolis, IN 46204
O
Teléfono: 1-317-232-4405

Qué puede esperar en una Audiencia estatal imparcial

La Oficina de Procedimientos de Derecho Administrativo (Office of Administrative Law Proceedings, OALP) 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

CareSource continuará sus beneficios si:

- Usted o su representante autorizado presentan una apelación oportunamente*
- La apelación comprende finalizar, retrasar o reducir un curso de tratamiento previamente autorizado



- Los servicios los solicitó 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 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:
 - Se haya cumplido el límite de tiempo o de servicio de un servicio preaprobado.
- 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 (Portal para afiliados)

Por teléfono, llamando 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: (El mejor número de teléfono para contactarlo si tiene preguntas o necesita más información sobre su problema.)

Escriba una descripción de la queja o apelación. Proporcione la mayor cantidad de detalles. Incluya la información del proveedor si su problema está relacionado con uno. Puede adjuntar hojas adicionales de ser necesario.

(Firma del afiliado)

(Fecha)

Si tiene alguna pregunta, 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 envíemos 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.
- Incluiríremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con lo siguiente:
 - atención,
 - pago(s),
 - actividades de atención médica y
 - 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 una queja 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 queja como condición para lo siguiente:
 - atención,
 - pago,
 - inscripción en un plan de salud o
 - elegibilidad para los beneficios.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede indicarnos sus preferencias con respecto a 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 en caso de desastre.

Si usted no es capaz de indicarnos su opción, por ejemplo, si está inconsciente, puede ser que procedamos a compartir su información. La compartirímos 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:

- Con fines de comercialización
- Para la venta de su información
- La divulgación de notas de psicoterapia



Consentimiento para compartir la 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 por lo general su información médica? Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

Para ayudarlo a recibir tratamiento médico

- Podemos usar su información médica y compartirla con los especialistas que lo están tratando.
 - 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.
 - Ejemplo: podemos usar su información para revisar y mejorar la calidad de la atención médica que usted y otros reciben. 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. Nosotros 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.
 - Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan odontológico 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 ayudar con problemas de seguridad y salud pública



Podemos compartir su información médica por determinados motivos, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro 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 fallece.

Para cumplir con la indemnización a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos por compensación de trabajadores
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un agente 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)



DIRECTIVAS ANTICIPADAS

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 enfermaran de forma tal de no poder 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 y un número cada vez mayor de 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 la persona debe tener por lo menos 18 años (o ser un 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 una persona para que tome decisiones de atención médica por usted 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 su directiva anticipada.



Escriba o llame:

Por correo a:

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

Por teléfono al: 1-800-457-4584

Contactos para una directiva anticipada para la atención médica

Puede obtener más información acerca de las directivas anticipadas de las siguientes maneras:

- Hable con su PMP
- En línea: www.in.gov/medicaid/members/
- Llame a la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (FSSA) al 1-800-457-4584
- Llame a Servicios para Afiliados de CareSource al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711)
- Visite el Centro de Recursos de Directivas Anticipadas del Departamento de Salud de Indiana en www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/

Tipo de directivas anticipadas reconocidas en Indiana

- Representante de atención médica
- Declaración de testamento vital o Declaración de procedimientos para prolongar la vida
- Donación de órganos y tejidos
- Declaración y orden de no reanimar fuera del hospital Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST)
- Poder legal
- Directivas anticipadas psiquiátricas

Para obtener más información sobre las directivas anticipadas y para encontrar los formularios disponibles para usted, visite el Centro de Recursos para la Calidad de la Atención Médica de Indiana en www.in.gov/isdh/25880.htm.



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.

Propósito 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

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

Calidad

- Se asegura de que reciba lo mejor en atención, servicios y resultados
- Se asegura de que reciba atención médica de alta calidad con regularidad

Nuestra misión, nuestro corazón

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

Reseña del programa

CareSource trabaja todos los días para ser un plan de salud de alto rendimiento. 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 (la más alta) del NCQA Health Plan.
- Cumplir con 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, por ejemplo, examen de detección de cáncer de mama
- Seguimiento de afecciones de salud a largo plazo, por ejemplo: Asma, depresión, diabetes, presión arterial alta
- Salud mental y adicciones
- Vacunas
- Pruebas de detección de plomo (niños)
- Seguridad de los medicamentos con receta para el 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:

- El servicio al cliente
- La rapidez con la que obtiene la atención que necesita
- La calificación que le daría a su médico personal y a sus especialistas, lo que incluye qué tan bien se comunican con usted
- La calificación de otros servicios de atención médica que recibió
- La 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.

Hacemos 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. Puede llamarnos para solicitarlas. Algunas directrices incluyen:

- Salud preventiva, por ejemplo, vacunas, exámenes de detección de cáncer de mama
- Servicios de salud mental y adicciones, por ejemplo, depresión, TDAH, trastorno por abuso de sustancias
- Salud de la población, por ejemplo, mantener un peso saludable y ayudar a dejar de fumar
- Afecciones de salud a largo plazo, como asma, diabetes, presión arterial alta, 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 la línea de asesoría en enfermería CareSource24, está a su disposición para ayudarlo. Puede llamar al número que figura en su tarjeta de identificación del afiliado las 24 horas del día, los 365 días del año.
- Comuníquese con nuestro equipo de administración de la atención. Pueden ayudarlo a manejar sus afecciones de salud y brindarle apoyo.

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.

PALABRAS QUE DEBE CONOCER

- **Fraude** significa un uso malintencionado o para 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 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. Controlamos y tomamos medidas contra cualquier proveedor, farmacia o afiliado que cometa fraude, malversación y 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 médica mente 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 (usuración 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:

- Reembolsar cualquier importe que pagamos por servicios que se determinaron como de uso indebido de beneficios
- Enfrentar cargos por un delito e ir a prisión o
- Perder sus beneficios de Medicaid

SI SOSPECHA DE FRAUDE, MALVERSACIÓN O ABUSO

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

Puede informarnos de alguna de estas maneras:

- Llame al: **1-844-415-1272** (TTY: o 711)
- En el sitio web: visite **CareSource.com** y complete el formulario
- Por correo a CareSource, Attn: Program Integrity Department, P.O. Box 1940, Dayton, OH 45401-1940
- Por correo electrónico: **fraud@caresource.com**
- Por fax: 1-800-418-0248

Comparta todo lo que pueda cuando nos advierta acerca de un posible fraude, malversación o uso indebido. 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 decirnos cosas que cree que deben mantenerse en privado. 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) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro*	
Explíquenos qué es lo que le preocupa. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario. <small>* Explique la relación entre la persona que está denunciando y CareSource o usted mismo.</small>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

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 (Fraud Hotline) al **1-844-415-1272** (TTY: 711) y elija la opción de menú *Denunciar un fraude*.



SIGNIFICADOS DE LOS TÉRMINOS

Directivas anticipadas o testamento vital: un registro por escrito de los deseos de una persona con respecto a 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.

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

Pacientes dependientes con necesidades médicas especiales: los afiliados con afecciones de salud física o mental y adicciones complejas 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.

Autenticación de factor múltiple: usar más que una simple contraseña para iniciar sesión en una cuenta. Existen tres métodos principales que se utilizan:

1. Lo que sabe: una contraseña o PIN.
2. Lo que tiene: una insignia o ingresar un código de su teléfono.
3. Lo que es: una huella digital o usar su voz.

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 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 usted 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 que reciba atención de un especialista.

Servicios de rehabilitación: servicios o suministros de atención médica que lo 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 y/o ambulatorios.

Área de servicio: 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 el 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	Enlaces 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
PDL	Lista de medicamentos preferidos
PDP	Proveedor dental primario
PMP	Proveedor médico principal
POWER	Bienestar y responsabilidad personal (cuenta)
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

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 निम्नि नि: शुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। फोन गर्नुहोस: 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 సరీసులు, మీకు ఉచితంగా లభ్యమవుతాయి. కాల్ చేయండి: 1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 or 711).

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

تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً.

اتصل على الرقم: 1-844-607-2829

(هاتف نصيّ: 1-800-743-3333 أو 711).

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

PENNSYLVANIA DUTCH - Mir kenne dich Hilf griege mit Deitsch, 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 serbisyon 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



CareSource.com

IN-MED-M-2886250-SPA

Primer uso: 1/28/2025

Aprobado por OMPP: 1/28/2025

© 2025 CareSource. Todos los derechos reservados.