



Manual del miembro de Healthy Blue: Servicios de salud integrados

Para servicios de salud física y conductual

844-521-6941 (TTY 711)

myhealthybluela.com



Healthy Blue



Healthy Blue

Healthy Blue

Manual del miembro: Servicios de salud integrados
Para servicios de salud física y conductual

844-521-6941 (TTY 711)

3850 North Causeway Boulevard, Suite 1770
Metairie, LA 70002

myhealthybluela.com

Revised: 23 de 12, 2024
1007662LAMSPHBL 10/24

GUÍA RÁPIDA DE HEALTHY BLUE

Lea esta guía rápida para obtener información sobre los siguientes temas:

- Cómo consultar a un médico y obtener medicamentos.
- Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Diferencia entre cuidado médico de rutina y de emergencia.
- Números de teléfono importantes.
- Cómo renovar sus beneficios.

Visita al médico

Con Healthy Blue, usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP). El PCP es el proveedor o médico de familia al que acudirá para recibir atención de rutina y de urgencia. Cuando se inscribió, a usted le asignaron un PCP. Para encontrar un PCP o un proveedor de salud conductual o de salud física, o cambiarlo:

- Visítenos en línea en **myhealthyblue.com**. Cree una cuenta segura seleccionando **Registrarse (Register)**. Necesitará su número de identificación del miembro. Una vez que haya creado una cuenta, podrá elegir su PCP en línea.
- Llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Si necesita ir al médico, puede llamar directamente al consultorio y programar una cita. No olvide llevar la tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue con usted.

Medicamentos

Cuando visite a su PCP o a otro proveedor, es posible que reciba una receta para medicamentos. Como parte de su plan de Medicaid, usted tiene beneficios de farmacia. Pagaremos por sus medicamentos recetados, pero es posible que usted deba pagar un copago bajo. El copago es un monto que quizá deba pagar por un servicio de salud. No hay copagos por los servicios cubiertos de salud física y conductual. A continuación, se muestra la lista de copagos por medicamentos si tiene Healthy Blue.

Costo del medicamento	Lo que usted paga*
\$10 o menos	\$0.50
\$10.01-\$25	\$1.00
\$25.01-\$50	\$2.00
Más de \$50	\$3.00

* No hay copagos para algunos miembros incluidos niños, mujeres embarazadas, miembros en el hospital, miembros que utilizan servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, mujeres que tienen Medicaid debido a que padecen cáncer de cuello uterino o de mama, miembros que reciben servicios para enfermos terminales o que viven en un centro de cuidado a largo plazo, o miembros indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Tampoco hay copagos para servicios de planificación familiar, servicios de emergencia y algunos medicamentos preventivos.

Los miembros con ingresos del hogar que superan el 5% de los ingresos mensuales familiares no están obligados a pagar ningún copago. Una vez alcanzado el límite, no hay copagos para el resto del mes.

Prime Therapeutics State Government Solutions LLC proporciona beneficios de farmacia para nuestros miembros. Puede usar una farmacia de su red para surtir sus recetas.

Prime Therapeutics State Government Solutions LLC está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana si tiene preguntas sobre sus servicios de farmacia. Llame al **800-424-1664** o visite lamcopbmpharmacy.com.

Atención fuera del horario normal, de urgencia y de emergencia

Atención fuera del horario normal

Comuníquese primero con su PCP para preguntarle qué hacer si tiene inquietudes relacionadas con la salud. Si está cerrado el consultorio médico, deje indicados su nombre y su número de teléfono. O bien, puede llamar a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al **866-864-2544 (TTY 711)**, incluso los días feriados. También puede llamar a nuestra Línea de crisis de salud conductual las 24 horas al **844-812-2280 (TTY 711)**.

El personal de enfermería lo ayudará con lo siguiente:

- Encontrar un médico fuera del horario normal o los fines de semana.
- Encontrar una clínica de atención sin cita previa o un centro de atención de urgencia que esté abierto.
- Programar una visita con un médico o con su PCP.

Atención de urgencia

Si tiene alguna lesión o enfermedad que pudiera convertirse en una emergencia a menos que reciba atención médica en un plazo de 48 horas, necesita atención de urgencia. No necesita una referencia para recibir atención de urgencia. La atención de urgencia se puede usar para los siguientes problemas:

- Vómitos
- Quemaduras y cortes menores
- Dolores de oído
- Febrícula

Emergencia

En caso de una emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencia (ER) del hospital más cercano. Si primero quiere recibir asesoramiento, llame a su PCP o a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine).

No se requiere referencia ni aprobación previa. Ejemplos de casos que constituyen emergencias:

- Dificultad para respirar
- Dolor en el pecho

- Pérdida del conocimiento
- Hemorragias o quemaduras graves
- Convulsiones o ataques

Asegúrese de llamar a su PCP dentro de las 24 horas posteriores a su visita a la ER o si queda hospitalizado. Su PCP programará una visita para proporcionarle cuidado de seguimiento.

¿Qué es una emergencia?

Son emergencias aquellos casos en los que no ver a un médico de inmediato puede tener como consecuencia la muerte o lesiones físicas graves. Si considera que la situación es tan grave que podría ser mortal o que podría provocarle daños graves, hay muchas posibilidades de que se trate de una emergencia.

¿Qué sucede si necesito cuidado médico, pero estoy fuera del área?

Si se trata de una emergencia, diríjase a la ER más cercana o llame al **911**. Si necesita atención de urgencia, diríjase a un centro de atención de urgencia de nuestra red o llame a su PCP. También puede llamar a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al **866-864-2544 (TTY 711)** en cualquier momento para obtener ayuda.

Estamos a un clic o una llamada de distancia

Visite nuestro sitio web para miembros en **myhealthyblue.com**. Allí puede encontrar médicos, leer el manual del miembro disponible sin costo y obtener otra información útil. También puede solicitar el envío de una copia del manual del miembro por correo electrónico o correo postal.

Números de teléfono importantes

Emergencias	911
Servicios para Miembros	844-521-6941 (TTY 711) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine)	866-864-2544 (TTY 711) en cualquier momento, incluso los días feriados, para hablar con un(a) enfermero(a)
Línea de crisis de salud conductual las 24 horas	844-812-2280 (TTY 711)
DentaQuest (Beneficios dentales adicionales para miembros adultos de Healthy Blue. Los miembros elegibles tienen 21 años o más).	844-234-9835 (TTY 800-466-7566) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
DentaQuest Servicios dentales tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) Entre los 0 y los 20 años Programa de dentaduras postizas Adultos de 21 años o más	800-685-0143 (TTY 800-466-7566) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

MCNA Dental Servicios dentales EPSDT Entre los 0 y los 20 años Programa de dentaduras postizas Adultos de 21 años o más	855-702-6262 (TTY 800-955-8771) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
Superior Vision	800-787-3157 (TTY 800-735-2258) para encontrar un oculista. Disponible de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m.
MediTrans	866-430-1101 para obtener transporte para asistir a sus citas. <ul style="list-style-type: none"> Las llamadas para reservas de rutina se atienden de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Las llamadas para reservas de urgencia o para el mismo día, o para conocer la ubicación de su transporte, se atienden las 24 horas, los 7 días de la semana.
Medicamentos recetados	800-424-1664 , disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso	866-847-8247 (TTY 711) , disponible las 24 horas, los 7 días de la semana

Renueve sus beneficios de Medicaid o LaCHIP a tiempo

Conserve la atención adecuada. No pierda sus beneficios de cuidado médico. Podría perder sus beneficios incluso si aún reúne los requisitos para ellos. Tiene que renovar los beneficios de Healthy Louisiana todos los años. Si no renueva su elegibilidad, perderá sus beneficios de cuidado médico. Recibirá una carta del Departamento de Salud de Louisiana sobre la renovación aproximadamente 60 días antes de que deba renovar sus beneficios. Lea esta carta y siga los pasos para la renovación. Asegúrese de que tengamos su dirección postal actual. Si se muda, llámenos al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. para informarnos su nueva dirección.

Prepárese para el mal tiempo o las emergencias

Visite getagameplan.org para obtener más información sobre los planes de acción para emergencias. Durante una emergencia relacionada con el clima, guarde los siguientes elementos importantes en un envase a prueba de agua para protegerlos:

- Registros de cuidado médico y documentación de identificación
- Tarjetas de identificación del miembro de Medicaid y Healthy Blue
- Los medicamentos y suministros que necesita

Independientemente de si decide quedarse en su hogar o irse, asegúrese de:

- Informar a sus seres queridos y a Healthy Blue sobre sus planes.
- Mantenerse actualizado con los últimos informes meteorológicos.

**Para obtener información antes, durante y después de una emergencia, llame o visite el sitio web del:
Departamento de Seguridad Interior y Preparación para Emergencias del Gobernador (GOHSEP) 225-925-7500**

Para acceder a información de la oficina de distrito local, visite gohsep.la.gov → Contactos del distrito (Parish Contacts).

PROGRAME UN CHEQUEO DE BIENESTAR CON SU MÉDICO AHORA

¿Cuándo es momento de una visita de bienestar?

Es importante que todos los miembros de Healthy Blue realicen visitas de bienestar regulares. De esta forma, su proveedor de atención primaria (PCP) puede ayudarlo a mantenerse saludable. Cuando se inscriba en Healthy Blue, llame a su PCP y programe la primera cita para usted y sus familiares miembros de Healthy Blue antes de que transcurran 90 días.

Atención de bienestar para niños

Los niños necesitan más visitas de bienestar que los adultos. Estas visitas de bienestar para niños forman parte del programa de salud infantil de servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para miembros del programa Healthy Louisiana menores de 21 años. Le recomendamos que se mantenga dentro de la red de Healthy Blue. Sin embargo, usted seguirá recibiendo los servicios de EPSDT independientemente de la red. Estos servicios no requieren aprobación previa ni referencia. Su hijo debe acudir a las visitas de bienestar a las edades que se indican a continuación:

- Recién nacido
- De 3 a 5 días de edad
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- 3 años
- 4 años
- 5 años
- 6 años

Después de los 6 años, usted y su hijo deben visitar todos los años a su PCP para completar visitas de bienestar.

¿Qué pasa si quedo embarazada?

Si cree que está embarazada, llame de inmediato a su PCP o a su ginecólogo obstetra. Esto la ayudará a tener un bebé sano.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para programar una cita con su PCP o su ginecólogo obstetra, llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Healthy Blue

Manual del miembro/Evidencia de Cobertura

3850 North Causeway Boulevard, Suite 1770 • Metairie, LA 70002

844-521-6941 (TTY 711)

myhealthybluela.com

Le damos la bienvenida a Healthy Blue. La mayoría de sus servicios médicos tendrán cobertura a través de Healthy Blue. En este manual del miembro, se le indicará cómo recibir el cuidado médico que necesite a través de Healthy Blue.

Índice

LE DAMOS LA BIENVENIDA A HEALTHY BLUE	12
Información sobre su nuevo plan médico.....	12
Cómo obtener ayuda.....	14
Servicios para Miembros de Healthy Blue.....	14
Características del autoservicio en línea y automatizado.....	15
Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine).....	16
Línea de crisis de salud conductual las 24 horas.....	16
Programa dental de Medicaid.....	17
Asistencia en otros idiomas.....	17
Otros números de teléfono importantes.....	18
Plan personal para desastres.....	20
Su manual del miembro de Healthy Blue.....	20
Su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue.....	21
SUS PROVEEDORES	22
Cómo seleccionar un proveedor de atención primaria.....	22
Segunda opinión.....	23
Proveedores fuera de la red.....	23
Si el consultorio de su proveedor de atención primaria se traslada, cierra o sale de la red de Healthy Blue.....	24
Cómo cambiar de proveedor de atención primaria.....	24
Transición a un proveedor de atención primaria para adultos.....	25
Elección de un obstetra o ginecólogo.....	25
Especialistas.....	26
VISITA AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA	27
Su primera cita con el proveedor de atención primaria.....	27
Cómo programar una cita.....	27
Tiempos de espera para las citas.....	27
Qué llevar cuando va a la cita.....	28
Cómo cancelar una cita.....	29
Cómo llegar a una cita con el médico.....	29
Si necesita ir al hospital.....	29
Acceso para discapacitados a proveedores y hospitales de la red de Healthy Blue.....	30
Proveedores de cuidados médicos para indígenas estadounidenses.....	30
¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?	30
AVISO DE ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN	31

SUS BENEFICIOS DE CUIDADO MÉDICO	31
Sus servicios cubiertos.....	31
Beneficios y servicios de cuidado médico no cubiertos por Healthy Blue	50
Beneficios adicionales de Healthy Blue.....	50
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL.....	55
¿Qué son los servicios de salud conductual?	55
Tipos de proveedores y servicios de salud conductual	56
Servicios de análisis conductual aplicado (ABA).....	61
SERVICIOS CUBIERTOS CONFORME AL PLAN ESTATAL DE LOUISIANA O MEDICAID DE CARGO POR SERVICIO	67
Sistema de Cuidado Coordinado.....	67
PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO DE LOUISIANA (LAHIPP)	68
AUTORIZACIONES PREVIAS.....	68
ADMINISTRACIÓN DE CASOS	69
NUEVA TECNOLOGÍA	70
DIFERENTES TIPOS DE CUIDADO MÉDICO	71
Atención de rutina, de urgencia y de emergencia: ¿Cuál es la diferencia?.....	71
Atención de rutina	71
Atención de urgencia.....	71
Atención de emergencia.....	72
Cómo recibir cuidado médico si el consultorio de su proveedor de atención primaria está cerrado	73
Cómo obtener cuidado médico cuando está fuera de la ciudad.....	73
Servicios de autorreferencia.....	73
Cómo recibir cuidado médico si no puede salir de su casa.....	74
ATENCIÓN DE BIENESTAR PARA NIÑOS Y ADULTOS	74
Atención de bienestar para niños	74
Por qué los controles médicos pediátricos son importantes para los niños	74
Controles médicos pediátricos en el segundo año de vida de su bebé.....	75
Controles médicos pediátricos entre los 3 y los 20 años.....	75
Prueba de detección de plomo en sangre	75
Examen de diagnóstico de visión	75
Examen de diagnóstico de audición.....	76
Examen de diagnóstico dental	76
Vacunas	76
Atención de bienestar para adultos	77
Cuando usted o su hijo faltan a una de sus visitas de bienestar.....	78
TIPOS ESPECIALES DE CUIDADO MÉDICO	79
Cuidado especial para miembros embarazadas	79
Atención de calidad para usted y su bebé.....	79
Cuando queda embarazada	80
Cuando nazca su bebé	81
Después de tener a su bebé	81
Administración de cuidados médicos crónicos/Cuidado de condiciones.....	82
Medicamentos.....	85
Copagos.....	85
Farmacias del Programa de Servicios de Salud Indígena/Tribal/ Salud Indígena Urbana (I/T/U)	87

SERVICIOS ESPECIALES DE HEALTHY BLUE PARA UNA VIDA SANA	87
Información de salud	87
Clases de educación sobre salud.....	88
Eventos comunitarios	88
Violencia doméstica	88
Menores	89
CÓMO HACER UN TESTAMENTO VITAL (DIRECTIVA ANTICIPADA).....	89
DIRECTIVA ANTICIPADA PARA TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL.....	90
RECLAMOS Y APELACIONES.....	91
Reclamos	91
Cómo presentar reclamos de farmacia minorista.....	91
Cómo presentar un reclamo ante Healthy Blue.....	92
Apelaciones.....	92
Apelaciones aceleradas	94
Apelaciones sobre pagos	94
Continuación de los beneficios.....	95
Audiencias imparciales estatales	96
Continuación de los beneficios.....	96
INFORMACIÓN ADICIONAL	97
Si se muda	97
Renueve sus beneficios de Medicaid o LaCHIP a tiempo.....	97
Si deja de ser elegible para Medicaid o LaCHIP	98
Cómo cancelar su inscripción en Healthy Blue	98
Motivos por los cuales se puede cancelar su inscripción en Healthy Blue.....	99
Si recibe servicios no cubiertos.....	99
Si recibe una factura	100
Si tiene otro seguro médico (coordinación de beneficios).....	100
Cambios en su cobertura de Healthy Blue	100
Cómo sugerirnos los cambios que cree que deberíamos hacer.....	101
Comités asesores de miembros	101
De qué forma Healthy Blue paga a los proveedores	101
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE HEALTHY BLUE	102
Sus derechos	102
Sus responsabilidades	105
CÓMO DENUNCIAR FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO	106
CÓMO DENUNCIAR A ALGUIEN QUE NO HA SEGUIDO LAS GUÍAS DE	
MARKETING REQUERIDAS	107
ÍNDICE DE PREGUNTAS FRECUENTES.....	109

LE DAMOS LA BIENVENIDA A HEALTHY BLUE

Información sobre su nuevo plan médico

Le damos la bienvenida a Healthy Blue. Healthy Blue es un plan de Healthy Louisiana. Tenemos un contrato con el estado para ayudar a las personas que califican para Medicaid o LaCHIP a fin de que reciban cobertura médica. Healthy Blue acepta a todos los miembros elegibles en el orden en que presentan su solicitud, sin restricciones, a menos que esté autorizado por el Departamento de Salud de Louisiana. Como miembro de Healthy Blue, usted es elegible para recibir todos los servicios cubiertos, entre los que se incluyen servicios de salud física y salud mental.

Nuestra meta es ofrecerles a los inscritos elegibles de Medicaid y LaCHIP lo siguiente:

- Un hogar médico centrado en el paciente que apoye el cuidado continuo.
- Cuidado preventivo con un enfoque en la autogestión del cuidado para ayudar a mejorar la calidad de vida.
- Información y recursos para ayudarlos a usted y a sus proveedores a administrar su cuidado.

¿Quiénes son elegibles para obtener Medicaid con Healthy Louisiana?

El Departamento de Salud de Louisiana, y no Healthy Blue, es el que toma todas las decisiones sobre quiénes son elegibles para los programas de Medicaid que ofrece. Medicaid proporciona acceso a los servicios médicos a quienes reúnen los requisitos. Para consultar los requisitos relacionados con los ingresos, visite ldh.louisiana.gov → Healthy Louisiana → Medicaid → Consultar las guías de elegibilidad relacionadas con los ingresos (See Eligibility Income Guidelines).

En Louisiana, usted es elegible para Medicaid si:

- Recibe un Ingreso de seguridad suplementario (SSI).
- Recibe ayuda financiera por parte de la Oficina de Apoyo a la Familia (OFS) a través del Programa de Asistencia Temporal para la Independencia de la Familia (FITAP).

También puede ser elegible para Medicaid si reúne ciertos requisitos de ingresos y:

- Tiene una discapacidad según la definición de la Administración del Seguro Social.
- Tiene una visión corregida no mejor que 20/200.
- Es un padre o madre con bajos ingresos de niños menores de 19 años.
- Es un hijo menor de 19 años de un padre o madre con bajos ingresos.
- Está embarazada.
- No tiene seguro y necesita tratamiento para cáncer de mama y/o de cuello uterino.
- Recibe cobertura de Medicare y tiene bajos ingresos.

¿Quiénes son elegibles para acceder a la Opción de Medicaid para Niños de la Ley 421 (Ley 421-CMO/TEFRA)?

Los niños con discapacidades de 18 años o menores, independientemente de los ingresos o los recursos de los padres, pueden calificar para la Opción de Medicaid para Niños de la Ley 421, conocida como Ley 421- CMO/TEFRA, sin importar los recursos, si cumplen con estos requisitos de elegibilidad:

- Ser residente de Louisiana.
- Ser un ciudadano estadounidense o un no ciudadano calificado.
- Tener recursos que se pueden contabilizar equivalentes a \$2,000 o menos.
- Tener ingresos que se pueden contabilizar equivalentes o inferiores al nivel de ingreso especial (SIL) para servicios de cuidado a largo plazo (centro de enfermería, ICF/IID y servicios en el hogar y la comunidad), que actualmente es \$2,523.
- Reunir los requisitos de persona discapacitada conforme a la sección 1614(a) de la Ley del Seguro Social.
- Alcanzar un nivel de cuidado, evaluado en forma anual, que se proporciona en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro de enfermería especializada o un hospital.
- Tener necesidades de cuidado que puede proporcionarse principalmente en el hogar de manera segura y a un costo menor que el costo del cuidado institucional.

Elegibilidad para la expansión de Medicaid

Los adultos también pueden recibir Medicaid con la expansión de Medicaid. Usted podría ser elegible para recibir beneficios si:

- Tiene entre 19 y 64 años.
- Reúne los requisitos de ciudadanía.
- Todavía no reúne los requisitos para Medicaid o Medicare.
- Los ingresos de su hogar son inferiores al 138% del nivel de pobreza federal.

Si se inscribe de forma voluntaria en un plan médico de Healthy Louisiana, usted:

- Puede volver en cualquier momento al plan Medicaid o LaCHIP estándar para todos los servicios del plan estatal que no sean los servicios especializados de salud conductual y de transporte que no sea de emergencia (NEMT) y los servicios de transporte en ambulancia que no sea de emergencia (NEAT). Una vez que decida volver, el cambio entraría en vigencia el mes siguiente.
- Tiene 90 días para cambiarse a otro plan desde el momento de la inscripción.

Las siguientes personas pueden inscribirse de forma voluntaria en un plan médico de Healthy Louisiana:

- Personas que no tienen doble elegibilidad y que reciben servicios a través de los siguientes Programas de exención basados en el hogar y en la comunidad:
 - Cuidado médico de día para adultos (ADHC): Atención directa en un centro médico de día certificado para adultos que de otra manera necesitarían servicios en centros de enfermería.
 - Exención de nuevas oportunidades (NOW): Servicios para ayudar a las personas que cumplen con los criterios de nivel de cuidado en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) a vivir de la manera más independiente posible.
 - Elección de los niños (CC): Servicios de apoyo suplementarios para niños discapacitados.
 - Exención de opciones residenciales (ROW): Servicios para personas que

- viven en la comunidad y que cumplen con los criterios de nivel de cuidado de un ICF/IID.
- Exención de apoyo: Servicios para adultos mayores de 18 años con una discapacidad del desarrollo que se manifestó antes de los 22 años.
 - Exención de opciones de la comunidad (CCW): Servicios para adultos mayores (de 65 años o más) o personas con discapacidades presentadas en la edad adulta (22 años o más). Debe cumplir con los criterios de nivel de cuidado de un centro de enfermería.
 - Personas menores de 21 años que de otro modo serían elegibles para Medicaid y que estén inscritas en el Registro de Solicitudes de Servicios de la Oficina para Ciudadanos con Discapacidades del Desarrollo que sean miembros de la clase Chisholm.

Este manual del miembro lo ayudará a entender su plan médico Healthy Blue. También proporciona otros detalles sobre sus beneficios.

Cómo obtener ayuda

Si tiene una emergencia, llame al **911** o diríjase al hospital más cercano. Puede ir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si se encuentra en otra ciudad u otro estado.

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

- Asegúrese de indicarle al personal del hospital que es miembro de Healthy Blue.
- Comuníquese con su proveedor lo más pronto posible, de modo que este pueda:
 - Coordinar su tratamiento.
 - Ayudarlo a recibir el cuidado hospitalario que necesite.

Si tiene pensamientos suicidas, puede llamar a la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas al **844-812-2280 (TTY 711)** o al **911**.

Aquí le explicamos otras formas de recibir ayuda cuando la necesita, pero no necesita ir a la sala de emergencia.

Servicios para Miembros de Healthy Blue

Puede llamar a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m., excepto los días feriados. Si llama después de las 7 p.m., puede dejar un mensaje en el buzón de voz. Uno de nuestros representantes de Servicios para Miembros lo llamará al siguiente día hábil. Allí responderán a sus preguntas sobre:

- Este manual del miembro.
- Tarjetas de identificación del miembro.
- Sus médicos y otros proveedores, incluida información como sus nombres, especialidades, direcciones, números de teléfono y formación profesional.
- Visitas a proveedores.
- Beneficios de cuidado médico.
- Servicios de salud mental.
- Tratamiento de abuso de sustancias.

- Procesos de utilización o administración del cuidado médico.
- Atención de bienestar.
- Tipos especiales de cuidado médico.
- Vida sana.
- Quejas, reclamos y apelaciones.
- Derechos y responsabilidades.
- Servicios de administración de casos.

Servicios para Miembros también puede ayudarlo con información y acceso a servicios y ayudas auxiliares, como intérpretes calificados, servicios de transcripción y dispositivos para escuchar para miembros y miembros potenciales, sin costo alguno para usted cuando lo solicita.

También puede llamarnos:

- Si desea solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Healthy Blue. Este aviso describe:
 - Cómo puede usarse y divulgarse su información médica.
 - Cómo puede obtener acceso a esta información.
- Si se muda. Necesitamos conocer su nueva dirección y número de teléfono.
- Si quiere pedir una copia del manual del miembro en un idioma de su preferencia.

También puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Miembros mediante:

- Un mensaje de correo electrónico a MPSInquiries@healthybluela.com.
- Un fax al **504-836-8860**.
- Un mensaje seguro en el sitio web para miembros a través de su cuenta segura.
- Una carta a: Healthy Blue
3850 North Causeway Boulevard, Suite 1770
Metairie, LA 70002

Para miembros que no hablan inglés:

- Puede recibir ayuda para obtener información sobre beneficios y acceso a servicios médicos a través de personal bilingüe o servicios de intérpretes en numerosos idiomas y dialectos diferentes.
- Podemos ayudar a interpretar las visitas con su médico, sin costo para usted.
- Infórmenos por lo menos 24 horas antes de la cita si necesita un intérprete.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Para miembros sordos o con problemas de audición:

- Llame al **711**.
- Coordinaremos y pagaremos para que una persona que sepa lengua de señas lo ayude durante sus visitas al médico.

Infórmenos por lo menos 24 horas antes de la cita si necesita un intérprete.

Características del autoservicio en línea y automatizado

Puede aprovechar estos servicios en línea en **myhealthybluea.com**. También puede llamar a nuestra línea automatizada al **844-521-6941 (TTY 711)**. Está disponible las 24 horas, los siete días de la semana. Usted puede hacer lo siguiente:

- Elegir o buscar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de Healthy Blue.
- Cambiar de PCP.
- Solicitar una tarjeta de identificación.
- Actualizar su dirección o número de teléfono.
- Solicitar el manual del miembro o el directorio de proveedores.
- Solicitar un nuevo directorio de farmacias de Prime Therapeutics State Government Solutions LLC llamando al **800-424-1664** o visitando lamcopbmpharmacy.com.

Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine)

Llame a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al **866-864-2544 (TTY 711)** si necesita hablar con un(a) enfermero(a) para solicitar asesoramiento sobre lo siguiente:

- La urgencia con que necesita recibir atención por una enfermedad.
- El tipo de cuidado médico que necesita.
- Qué debe hacer para cuidarse antes de ver a su médico.
- Cómo puede recibir la atención que necesita.

También puede llamar a este mismo número si necesita ayuda para programar una cita con un médico por un problema médico urgente. La Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) está disponible las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.

Deseamos que todos los servicios que reciba de nuestra red de proveedores y hospitales sean satisfactorios para usted. Si tiene problemas, llámenos.

Nosotros queremos:

- Ayudarlo con su cuidado médico.
- Ayudarlo a solucionar los problemas que pueda tener con su cuidado médico.

Línea de crisis de salud conductual las 24 horas

Llame a nuestra Línea de crisis de salud conductual las 24 horas al **844-812-2280 (TTY 711)** cuando esté experimentando una crisis mental o de abuso de sustancias. Puede llamar a la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas, los siete días de la semana. Si tiene pensamientos suicidas, puede llamar a la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas o al **911**.

Las siguientes son señales de que una persona puede estar experimentando una crisis de salud mental o de abuso de sustancias:

- Dificultades para lidiar con problemas y actividades diarios
- Intranquilidad e inquietud
- Ideas o planes suicidas u homicidas
- Desesperanza

- Aislamiento social
- Temor, preocupación o ansiedad excesivos
- Dolor crónico
- Cambios en los hábitos de sueño y/o alimentación
- Fatiga
- Cambios de humor extremos
- Enojarse o manifestar hostilidad con facilidad
- Pensamientos inconexos, hablar rápido
- Comportamiento amenazante o agresivo
- Abuso de alcohol o sustancias
- Comportamiento sexual inapropiado
- Escuchar voces que otros no oyen
- Creer que otros están conspirando para hacerle daño
- Sensación de grandiosidad (sentirse poderoso, importante e invencible de forma irrealista)

Programa dental de Medicaid

El Departamento de Salud de Louisiana (LDH) seleccionó a los planes de DentaQuest y MCNA Dental como administradores del programa de beneficios dentales. Son los responsables de la prestación de los servicios y beneficios dentales de Medicaid a los niños y adultos elegibles, con vigencia a partir del 1.º de enero de 2021. Cada plan administrará tanto el programa dental de EPSDT como el programa de dentaduras postizas para adultos.

DentaQuest

800-685-0143

TTY: 800-466-7566

Disponible de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

dentaquest.com

MCNA Dental

855-702-6262

TTY: 800-846-5277

Disponible de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

mcnala.net

Asistencia en otros idiomas

En ocasiones, le enviaremos por correo postal cartas o información acerca de su plan médico. Si necesita estos materiales en otro idioma, llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

¿Necesita ayuda con su atención médica? ¿Necesita ayuda para leer lo que le enviamos o para hablar con nosotros? Llámenos al número gratuito 844-521-6941 (TTY 711) para conseguir esta información sin costo en otros idiomas o formatos.

Do you need help with your healthcare, talking with us, or reading what we send you?

Call us toll free at 844-521-6941 (TTY 711) to get this for free in other languages or formats.

Otros números de teléfono importantes

Servicio	Información	Número de teléfono
Emergencias	Llame o diríjase a la sala de emergencia del hospital más cercano.	911 , disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine)	Llame para obtener respuestas a sus preguntas sobre salud.	866-864-2544 (TTY 711)
Línea de crisis de salud conductual las 24 horas	Lo ayudaremos con cualquier crisis de salud conductual.	844-812-2280 (TTY 711) , disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
Programa Healthy Louisiana	Llame para: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer más sobre el programa Healthy Louisiana. • Averiguar si reúne los requisitos para Healthy Louisiana. • Actualizar su número de teléfono y su dirección. 	888-342-6207 De lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m. healthy.la.gov
	Llame para elegir un plan de Healthy Louisiana.	855-229-6848 (TTY 855-526-3346) De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. healthy.la.gov
Unidad de Servicio al Cliente de Louisiana Medicaid	Llame a la línea gratuita de la Unidad de Servicio al Cliente de Louisiana Medicaid o visite su oficina local de elegibilidad de Medicaid para solicitar beneficios.	888-342-6207 De lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.
Atención de la salud conductual	Si necesita atención de salud mental o por abuso de sustancias, llame para solicitar ayuda.	844-227-8350 (TTY 711) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
Cuidado de condiciones (CNDC) (Administración de cuidados médicos crónicos)	Si desea obtener información sobre nuestros programas de cuidado de condiciones, llame y pida hablar con un administrador de casos	888-830-4300 (TTY 711) De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Servicio	Información	Número de teléfono
Beneficios de farmacia y medicamentos recetados	de CNDC. Si desea obtener información sobre su beneficio de farmacia o su receta, llame para hablar con un representante de servicios de Prime Therapeutics State Government Solutions LLC.	800-424-1664 , disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso	Si necesita denunciar un caso de fraude, desperdicio y abuso, comuníquese con Louisiana Medicaid.	866-847-8247 (TTY 711) , disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
Cuidado durante el embarazo	Si tiene preguntas o necesita ayuda para programar una cita con su PCP o ginecólogo obstetra, llame a Servicios para Miembros. Esto incluye a cualquier persona que experimente ansiedad o depresión durante o después del embarazo.	844-521-6941 (TTY 711) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
MediTrans*	Si necesita ayuda para obtener transporte para citas y tratamientos médicamente necesarios.	Para hacer reservas 866-430-1101 De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Para recibir asistencia con los traslados, llame al 866-430-1101 y presione la opción 2. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
Superior Vision	Si necesita ayuda para recibir pruebas de visión, llame a Superior Vision.	800-787-3157 (TTY 800-735-2258) De lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m.
21 años o más (beneficio de valor agregado de Healthy Blue)	Si necesita ayuda para recibir cuidado dental preventivo para adultos, llame a DentaQuest.	844-234-9835 (TTY 800-466-7566) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
DentaQuest	Si es menor de 20 años y necesita ayuda con los servicios dentales EPSDT, llame a DentaQuest.	800-685-0143 (TTY 800-466-7566) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Servicio	Información	Número de teléfono
	Si es mayor de 21 años y necesita ayuda con el Programa de dentaduras postizas para adultos, llame a DentaQuest.	
MCNA Dental	Si es menor de 20 años y necesita ayuda con los servicios dentales EPSDT, llame a MCNA Dental. Si es mayor de 21 años y necesita ayuda con el Programa de dentaduras postizas para adultos, llame a MCNA Dental.	855-702-6262 (TTY 800-955-8771) De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

* Es posible que los miembros que viven en centros residenciales que prestan servicios de salud conductual no sean elegibles para obtener servicios de transporte de Healthy Blue. Consulte con su centro para obtener más información.

Plan personal para desastres

Su salud es importante para nosotros. Para ayudarlo a llevar un registro de su historia clínica, Healthy Blue le ofrece una forma de mantenerla segura. Nuestro plan en línea para desastres puede ayudarlo a estar preparado antes de que se produzca uno.

Todo lo que debe hacer es seguir estas instrucciones sencillas:

1. Inicie sesión en el sitio web seguro para miembros en **myhealthybluela.com**.
2. Si no tiene credenciales de inicio de sesión, regístrese con su identificación de Healthy Blue.
3. Seleccione **Plan personal para desastres (Personal Disaster Plan)**.
4. Ingrese su información de salud y seleccione el botón **Guardar (Save)**.

Asegúrese de que su historia clínica personal esté actualizada y segura en estos momentos. Es solo una forma más en la que Healthy Blue lo ayuda a estar tranquilo.

Su manual del miembro de Healthy Blue

Este manual lo ayudará a entender su plan médico. Si tiene preguntas o necesita ayuda para entender o leer su manual del miembro, llame a Servicios para Miembros. También tenemos este manual del miembro en las siguientes versiones:

- Letra grande.
- Audio.
- Braille.
- Español.
- Vietnamita.

Si desea una copia del manual en una de estas versiones, llame a Servicios para Miembros.

Su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue

Si aún no tiene su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue, la recibirá pronto. También recibirá una tarjeta de identificación de Louisiana Medicaid si aún no tiene una.

- Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue y su tarjeta de identificación de Medicaid.
- Puede usar su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue para recibir servicios cubiertos por Healthy Louisiana. Les indica a proveedores y hospitales que:
 - Usted es miembro de nuestro plan médico.
 - Pagaremos los beneficios médicamente necesarios que se indican en la sección **Sus beneficios de cuidado médico.**

En su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue aparece la siguiente información:

- El nombre y dirección de su PCP.
- El número de teléfono de su PCP, incluido un número al cual puede llamar fuera del horario normal.
- La fecha en que se convirtió en miembro de Healthy Blue.
- Su número de identificación de Healthy Blue.
- Números de teléfono que debe conocer, tales como:
 - Nuestro departamento de Servicios para Miembros.
 - Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine).
 - Línea de crisis de salud conductual las 24 horas.
 - Cómo obtener ayuda para encontrar un proveedor de cuidado de visión de la red.
 - Cómo informar a Medicaid sobre fraude y abuso.
 - Cómo presentar un reclamo.
 - Servicios de proveedores y aprobación previa.
 - Asistencia para beneficios de farmacia.
- Qué debe hacer si tiene una emergencia.

Su tarjeta de identificación de Medicaid se puede usar para recibir servicios cubiertos a través de Medicaid. Estos servicios no están cubiertos por su plan médico de Healthy Blue. Es importante que lleve tanto su tarjeta de identificación de Medicaid como la de Healthy Blue, ya que son necesarias para diferentes servicios. Si se emite su tarjeta sin la información de su PCP, le enviaremos otra tarjeta una vez que haya elegido un PCP.

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de Healthy Blue, llámenos de inmediato al **844-521-6941 (TTY 711)**. Le enviaremos una nueva. Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de Medicaid, llame a la línea de ayuda de Louisiana Medicaid y LaCHIP al **888-342-6207**.

SUS PROVEEDORES

Trabajamos con proveedores de todo el estado, lo que incluye hospitales, médicos, enfermeros especializados, terapeutas y otros. Esta es nuestra red. Los miembros pueden obtener cuidado médico de cualquier proveedor de nuestra red.

Cómo seleccionar un proveedor de atención primaria

Todos los miembros de Healthy Blue deben tener un médico de atención primaria. Este médico se denomina proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP será su médico principal. Lo conocerá y estará al tanto de su historial de salud. Trabjará junto con usted, su familia, sus cuidadores y tutores legales para asegurarse de que reciba atención de calidad.

- Su PCP debe pertenecer a la red de Healthy Blue, a menos que tenga otro seguro de salud principal.
- Le prestará todos los servicios de salud básicos que necesite. También lo enviará a otros médicos u hospitales cuando necesite servicios médicos y de salud conductual especiales.

El nombre y el número de teléfono de su PCP aparecen en su tarjeta de identificación de Healthy Blue. Cuando se inscribió en Healthy Blue, usted debería haber seleccionado un PCP. Si no eligió un PCP, le asignaremos uno que:

- Le haya proporcionado atención antes según sus antecedentes de reclamaciones y/o una asociación pasada, sea parte de nuestra red y sea adecuado para usted según su edad y sexo.
- Esté asignado o se le haya asignado a uno de los miembros actuales de su familia, forme parte de nuestra red y sea el adecuado para usted según su edad o sexo (si no encontramos un PCP que se haya asignado a uno de sus familiares, entonces asignaremos uno que sea el adecuado para usted según su edad y sexo).
- En lo posible, haya demostrado un desempeño de calidad y eficiencia superiores respecto de otros PCP participantes en su área.
- Esté cerca de donde usted vive, conforme a las guías requeridas por Medicaid.

Si le asignamos un PCP, también tendremos en cuenta sus necesidades de idioma, si las conocemos. Si se volvió a inscribir en Healthy Blue, se le asignará el PCP que tenía antes, a menos que:

- Solicite un nuevo PCP.
- El PCP anterior no esté recibiendo pacientes nuevos o haya llegado al número máximo de pacientes que puede atender.

Las miembros embarazadas pueden elegir un PCP para sus bebés llamando a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)**. Si no elige un PCP para su bebé recién nacido, nosotros le asignaremos uno según lo establecido anteriormente. Si le asignamos un PCP o si desea cambiarlo, puede seleccionar uno nuevo. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.

- Visite **myhealthybluela.com** para obtener una lista actualizada de proveedores de la red de Healthy Blue.
- También puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores de Healthy Blue en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al

844-521-6941 (TTY 711).

- Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. También podemos ayudarlo a elegir un PCP.

Si ya tiene un PCP, puede revisar el directorio de proveedores para ver si ese proveedor está en nuestra red. De ser así, puede decirnos que desea mantener ese PCP. Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes, siempre y cuando esté en la red de Healthy Blue:

- Un médico general o de familia
- Un enfermero especializado avanzado
- Un internista
- Un pediatra
- Un obstetra o ginecólogo (para mujeres embarazadas)
- Un especialista tratante (para miembros con una variedad de discapacidades o condiciones agudas o crónicas)
- Centros de Salud Calificados Federalmente y Clínicas de salud rurales

No es necesario que los integrantes de una familia tengan el mismo PCP.

Segunda opinión

Los miembros de Healthy Blue tienen derecho a solicitar una segunda opinión sobre el uso de cualquier servicio médico cubierto. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o de uno que no pertenezca a la red, si no hay un proveedor de la red disponible.

Pídale a su PCP que presente una solicitud para que usted reciba una segunda opinión. Este es un servicio sin costo para usted. Una vez que se apruebe la segunda opinión:

- Su PCP se comunicará con usted.
- Su PCP le dirá la fecha y la hora de la cita.
- Su PCP también le enviará copias de todos los registros relacionados al médico que le proporcionará la segunda opinión.

Después de su visita al proveedor que emite la segunda opinión, este le entregará los resultados. Este proveedor también compartirá los resultados con su primer proveedor y con Healthy Blue.

Proveedores fuera de la red

Los proveedores fuera de la red son aquellos que no tienen un contrato laboral con Healthy Blue. Excepto en casos de atención de emergencia, es posible que usted deba pagar por la atención proporcionada por proveedores fuera de la red **si usted o su proveedor no tienen la aprobación previa de Healthy Blue**. Si necesita recibir servicios médicos cubiertos, es posible que pueda obtener **aprobación para recibirlos por parte de un proveedor fuera de la red de manera oportuna**, sin costo alguno para usted, siempre y cuando sean médicamente necesarios y no estén disponibles dentro de la red. El plan coordinará el pago con el profesional fuera de la

red y se asegurará de que el costo para usted no supere el costo que pagaría si el servicio se prestase dentro de la red.

Es posible que Healthy Blue le dé una referencia para visitar a un proveedor fuera de la red si los servicios que usted necesita no están disponibles dentro de la red o se prestan muy lejos del área donde vive. Si le damos una referencia para un proveedor fuera de la red, pagaremos por su cuidado médico. Si necesita ayuda para obtener servicios fuera de la red, llame al **844-521-6941 (TTY 711)**.

Si tenía un proveedor de atención primaria diferente antes de inscribirse en

Healthy Blue Es posible que haya consultado a un PCP que no está en nuestra red por una enfermedad o lesión antes de inscribirse en Healthy Blue. En algunos casos, podrá seguir viendo a ese PCP para recibir atención mientras selecciona uno nuevo.

- Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Healthy Blue creará un plan con usted y sus proveedores, para que todos sepamos cuándo tiene que comenzar a ver a su nuevo PCP de la red de Healthy Blue.

Si el consultorio de su proveedor de atención primaria se traslada, cierra o sale de la red de Healthy Blue

El consultorio de su PCP puede trasladarse, cerrar o salir de la red de Healthy Blue. Si esto sucede, nosotros:

- Lo llamaremos o le enviaremos una carta. En algunos casos, es posible que pueda seguir visitando a este PCP para recibir atención mientras elige un nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre esto o si necesita ayuda para transferir sus registros.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo PCP si nos pide ayuda; llame a Servicios para Miembros.
- Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de 10 días hábiles después de que seleccione un nuevo PCP.

Cómo cambiar de proveedor de atención primaria

Si necesita cambiar de PCP, puede seleccionar otro PCP de la red. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para obtener una lista de los PCP de nuestra red, elija una de las siguientes opciones:

- Busque en el directorio de proveedores de Healthy Blue que venía con su paquete de miembro nuevo.
- Visite **myhealthyblue.com** para consultar el directorio de proveedores o use la herramienta en línea Encontrar un médico (Find a Doctor).
- Llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** e infórmeles si también necesita ayuda para transferir su historia clínica a su nuevo PCP.

Cuando pida cambiar de PCP:

- Podemos hacer el cambio el mismo día que lo pide.
- El cambio entrará en vigencia inmediatamente.

- Recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo postal en un plazo de 10 días hábiles después de que se haya cambiado su PCP.

Llame al consultorio del PCP si desea programar una cita. El número de teléfono figura en su tarjeta de identificación de Healthy Blue. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros. Lo ayudaremos a programar la cita.

Transición a un proveedor de atención primaria para adultos

Cuando usted, o su hijo, llegan a la madurez, comienzan a cambiar las necesidades médicas. A los 18 años, a usted o a su hijo adulto joven quizá les convenga buscar un proveedor de atención primaria que atienda a adultos. Los consultorios de PCP para adultos incluyen los siguientes servicios:

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Ginecología

Puede comenzar por pedirle a su PCP actual o al de su hijo que le recomiende un nuevo PCP para adultos. Nosotros también podemos ayudar. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Si su proveedor de atención primaria pide que le asignen otro proveedor de atención primaria

Su PCP puede pedir que lo cambien a otro PCP. Su PCP podría hacerlo en las siguientes situaciones:

- Si su PCP no tiene la experiencia adecuada para tratar su caso.
- Si la asignación a su PCP se hizo por error.
- Si usted no asiste a sus citas.
- Si su PCP está de acuerdo en que un cambio es lo mejor para usted.

Si desea ver a un médico que no es su proveedor de atención primaria

Si desea consultar a un médico que no es su PCP, hable con su PCP primero.

Su PCP puede ocuparse de la mayoría de sus necesidades médicas, pero también es posible que usted necesite atención de otros tipos de proveedores. En la mayoría de los casos, su PCP puede recomendar un proveedor de la red de Healthy Blue.

Si necesita visitar a un proveedor fuera de la red, es posible que requiera una referencia para poder consultarlo. En estos casos, si va a un proveedor fuera de la red al que su PCP no lo ha referido, es posible que Healthy Blue no cubra la atención.

Lea la sección **Especialistas** para obtener más información sobre referencias.

Elección de un obstetra o ginecólogo

Los miembros pueden consultar a un obstetra y/o ginecólogo (ginecólogo obstetra) de la red de Healthy Blue para cubrir sus necesidades obstétricas y ginecológicas. Estos servicios incluyen:

- Visitas de mujer sana

- Atención prenatal
- Atención para cualquier condición médica femenina
- Planificación familiar

No necesita una referencia de su PCP para consultar a un ginecólogo obstetra. Si no desea consultar a un ginecólogo obstetra, su PCP podría cubrir sus necesidades de atención en este ámbito.

- Pregunte a su PCP si puede proporcionarle cuidados de ginecología/obstetricia. De no ser así, deberá consultar a un ginecólogo obstetra.
- Elija un proveedor de la lista de ginecólogos obstetras de la red de Healthy Blue. Puede encontrar el directorio de proveedores en línea en **myhealthybluela.com**.

Mientras esté embarazada, su ginecólogo obstetra puede ser su PCP. Nuestro personal de enfermería puede ayudarla a decidir si debería consultar a su PCP o a un ginecólogo obstetra. Para hablar con un(a) enfermero(a), llame a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al **866-864-2544 (TTY 711)**. Si necesita ayuda para seleccionar un ginecólogo obstetra, puede:

- Consultar el directorio de proveedores en línea de Healthy Blue.
- Llamar a Servicios para Miembros.

Especialistas

Su PCP puede ocuparse de la mayoría de sus necesidades médicas, pero también es posible que usted necesite atención de otros tipos de proveedores. Healthy Blue ofrece servicios de muchos tipos de proveedores diferentes que proporcionan otros cuidados médicamente necesarios. Estos proveedores se llaman especialistas, porque tienen capacitación en un área especial de la medicina. Estos son algunos ejemplos de especialistas:

- Alergistas (médicos que tratan alergias)
- Dermatólogos (médicos de la piel)
- Cardiólogos (médicos del corazón)
- Podólogos (médicos de los pies)
- Proveedores de salud conductual (salud mental y abuso de sustancias)

No se requiere una referencia para ver a un especialista dentro de la red. Para ver a especialistas fuera de la red necesitará una referencia.

A veces, un especialista puede ser su PCP. Esto puede ocurrir si usted tiene una necesidad especial de cuidado médico que un especialista está tratando y dicho especialista acepta ser su PCP. Puede hablar con su PCP o llamar a Servicios para Miembros para obtener información detallada.

Para recibir la mayoría de los servicios, deberá visitar a su PCP o a otro proveedor que trabaje con Healthy Blue. Pero hay algunos servicios por los cuales pagaremos, incluso si los recibe de un proveedor que no forma parte de nuestro plan. Estos se llaman servicios de autorreferencia. Entre ellos, se incluyen los siguientes:

- Planificación familiar
- Servicios durante el embarazo

- Servicios de emergencia
- Servicios en centros de salud basados en la escuela
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias
- Algunos proveedores para niños con necesidades médicas especiales

También pagaremos por cualquier análisis de laboratorio y medicamento que reciba en el mismo sitio en que recibe el servicio de autorreferencia.

VISITA AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Su primera cita con el proveedor de atención primaria

Debe llamar a su proveedor de atención primaria (PCP) para programar su primera visita.

- Llame a su PCP para coordinar una visita de bienestar (un chequeo general) dentro de los 90 días de su inscripción en Healthy Blue.
- Si usted ya estaba consultando al PCP que ahora es su PCP de la red de Healthy Blue, llámelo para saber si es momento de un chequeo. Si es así, programe una visita a su PCP lo más pronto posible.
- Si desea obtener ayuda para programar su primera visita, llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)**.

Si el PCP conoce mejor su salud ahora, podrá darle una mejor atención si usted se enferma.

Cómo programar una cita

Es fácil programar una visita a su PCP.

- Llame al consultorio del PCP. El número de teléfono figura en su tarjeta de identificación de Healthy Blue.
- Infórmele lo que necesita a la persona con quien hable (por ejemplo, un chequeo o una visita de seguimiento).
- Informe al personal del consultorio del PCP si no se siente bien. Esto sirve para decidir qué tan pronto deben verlo.

Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros. Lo ayudaremos a programar la cita.

Tiempos de espera para las citas

Queremos que pueda recibir atención en cualquier momento. Cuando el consultorio de su PCP esté cerrado, un contestador recibirá su llamada. Si no se trata de una emergencia, alguien debería devolverle la llamada en 30 minutos o antes para indicarle qué hacer. Hable con su PCP y programe una cita. Podrá ver al PCP de la siguiente manera.

Emergencias	
Emergencias	Al llegar al sitio del servicio
Visitas de seguimiento de la sala de emergencia (ER)	De acuerdo con las órdenes de alta del proveedor tratante de la ER

Visitas al proveedor de atención primaria*	
Atención no urgente por enfermedad	En un plazo de 72 horas o antes si la condición médica empeora a una condición urgente o de emergencia
Visitas de rutina, no urgentes o de cuidado preventivo	En un plazo de seis semanas
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas
Visitas a un especialista*	
Consultas	En el plazo de un mes a partir de la referencia o según se indique de forma clínica
Visitas para servicios de radiografía y laboratorio	
Citas regulares	En un plazo de tres semanas
Atención de urgencia o según se indique de forma clínica	En un plazo de 48 horas
Visitas para atención prenatal inicial*	
Miembros actuales que están embarazadas y en su primer trimestre	En un plazo de un mes de la solicitud de una cita (para visitas que no son de emergencia)
Miembros actuales que están embarazadas y en su segundo trimestre	En un plazo de siete días de la solicitud de una cita (para visitas que no son de emergencia)
Mujeres actualmente embarazadas recientemente inscritas, en su primer trimestre	En un plazo de 14 días de la solicitud o de la fecha del matasello en su paquete de bienvenida para miembros nuevas
Mujeres actualmente embarazadas y recientemente inscritas, en su segundo trimestre	En un plazo de siete días de la fecha del matasello en su paquete de bienvenida para miembros nuevas
Mujeres actualmente embarazadas y recientemente inscritas, en su tercer trimestre	En un plazo de tres días de la fecha del matasello en su paquete de bienvenida para miembros nuevas
Embarazos de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • En un plazo de tres días a partir del momento en el que el proveedor de atención de maternidad de la miembro o Healthy Blue identifiquen que una miembro embarazada presenta alto riesgo • Inmediatamente, si hay una emergencia
Servicios de salud conductual	
Emergencias de salud conductual	Al llegar al sitio del servicio
Citas de emergencia	Hechas en un plazo de una hora a partir de la solicitud
Atención de emergencias que no ponen en riesgo la vida	En un plazo de seis horas
Atención de urgencia	En un plazo de 48 horas
Citas regulares	En un plazo de 14 días hábiles
Visita inicial para atención de rutina	En un plazo de 10 días hábiles

* También hay disponibles citas médicamente necesarias para el mismo día.

Cuando vaya al consultorio de su PCP o especialista para una cita, no debería tener que esperar más de 45 minutos para que lo atiendan, incluido el tiempo en la sala de espera y la sala de examen, a menos que su proveedor esté retrasado. Su PCP o especialista puede retrasarse si necesita trabajar en un caso urgente. Si esto sucede, se lo informarán inmediatamente. Si su PCP o especialista anticipa que la espera será de más de 90 minutos, le ofrecerá una nueva cita.

Qué llevar cuando va a la cita

Cuando vaya al consultorio de su PCP para la visita, asegúrese de llevar:

- Sus tarjetas de identificación.
- Los medicamentos que esté tomando.
- Cualquier pregunta que quiera hacerle a su PCP.

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

- La tarjeta de identificación del miembro de su hijo.
- Los registros de vacunación de su hijo.
- Los medicamentos que su hijo esté tomando.

Cómo cancelar una cita

Si programa una cita con su PCP y luego no puede asistir:

- Llame al consultorio del PCP o a Servicios para Miembros si quiere que cancelemos su cita por usted.
 - Intente llamar al menos 24 horas antes de la cita programada.
 - Esto permitirá que alguien más pueda usar el turno con el PCP.
- Indique al personal del consultorio que desea cancelar la visita.
- Programe una nueva cita cuando llame.

Si no llama para cancelar sus visitas al PCP en repetidas ocasiones, su PCP puede pedir que lo cambien a otro PCP.

Cómo llegar a una cita con el médico

Los miembros de 16 años o más pueden llamar a la línea gratuita de MediTrans para pedir ayuda con los traslados a citas y tratamientos médicamente necesarios. Llame al:

- **866-430-1101** para hacer reservas. Los traslados deben coordinarse al menos 48 horas antes de la cita.
- **866-430-1101** y presione la opción 2 para recibir asistencia con los traslados.

También puede comunicarse con Servicios para Miembros a fin de solicitar ayuda.

Cuando llame, tenga a mano la siguiente información:

- Su número de identificación del miembro de Healthy Blue. (Este número se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue).
- La dirección, el código postal y el número de teléfono de donde desea que lo recojamos.
- El nombre, la dirección, el código postal y el número de teléfono del médico o proveedor de la red al que visitará.
- La fecha y la hora de su cita.
- Si usa una silla de ruedas u otro equipo de movilidad.
- En el caso de los menores de 16 años, el nombre del adulto acompañante.
- El nombre del cuidador, si corresponde.

Estos servicios pueden prestarse dentro o fuera de la comunidad donde vive. Consulte la página 35 para obtener más información sobre el transporte que no es de emergencia.

Si necesita ir al hospital

Debe utilizar los hospitales del plan de Healthy Blue, a menos que tenga una

emergencia o que necesite un servicio que solo puede obtener en otro lugar. Estos hospitales figuran en el directorio de proveedores. Puede llamar a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** y solicitar una copia del directorio de proveedores. También puede ver el directorio en línea en **myhealthyblue.com**. Debido a que su PCP coordina su cuidado, él obtendrá nuestra aprobación si usted debe ir al hospital, a menos que sea una emergencia. Su PCP solicitará la aprobación, y usted será admitido.

Acceso para discapacitados a proveedores y hospitales de la red de Healthy Blue

Los hospitales y proveedores de la red del plan médico de Healthy Blue ayudan a los miembros con discapacidades a recibir la atención que necesitan. Los miembros que usan sillas de ruedas, andadores y otros dispositivos de ayuda pueden necesitar asistencia para ingresar a un consultorio. Si necesita una rampa u otro tipo de ayuda:

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

Proveedores de cuidados médicos para indígenas estadounidenses

Si usted es indígena y es elegible, puede recibir servicios de un proveedor de cuidados médicos para indígenas estadounidenses (IHCP).* Esto significa que:

- Puede obtener servicios de un IHCP, independientemente de si está en nuestro plan o no.
- Puede acceder a un IHCP que se encuentre fuera del estado.
- Un IHCP fuera de la red puede referirlo a un proveedor que sea parte de nuestro plan.
- Puede elegir un IHCP como su proveedor de atención primaria (PCP) si este presta servicios de PCP.

*** Definiciones**

- **Nativo o indígena estadounidense:** Cualquier persona que esté definida en el 25 U.S.C. 1603(13), 1603(28) o 1679(a), o que se identifique como elegible para ser denominada indígena estadounidense, conforme al 42 CFR 136.12.
- **Proveedor de cuidados médicos para indígenas estadounidenses (IHCP):** Un programa de cuidado médico operado por los Servicios de Salud Indígenas (IHS), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana (también denominada I/T/U). Estos términos están definidos en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención de la Salud de Indígenas Estadounidenses (25 U.S.C. 1603).

¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?

“Médicamente necesario” hace referencia al cuidado o los suministros médicos que, según su proveedor, son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, lesión o condición. Para que se consideren médicamente necesarios, el cuidado o los suministros deben ser adecuados desde el punto de vista clínico y cumplir con los estándares de medicina aceptados. Medicaid NO paga por tratamientos que sean

experimentales, que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), que estén en fase de investigación o que sean cosméticos.

Su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudará a recibir los servicios que necesite que sean médicamente necesarios. Los servicios de salud médicamente necesarios:

- Son provistos por médicos y otros proveedores y se considera que son el estándar de cuidado.
- Previenen o tratan una enfermedad, ayudan a averiguar cuál es la causa de su malestar o qué le está provocando dolor.
- Deben estar centrados en la persona y ser específicos para su condición.
- No deben costar más que una recomendación de tratamiento o servicio alternativo.
- Cuentan con aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- No están excluidos de los beneficios y servicios cubiertos por Louisiana Medicaid.
- No son experimentales, no están en fase de investigación, no son cosméticos ni están fuera del estándar de cuidado; estos servicios no tendrán cobertura de Medicaid.

Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura de Medicaid y no se consideran médicamente necesarios:

- Servicios experimentales
- Servicios en fase de investigación
- Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Servicios cosméticos

El director médico de Healthy Blue, habiéndolo analizado con el director médico de Medicaid, puede decidir aprobar servicios según cada caso. El director médico de Healthy Blue solicitará excepciones a estas exclusiones por escrito al director médico de Medicaid.

AVISO DE ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Algunas veces, debemos tomar decisiones sobre cómo pagamos la atención y los servicios. Esto se denomina Administración de la utilización (UM). Todas las decisiones sobre UM se basan únicamente en las necesidades médicas del miembro y los beneficios ofrecidos. Las políticas de Healthy Blue no admiten una subutilización de servicios a través de nuestra guía de decisiones de UM. Los médicos y otros profesionales implicados en las decisiones de UM no reciben recompensa alguna por denegar el cuidado o la cobertura.

SUS BENEFICIOS DE CUIDADO MÉDICO

Sus servicios cubiertos

A continuación, se presenta un resumen de los beneficios y servicios médicos que cubre Healthy Blue cuando usted los necesita. Su proveedor de atención primaria (PCP):

- Le proporcionará el cuidado que necesite.
- Lo referirá a un proveedor que pueda brindarle el cuidado que necesite.

En algunos casos, es posible que su PCP deba obtener una aprobación previa de Healthy Blue para que usted pueda recibir un beneficio. Su PCP trabajará con nosotros para obtener la aprobación. Si tiene alguna duda o si no está seguro de si ofrecemos un beneficio determinado o si hay límites de cobertura, puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar ayuda. A continuación, se presenta una lista de los servicios cubiertos por Healthy Blue.

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
Servicios de cirugía ambulatorios	<p>Los servicios cubiertos incluyen estos servicios y tratamientos médicamente necesarios provistos de forma ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventivos (vacunas y pruebas de detección para el cáncer y enfermedades comunes, intervenciones para manejar enfermedades crónicas y reducir los riesgos relacionados con ellas, y consejería para apoyar estilos de vida saludables y el autocontrol de enfermedades crónicas). • De diagnóstico (para identificar una enfermedad, condición o lesión por sus signos y síntomas por medio del historial de salud, exámenes y pruebas). • Terapéuticos (cosas que se hacen para mejorar una inquietud relacionada con la salud diagnosticada. Pueden incluir una variedad de opciones, como el uso de medicamentos recetados, una cirugía e incluso la psicoterapia). • De rehabilitación (servicios que solicita el PCP del miembro para que pueda recuperarse de una enfermedad o lesión. Estos servicios son provistos por enfermeros[as], fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y del habla). • De cuidado paliativo (cuidado médico especializado para personas que viven con una enfermedad grave, como cáncer o insuficiencia cardíaca).

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
Servicios de audiología	Servicios cubiertos para personas con trastornos del habla, de la audición y del lenguaje prestados por un audiólogo o bajo la supervisión del profesional.
Servicios médicos auxiliares	Los servicios cubiertos incluyen servicios de apoyo que no sean el alojamiento y la comida, prestados a pacientes hospitalizados en el curso de su atención, tales como servicios de laboratorio, radiología y fisioterapia.
Servicios de salud conductual	Consulte los servicios cubiertos en la sección Servicios de salud conductual .
Servicios de quiropráctica	Los servicios cubiertos incluyen servicios de quiropráctica médicamente necesarios para miembros de Medicaid menores de 21 años referidos a un quiropráctico como parte del chequeo de EPSDT. Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.
Servicios clínicos (que no sean de hospital)	Los servicios cubiertos incluyen artículos y servicios provistos de estas dos maneras: <ul style="list-style-type: none"> • De forma ambulatoria. • Conforme o bajo la orientación de un médico en un centro que no sea parte de un hospital (p. ej., clínicas de salud mental, clínicas de atención prenatal y clínicas de planificación familiar).
Servicios de laboratorio clínico, pruebas de diagnóstico y servicios de radiología	Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Servicios para enfermedades contagiosas	<ul style="list-style-type: none"> - Los que presta o solicita un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red según lo requerido. • Servicios de laboratorio clínico y radiografía móvil para miembros que no pueden salir de su casa sin transporte especial o ayuda para poder obtener servicios de laboratorio y radiografías solicitados por el PCP. Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
Equipo médico duradero (DME)	<p>Los servicios cubiertos incluyen DME, aparatos y dispositivos de asistencia médicamente necesarios, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos. • Sillas de ruedas. • Barandillas para la cama. • Muletas. • Dispositivos ortopédicos para las piernas. • Suministros de ostomía. • Suministros desechables para incontinencia y fórmula enteral. <p>Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.</p>
Servicios dentales de emergencia *Para conocer los servicios dentales preventivos para adultos, consulte la sección Beneficios adicionales de Healthy Blue.	<p>La cobertura dental de emergencia se limita al tratamiento de emergencia por lesiones en dientes naturales.</p> <p>Entre otras cosas, el tratamiento incluye radiografías y cirugía oral de emergencia para estabilizar temporalmente al miembro.</p>
Servicios médicos de emergencia Una emergencia es cuando necesita atención inmediatamente, y si no la recibe, esto podría provocarle un daño muy grave.	<p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de emergencia proporcionados por un proveedor de la red o fuera de la red en estas circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene una condición médica de emergencia. • Healthy Blue le indica que obtenga servicios de emergencia. <p>El médico tratante de emergencias o el proveedor que lo atiende decidirá cuándo usted está estable para trasladarlo o darlo de alta. Puede ir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si se encuentra en otra ciudad u otro estado. No se requiere aprobación previa.</p>
Servicios para enfermedad renal en etapa terminal	<p>Estos servicios están cubiertos para miembros menores y adultos elegibles. Estos servicios pueden incluir tratamiento de diálisis, servicios de laboratorio médicamente necesarios no rutinarios e inyecciones médicamente necesarias.</p> <p>Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.</p>
Servicios de la visión y cuidado de los ojos * Para conocer los servicios de la	<p>La cobertura incluye servicios de la visión médicamente necesarios para miembros hasta los 21 años en los siguientes casos:</p>

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
<p>visión para adultos, consulte la sección Beneficios adicionales de Healthy Blue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si los proporciona un oftalmólogo, optometrista u óptico certificado de la red. • Si se ajustan a métodos aceptados de detección, diagnóstico y tratamiento de: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades oculares. - Condiciones o problemas visuales. <p>Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa. Estos servicios pueden incluir anteojos regulares cuando se cumple una graduación mínima específica.</p>
<p>Servicios de planificación familiar</p>	<p>Los servicios de planificación familiar están cubiertos para miembros en edad fértil que eligen retrasar o evitar un embarazo. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historial médico y examen físico • Evaluación física anual • Pruebas de laboratorio realizadas como parte de un examen o visita inicial o de seguimiento regular para fines de planificación familiar: <ul style="list-style-type: none"> - Papanicolaou - Pruebas de gonorrea y clamidia - Prueba serológica para la sífilis - Prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) - Examen para detección de rubeola • Educación <ul style="list-style-type: none"> - Anatomía y fisiología reproductivas - Control de la fertilidad - Transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS) • Consejería: para ayudar a tomar una decisión informada • Consejería sobre métodos: para dar resultados de los antecedentes y del examen físico, medios de acción y los efectos secundarios, y complicaciones posibles • Consejería especial (cuando se establece): manejo y planificación del embarazo, esterilización, genética y nutrición • Diagnóstico de embarazo, consejería y referencia • Control de natalidad • Prueba de detección y tratamiento de cáncer de cuello uterino • Esterilización voluntaria para miembros

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>a partir de los 21 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) • Transporte a citas de planificación familiar <p>Los miembros no necesitan una referencia para los servicios de planificación familiar. Los miembros pueden elegir un proveedor de la red o fuera de la red.</p>
Centros de Salud Calificados Federalmente	<p>Los servicios que se ofrecen a través de un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) estarán cubiertos si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vive en el área de servicio del FQHC. • Solicita estos servicios. <p>Se aplican ciertas limitaciones. Es posible que se requiera aprobación previa.</p> <p>Cubriremos el acceso a servicios cubiertos ofrecidos a través de un FQHC que no pertenezca a la red si no hay un FQHC de la red cerca en el área de servicio donde vive.</p> <p>Si necesita ayuda para encontrar un FQHC en nuestra red, llame al 844-521-6941 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.</p>
Servicios extendidos de salud en el hogar	<p>Para miembros elegibles de 0 a 20 años.</p> <p>Se requiere aprobación previa.</p>
Servicios de salud en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • El servicio se presta bajo la dirección de un médico para evitar que un miembro: <ul style="list-style-type: none"> - Vuelva al hospital. - Sea institucionalizado. • El servicio también puede incluir: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermería especializada - Visitas de asistentes - Terapias <p>Suministros y servicios de un asistente de cuidado médico en el hogar</p>
Servicios para enfermos terminales	<p>Servicio cubierto para miembros con una enfermedad terminal que tienen una esperanza de vida de seis meses o menos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se requiere aprobación previa.
Servicios hospitalarios para pacientes internados	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada para: <ul style="list-style-type: none"> - Atención de rutina - Atención quirúrgica

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de obstetricia y neonatología - Servicios de emergencia y/o de crisis de salud conductual <p>Se cubre una habitación privada para paciente internado en caso de que la condición médica del miembro requiera aislamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería • Servicios de nutrición • Servicios auxiliares, tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio - Radiología - Farmacia - Suministros médicos <p>Sangre y hemoderivados</p>
Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> - Consulte la sección Atención de bienestar para niños y adultos.
Servicios de radiografía y laboratorio	<p>Incluyen servicios de radiología y laboratorio médicamente necesarios solicitados por un médico de la red de Healthy Blue. Estos servicios también forman parte de la atención de emergencia.</p>
Servicios de transporte médico	<p>Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencia del hospital más cercano. Si primero quiere recibir asesoramiento, llame a su PCP o a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al 866-864-2544 (TTY 711).</p> <p>Transporte médico que no es de emergencia (NEMT). Este programa ofrece servicios de transporte cuando no se encuentran disponibles otros medios de transporte razonables y gratuitos para que usted asista a una cita para un servicio cubierto.*</p> <p>El NEMT cubre el medio de transporte menos costoso que se encuentre disponible para ir al proveedor calificado más cercano que pueda proporcionar cuidado especializado o de rutina dentro de una distancia razonable. Los servicios cubiertos incluyen transporte médico para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia. • Situaciones que no sean emergencias, en caso de que necesite transporte hacia el consultorio de un proveedor para obtener servicios cubiertos y de regreso a su hogar.

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte en ambulancia que no sea de emergencia. Se requiere aprobación previa. <p>Los miembros menores de 17 años deben estar acompañados por un adulto. Si necesita transporte que no sea de emergencia, llame a MediTrans al 866-430-1101 para programar un traslado. Las llamadas para reservas de rutina se atienden de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Los traslados para las visitas médicas de rutina deben programarse al menos 48 horas antes de la cita.</p> <p>Las llamadas para reservas de urgencia o para el mismo día, o para conocer la ubicación de su transporte, se atienden las 24 horas, los 7 días de la semana. Para obtener información acerca de su transporte después de que lo haya programado, llame al 866-430-1101 y seleccione la opción 2. Los miembros deben llegar al menos 15 minutos antes de la cita, pero no más de dos horas antes. Después de la cita, se recogerá a los miembros dentro de las dos horas.</p> <p>Reembolso de combustible Por ser usted miembro, sus amigos y familiares son elegibles para recibir dinero por prestarle servicios de transporte para que usted pueda ir a las citas con el médico y regresar a su hogar. Quienes reciban el reembolso de combustible no pueden vivir en su misma dirección. Esto incluye a los padres que actualmente reciben reembolsos por el transporte de sus hijos. Para reunir los requisitos, debe completar un formulario de inscripción con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo del conductor • La dirección postal del formulario debe coincidir con la dirección de la licencia de conducir. También puede incluir una dirección secundaria en el formulario. Esta puede ser una dirección de apartado postal. • Información de contacto del conductor, incluidos el teléfono y la dirección de correo electrónico

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Seguro Social del conductor • No más de cinco beneficiarios de Medicaid para los cuales esté autorizado a proporcionar transporte • Número de la licencia de conducir (con una copia de la licencia adjunta al formulario de inscripción) • Información del vehículo (la copia que figura en los registros se comparará con la prueba del seguro) • Prueba del seguro (copia de la póliza de seguro VÁLIDA que figura en los registros adjunta al formulario de inscripción) <p>Si necesita ayuda para presentar un formulario de inscripción, llame al 866-430-1101.</p> <p>* Es posible que los miembros que viven en centros residenciales que proporcionan servicios de salud conductual no sean elegibles para obtener servicios de transporte a través de Healthy Blue. Consulte con su centro para obtener más información.</p>
Medicamentos	<p>Healthy Blue sigue la lista de medicamentos preferidos del Departamento de Salud de Louisiana. Esta lista se denomina Lista de medicamentos preferidos (PDL).</p> <p>Los medicamentos cubiertos en la PDL incluyen medicamentos recetados y algunos de venta libre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los proveedores de la red de Healthy Blue tienen acceso a esta lista de medicamentos. • Ciertos medicamentos de la PDL necesitan aprobación previa. • Los medicamentos que no están en la PDL podrían necesitar aprobación previa. <p>Esta es una lista de cosas para recordar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede surtir sus recetas en las farmacias de la red de Prime Therapeutics State Government Solutions LLC. • La red de farmacias de Prime Therapeutics State Government Solutions LLC incluye la

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>mayoría de las principales cadenas de farmacias y muchas farmacias comunitarias independientes.</p> <p>Su farmacéutico puede autorizar un suministro de emergencia de 3 días de su medicamento mientras espera obtener la autorización previa.</p>
Servicios de una enfermera partera	<p>Estos servicios están cubiertos para miembros menores y adultos elegibles. Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.</p>
Trasplante de órganos y servicios relacionados	<p>Los servicios para miembros diagnosticados con ciertas condiciones médicas abarcan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar las necesidades de internación o ambulatorias previas al trasplante • Buscar donantes • Seleccionar y obtener órganos/tejidos • Preparar y realizar trasplantes, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Corazón – Médula ósea • Riñón – Intestino delgado • Hígado – Páncreas • Pulmón • Cuidado de seguimiento para pacientes ambulatorios <p>Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.</p>
Servicios hospitalarios ambulatorios	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquiera de los servicios para pacientes hospitalizados mencionados anteriormente que pueden prestarse de manera apropiada en forma ambulatoria, tales como: • Servicios de enfermería • Servicios de nutrición • Servicios auxiliares, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio • Radiología • Farmacia • Suministros médicos • Sangre y hemoderivados • Servicios de observación, en caso de que sean necesarios para decidir si se debe proporcionar cuidado de pacientes

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>hospitalizados a un miembro.</p> <p>Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.</p>
Cuidado médico pediátrico diurno	<p>Los servicios cubiertos incluyen cuidado médico pediátrico diurno médicamente necesario para miembros de 0 a 20 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta siete días por semana • Hasta 12 horas por día • Transporte de ida y vuelta <p>Estos servicios requieren aprobación previa.</p>
Servicios de cuidado personal	<p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado personal para miembros a partir de los 21 años de edad con una enfermedad mental que requieren asistencia para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades básicas de cuidado personal como ir al baño y asearse. • Asistencia con problemas de incontinencia urinaria y/o de control de esfínteres. • Asistencia en la alimentación y en la preparación de alimentos. • Acompañamiento, no traslado, a las citas médicas (solo para el receptor). • Realización de quehaceres menores del hogar (solo para el receptor). • Compras de supermercado, incluidos los artículos de higiene personal. • Estos servicios requieren aprobación previa y deben cumplir con ciertos criterios de necesidad médica.
Servicios médicos/profesionales	<p>Los servicios cubiertos incluyen aquellos que se prestan en el consultorio de un médico, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones médicas • Tratamientos • Servicios de cirugía <p>Es posible que se requiera aprobación previa para ciertos servicios.</p> <p>El tiempo de espera en el consultorio para citas programadas no debe superar los 45 minutos, incluido el tiempo en la sala de espera y en la</p>

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>sala de examen, a menos que el paciente anterior necesite más tiempo. Si un proveedor se atrasa, se informará de inmediato a los pacientes. Si se anticipa que la espera será de más de 90 minutos, a los miembros se les ofrecerá una nueva cita.</p> <p>El servicio cubierto también incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine): acceso a personal de enfermería certificado que puede responder preguntas sobre la salud de los miembros las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.
Servicios de podología	<p>Estos servicios están cubiertos para miembros menores y adultos elegibles. Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.</p>

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
<p>Servicios de cuidados posteriores a la estabilización</p>	<p>Los servicios posteriores a la estabilización se necesitan después de una emergencia para ayudar a “estabilizar” su condición. Los servicios posteriores a la estabilización no requieren autorización previa. No importa dónde reciba la atención de emergencia, puede ser dentro o fuera de la red de proveedores. Cubriremos los servicios posteriores a la estabilización en cualquier caso para garantizar que usted esté estable después de una emergencia.</p> <p>Si su PCP u otro proveedor de la red le indican que reciba atención de emergencia dentro o fuera de la red de Healthy Blue, cubriremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El examen de detección. • Otros servicios de emergencia médicamente necesarios. • Transporte médico de emergencia, incluido el transporte en ambulancia entre hospitales, para una condición de salud conductual. <p>Cubriremos estos servicios aun si su condición no califica como emergencia. No se requiere aprobación previa.</p>
<p>Servicios relacionados con el embarazo: Servicios de atención prenatal</p>	<p>Servicios de atención prenatal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas prenatales por primera vez para miembros recién inscritas • Las miembros embarazadas pueden ver a un ginecólogo obstetra: <ul style="list-style-type: none"> - Dentro de un plazo de 14 días en su primer trimestre - Dentro de un plazo de siete días en su segundo trimestre - Dentro de un plazo de tres días en su tercer trimestre <p>Las miembros con embarazos de alto riesgo pueden ver al médico dentro de un plazo de tres días o inmediatamente si hay una emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso directo a servicios de rutina con ginecólogos obstetras dentro de la red de Healthy Blue. El ginecólogo obstetra se pondrá en contacto con el PCP de la

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>miembro para que este sepa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se están prestando estos servicios. - El ginecólogo obstetra manejará la atención junto con el PCP. <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de una evaluación de riesgos para todas las miembros embarazadas • Garantizar que las miembros con embarazos de alto riesgo que necesiten nuevas evaluaciones o más atención tengan acceso a especialistas en medicina materno-fetal • Garantizar que el PCP o ginecólogo obstetra asesore a la miembro embarazada respecto de los planes para su hijo, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Elegir el médico de familia o pediatra que realizará el examen al recién nacido - Elegir un PCP para que proporcione cuidado pediátrico de seguimiento al niño una vez que se inscriba en Healthy Louisiana - Informarle sobre el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), de modo que pueda cuidar bien su salud y alimentarse de manera saludable - Informarle sobre el programa CenteringPregnancy®, un programa de apoyo grupal para ayudar a miembros embarazadas a que tengan un bebé saludable
<p>Servicios relacionados con el embarazo: Servicios de maternidad</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de al menos 48 horas de hospitalización para la madre y el recién nacido después de un parto vaginal normal • Cobertura de al menos 96 horas de hospitalización para la madre y el recién nacido después de una cesárea • No se requiere aprobación previa para partos normales vaginales y por cesárea. <p>El hospital debe informar a Healthy Blue si se requiere una estadía de más de 48 horas después de un parto vaginal y de más de 96 horas después de una cesárea. El hospital también debe proporcionar actualizaciones sobre el cuidado de la paciente.</p>

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
Servicios relacionados con el embarazo: Servicios de cuidado de posparto	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de cuidado posoperatorio después de un parto por cesárea • Visita de cuidado de posparto de 1 a 12 semanas después del parto • Contacto después del parto para ayudar a programar visitas de posparto entre los 7 y 84 días después de dar a luz • Sacaleches eléctrico estándar para madres que amamantan • Sacaleches eléctrico hospitalario para madres que desean amamantar, pero que no pueden debido a la condición médica de la madre o del bebé <p>De ser necesario, se cubren los cargos de alquiler de un sacaleches eléctrico hospitalario cuando la miembro califica.</p>
Prueba de detección de depresión perinatal	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) • Cuestionario sobre la salud del paciente 9 (PHQ-9) <p>Cuestionario sobre la salud del paciente 2 (PHQ-2) y, si es positivo, un PHQ-9 completo</p>
Servicios relacionados con el embarazo: Cuidado antes de la concepción y entre embarazos	<p>Los servicios cubiertos para mujeres en edad fértil incluyen asegurar que el PCP o ginecólogo obstetra de la miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analice anualmente el plan de la miembro para un futuro embarazo durante la atención obstétrica-ginecológica de rutina • Ofrezca servicios de planificación familiar y/o de salud entre embarazos según el deseo de la miembro de quedar embarazada en el futuro • Recomiende a las miembros buscar servicios de planificación familiar dentro de la red de proveedores de Healthy Blue para asegurar un cuidado continuo • Ayude a la miembro a lograr su plan con el mejor estado de salud en el corto plazo • Proporcione a la miembro información y recursos acerca de la planificación familiar
Servicios de terapia de rehabilitación	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Terapia ocupacional

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<ul style="list-style-type: none">• Terapia del habla Estas terapias: <ul style="list-style-type: none">• Deben ser recetadas por su PCP o el médico tratante de una condición aguda.• Deben permitir que usted mejore como resultado de la rehabilitación.

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
Servicios de terapia respiratoria	<p>Estos servicios se cubren para pacientes hospitalizados o para pacientes ambulatorios. Los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben estar recetados por su PCP o médico tratante. • Deben ser necesarios para recuperar, mantener o mejorar la función respiratoria.
Servicios de clínicas de salud rurales	<p>El acceso a los servicios esenciales ofrecidos a través de clínicas de salud rurales (RHC) está cubierto en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted vive en el área de servicio de la RHC. • Solicita estos servicios. <p>Se aplican ciertas limitaciones. Es posible que se requiera aprobación previa. Cubriremos acceso a servicios cubiertos ofrecidos a través de una RHC fuera de la red si no hay una RHC de la red cerca en el área de servicio donde usted vive. Si necesita ayuda para encontrar una RHC en nuestra red, llame al 844-521-6941 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.</p>
Servicios en clínicas de salud basadas en la escuela	<p>Los servicios cubiertos incluyen aquellos servicios de Medicaid ofrecidos dentro de instalaciones escolares a menores de 21 años que son elegibles para Medicaid.</p> <p>Trabajaremos con proveedores basados en la escuela y proveedores de Healthy Blue para proporcionar apoyo con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos. • Referencias. <p>Los miembros pueden obtener estos servicios sin una referencia.</p>
Esterilización	<p>La esterilización es un procedimiento médico, tratamiento u operación que hace que una persona ya no pueda reproducirse.</p> <p>Los requisitos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un consentimiento informado de la persona que se va a esterilizar presentado no menos de 30 días calendario completos (o no menos de 72 horas en caso de un parto prematuro o cirugía abdominal), pero no más de 180 días calendario antes de la fecha

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>de la esterilización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se requiere un nuevo formulario de consentimiento si han pasado 180 días antes de que se realice la cirugía. • El consentimiento para la esterilización no puede obtenerse mientras el paciente esté en el hospital por trabajo de parto, nacimiento o aborto, o si se encuentra bajo la influencia del alcohol u otras sustancias que afecten su capacidad de discernir. • La persona que se va a esterilizar debe: <ul style="list-style-type: none"> • Tener al menos 21 años en el momento en que se recibe el consentimiento. • Ser mentalmente competente. • No estar en una institución (es decir, no estar internado o confinado de forma involuntaria según una condición civil o penal en un centro correccional o de rehabilitación, ni estar internado en un hospital mental u otro centro para la atención y el tratamiento de una enfermedad mental). • Dar consentimiento informado en el formulario de consentimiento de esterilización aprobado.
Servicios para dejar de fumar	<p>Disponibles para miembros mayores de 18 años.</p> <p>Asesoramiento personal por teléfono para ayudar a hacer cambios positivos en el comportamiento a fin de reducir y detener el hábito de fumar. Los miembros se pueden inscribir una vez cada tres años.</p>
Servicios de salud de la mujer	<p>Servicios de ginecología y obstetricia</p> <p>Los servicios cubiertos para las miembros incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un mínimo de dos visitas anuales de rutina; la segunda visita debe estar basada en la necesidad médica • Tratamiento de seguimiento que se realice después de cualquiera de las visitas de rutina, en caso de que la atención se relacione con: <ul style="list-style-type: none"> - Una condición diagnosticada o tratada durante las visitas. - Un embarazo.

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>Servicios de aborto limitados</p> <p>Los servicios están restringidos a estos motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico ha descubierto y confirma por escrito que, según su criterio, la vida de la embarazada estaría en peligro si el feto llega a término. • En el caso de terminación de un embarazo debido a violación o incesto, se deben cumplir estos requisitos: <ul style="list-style-type: none"> - La miembro debe denunciar el acto a un funcionario de las fuerzas de seguridad, a menos que el médico tratante confirme por escrito que, en su opinión experta, la víctima no estaba en condiciones físicas o psicológicas de denunciar la violación o el incesto. Debe enviarse a Healthy Blue el acta de la denuncia ante el funcionario de las fuerzas de seguridad, o bien, la declaración del médico tratante que indique que la víctima no estaba en condiciones de denunciar la violación o el incesto. - La miembro debe confirmar que el embarazo es el resultado de una violación o un incesto; en esta certificación, debe firmar como testigo el médico tratante. - El formulario de certificación de consentimiento informado para aborto de la Oficina de Salud Pública debe estar firmado por el médico tratante como testigo; el proveedor debe adjuntar este formulario a su formulario de reclamación. <p>Histerectomías</p> <p>Las histerectomías se cubren cuando no son electivas y son médicamente necesarias. Deben reunirse los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe informar de forma oral o por escrito a la persona o su representante de que este procedimiento dejará a la persona incapaz de reproducirse. • La persona o su representante, si corresponde, debe firmar un formulario de Constancia de recibo de información sobre

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>histerectomías antes de realizar este procedimiento. Este formulario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe obtenerse independientemente del diagnóstico o la edad. - Se puede enviar después de la cirugía solo si establece claramente que se informó a la paciente antes de la cirugía de que no podrá reproducirse. - No se requiere si la persona era estéril antes de la histerectomía. <ul style="list-style-type: none"> • Necesitaba una histerectomía debido a una emergencia que ponía en riesgo la vida y el médico decidió que no era posible la aceptación previa.

Beneficios y servicios de cuidado médico no cubiertos por Healthy Blue

Hay algunos servicios que no están cubiertos por Healthy Blue. Para obtener más información sobre los servicios que no forman parte de sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)**.

Beneficios adicionales de Healthy Blue

Healthy Blue cubre beneficios adicionales que los miembros elegibles no pueden obtener a través de Medicaid de cargo por servicio. Estos beneficios adicionales se denominan servicios de valor agregado. Ofrecemos lo siguiente:

- Cuidado dental gratuito para miembros adultos de más de 21 años
 - Exámenes y limpiezas dentales (dos veces al año)
 - Radiografías una vez al año

Para programar una cita o buscar un dentista en su área, llame a DentaQuest al **844-234-9835 (TTY 800-466-7566)**.

- Cuidado de visión para adultos gratuito
 - Examen de la vista una vez al año
 - Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto (hasta un valor de \$100) una vez al año

Para programar una cita o buscar un oculista cercano a usted, llame a Superior Vision al **800-787-3157 (TTY 800-735-2258)**.

- Recompensas Saludables (Healthy Rewards): dólares en una tarjeta de regalo que recibe por las visitas al médico y las pruebas de detección:
 - \$20 de incentivo por visitas de control pediátrico desde el nacimiento hasta los 15 meses (hasta \$120 por seis visitas)
 - \$20 de incentivo por visitas de control pediátrico desde los 16 meses hasta los 30 meses (hasta \$40 por dos visitas)

- \$25 de incentivo por visitas anuales de control pediátrico desde los 30 meses hasta los 9 años
- \$25 de incentivo por visitas anuales de bienestar para adolescentes de entre 10 y 20 años
- \$15 por visitas anuales de bienestar para adultos de 21 años en adelante
- \$25 por una prueba de detección de diabetes HbA1c
- \$25 por un examen de la vista para diabéticos
- \$5 por completar el cuestionario “¿Qué sabe sobre la diabetes?”
- \$10 por reposiciones trimestrales de medicamentos para la presión arterial alta en la farmacia (hasta \$40 por año).
- \$25 por realizar un seguimiento con el proveedor luego de una hospitalización relacionada con la salud conductual (dentro de los 30 días del alta)
- \$25 por una prueba de detección de cáncer de cuello uterino para miembros que se realicen un Papanicolaou (uno cada 36 meses)
- \$10 por una prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), para miembros de 16 años en adelante
- \$10 por completar su Evaluación de necesidades de salud dentro de los 90 días posteriores a la inscripción
- \$25 por colocarse la vacuna contra la influenza

Inscríbase hoy mismo. Llame al **888-990-8681 (TTY 711)** o visite el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) en **myhealthybluela.com** para inscribirse.

- Programas e incentivos para mujeres embarazadas y mamás primerizas:
 - \$25 para miembros embarazadas y madres primerizas que asistan a una visita prenatal en el primer trimestre o en los primeros 42 días luego de la inscripción con nuestro programa Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM)
 - \$50 para mamás primerizas que asistan a su visita de posparto entre los 7 y los 84 días después de dar a luz
 - Cuna portátil o butaca de bebé para el automóvil gratuitas por completar siete visitas prenatales obligatorias
 - My Advocate[®]: un programa para que las miembros embarazadas elegibles reciban consejos sobre cómo tener un embarazo saludable. Las mamás primerizas también recibirán consejos para aprender a cuidar al nuevo bebé.
 - Kit de planificación familiar para que tenga un embarazo saludable cuando esté lista. El kit incluye condones, prueba de embarazo digital y más.
 - Circuncisiones de rutina para niños dentro de los primeros 30 días de vida. Las circuncisiones médicamente necesarias están cubiertas sin límite de edad.
- Programa de visitas maternas y de la primera infancia: Healthy Blue reconoce y destaca el éxito de los programas de visitas a domicilio de Louisiana. Trabajamos en conjunto con Nurse Family Partnership y el programa Comienzo Saludable (Healthy Start) para aprovechar sus vastos conocimientos y recursos. Nuestras metas compartidas se centran en mejorar la salud de la madre y el niño, prevenir el maltrato y el abandono infantil, reducir los delitos y la violencia doméstica, mejorar la educación familiar y la posibilidad de obtener ingresos, promover el desarrollo infantil

y las capacidades de participación del niño en la escuela, y conectar a las familias con los recursos y apoyos comunitarios que necesiten. El programa incluye:

- Referencias a Nurse Family Partnership o al programa Comienzo Saludable
 - Visitas a domicilio para ofrecer orientación sobre servicios de salud preventivos, servicios médicos prenatales y de posparto proporcionados por proveedores de cuidados médicos, nutrición y factores nocivos para la salud, y también información centrada en el desarrollo de la salud física y mental de su hijo
 - Visita y consejería de posparto en el hogar
 - Comidas entregadas a domicilio durante el posparto para miembros con diabetes gestacional
 - Paquete de artículos esenciales para el bebé: seleccione artículos gratuitos necesarios para su bebé, como un monitor para bebés, pañales, un kit de apoyo para la lactancia y más
 - Transporte de ida y vuelta para asistir a servicios de apoyo, como Lamaze, doula, citas de parto y más
 - Las miembros deben participar activamente en el programa para recibir beneficios
- Programas de estilo de vida saludable y control de peso:
 - Asiento de seguridad para niños después de completar los controles médicos pediátricos requeridos desde el nacimiento hasta los 6 años
 - Vales para membresías de 13 semanas en el programa WW^{®*} (anteriormente Weight Watchers^{®*}) para miembros elegibles a partir de los 18 años
 - Familias Saludables (Healthy Families): un programa para ayudar a las familias a estar en forma y mantenerse saludables. Este programa es para miembros de entre 7 y 13 años a quienes el departamento de administración de casos (CM) haya identificado con sobrepeso o con riesgo de sobrepeso por antecedentes familiares de condiciones asociadas, y que hayan aceptado participar en el programa junto con sus familias. Tanto el niño como la familia deben participar activamente para seguir inscritos.
 - Programa de manejo del dolor sin medicamentos: Healthy Blue ofrece un enfoque de atención integral que utiliza métodos de tratamiento basados en la evidencia para el manejo del dolor crónico. Los administradores de casos de Healthy Blue se comunicarán con el PCP del miembro para crear un plan de manejo del dolor personalizado y ofrecerán información sobre el programa para asegurarse de que el PCP entienda todos los servicios que están disponibles. Los miembros de Healthy Blue deben estar inscritos en el programa para recibir los beneficios. El programa ofrece:
 - \$150 en artículos para el manejo del dolor como almohadillas térmicas, dispositivos de tracción cervical, masajeadores para la región lumbar, lámparas de terapia, soportes lumbares, dispositivos magnéticos, unidades de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) y cremas para el alivio del dolor para miembros elegibles.
 - \$75 por año para la membresía en un gimnasio o suministros de gimnasia para el hogar para miembros elegibles.
 - Transporte de ida y vuelta para citas y servicios de manejo del dolor, y ayuda de administración de casos para programar las citas de los miembros elegibles.

- Acupuntura.
- Cuidados quiroprácticos.
- Terapia de masajes.
- Inyecciones epidurales de esteroides y otras inyecciones para aliviar el dolor.
- Hipnoterapia médica.
- Tratamiento de manipulación osteopática.
- Terapia fisiológica con biorretroalimentación.
- Suscripción a una aplicación de meditación para miembros elegibles.
- Servicios para dejar de fumar y vapear para miembros a partir de los 11 años: Healthy Blue sabe que dejar de fumar es un camino único y difícil. Por eso, nuestro programa para dejar de fumar y vapear incluye una gran variedad de apoyos:
 - Un plan para dejar el hábito
 - Apoyo de pares
 - Orientación por chat en vivo
 - Mensajes de texto informativos y de apoyo
 - Medicamentos para ayudarlo a dejar el hábito
- Programa Hogares Saludables (Healthy Homes): Proporciona ayuda para que pueda detectar y resolver los factores nocivos para la salud en su hogar. El programa incluye:
 - Apoyos de nivel 1:
 - Evaluación de la vivienda
 - Servicios de apoyo para la vivienda: beneficio de seguridad del hogar, asistencia con los servicios públicos, asistencia con la renta, asistencia legal y servicios para dejar de fumar
 - Apoyos de nivel 2:
 - Plan de trabajo para realizar reparaciones
 - Coordinación y contratista de reparaciones
 - Servicios de reparación y resolución
 - Inspección de control de calidad
- Programa Hogares Saludables para el Asma (Healthy Homes Asthma): un programa de intervención para el asma que aborda los factores desencadenantes de la enfermedad en el hogar y el entorno. Disponible para todos los miembros con diagnóstico de asma. Se requiere la participación activa en el programa de administración de casos de asma. El programa incluye:
 - Apoyos de nivel 1:
 - Visita a domicilio para realizar una evaluación del entorno
 - Hasta \$200 en suministros para mitigar el asma
 - Coordinación de cuidado
 - Apoyos de nivel 2:
 - Plan de trabajo para realizar reparaciones
 - Coordinación y contratista de reparaciones
 - Servicios de reparación y resolución
 - Inspección de control de calidad
- Cuidado de relevo para personas sin hogar que han sido tratadas por una condición

breve pero grave como resultado de una enfermedad o un trauma, y durante la recuperación luego de una cirugía. Healthy Blue ofrecerá cuidado de relevo a corto plazo que permitirá el descanso y la recuperación en un entorno seguro para individuos sin hogar o en condiciones inestables de vivienda que se encuentran en transición después de haber estado en un hospital. Miembros que puedan estar experimentando inseguridad en relación con la vivienda y necesiten apoyo para obtener una vivienda temporal y servicios adicionales después de una hospitalización. El programa incluye:

- Un lugar para recuperar la salud que se adapte a sus necesidades médicas específicas.
- Ayuda para encontrar una vivienda a largo plazo.
- Ayuda de administración de casos para programar las citas médicas.
- Enlaces a recursos comunitarios como entrega de alimentos y comidas, o artículos básicos de bienestar.
- Fondos de apoyo flexible para asistencia de vivienda que puedan ayudarlo con el alquiler o los depósitos de seguridad, los servicios públicos, las modificaciones básicas en la vivienda u otras necesidades de mobiliario del hogar.
- Asistencia de transporte.

Los miembros elegibles incluyen personas a partir de los 18 años que no tengan vivienda o experimenten inseguridad con respecto a la vivienda, y necesiten un lugar seguro para recuperarse después de una hospitalización. (Un equipo de directores médicos, administración de casos y especialistas en vivienda decidirán la elegibilidad). Se aplican limitaciones.

- Circuncisión para miembros durante los primeros 30 días de vida y a cualquier edad si la circuncisión es médicamente necesaria
- Contacto y apoyo comunitarios: ayuda para obtener acceso a otros cuidados y servicios, además de los que cubre tradicionalmente el plan:
 - Eventos de contacto con la comunidad en momentos determinados:
 - Campañas comunitarias gratuitas para el regreso a la escuela
 - Baby showers comunitarios gratuitos
 - Educadores de salud comunitarios
 - Campañas comunitarias de recolección de pañales
- Un teléfono celular gratuito con minutos, datos y mensajes de texto mensuales libres
- Copagos bajos para medicamentos de venta libre con una receta del médico
- Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) para responder sus preguntas de salud, de día o de noche
- Recursos en línea:
 - Enlace de recursos comunitarios: ¿Necesita ayuda para encontrar vivienda, transporte, trabajo u otros servicios? El Enlace de recursos comunitarios es un sitio donde puede buscar servicios locales gratuitos o de bajo costo. Esta herramienta de búsqueda es fácil de usar y puede ayudarlo a encontrar servicios y recursos en su área. Solo tiene que introducir su código postal y seleccionar el tipo de servicio que está buscando. Es así de simple. Para obtener más información, visite myhealthybluela.com y seleccione Recursos comunitarios (Community Resources), o llame al **844-521-6941 (TTY 711)**.

Le ofrecemos estos beneficios para ayudarlo a mantenerse saludable.

* WW® es la marca comercial registrada de Weight Watchers International, Inc.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

¿Qué son los servicios de salud conductual?

Los servicios de salud conductual se definen como el cuidado médico para problemas emocionales, psicológicos, por abuso de sustancias y psiquiátricos. Forman parte de su plan médico.

Incluyen su bienestar emocional, psicológico y social. ¿Está teniendo problemas para pensar? ¿Se siente triste o ansioso? ¿Está bebiendo demasiado alcohol o consumiendo otras drogas? ¿Interfieren estos problemas en su trabajo o en la escuela? ¿Sus amigos o familiares han estado evitándolo y diciéndole que busque ayuda?

Si esto describe la forma en que se siente o actúa, es posible que necesite servicios de salud conductual. Podemos ayudarlo a averiguar qué servicios y tratamiento necesita. Estos son algunos signos o síntomas de problemas de salud conductual:

- Comer o dormir demasiado o muy poco
- Distanciarse de las demás personas y actividades habituales
- Tener poca o nada de energía
- Sentirse insensibilizado o como que nada importa
- Tener dolores sin explicación
- Sentirse desvalido o desesperanzado
- Fumar, beber o usar drogas más de lo usual
- Sentirse inusualmente confundido, desmemoriado, tenso, enojado, molesto, preocupado o asustado
- Gritar o pelear con familiares y amigos
- Experimentar bruscos cambios de humor que provocan problemas en las relaciones
- Tener pensamientos y recuerdos constantes que no puede sacarse de la cabeza
- Escuchar voces o creer cosas que no son ciertas
- Pensar en lastimarse o lastimar a otros
- No tener la capacidad para realizar tareas diarias como ocuparse de sus hijos o llegar al trabajo o la escuela

Podemos ayudarlo si:

- Tiene una adicción al alcohol o las drogas.
- Tiene un problema de adicción al juego.
- Tiene depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia u otro diagnóstico de salud mental.
- Tiene hijos y un problema de abuso de sustancias.
- Su hijo recibe servicios del Departamento de Servicios para Niños y Familias, o de la Oficina de Justicia Juvenil, y su hijo no califica para servicios de salud mental especializados.

- Está embarazada y tiene cualquiera de los problemas de salud mental, alcoholismo y abuso de sustancias mencionados.
- Necesita vivienda con apoyo permanente (vivienda a muy bajo precio con servicios de apoyo de salud mental y habilidades para la vida).

Podemos ayudar a su hijo si tiene un problema de salud mental o por abuso de sustancias y recibe servicios del Departamento de Servicios para Niños y Familias o la Oficina de Justicia Juvenil.

Estos son algunos recursos que podrían resultarle útiles para dejar de fumar o si tiene un problema de adicción al juego.

- Quit with Us, LA: este sitio web puede darle las herramientas que necesita para dejar el hábito. Visite quitwithusla.org o llame al **800-Quit-Now (784-8669)**.
- Si usted o alguien que conoce tiene un problema de adicción al juego, llame o envíe un mensaje de texto al **877-770-STOP (7867)**. Esta línea de ayuda está disponible las 24 horas, los siete días de la semana. Es una línea gratuita y confidencial que lo conectará con un proveedor de atención. Recibe los servicios que necesita sin costo para usted. Visite ldh.la.gov/ProblemGambling para obtener más información. Si quiere comunicarse a través del chat en vivo, visite helpforgambling.org.

Tipos de proveedores y servicios de salud conductual

A continuación, se presenta un resumen de los proveedores, servicios y beneficios de salud conductual que cubre Healthy Louisiana cuando los necesita. Su proveedor:

- Le proporcionará el cuidado que necesite.
- Lo referirá a un proveedor que pueda brindarle el cuidado que necesite.

En algunos casos, es posible que su proveedor deba obtener una aprobación previa de Healthy Blue para que usted pueda recibir un beneficio. Su proveedor trabajará con nosotros para recibir la aprobación.

Si tiene alguna duda o si no está seguro de si ofrecemos un beneficio determinado o si hay límites de cobertura, puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar ayuda. La lista a continuación incluye los servicios cubiertos por Healthy Blue.

Descripción	
Psiquiatra	Trata condiciones de salud mental. Los psiquiatras son médicos y pueden recetar y controlar el uso de medicamentos.
Los profesionales de la salud mental certificados (LMHP) incluyen: — Psicólogos médicos — Psicólogos certificados — Trabajadores sociales clínicos certificados	— Trabajan con miembros que tienen problemas de salud conductual por medio de evaluaciones y terapia individual, grupal y familiar.

Descripción	
<p>(LCSW)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Consejeros profesionales certificados (LPC) – Terapeutas matrimoniales y familiares certificados (LMFT) – Consejeros para adicciones certificados (LAC) – Enfermeros registrados de práctica avanzada en el campo de la salud conductual 	
Servicios ambulatorios intensivos para la salud mental y el abuso de sustancias	Tratamiento proporcionado en un entorno de tratamiento no residencial organizado, a menudo más de una vez a la semana.
Hogares colectivos terapéuticos	<p>Tratamiento en un centro similar a un hogar con un pequeño grupo de personas que están experimentando problemas similares a los suyos.</p> <p>Estos servicios están disponibles para miembros menores de 21 años.</p>
Centros de tratamiento psiquiátrico residencial	<p>Ayuda para pacientes hospitalizados que pueden requerir más de siete días de asistencia para volver a la comunidad.</p> <p>Estos servicios están disponibles para miembros menores de 21 años.</p>
Hospitales psiquiátricos independientes y unidades psiquiátricas en secciones diferenciadas (DPP)	Hospital con apoyo las 24 horas para personas que experimentan una crisis de salud mental.
Vivienda con apoyo permanente	Vivienda permanente para personas elegibles que necesitan un lugar a bajo precio y seguro para vivir con ayuda de los servicios de salud mental y habilidades para la vida. También puede comunicarse con el programa estatal llamando al 844-698-9075 para saber si reúne los requisitos.

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
Terapia asistida para la abstinencia de opioides y metadona	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes ambulatorios. • Ayuda con la abstinencia de opioides. Disponible para miembros de todas las edades. • Tratamiento asistido con medicamentos (MAT), incluido el tratamiento con metadona en programas de tratamiento por uso de opioides (OTP).
Servicios de análisis conductual aplicado (ABA)	<p>Servicio cubierto disponible para todos los miembros menores de 21 años, pero debe determinarse que es médicamente necesario. Se requiere aprobación previa. Encontrará más información más adelante en esta sección.</p>
Servicios básicos de salud conductual para pacientes ambulatorios	<p>Se brindan en el consultorio de un PCP. Estos servicios están disponibles para todos los miembros.</p>
Servicios de laboratorio clínico, pruebas de diagnóstico y servicios de radiología	<p>Deben ser solicitados por un médico. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las pruebas de diagnóstico y servicios de radiología solicitados por su médico. • Las radiografías portátiles (móviles) solo están cubiertas para miembros que no pueden abandonar su lugar de residencia sin la ayuda de un transporte especial. <p>Se aplican ciertos límites. Es posible que se requiera aprobación previa.</p>
Intervención en situaciones de crisis	<p>Estos servicios están disponibles para todos los miembros.</p>
Estabilización de crisis	<p>Estos servicios están disponibles para todos los miembros.</p>
Servicios médicos auxiliares de emergencia	<p>Un proveedor dentro o fuera de la red proporciona servicios auxiliares de emergencia en un hospital cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene una condición médica de emergencia. Una emergencia es cuando necesita recibir atención de inmediato, cuando está en peligro de hacerse daño o hacer daño a alguien más o si hay riesgo de muerte. • Healthy Blue le indica que obtenga servicios de emergencia. El proveedor tratante decidirá cuándo usted está estable para su traslado o para el alta. No se requiere aprobación previa.
Estabilización de crisis (CS) para	<p>Servicios para proporcionar recursos de apoyo</p>

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
jóvenes y adolescentes	intensivo y a corto plazo para miembros jóvenes y sus familias. La estabilización de crisis fuera del hogar se utiliza para evitar la hospitalización/ institucionalización del joven.
Apoyo y colocación individual (IPS)	<p>Los miembros elegibles que cumplen con los criterios de necesidad médica pueden recibir IPS cuando lo recomienda un profesional de la salud mental certificado (LMHP) o un médico dentro del alcance de su práctica. Los miembros deben reunir estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener por lo menos 21 años de edad. • Haber hecho la transición de un centro de enfermería o que lo hayan derivado de un nivel de atención de centro de enfermería a través del programa My Choice Louisiana. <p>Los servicios están sujetos a autorización previa. Los proveedores deben enviar documentación suficiente para determinar la necesidad médica.</p>
Hospitalización psiquiátrica	Estos servicios están disponibles para todos los miembros.
Medicamentos	<p>Healthy Blue sigue la lista de medicamentos preferidos del Departamento de Salud de Louisiana. Esta lista se denomina Lista de medicamentos preferidos (PDL).</p> <p>Los medicamentos cubiertos en la PDL incluyen medicamentos recetados y algunos de venta libre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos de la PDL necesitan aprobación previa. • Los medicamentos que no están en la PDL podrían necesitar aprobación previa. • Puede surtir sus recetas en las farmacias de la red de Prime Therapeutics State Government Solutions LLC. • La red de farmacias de Prime Therapeutics State Government Solutions LLC incluye la mayoría de las principales cadenas de farmacias y muchas farmacias comunitarias independientes. • Su farmacéutico puede autorizar un suministro de emergencia de 3 días de su medicamento mientras espera obtener la autorización previa.
Servicios de rehabilitación de salud mental	<p>Tratamiento asertivo comunitario (TAC)</p> <p>El TAC mejora los resultados para las personas que tienen un mayor riesgo de experimentar una crisis psiquiátrica con hospitalización. Puede ayudarlo</p>

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
	<p>a sobrellevar situaciones, relacionarse con los demás y desempeñarse mejor.</p> <p>Servicios de apoyo y tratamiento psiquiátrico en la comunidad (CPST) Servicios para ayudarlo a lograr los objetivos definidos en su plan de recuperación.</p> <p>Intervención en situaciones de crisis Servicios inmediatos para evitar que un miembro que experimenta una crisis de salud mental empeore.</p> <p>Rehabilitación psicosocial Servicios diseñados para ayudar a mejorar la vida de nuestros miembros con enfermedades mentales. Tiene como objetivo enseñar habilidades emocionales, cognitivas y sociales para ayudarlo a vivir y trabajar de la manera más independiente posible.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
Servicios de apoyo de pares	<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos a partir de los 21 años. Es posible que se requiera autorización previa para estos servicios.
Servicios móviles de respuesta en casos de crisis (MCR)	<ul style="list-style-type: none"> • Una respuesta en situaciones de crisis destinada a lograr una mejoría, la resolución y la intervención a través de apoyos y servicios de crisis durante la primera fase de una crisis en la comunidad. • Cara a cara y por tiempo limitado. • Para miembros de 21 años en adelante. Disponibles las 24 horas, los siete días de la semana.
Servicios de cuidado personal (PCS)	<p>Los PCS incluyen la asistencia y/o la supervisión necesaria para que los miembros con una enfermedad mental puedan realizar tareas rutinarias y vivir de manera independiente en su propio hogar.</p> <p>Los miembros elegibles de 21 años o más que cumplen con los criterios de necesidad médica pueden recibir los servicios de cuidado personal (PCS) cuando lo recomienda el profesional de la salud mental certificado (LMHP) que trata al miembro o un médico dentro del alcance de su práctica.</p>

Servicios cubiertos	Límites de cobertura
Tratamiento psiquiátrico residencial	Centros no hospitalarios que proporcionan servicios intensivos para pacientes internados menores de 21 años con diversos problemas de salud conductual.
Servicios de pruebas psicológicas	Este servicio es para todos los miembros.
Servicios por abuso de sustancias	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para pacientes ambulatorios. • Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios. • Servicios residenciales. • Servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados. • Servicios de desintoxicación para pacientes ambulatorios. <p>Estos servicios ayudan a tratar problemas por abuso de sustancias y están disponibles para todos los miembros conforme a los niveles de cuidado de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (ASAM).</p>
Hogares colectivos terapéuticos (TGH)	Este servicio está disponible para miembros menores de 21 años y no incluye alojamiento ni comida.

Servicios de análisis conductual aplicado (ABA)

La terapia ABA consiste en una serie de tratamientos conductuales que tienen por objeto promover conductas deseadas o convenientes para niños y adolescentes de hasta 21 años. La terapia ABA aplica principios científicos sobre el aprendizaje y la conducta para reducir la conducta que pueda ser perjudicial o que pueda interferir con el aprendizaje. La terapia ABA se usa para mejorar las habilidades lingüísticas y de comunicación, incrementar la atención, la concentración y las habilidades sociales; además de reducir las conductas problemáticas. Los servicios de ABA basados en el proveedor pueden incluir:

- Valoración, evaluación y reevaluación
- Plan de tratamiento conductual
- Capacitación en comunicación funcional
- Habilidades de autocontrol y adaptación para la vida diaria
- Habilidades cognitivas, verbales y lingüísticas
- Habilidades sociales y juego grupal
- Habilidades prevocacionales y vocacionales
- Capacitación para padres, educación para la familia y consejería

Los servicios de ABA deben ser médicamente necesarios para que nosotros los cubramos. Su proveedor debe solicitar una autorización previa y recibir la aprobación de

Healthy Blue para prestar estos servicios. Nuestros proveedores de servicios de ABA deben cumplir con los requisitos de habilitación de la Junta de Examinadores de Psicólogos del estado de Louisiana o ser Analistas Conductuales Certificados por el Colegio de Médicos (BCBA®) y estar certificados por la Junta de Analistas Conductuales de Louisiana (LBAB).

Recursos útiles

Grupos de apoyo de salud conductual		
Servicio	Información	Número de teléfono
Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)	Este es un grupo de apoyo de pares. La DBSA se centra en ayudar a miembros con depresión y trastorno bipolar.	Baton Rouge 225-275-2778 Metairie 504-286-1916 o 985-871-4360 Monroe 318-542-4154 o 318-388-6088
Bayou Land Families Helping Families, Inc. Región 3 (área centro sur)	Presta servicios en los distritos de Assumption, Lafourche, St. Charles, St. James, St. John, St. Mary y Terrebonne	800-331-5570
Families Helping Families	Families Helping Families son centros de recursos en su comunidad local para personas con discapacidades y sus familias. Families Helping Families es operado por padres de niños con discapacidades y personas con discapacidades. Vea a continuación los nombres y números de teléfono de los centros de su área.	
Families Helping Families of Acadiana Región 4 (área de Acadiana)	Presta servicios en los distritos de Acadia, Evangeline, Iberia, Lafayette, St. Landry, St. Martin y Vermilion	800-378-9854
Families Helping Families of Southwest Louisiana Región 5 (área sudoeste)	Presta servicios en los distritos de Allen, Beauregard, Calcasieu, Cameron y Jefferson Davis	800-894-6558
Families Helping Families Región 6 (área central de LA)	Presta servicios en los distritos de Avoyelles, Catahoula, Concordia, Grant, LaSalle, Rapides, Vernon y Winn	800-259-7200
Families	Presta servicios en los distritos de	877-226-4541

Grupos de apoyo de salud conductual		
Servicio	Información	Número de teléfono
Helping Families Región 7 (área noroeste)	Bienville, Bossier, Caddo, Claiborne, Desoto, Natchitoches, Red River, Sabine y Webster	
Families Helping Families of Northeast Louisiana, Inc. Región 8 (área noreste)	Presta servicios en los distritos de Caldwell, East Carroll, Franklin, Jackson, Lincoln, Madison, Morehouse, Ouachita, Richland, Tensas, Union y West Carroll	888-300-1320

Grupos de apoyo de salud conductual		
Servicio	Información	Número de teléfono
Northshore Families Helping Families, Región 9 (área de los distritos de Florida)	Presta servicios en los distritos de St. Tammany, Washington, Tangipahoa, St. Helena y Livingston	800-383-8700
Louisiana Federation of Families for Children's Mental Health	Louisiana Federation of Families for Children's Mental Health ayuda a familias de niños y jóvenes con necesidades de salud mental.	800-224-4010
Mental Health America of Louisiana (MHAL)	MHAL ayuda a promover la salud mental a través de educación, investigación y servicios.	800-241-6425
NAMI Louisiana (National Alliance on Mental Illness)	NAMI Louisiana es una organización de salud mental que trabaja para crear mejores vidas para los millones de estadounidenses afectados por enfermedades mentales.	866-851-6264

Agencias estatales		
Servicio	Información	Número de teléfono
Servicios de protección para adultos (APS) de la Oficina de Servicios para Adultos y Personas Mayores Departamento de Salud y Hospitales	Llame para denunciar abusos o negligencia de adultos que no pueden protegerse.	Llame a la línea gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana: 800-898-4910
Investigación para la Protección Infantil, Departamento de Bienestar Infantil de Servicios para Niños y Familias	El programa de Servicios de Protección Infantil investiga denuncias de abuso y negligencia relacionados con niños. El programa presta servicios útiles a niños y familias.	855-4LA-KIDS 855-452-5437
Comisión de Derechos Humanos de Louisiana	La Comisión de Derechos Humanos de Louisiana trabaja para proteger a las personas contra la discriminación ilegal. Si cree que está sufriendo discriminación, puede llamar para presentar una queja.	888-248-0859
Prime Therapeutics State Government Solutions LLC	Prime Therapeutics State Government Solutions LLC proporciona beneficios de farmacia a miembros que reciben beneficios completos de Medicaid y LaCHIP.	800-424-1664

Ayuda laboral		
Service	Information	Phone Number
Iniciativa del Navegador del Programa de Discapacidad	La Iniciativa del Navegador del Programa de Discapacidad ayuda a personas con discapacidades a encontrar trabajo. Puede encontrar agentes del programa en ubicaciones de Career Solutions Center en todo el estado.	<p>Baton Rouge Wooddale Boulevard: 225-925-4311</p> <p>Plank Road 225-358-4579</p> <p>New Orleans 504-568-7280</p> <p>Algiers 504-364-5625</p> <p>Houma 985-873-6855</p> <p>United Houma Nation 985-223-3093</p>
Servicios Psiquiátricos de Emergencia (EPS)	Línea de Prevención del Suicidio	<p>Llame o envíe un mensaje de texto al: 988 suicidepreventionlifeline.org/chat</p>
Servicios de Rehabilitación de Louisiana	Los Servicios de Rehabilitación de Louisiana asisten a personas con discapacidades para que consigan o mantengan el empleo y/o logren la independencia en sus comunidades a través de servicios de rehabilitación y del trabajo en cooperación con empresas y otros recursos de la comunidad.	<p><u>New Orleans</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Slidell: 504-838-5180 • West Bank: 504-361-6816 <p><u>Baton Rouge</u> 225-295-8900</p> <p><u>Houma</u> 985-857-3652</p> <p><u>Lafayette</u> 337-262-5353</p> <p><u>Lake Charles</u> 337-475-8038</p> <p><u>Alexandria</u> 318-487-5335</p>

Ayuda laboral		
Service	Information	Phone Number
		<u>Shreveport</u> 318-676-7155 <u>Monroe</u> 318-362-3232

Sistema Coordinado de Atención: Agencias integrales		
Servicio	Área de servicio	Número de teléfono
Región 1 Áreas de New Orleans y distrito de Jefferson Servicios Nacionales para Niños y Familias	Distritos de Jefferson, Orleans, Plaquemines y St. Bernard	504-267-5819
Región 2 Área de Baton Rouge Servicios Nacionales para Niños y Familias de Baton Rouge	Distritos de Ascension, East Baton Rouge, East Feliciana, Iberville, Pointe Coupee, West Baton Rouge y West Feliciana	225-456-2006
Región 3 Área de los distritos de Florida Choices, Inc.	Distritos de Livingston, St. Helena, Tangipahoa, Washington y St. Tammany	504-376-3895
Región 4 Área de Houma/ Thibodeaux Wraparound Services of Southeast LA	Distritos de Assumption, St. James, St. John the Baptist, St. Charles, Lafourche y Terrebonne	985-232-3930
Región 5 Área de Acadiana Eckerd Wraparound Agency	Distritos de Evangeline, Acadia, St. Landry, St. Martin, Iberia, Lafayette, St. Mary y Vermillion	337-678-3536
Región 6 Área de Lake Charles Choices, Inc.	Distritos de Beauregard, Allen, Jefferson Davis, Calcasieu y Cameron	337-523-4289
Región 7 Área de Alexandria Eckerd Wraparound Agency	Distritos de Avoyelles, Catahoula, Concordia, Grant, LaSalle, Vernon, Rapides y Winn	318-443-7900
Región 8 Área de Shreveport Choices, Inc.	Distritos de Bienville, Bossier, Caddo, Caliorne, DeSoto, Jackson, Natchitoches, Red River, Sabine y Webster	318-205-8202
Región 9 Área de Monroe Wraparound Services	Distritos de East Carroll, Franklin, Lincoln, Madison, Morehouse, Ouachita, Richland, Tensas, Union y West Carroll	318-654-4245

Sistema Coordinado de Atención: Agencias integrales

Servicio	Área de servicio	Número de teléfono
of Northeast Louisiana		

SERVICIOS CUBIERTOS CONFORME AL PLAN ESTATAL DE LOUISIANA O MEDICAID DE CARGO POR SERVICIO

Algunos servicios están cubiertos por el plan estatal de Louisiana o Medicaid de cargo por servicio en lugar de Healthy Blue. Se conocen como servicios excluidos. Aunque no cubrimos estos servicios, su PCP o especialista de Healthy Blue:

- Proporcionará todas las referencias requeridas.
- Lo ayudará a programar estos servicios.

El Departamento de Salud de Louisiana (LDH) pagará estos servicios según un cargo por servicio. Los beneficios excluidos incluyen:

- Servicios proporcionados a través del programa LDH Early Steps
- Servicios del Plan de educación individualizado en la escuela proporcionados a través del distrito escolar
- Servicios de salud para ayudar a que un miembro permanezca en su hogar o comunidad
- Servicios de administración de casos dirigida, incluido el programa Nurse Family Partnership

Para obtener detalles sobre cómo y dónde obtener acceso a estos servicios, llame al LDH de Louisiana al **888-342-6207**. Pueden aplicarse copagos para ciertos servicios.

Sistema de Cuidado Coordinado

El programa de Sistema de Cuidado Coordinado (CSoC) puede ayudar a jóvenes elegibles y sus familias a obtener los servicios que necesitan para regresar a su casa o permanecer en ella. El Sistema de Cuidado Coordinado ayuda a jóvenes que experimentan desafíos significativos de salud conductual a recibir los servicios que necesitan.

Healthy Blue realiza evaluaciones a los niños para decidir si necesitan estos servicios. Si su hijo cumple con uno de los tres criterios que se indican a continuación, entonces lo remitiremos al programa de CSoC que administra Magellan.

- ¿Su hijo ha hecho cosas que lo ponen en peligro? ¿Ha huido de casa?
¿Hace cosas imprudentes como viajar en el techo de un automóvil?
- ¿Ha amenazado su hijo alguna vez con lastimarse a sí mismo o a otras personas?
¿Ha participado de peleas en la escuela o en casa? ¿Alguna vez ha herido de gravedad a otra persona?
- ¿Ha transgredido su hijo las normas de la escuela o tenido problemas con la ley?

El sistema de cuidado ayuda a las familias y sus hijos a:

- Tener una mayor participación en su cuidado.
- Participar del proceso de tratamiento.

- Volver a casa o permanecer en ella.

Los servicios disponibles a través del Sistema de Cuidado Coordinado incluyen:

- Un plan de salud para miembros.
- Apoyo y capacitación para jóvenes, padres y cuidadores.
- Cuidado de relevo de corto plazo.
- Desarrollo de habilidades/vida independiente para jóvenes de más de 14 años.

Si usted o su hijo son elegibles para los servicios, es su decisión participar en el programa. Si desea saber si es elegible para recibir los servicios del programa de Sistema de Cuidado Coordinado, llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Podemos ayudarlo a programar una evaluación. Si se inscribe en el programa, Magellan Health Services lo ayudará a recibir servicios.

Si necesita ayuda para recibir los servicios, llame a Magellan directamente al **800-424-4489 (TTY 800-424-4416)** o visite **magellanoflouisiana.com**.

PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO DE LOUISIANA (LAHIPP)

El LAHIPP ayuda a los miembros del hogar elegibles para Medicaid a recibir cobertura mediante la póliza de seguro privado patrocinada por el empleador de la familia. El programa puede realizar algunos o todos los pagos mensuales por usted y su familia si usted tiene el seguro disponible a través de su trabajo y alguien de la familia tiene Medicaid. Si es un miembro de Medicaid, usted también podrá tener seguro médico.

Los beneficiarios del LAHIPP obtienen servicios médicos y de ambulancia para emergencias mediante Molina, y nosotros les prestamos servicios de salud conductual y para casos que no son de emergencia. Pagaremos el saldo restante luego de que su compañía de seguros principal pague, pero de todas formas usted debe seguir las políticas del plan principal. No pagaremos los servicios denegados por su plan principal excepto en circunstancias especiales.

Cubriremos algunos servicios que su seguro privado tal vez no cubra, tales como:

- Hogar colectivo terapéutico
- Tratamiento asertivo comunitario diario
- Estabilización de crisis
- Servicios de rehabilitación psicosocial
- Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario
- Terapia multisistémica
- Servicios de salud mental para intervención en situaciones de crisis
- Cuidado médico pediátrico diurno (PDHC)

AUTORIZACIONES PREVIAS

Algunos servicios y beneficios de Healthy Blue que figuran entre los beneficios cubiertos pueden requerir aprobación previa. Esto significa que usted y/o su proveedor deben pedirle a Healthy Blue que apruebe esos servicios o beneficios antes de recibirlos. Pídale más

información a su proveedor o contáctenos de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Para hablar con un representante de Administración de la utilización (UM), llame al **844-521-6941 (TTY 711)**.

Los siguientes servicios no requieren aprobación previa:

- Servicios de emergencia
- Servicios posteriores a la estabilización
- Atención de urgencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Plazos para las solicitudes de autorización previa:

- **Autorizaciones de servicio estándares (anteriores al servicio):** El ochenta por ciento (80%) de las autorizaciones de servicio estándares dentro de un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la obtención de la documentación correspondiente que se pudiera requerir.
- **Autorizaciones de servicios hospitalarios para pacientes internados (anteriores al servicio):** El cien por ciento (100%) de las autorizaciones de servicios hospitalarios para pacientes internados dentro de un plazo de dos (2) días calendario a partir de la obtención de la documentación correspondiente que se pudiera requerir.
**Todas las determinaciones de autorizaciones de servicio estándares se realizan, a más tardar, en catorce (14) días calendario.*
- **Revisión concurrente:** El cien por ciento (100%) de las determinaciones de revisiones concurrentes dentro de un plazo de un (1) día calendario a partir de la obtención de la información médica correspondiente.
- **Autorizaciones de servicio aceleradas:** El cien por ciento (100%) de las autorizaciones de servicio aceleradas con tanta rapidez como la condición médica del miembro lo requiera, pero siempre, a más tardar, en setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de la solicitud.

**Se considera acelerada cuando el proveedor indica, o Healthy Blue determina, que seguir los plazos de las autorizaciones de servicio estándares podría poner en grave riesgo la vida o la salud del miembro, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.*

- **Revisión retrospectiva:** El cien por ciento (100%) de las determinaciones de revisiones retrospectivas dentro de un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la obtención de los resultados de cualquier información médica correspondiente.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Healthy Blue cubre servicios de administración de casos gratuitos para los miembros que cumplen con ciertos criterios de población en riesgo.

A través de este proceso, un administrador de casos trabajará con usted y su familia (o un representante) para revisar sus fortalezas y necesidades. La revisión debería dar como resultado un plan de servicio:

- Acordado entre usted, su familia o su representante y el administrador de casos.
- Que satisfaga sus necesidades médicas, funcionales, sociales y de salud conductual

en el entorno más unificado posible.

El administrador de casos puede ayudar con lo siguiente:

- Determinar sus necesidades médicas.
- Desarrollar un plan de atención con usted.
- Darles a usted y a su familia la información y capacitación necesarias para tomar decisiones informadas y hacer elecciones.
- Darles a los proveedores la información que necesitan sobre cualquier cambio en su salud para ayudarlos a planificar, prestar y monitorear los servicios.
- Cuidado de seguimiento dentro de las 72 horas del alta por un diagnóstico de salud conductual.
- Planificación posterior a la atención para miembros antes del alta de un centro de 24 horas para atención de salud conductual.

Además de administradores de casos, contamos con trabajadores de salud comunitaria (CHW) que pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Acompañarlo a las citas con los médicos.
- Encontrar un médico para usted, incluidos los especialistas.
- Hacer un seguimiento cuando no asista a una cita.
- Conseguir vivienda, alimentos y otros recursos de necesidades básicas.

Para recopilar y evaluar esta información, su administrador de casos o trabajador de salud comunitaria les realizará entrevistas telefónicas o visitas a domicilio a usted o a sus representantes. Para completar la evaluación, el administrador de casos también obtendrá información de su proveedor de atención primaria (PCP) y especialistas y de otras fuentes para programar y decidir sus necesidades actuales de servicios médicos y no médicos.

Usted o su cuidador también pueden llamar a Servicios para Miembros si creen que necesita servicios de administración de casos. Lo remitiremos a nuestro departamento de Administración de Casos.

NUEVA TECNOLOGÍA

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

En nuestro proceso de revisión, usamos lo siguiente:

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

El director médico de Healthy Blue y nuestros proveedores participantes evalúan los nuevos avances médicos (o cambios en la tecnología existente) en las siguientes áreas:

- Procedimientos médicos.
- Procedimientos de salud conductual.
- Productos farmacéuticos.
- Dispositivos.

También consideran la bibliografía científica y estos nuevos avances y tratamientos médicos para determinar si sería adecuado incluirlos como beneficios cubiertos, y para determinar si cumplen con los siguientes requisitos:

- Son considerados seguros y eficaces por el gobierno.
- Dan resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia cubiertos que existen actualmente.

DIFERENTES TIPOS DE CUIDADO MÉDICO

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

Atención de rutina

En la mayoría de los casos, cuando usted no se siente bien y necesita cuidado médico, llama a su proveedor de atención primaria (PCP) y programa una cita. Luego, visita a su PCP. Este tipo de cuidado se conoce como **atención de rutina**.

Por ejemplo:

- La mayoría de las enfermedades y lesiones menores
- Chequeos regulares
- Ansiedad, depresión o cómo lidiar con el estrés

Debería poder visitar a su PCP en un plazo de seis semanas para recibir atención de rutina. En el caso de la salud conductual, debería poder ver a su proveedor de salud conductual en un plazo de 14 días a fin de recibir atención de rutina.

Pero esto es solo una parte del trabajo de su PCP. El PCP también se ocupa de su salud antes de que se enferme. Esto se conoce como **atención de bienestar**.

En este manual, consulte la sección **Atención de bienestar para niños y adultos**.

Atención de urgencia

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

- Vómitos
- Quemaduras o cortes menores
- Dolores de oído
- Dolores de cabeza
- Dolor de garganta
- Fiebre superior a 101 grados Fahrenheit

- Esguinces/distensiones musculares

Si necesita atención de urgencia:

- Llame a su PCP. El PCP le indicará qué hacer.
- Siga las instrucciones de su PCP. Es posible que su PCP le diga que vaya a alguno de los siguientes lugares:
 - A su consultorio de inmediato.
 - A algún otro consultorio, para recibir cuidado de inmediato.
 - A la sala de emergencias de un hospital; para conocer más detalles, consulte la siguiente sección sobre atención de emergencia.

También puede llamar a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al **866-864-2544 (TTY 711)** si necesita asesoramiento sobre la atención de urgencia. Debería poder ver a su PCP en un plazo de 24 horas para una cita de atención de urgencia.

Atención de emergencia

Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Puede ir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si se encuentra en otra ciudad u otro estado.

¿Qué es una emergencia? Una emergencia se da cuando usted necesita recibir atención de inmediato, ya que de lo contrario, podría producirse la muerte o podría causarle un daño grave a su cuerpo. Esto significa que alguien con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede inferir que el problema podría poner en riesgo su vida o causarle un daño grave a su cuerpo o a su hijo por nacer, en caso de que esté embarazada. Estos son algunos ejemplos de los problemas que casi siempre constituyen emergencias:

- Dificultad para respirar
- Dolor en el pecho
- Pérdida del conocimiento
- Sangrado profuso que no se detiene
- Quemaduras graves
- Sacudidas, llamadas convulsiones
- Pensamientos de matarse o matar a alguien más

Usted debería poder ver a un médico inmediatamente. El proveedor de emergencia que lo atienda decidirá si usted está lo suficientemente bien para ser trasladado o dado de alta del hospital. Healthy Blue cubrirá estos gastos en función de lo que decida el proveedor.

Si no se sabe con seguridad si su estado es estable, el médico tratante tomará la decisión final sobre su condición. Healthy Blue estará de acuerdo con esta decisión. Si desea recibir asesoramiento sobre la atención de emergencia, como dónde debe

acudir para recibir atención, llame a su PCP o a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al **866-864-2544 (TTY 711)**. Las emergencias médicas no necesitan aprobación previa de Healthy Blue. Después de acudir a la sala de emergencia:

- Llame a su PCP tan pronto como pueda.
- Si no puede hacerlo usted, pida a otra persona que lo haga.

Su PCP le proporcionará o coordinará cualquier cuidado de seguimiento que necesite. Esto se denomina **cuidados posteriores a la estabilización**. Estos servicios son para mantener estable su condición. Y no necesitan aprobación previa de Healthy Blue.

Cómo recibir cuidado médico si el consultorio de su proveedor de atención primaria está cerrado

Salvo en el caso de una emergencia (consulte la sección anterior), siempre debe llamar primero a su proveedor de atención primaria (PCP) antes de recibir cuidado médico. Si llama al consultorio de su PCP y está cerrado, deje un mensaje con su nombre y un número de teléfono en el que puedan comunicarse con usted. Si no se trata de una emergencia, alguien debería devolverle la llamada para indicarle qué hacer. También puede llamar a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) las 24 horas, los 7 días de la semana al **866-864-2544 (TTY 711)** para obtener ayuda.

Si cree que necesita servicios de emergencia (consulte la sección anterior), llame al 911 o vaya de inmediato a la sala de emergencias más cercana.

Cómo obtener cuidado médico cuando está fuera de la ciudad

Si necesita servicios de emergencia cuando está fuera de la ciudad o fuera de Louisiana, vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano o llame al **911**.* Tiene derecho a usar cualquier hospital u otro centro de atención de emergencias médicas. Eso se denomina atención fuera del área.

- Si necesita atención de urgencia:
 - Llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, deje un número de teléfono en el que puedan comunicarse con usted. Su PCP u otra persona deberían devolverle la llamada dentro de los 30 minutos.
 - Siga las instrucciones de su PCP. Es posible que le diga que busque atención donde esté si la necesita inmediatamente.
 - Si necesita ayuda, llame a Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine).
- Si necesita atención de rutina, como un chequeo:
 - Llame a su PCP.
 - Si necesita ayuda, llame a Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine).

*** Si está fuera de los Estados Unidos y recibe servicios médicos, los servicios no tendrán cobertura de Healthy Blue ni de Medicaid de cargo por servicio.**

Servicios de autorreferencia

Para recibir la mayoría de los servicios, deberá visitar a su PCP o a otro proveedor que trabaje con Healthy Blue. Pero hay algunos servicios por los cuales pagaremos, incluso

si los recibe de un proveedor que no forma parte de nuestro plan. Estos se llaman servicios de autorreferencia. Entre ellos, se incluyen los siguientes:

- Planificación familiar
- Servicios durante el embarazo
- Servicios de emergencia
- Servicios en centros de salud basados en la escuela
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias
- Algunos proveedores para niños con necesidades médicas especiales

También pagaremos por cualquier análisis de laboratorio y medicamento que reciba en el mismo sitio en que recibe el servicio de autorreferencia.

Cómo recibir cuidado médico si no puede salir de su casa

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

ATENCIÓN DE BIENESTAR PARA NIÑOS Y ADULTOS

Todos los miembros de Healthy Blue deben acudir a visitas regulares de bienestar con el proveedor de atención primaria (PCP). En una visita de bienestar, su PCP puede ver si usted tiene algún problema. De ser así, puede ayudarlo antes de que el problema sea grave.

Cuando se inscriba en Healthy Blue:

- Llame a su PCP.
- Programe su primera cita en un plazo de 90 días.

Atención de bienestar para niños

Por qué los controles médicos pediátricos son importantes para los niños

Los niños necesitan más visitas de bienestar que los adultos. Estas visitas de bienestar para niños son para cualquier miembro de Medicaid que sea menor de 21 años. Los bebés deben:

- Visitar al PCP al menos siete veces antes de los 12 meses de vida.
- Ir con más frecuencia si se enferman.

Su hijo puede tener necesidades especiales o una enfermedad, como asma o diabetes. Si este es el caso, uno de nuestros administradores de casos puede ayudar a que su hijo se realice chequeos y análisis, y reciba vacunas. Su hijo puede hacerse chequeos con su PCP o cualquier proveedor de la red de Healthy Blue. No necesita una referencia para estas visitas.

En estas visitas de bienestar, el PCP de su hijo:

- Se asegurará de que su bebé esté creciendo bien.
- La ayudará con los cuidados del bebé, hablará con usted sobre qué darle de comer y cómo ayudarlo a dormir.

- Hablará con usted sobre su crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas, lo que usted puede hacer para ayudar y cómo evitar accidentes y enfermedades infantiles.
- Responderá las preguntas que tenga sobre su bebé.
- Verá si su bebé tiene algún problema que pueda necesitar cuidado médico adicional.
- Le dará a su bebé vacunas que ayudarán a protegerlo de enfermedades.

Cuándo su hijo debe asistir a visitas de control médico pediátrico

Controles médicos pediátricos en el primer año de vida de su bebé

El primer control médico pediátrico será en el hospital. Esto ocurre justo después de que nace el bebé. Para las siguientes siete visitas, debe llevar a su bebé al consultorio de su PCP. La iniciativa Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda programar una visita con el médico cuando el bebé tenga:

- Entre 3 y 5 días de nacido
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses

Controles médicos pediátricos en el segundo año de vida de su bebé

A partir del segundo año de vida del bebé, debe visitar al médico por lo menos cuatro veces más, a estas edades:

- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses

Controles médicos pediátricos entre los 3 y los 20 años

Su hijo debe ver al médico otra vez a los 3, 4 y 5 años. Asegúrese de programar estas visitas. Es importante llevar a su hijo al PCP cuando esté programado. Desde los 6 hasta los 20 años, su hijo debe ver a su PCP por lo menos una vez cada año para un chequeo de control pediátrico.

Prueba de detección de plomo en sangre

El PCP de su hijo le realizará una prueba de detección de envenenamiento por plomo en cada control médico pediátrico. El PCP de su hijo le hará un análisis de concentración de plomo en sangre a los 12 y a los 24 meses a menos que decida que se debe hacer en otro momento. El PCP de su hijo también le hará análisis de concentración de plomo en sangre a su hijo entre los 3 y los 6 años si no le han hecho análisis antes.

Para tomar la muestra de sangre, el PCP de su hijo le pinchará el dedo o extraerá sangre de sus venas. El análisis indicará si su hijo tiene plomo en la sangre.

Examen de diagnóstico de visión

El PCP de su hijo debe revisarle la visión en cada control médico pediátrico.

El programa Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría recomienda que

los niños acudan al pediatra para un control de los ojos a las siguientes edades:

- Recién nacido
- A los 6 meses de edad
- Entre los 1 y los 2 años
- Entre los 3 y los 4 años
- A los 5 años y en adelante

Examen de diagnóstico de audición

El PCP de su hijo debe revisarle la audición en cada control médico pediátrico. Estos chequeos pueden incluir un examen físico de los oídos para revisar si hay un exceso de cera, líquido o señales de infección. El programa Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría recomienda realizar pruebas de audición más completas a los 4, 5, 6, 8 y 10 años. Las pruebas se deben realizar más a menudo si su hijo tiene síntomas de pérdida de la audición.

Examen de diagnóstico dental

El PCP de su hijo debe controlarle los dientes y las encías en cada control médico pediátrico. El programa Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría recomienda que, a partir de los 12 meses de edad, un dentista debe controlar a los niños cada 6 meses o de acuerdo a un programa recomendado por el dentista, en función de las necesidades individuales del niño.

Vacunas

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

- 1) Lleve a su hijo al médico cuando su PCP le indique que necesita una vacuna.
- 2) Use el cuadro que aparece a continuación como guía para ayudar a hacer un seguimiento de las vacunas que su hijo necesita.

PROGRAMA DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS

EDAD →	Nacim ento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	2-3 años	4-6 años	7-10 años	11-12 años	13-18 años
Hepatitis B	HepB	HepB			HepB _i							Serie de HepB si no se ha suministrado		
Rotavirus			Rota	Rota	Rota si es necesario									
Difteria, tétanos, tos ferina			TdaP	TdaP	TdaP		TdaP				TdaP		TdaP	TdaP si no se ha suministrado
Haemophilus influenzae tipo b			Hib	Hib	Hib si es necesario	Hib								
Antineumocócica			PCV	PCV	PCV	PCV				PPSV si está en alto riesgo		PPSV si está en alto riesgo		
Antipoliomielítica inactivada			IPV	IPV	IPV						IPV	Serie de IPV si no se ha suministrado		
Influenza					Influenza (anual)						Influenza (anual)			
Sarampión, paperas, rubéola						MMR					MMR	Serie de MMR si no se ha suministrado		
Varicela						Varicela					Varicela	Serie de varicela si no se proporcionó		
Hepatitis A						HepA (2 dosis)				Serie de HepA si está en alto riesgo				
Meningocócica										MCV4 si está en alto riesgo			MCV4	MCV4 si no se ha suministrado
Virus del papiloma humano													VPH	Serie de VPH si no se ha suministrado

Atención de bienestar para adultos

Las visitas de atención de bienestar para adultos son una parte importante de su salud general. Esta atención preventiva ayuda a detectar problemas de manera temprana para que sean más fáciles de tratar. El PCP es el médico principal para este tipo de atención. Trabajaré con usted para asegurarse de que se mantenga saludable.

A continuación encontrará recordatorios sugeridos de medidas de cuidado preventivo para adultos. Estos recordatorios no mencionan todos los exámenes médicos. Hable con su médico sobre sus necesidades médicas específicas. Pregunte a su médico qué exámenes o pruebas son adecuados para usted, cuándo debe realizarlos y con qué frecuencia.

El médico puede sugerir cuidado preventivo adicional a las recomendaciones usuales en función de su salud y los factores de riesgo personales y familiares.

Las guías a continuación se basan en los criterios y sugerencias específicos del estado de los expertos en salud, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS).

Exámenes médicos (para mujeres y hombres)

Tipo de examen	¿Quién lo necesita?
Control de la presión arterial	Miembros de más de 18 años
Prueba de detección de colesterol	Miembros de más de 20 años en riesgo
Prueba de detección de diabetes	Miembros de más de 45 años en riesgo
Prueba de detección de cáncer colorrectal (CRC)	Miembros en riesgo: Es posible que sea necesario iniciar las pruebas antes de los 50 años
Otras pruebas de detección de cáncer	Según el historial de salud personal del miembro
Depresión	Los miembros deben hablar con su PCP si se han estado sintiendo tristes
Prueba de detección de problemas con la bebida y abuso de sustancias	Los miembros deben compartir sus antecedentes de consumo de drogas o alcohol con su PCP
Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Miembros sexualmente activos

Recomendaciones para las mujeres

Tipo de examen	¿Quién lo necesita?
Mamografía	Miembros de más de 40 años
Examen clínico de mamas	Miembros de más de 20 años
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Miembros de más de 21 años
Prueba de detección de osteoporosis	Miembros de más de 65 años

Recomendaciones para los hombres

Tipo de examen	¿Quién lo necesita?
Prueba de detección de cáncer de próstata	Miembros de más de 55 años
Aneurisma aórtico abdominal	Miembros de más de 65 años

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

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

- Programe una visita con el PCP lo antes posible.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para programar la visita.

Si su hijo no visitó al PCP a tiempo, Healthy Blue le enviará una tarjeta para recordarle

que debe programar la cita de bienestar para su hijo.

TIPOS ESPECIALES DE CUIDADO MÉDICO

Cuidado especial para miembros embarazadas

Nuevo nacimiento, nueva vida (New Baby, New LifeSM) es el programa de Healthy Blue para todas las miembros embarazadas. Es muy importante que visite a su proveedor de atención primaria (PCP) o a su obstetra o ginecólogo (ginecólogo obstetra) para recibir atención si está embarazada. Este tipo de atención se denomina atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. Siempre es importante la atención prenatal, aunque ya haya tenido un bebé. Con nuestro programa, las miembros reciben información de salud y hasta \$75 en recompensas por recibir atención prenatal y cuidado de posparto.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades médicas más complicadas. Los enfermeros administradores de casos trabajan en estrecha colaboración con estas miembros para proporcionarles:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico.
- Información sobre los servicios y recursos comunitarios, como transporte, el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), lactancia y consejería.

Nuestros enfermeros también colaboran con los médicos y ayudan con otros servicios que las miembros puedan necesitar. El objetivo es fomentar una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

Atención de calidad para usted y su bebé

En Healthy Blue, queremos darle la mejor atención durante el embarazo. Por eso, también participará en My Advocate[®], que es parte de nuestro programa New Baby, New Life. My Advocate le brinda la información y el apoyo que necesita para mantenerse saludable durante el embarazo.

Conozca My Advocate

My Advocate proporciona educación sobre salud maternal por teléfono o a través de una aplicación para teléfono inteligente o el portal web de manera útil y divertida. Si elige la versión para el teléfono, podrá conocer a Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate. Mary Beth responderá a sus necesidades a medida que vayan cambiando junto con el crecimiento y el desarrollo de su bebé. Usted contará con lo siguiente:

- Educación útil.
- Comunicación con su administrador de casos a través de mensajes en My Advocate si surgen preguntas o problemas.
- Un sencillo programa de comunicación.
- Todo sin costo alguno para usted.

Con My Advocate, se protege la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que Mary Beth llame, le preguntará su año de nacimiento. Proporcionele este dato. Ella lo necesita para asegurarse de que está hablando con la persona correcta.

Ayudamos a que usted y su bebé estén sanos

Las llamadas de My Advocate dan respuesta a sus preguntas y le brindan apoyo médico si lo necesita. Habrá una llamada importante que funcionará como examen médico de diagnóstico y a la que seguirán otras llamadas informativas continuas. Lo único que debe hacer es escuchar, aprender y responder una o dos preguntas por teléfono. Si nos cuenta que tiene algún problema, un administrador de casos le devolverá la llamada. Los temas que trata My Advocate incluyen:

- Atención durante el embarazo
- Cuidado de posparto
- Controles médicos pediátricos

Cuando queda embarazada

Si cree que está embarazada:

- Llame de inmediato a su PCP o a su ginecólogo obstetra. No necesita una referencia de su PCP para consultar a un ginecólogo obstetra.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo obstetra que trabaje con Healthy Blue.

Visite nuestra página Embarazo y bienestar (Pregnancy and Wellness) en **myhealthyblue.com** para obtener información y recursos sobre cómo mantenerse saludable y tener un bebé sano. Puede acceder a materiales educativos, entre los que se incluyen los siguientes:

- Información sobre el cuidado personal en relación con el embarazo
- Detalles sobre My Advocate® relativos al programa y cómo inscribirse y obtener información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, Internet o una aplicación para teléfono inteligente
- Información del programa Recompensas Saludables (Healthy Rewards) sobre cómo canjear sus recompensas por atención prenatal, cuidado de posparto y controles médicos pediátricos para el bebé
- Educación sobre cómo tener un bebé saludable, la depresión posparto y la atención del recién nacido, incluidos recursos útiles

Si desea recibir por correo información sobre el embarazo, llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)**.

Mientras está embarazada, debe cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Servicios para Miembros puede proporcionarle el número de teléfono del programa WIC más cercano.

Durante el embarazo, debe visitar a su PCP o al ginecólogo obstetra al menos en estas ocasiones:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.

- Cada dos semanas durante el séptimo y el octavo mes.
- Todas las semanas durante el último mes.

Es posible que su PCP o ginecólogo obstetra le indique visitas más frecuentes en función de sus necesidades de salud.

Cuando nazca su bebé

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

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

Es posible que se queden menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé determinan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en su hogar en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé, usted debe:

- Llamar a Servicios para Miembros de Healthy Blue apenas pueda para informar a su administrador de casos que dio a luz. Necesitaremos información sobre su bebé.
- Llame a su agencia de Medicaid para solicitar la inscripción de su bebé en Medicaid.

Después de tener a su bebé

Si usted está inscrita en My Advocate y recibió llamadas informativas durante el embarazo, ahora recibirá llamadas sobre educación de posparto y controles pediátricos hasta 12 semanas después del parto.

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

- La visita debe hacerse entre 1 y 12 semanas (de 7 a 84 días) después del parto.
- Si tuvo una cesárea, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que vuelva para hacer un chequeo posquirúrgico una o dos semanas después del parto. Esto no se considera un chequeo posparto. Debe volver a visitar al proveedor en un plazo de 12 semanas, u 84 días después del parto, para hacer el chequeo posparto.

Apoyo para dejar de fumar para mujeres embarazadas y mamás primerizas

Nuestra prioridad es asegurarnos de que usted y su bebé estén saludables.

Healthy Blue proporciona consejería para dejar de fumar para ayudarla a dejar de fumar o de usar otros productos derivados del tabaco. Esta consejería está disponible para miembros de Healthy Blue durante el embarazo y hasta 60 días después del parto (después del embarazo).

Los miembros pueden recibir cuatro sesiones de consejería individual, con dos intentos de dejar de fumar al año (hasta ocho sesiones por año). Healthy Blue puede cubrir consejería adicional si su proveedor lo considera médicamente necesario. Debe recibir consejería de su proveedor de atención primaria (PCP) o su proveedor de obstetricia (OB). Puede trabajar con otro proveedor de cuidados médicos si tiene una referencia de su PCP u OB. Si necesita ayuda para lograr una vida libre de tabaco, hable con su proveedor en su próxima visita.

Puede obtener más información sobre los beneficios y servicios cubiertos en su manual del miembro de Healthy Blue. Si tiene alguna pregunta, envíenos una nota segura en cualquier momento desde su cuenta en Internet en myhealthyblue.com o llame al **844-521-6941 (TTY 711)**.

Administración de cuidados médicos crónicos/Cuidado de condiciones

Nuestro Programa de Cuidado de Condiciones, o administración de cuidados médicos crónicos, puede ayudarlo a que conozca más sobre su salud, teniendo en cuenta sus necesidades en todo momento. Nuestro equipo está formado por enfermeros registrados llamados administradores de casos de cuidado de condiciones. Lo ayudarán a controlar mejor su condición o problema de salud.

Puede elegir participar de un programa de cuidado de condiciones sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede participar en un Programa de Cuidado de Condiciones para obtener cuidado médico y servicios de apoyo si tiene alguna de las siguientes condiciones:

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

Cómo funciona

Si elige participar en uno de nuestros programas de cuidado de condiciones, un administrador de casos de cuidado de condiciones hará lo siguiente:

- Lo ayudará a establecer metas de salud y crear un plan para alcanzarlas.
- Le proporcionará capacitación y apoyo mediante llamadas personalizadas.
- Hará un seguimiento de su progreso.
- Le proporcionará información acerca de recursos de apoyo y cuidadores locales.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con sus problemas de salud).

- Le enviará materiales informativos para que conozca mejor su condición, y su salud y su bienestar generales.
- Coordinará su atención con los proveedores de cuidados médicos; por ejemplo, lo ayudará a:
 - Programar las citas.
 - Asistir a visitas con proveedores de cuidados médicos.
 - Lo referirá a especialistas dentro de nuestro plan de salud, si fuera necesario.
 - Conseguir el equipo médico que usted necesite.
- Disponer de herramientas y materiales educativos para controlar su peso y abandonar el tabaquismo (dejar de fumar y consumir tabaco).

También hay programas disponibles para:

- Hepatitis C.
- Anemia falciforme.

Nuestro equipo de cuidado de condiciones trabajará con su PCP para ayudarlo con sus necesidades médicas.

Cómo inscribirse

Si reúne los requisitos, le enviaremos una carta de bienvenida al Programa de Cuidado de Condiciones. O bien, llámenos al número gratuito **888-830-4300 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Cuando llame, haremos lo siguiente:

- Lo pondremos en contacto con un administrador de casos de cuidado de condiciones para comenzar.
- Le haremos algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar juntos para crear un plan para usted o su hijo.

También puede enviarnos un mensaje de correo electrónico a Condition-Care-Self-Referral@healthyblueela.com*

* Tenga en cuenta que los correos electrónicos enviados por Internet son, por lo general, seguros; sin embargo, existe el riesgo de que terceros puedan acceder a ellos (los intercepten) sin que usted lo sepa. Si opta por enviar su información por correo electrónico, usted reconoce y entiende que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

Puede dejar de participar en el programa en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita **888-830-4300 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. para cancelar su inscripción en el programa. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado a su administrador de casos de cuidado de condiciones en cualquier momento.

Como miembro de Healthy Blue inscrito en el programa de cuidado de condiciones, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Tener información sobre Healthy Blue. Esto incluye todos los programas y servicios de Healthy Blue, al igual que información sobre la educación y la experiencia laboral de nuestro personal, además de los contratos que tengamos con otras empresas o agencias.
- Rehusarse a participar o cancelar su inscripción en programas y servicios que ofrecemos.
- Rehusarse a participar o cancelar su inscripción en programas y servicios que ofrecemos por motivos religiosos. En el caso de un niño, el padre o tutor puede rehusarse.
- Saber qué miembros del personal coordinan sus servicios médicos y a quién pedir un cambio.
- Obtener ayuda de Healthy Blue para tomar decisiones con los médicos sobre su cuidado médico.
- Conocer todos los tratamientos relacionados con el cuidado de condiciones. Esto incluye todos los tratamientos mencionados en las guías clínicas, ya sea que estén o no cubiertos por Healthy Blue; usted tiene derecho a analizar todas las opciones con sus médicos.
- Que la información personal y médica se mantenga en privado conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA); saber quién tiene acceso a su información y saber qué hace Healthy Blue para mantener la confidencialidad.
- Saber quién tiene acceso a su información y conocer los procedimientos que se usan para garantizar la seguridad, la privacidad y la confidencialidad.
- Recibir un tratamiento cortés y respetuoso de parte del personal de Healthy Blue.
- Presentar una queja o un reclamo ante Healthy Blue y obtener asesoramiento sobre cómo usar el proceso de quejas o reclamos, incluido cuánto tiempo tardamos en responder y en resolver los problemas.
- Obtener información clara y fácil de entender.

Healthy Blue cubre todos los servicios de Medicaid requeridos por el estado de Louisiana, pero si siente que hay servicios que no tienen cobertura debido a objeciones morales o religiosas, puede contactar al agente de inscripción para obtener más información. Para recibir información sobre cómo obtener estos servicios, llame al **855-229-6848 (TTY 855-526-3346)**.

Le recomendamos que haga lo siguiente:

- Escuchar y conocer las consecuencias que conlleva aceptar o rechazar asesoramiento sobre cuidado médico.
- Proporcionar la información necesaria a Healthy Blue para prestar los servicios.
- Informar a Healthy Blue y a sus médicos si decide cancelar su inscripción en el Programa de Cuidado de Condiciones.

Si tiene una de estas condiciones o desea obtener más información sobre nuestro programa de cuidado de condiciones, llame al **888-830-4300** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. Pida hablar con un administrador de casos de cuidado de condiciones. O bien, puede dejar un mensaje privado para su administrador de casos las

24 horas. También puede visitar nuestro sitio web en myhealthybluea.com. Puede llamar a cuidado de condiciones si desea una copia de la información sobre cuidado de condiciones que se encuentra en línea. Su llamada puede ser el primer paso en el camino hacia una mejor salud.

Programa Familias Saludables

El programa Familias Saludables (Healthy Families) es un programa de seis meses para miembros de entre 7 y 17 años que ayuda a las familias a lograr una buena salud y mantenerse saludables. Ofrece a las familias capacitación sobre actividad física y hábitos saludables, información escrita sobre nutrición, y recursos comunitarios y en línea. Para obtener información adicional o inscribirse en el programa Familias Saludables, llame al **844-421-5661 (TTY 711)**.

Medicamentos

Si tiene preguntas sobre su cobertura de medicamentos, llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **833-207-3114 (TTY 711)**.

Copagos

El copago es un monto que quizá deba pagar por un servicio de salud. Algunos medicamentos y beneficiarios están sujetos a copagos.

No hay copagos ni deducibles por los servicios cubiertos de salud física y conductual. A continuación, se muestra la lista de copagos por medicamentos si tiene Healthy Blue.

Costo del medicamento	Lo que usted paga*
\$10 o menos	\$0.50
\$10.01-\$25	\$1
\$25.01-\$50	\$2
Más de \$50	\$3

No hay copagos para algunos miembros incluidos niños, mujeres embarazadas, miembros en el hospital, miembros que utilizan servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, mujeres que tienen Medicaid debido a que padecen cáncer de cuello uterino o de mama, miembros que reciben servicios para enfermos terminales o que viven en un centro de cuidados médicos a largo plazo, o miembros indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Tampoco hay copagos para servicios de planificación familiar, servicios de emergencia y para algunos medicamentos preventivos.

Los miembros con ingresos del hogar que superan el 5% de los ingresos mensuales familiares no están obligados a pagar ningún copago. Una vez alcanzado el límite, no hay copagos para el resto del mes.

Sobre la Lista de medicamentos preferidos (PDL)

Acceso a farmacias y red de farmacias

Prime Therapeutics State Government Solutions LLC tiene una sólida red de farmacias donde puede surtir sus recetas. Puede buscar en el directorio en línea, en tiempo real,

mediante la tecnología de geolocalización en lamcopbmpharmacy.com. También encontrará un directorio completo en PDF en el sitio web o puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Farmacia. **Servicios disponibles (lista de medicamentos preferidos [PDL], autorización previa, estrategias de administración de la utilización [UM] de farmacia, servicios excluidos, etc.)**

- Lista de medicamentos preferidos (PDL): La PDL está disponible en línea en lamcopbmpharmacy.com o puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Farmacia al **800-424-1664**.
- Autorizaciones previas (PA): Prime Therapeutics tiene sistemas integrales y vastos conocimientos clínicos para garantizar que los beneficiarios elegibles reciban el cuidado necesario a través del uso adecuado de medicamentos.
- Estrategias de UM de farmacia: La PDL se utilizará con cada revisión de autorización previa que complete el equipo de Servicios de farmacia de Prime Therapeutics.

Cuando se requiere una autorización previa, Prime Therapeutics debe aprobar la solicitud del proveedor antes de que pueda surtir su medicamento en su farmacia de la red preferida. Servicios excluidos:

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

Medicamentos ambulatorios de emergencia

Los medicamentos que requieren una PA clínica pueden ser elegibles para un suministro de emergencia cuando la farmacia no se puede comunicar con el profesional que receta y considera que la situación es una emergencia. Entre ellos, se incluyen los siguientes:

- Las reclamaciones que indiquen situaciones de emergencia se deben dispensar con un suministro para, al menos, 72 horas (3 días) y hasta 14 días.
- Los surtidos de emergencia se limitan a dos surtidos por cada periodo de 30 días consecutivos, por formulación del medicamento. Una vez que se supera el límite, las reclamaciones se denegarán conforme a Consejo Nacional para Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP) 76: Se superaron las limitaciones del plan y la farmacia debe llamar al Centro de Atención Telefónica para que se puedan considerar.
- Los beneficiarios están exentos de pagar copagos por situaciones de emergencia.

Reposiciones

Si necesita reposiciones de medicamentos que requieren autorización previa, es posible que pueda obtener un suministro temporal para 3 días hasta que se obtenga una autorización previa de su médico. Para hacerlo, visite una farmacia de la red y muestre su tarjeta de identificación del miembro. Hable con su médico sobre sus opciones de medicamentos recetados.

Medicamentos para tratamiento a largo plazo

Para averiguar qué medicamentos están disponibles con un suministro para 90 días, puede ponerse en contacto con: Servicios para Miembros de Prime Therapeutics State Government Solutions LLC al **800-424-1664**.

- Hable con su farmacéutico. Su farmacéutico puede llamar a su médico para obtener una nueva receta para un suministro para 90 días.
- Hable con su médico. Su médico puede emitir una nueva receta para un suministro para 90 días de su medicamento. Le hemos informado a su médico acerca de este cambio en su beneficio de farmacia.

Para obtener más información, hable con su médico o farmacéutico, llame a Servicios para Miembros de Prime Therapeutics State Government Solutions LLC al **800-424-1664** o visite lamcopbmpharmacy.com.

Farmacias del Programa de Servicios de Salud Indígena/Tribal/Salud Indígena Urbana (I/T/U)

Solamente los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska pueden usar las farmacias del Programa de Servicios de Salud Indígena/Tribal/Salud Indígena Urbana (I/T/U) de nuestro plan. Es posible que otros miembros puedan acceder a estas farmacias en circunstancias especiales, como en un caso de emergencia.

Para obtener más información sobre estas farmacias, comuníquese con Prime Therapeutics State Government Solutions LLC al **800-424-1664** o visite lamcopbmpharmacy.com. La farmacia I/T/U que figura en este directorio de proveedores o llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

SERVICIOS ESPECIALES DE HEALTHY BLUE PARA UNA VIDA SANA

Información de salud

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

- Puede preguntar a su proveedor de atención primaria (PCP).
- Puede llamarnos. La Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) se encuentra disponible las 24 horas, los siete días de la semana, para responder a sus preguntas. Ellos pueden decirle:
 - Si necesita ver a su PCP.
 - Cómo ocuparse de algunos problemas de salud que pueda tener.

Clases de educación sobre salud

Healthy Blue trabaja para que pueda mantenerse saludable con nuestros programas de educación sobre salud. Podemos ayudarlo a encontrar clases cerca de su casa. Puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar dónde y cuándo se realizan estas clases.

Algunas de las clases incluyen información sobre:

- Nuestros servicios y cómo obtenerlos
- Parto
- Educación sobre la diabetes
- Cuidado del bebé
- Crianza
- Embarazo
- Cómo dejar de fumar
- Protección personal contra la violencia
- Otros temas de salud

Algunos de los consultorios de salud de mayor tamaño (como las clínicas) de nuestra red muestran videos de salud. Hablan sobre vacunación, atención prenatal y otros temas de salud importantes. Esperamos que obtenga más información sobre cómo mantenerse saludable mirando estos videos. También le enviaremos por correo un boletín para miembros dos veces al año, con noticias sobre atención de bienestar y cuidado de enfermedades. También ofrece consejos para ser mejor padre y sobre otros temas.

Eventos comunitarios

Healthy Blue patrocina y participa en eventos comunitarios especiales y días de entretenimiento para la familia en los que puede obtener información sobre la salud y divertirse. Puede obtener información sobre temas como:

- Alimentación saludable
- Asma
- Estrés

Usted y su familia pueden participar en juegos y ganar premios. También habrá gente de Healthy Blue en el evento para responder preguntas sobre sus beneficios. Llame a Servicios para Miembros para averiguar dónde y cuándo serán estos eventos.

Violencia doméstica

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

Consejos de seguridad para su protección:

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

Si tiene preguntas o necesita ayuda:

- Llame a la Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) al **866-864-2544 (TTY 711)**.
- Llame sin costo a la Línea Nacional contra la Violencia Doméstica al **800-799-7233 (TTY 800-787-3224)**.

Menores

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

Los padres o tutores legales también tienen el derecho a conocer la historia clínica de sus hijos, excepto información acerca de lo siguiente:

- Control de natalidad.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los menores pueden pedir a su PCP que no informe a sus padres sobre su historia clínica. Sin embargo, los padres pueden pedir al PCP ver la historia clínica. Si el médico o proveedor considera que esto es por el bien del menor, puede decidir informar al padre, madre o tutor legal sobre el tratamiento del menor.

Estas normas no se aplican a los menores emancipados. Los miembros menores de 18 años pueden ser menores emancipados en los siguientes casos:

- Están casados.
- Están embarazadas.
- Tienen un hijo.

Los menores emancipados pueden tomar sus propias decisiones sobre su cuidado médico y el cuidado médico de sus hijos. Los padres dejan de tener derecho a ver la historia clínica de los menores emancipados.

Los padres o tutores tienen derecho a rechazar el servicio médico, el diagnóstico o el tratamiento para su hijo por motivos morales o religiosos.

CÓMO HACER UN TESTAMENTO VITAL (DIRECTIVA ANTICIPADA)

Los menores emancipados y miembros mayores de 18 años tienen derechos conforme a la ley de directivas anticipadas. Puede que sea un tema difícil de hablar, pero es importante que converse con su familia y su proveedor sobre la atención que desea.

Luego, puede poner sus deseos por escrito. De esta forma, su familia no tendrá que suponer o tomar decisiones difíciles sobre qué atención desea en caso de que no pueda expresarlo.

Es posible que tenga dudas serias sobre la atención que recibe, como por ejemplo:

- Si el proveedor de cuidados médicos satisfará sus necesidades médicas y espirituales.
- La calidad de su cuidado médico.
- Pasar largos periodos con soporte vital.
- El estrés financiero o emocional que el final de la vida puede provocar a su familia.

La directiva anticipada es una oportunidad para que usted, su familia y su proveedor conversen sobre sus necesidades médicas, físicas y espirituales cuando sea el momento de proporcionarle cuidado terminal.

Existen dos tipos principales de directivas anticipadas:

- Un testamento vital: esto le permite establecer el tipo de atención que desea y el que no desea.
- Un poder de representación duradero: esto le permite designar a una persona para que tome las decisiones en su nombre cuando usted no pueda hacerlo.

Si desea firmar un testamento vital o un poder de representación duradero, puede:

- Pedir a su proveedor de atención primaria (PCP) un formulario de testamento vital o poder de representación duradero.
- Completar el formulario usted mismo o llamarnos si necesita ayuda.
- Llevar o enviar por correo el formulario completo a su PCP o especialista. Así, su PCP o especialista sabrán el tipo de atención que desea recibir.

Después de firmar un testamento vital o un poder de representación duradero, puede cambiar de parecer en cualquier momento.

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

Si no se respetan los deseos establecidos en su directiva anticipada, puede presentar una queja ante la Oficina de Estándares de Salud (agencia de encuestas y certificaciones de Louisiana) llamando al **225-342-0138**.

Si necesita ayuda para ejecutar una directiva anticipada, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** para recibir asistencia. Estamos a su disposición de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

DIRECTIVA ANTICIPADA PARA TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Una directiva anticipada para salud mental es un documento que indica qué tipo de

cuidado médico desea recibir si no puede tomar una decisión usted mismo.

Así, su familia o sus cuidadores podrán saber qué tratamiento desea o no desea recibir usted de los psiquiatras u otros proveedores de salud mental. También informará a sus proveedores y a su plan médico a quién escogió para que tome las decisiones por usted.

¿Tiene preguntas sobre la directiva anticipada para tratamiento de salud mental?
Llame al Servicio de Defensoría de Salud Mental al **800-428-5432**.

RECLAMOS Y APELACIONES

Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus beneficios de Healthy Blue, llame a Servicios para Miembros, al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. También puede escribirnos. Puede llamar o enviarnos una solicitud por escrito. Consulte la sección “Cómo presentar un reclamo ante Healthy Blue” a continuación para obtener más información.

Si tiene problemas para obtener un servicio, es posible que usted o su proveedor primero deban obtener una autorización previa (una aprobación) de nuestra parte. Usted o su proveedor pueden llamarnos o presentar una solicitud para la autorización de los servicios. Para obtener más información, consulte la sección **Autorización previa**.

Reclamos

Si tiene preguntas o dudas acerca de la calidad del cuidado médico, intente hablar primero con su PCP. Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con nuestros servicios, la calidad del cuidado médico, los proveedores de nuestra red o cuestiones como la descortesía de un proveedor o un asociado de Healthy Blue, llámenos. Podemos ayudarlo a presentar un reclamo. No se lo tratará de forma diferente por presentar un reclamo.

Si su problema tiene que ver con la denegación de beneficios de cuidado médico, usted o el representante de su elección deben presentar una apelación en lugar de un reclamo. Consulte la siguiente sección sobre Apelaciones para obtener más información.

Cómo presentar reclamos de farmacia minorista

Prime Therapeutics State Government Solutions LLC se encarga de los reclamos de farmacia minorista para el programa Healthy Louisiana Medicaid. Puede presentar su reclamo de farmacia minorista ante Prime Therapeutics State Government Solutions LLC de alguna de las siguientes maneras:

- Teléfono: **800-424-1664**
- Fax: 800-424-7402
- En línea: lamcopbmpharmacy.com
- Correo postal:
Prime Therapeutics State Government Solutions LLC

Attn: GV – 4301
P.O. Box 64811
St. Paul, MN 55164-0811

Cómo presentar un reclamo ante Healthy Blue

Servicios para Miembros con gusto lo ayudará a preparar y presentar su reclamo de forma oral o por escrito. Usted o un representante de su elección pueden presentarlo por teléfono, fax, correo postal o en persona en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. y presente un reclamo de forma oral o solicite ayuda para completar un formulario de reclamo. Incluya información tal como la fecha en la que ocurrió el problema y las personas involucradas.
- Envíe su reclamo por fax al **888-708-2584**.
- Envíe su carta o entréguela en persona en:
Grievance Department Healthy Blue
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Cuando recibamos su reclamo, nuestro coordinador de reclamos hará lo siguiente:

- Le enviará una carta dentro de los cinco días hábiles para informarle que recibimos su reclamo.
- Analizará su reclamo cuando lo recibamos.
- Le enviará una carta con la decisión de Healthy Blue, así como toda la información que recibimos, dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha en que nos informó el reclamo por primera vez.

Si su reclamo es urgente, responderemos en un plazo de 72 horas desde el momento en que lo presentó.

Apelaciones

En ocasiones, es posible que le digamos que no pagaremos toda o parte de la atención que le recomendó su proveedor. En ese caso, usted (o su proveedor en representación suya y con su consentimiento por escrito) puede apelar la decisión.

Una apelación se produce cuando usted solicita a Healthy Blue que reconsidere la atención que su proveedor solicitó y que nosotros dijimos que no pagaríamos. Debe presentar una apelación dentro de los 60 días calendario después de recibir nuestro primer aviso informándole que no pagaríamos un servicio. Quienes pueden presentar una apelación son:

- Usted.
- Su representante o una persona que lo esté ayudando.
- Su PCP o el proveedor que lo atiende en ese momento.

Si desea que su PCP presente una apelación en su nombre, este debe tener su permiso por escrito. Durante el proceso de apelación, usted tiene la oportunidad de examinar el expediente del caso, además de la historia clínica y otros documentos que

podrían tenerse en cuenta para la apelación.

Para continuar recibiendo servicios que ya han sido aprobados, pero que pueden formar parte de la razón de su apelación, usted o su proveedor deben presentar la apelación:

- Dentro de un plazo de 10 días calendario desde la recepción del aviso donde se le informa que no pagaremos la atención que ya había sido aprobada.
- Antes de la fecha de interrupción del servicio que figura en el aviso.

Puede apelar nuestra decisión de tres maneras:

1. Puede llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Si nos llama, le enviaremos una carta para informarle que recibimos su solicitud de apelación. La llamada es suficiente para comenzar la apelación, pero incluiremos un formulario de apelación para que lo complete. Al llenar el formulario, usted nos entrega la información que necesitamos para ayudarlo a completar su apelación. Si no conoce todas las respuestas, no tiene que llenar toda la información para presentar una apelación. El formulario es útil, pero no es obligatorio. Infórmenos si quiere que alguien más lo ayude con el proceso de apelación, por ejemplo, un familiar, un amigo o su proveedor.
2. Puede enviarnos una carta o el formulario de apelación a la dirección que aparece a continuación.
 - Incluya información tal como la atención que desea obtener y las personas involucradas.
 - Pida a su médico que nos envíe su información médica sobre este servicio.
Central Appeals Processing
Healthy Blue
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
3. Puede enviarnos una carta o el formulario de apelación por fax al **888-873-7038**.

Cuando recibamos su apelación, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles. Esta carta le informará que recibimos su apelación.

Después de que recibamos su apelación:

- Un proveedor distinto al que tomó la primera decisión examinará la apelación.
- Le enviaremos una carta a usted y a su proveedor con la respuesta a la apelación. Lo haremos en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibimos su apelación. Esta carta:
 - Les informará a usted y a su proveedor la decisión que tomamos.
 - También les permitirá a ambos saber cómo obtener más información sobre la decisión y detallará su derecho a una audiencia imparcial.

Si tiene más información para la apelación:

- Puede pedirnos que extendamos el proceso de apelación por 14 días si tiene más

información que deberíamos tener en cuenta.

- Le informaremos el motivo de la demora por escrito a usted o la persona que presentó la apelación por usted.

También puede pedirnos que extendamos el proceso de apelación si tiene más información que deberíamos considerar.

Después de haber pasado por todo el proceso de apelación de Healthy Blue, puede solicitar al estado una audiencia imparcial estatal. Consulte la sección **Audiencias imparciales estatales** para obtener más información.

Tendrá la continuación de la cobertura hasta que se conozca el resultado de una apelación o audiencia imparcial estatal. Es posible que usted sea responsable por el costo asociado con la continuación de la cobertura si la decisión de la apelación es adversa.

Es posible que deba pagar el costo de los servicios prestados mientras estaba pendiente la apelación o la audiencia imparcial estatal.

Apelaciones aceleradas

Si usted o su proveedor consideran que esperar el plazo del proceso de apelación estándar, que generalmente es de 30 días calendario, podría ocasionarle un daño grave a su vida o a su salud, revisaremos su apelación rápidamente. Nos comunicaremos con usted para informarle la respuesta a la apelación acelerada. También le enviaremos una carta. Lo haremos en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas.

Tendrá poco tiempo para brindarnos la evidencia para la apelación. Puede hacerlo en persona o por escrito. Si necesitamos más información, lo llamaremos. Le pedimos que responda a nuestro pedido de manera oportuna para que podamos procesar la apelación rápidamente. Si nosotros o su proveedor consideramos que la apelación no necesita ser acelerada:

- Lo llamaremos de inmediato para informarle que su apelación no cumple con los criterios para una revisión acelerada.
- Le enviaremos una carta en dos días calendario para informarle que su apelación se revisará en un plazo de 30 días calendario.

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

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

Apelaciones sobre pagos

Una apelación sobre un pago es cuando su proveedor le pide a Healthy Blue que vuelva a revisar el servicio que indicamos que no pagaríamos. Su proveedor debe pedir una apelación de pago en un plazo de 30 días después de recibir la Explicación

de Beneficios (EOB).

Si recibe un servicio de un proveedor y no pagamos ese servicio, es posible que reciba un aviso de Healthy Blue llamado Explicación de Beneficios (EOB). **Esto no es una factura.** Algunos motivos por los que podríamos no pagar un servicio:

- No es un servicio cubierto.
- No se recibió una aprobación previa.
- No se consideró médicamente necesario.

Si solicita un servicio que Medicaid no cubre, tendrá que pagar la factura. La EOB le comunicará lo siguiente:

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

El proveedor, el centro médico o la persona que le prestó este servicio recibirán un aviso llamado explicación del pago.

Si recibe una EOB, no tiene que llamar ni hacer nada en ese momento, a menos que usted o su proveedor deseen apelar la decisión.

Para presentar una apelación de pago, su proveedor puede enviar por correo la solicitud e información médica del servicio a:

Provider Payment Dispute
Healthy Blue
P.O. Box 61599
Virginia Beach, VA 23466-1599

Continuación de los beneficios

Si solicita continuar recibiendo sus beneficios durante el proceso de apelación, mantendremos la cobertura de sus beneficios hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Que usted revoque su solicitud de apelación.
- Que se tome una decisión sobre la apelación y no sea a su favor.
- Que la aprobación concluya o se cumplan los límites aprobados de servicio.

Si se toma una decisión a su favor como resultado del proceso de apelación, nosotros:

- Comenzaremos a cubrir los servicios tan pronto como usted necesite atención y a más tardar en el transcurso de las 72 horas posteriores a la fecha en la que recibimos la notificación escrita de la decisión.
- Aprobaremos y pagaremos los servicios cuya cobertura habíamos denegado anteriormente.

Es posible que deba pagar el costo de todos los beneficios que se continuaron si la decisión final no es a su favor.

Audiencias imparciales estatales

Después de haber completado todo el proceso de apelación de Healthy Blue, usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Debe solicitar una audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha en que reciba el aviso de Healthy Blue donde le informan el resultado de su apelación. Si desea seguir recibiendo beneficios durante la audiencia imparcial estatal, deberá presentar la solicitud dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que recibió la carta de Healthy Blue con el resultado de su apelación.

Puede pedir una audiencia imparcial estatal de diferentes maneras:

- Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de **lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.** Presentaremos la solicitud por usted.
- O envíe una carta a:
Division of Administrative Law — Health and Hospitals Section
P.O. Box 4189
Baton Rouge, LA 70821-4189
- También puede llamar a la División de Derecho Administrativo (DAL) al **225-342-5800** y presentar la solicitud de forma oral o enviar su solicitud por fax al **225-219-9823**.
- O bien, visite **adminlaw.state.la.us/HH.htm** y complete un Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal para miembros.

Una vez que la DAL reciba su carta:

- La DAL enviará una copia de la solicitud al Departamento de Apelaciones de Healthy Blue.
- La DAL notificará al Departamento de Salud de Louisiana (LDH) que se ha presentado una solicitud para una audiencia imparcial estatal.
- Healthy Blue enviará a la DAL una copia de su apelación, la información que usamos para tomar nuestra decisión y una copia del aviso de la decisión que le enviamos.

Un juez de derecho administrativo en la DAL llevará a cabo la audiencia imparcial estatal. Cuando finalice la audiencia, el secretario del LDH les informará los resultados de la decisión tomada en la audiencia a usted, a Healthy Blue y al LDH. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de apelación o si desea solicitar una audiencia imparcial, llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Continuación de los beneficios

Si solicita continuar sus beneficios durante el proceso de audiencia imparcial estatal, mantendremos la cobertura de sus beneficios hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Que usted revoque su solicitud de audiencia imparcial.
- Que se tome una decisión sobre la audiencia imparcial y no sea a su favor.
- Que la aprobación concluya o se cumplan los límites aprobados de servicio.

Si se toma una decisión a su favor como resultado del proceso de audiencia

imparcial, nosotros:

- Comenzaremos a cubrir los servicios tan pronto como usted necesite atención y a más tardar en el transcurso de las 72 horas posteriores a la fecha en la que recibimos la notificación escrita de la decisión.
- Aprobaremos y pagaremos los servicios cuya cobertura habíamos denegado anteriormente.

Es posible que deba pagar el costo de todos los beneficios que se continuaron si la decisión final no es a su favor.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si se muda

Llame de inmediato a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. para informarnos. De esta forma, seguirá recibiendo la información que necesita sobre su plan médico. Healthy Blue informará al Departamento de Salud de Louisiana (LDH) sobre su cambio de dirección.

Usted seguirá recibiendo los servicios médicos a través de nosotros en su área actual hasta que se cambie la dirección. Debe llamar a Healthy Blue antes de obtener cualquier servicio en su área nueva, a menos que se trate de una emergencia.

También debe notificarle a Healthy Blue si ha habido cambios en lo siguiente:

- El tamaño de su familia.
- Su situación de vida.
- El distrito de residencia.

Esto ayudará a garantizar que reciba la información correcta sobre su cuidado médico. Nosotros informaremos al LDH sobre el cambio.

También puede llamar sin costo a la línea de la Unidad de Servicio al Cliente de Medicaid al **888-342-6207** de 8 a.m. a 4:30 p.m., visitar la oficina regional de elegibilidad para Medicaid o ingresar al sitio web de Louisiana Medicaid, **ldh.la.gov/mymedicaid**, e informar los cambios.

Renueve sus beneficios de Medicaid o LaCHIP a tiempo

Conserve la atención adecuada. No pierda sus beneficios de cuidado médico. Podría perder sus beneficios incluso si aún reúne los requisitos para ellos. Tiene que renovar los beneficios de Healthy Louisiana todos los años. Si no renueva su elegibilidad, perderá los beneficios de cuidado médico.

Si tiene preguntas sobre cómo renovar sus beneficios, visite o llame a la oficina local del LDH. Queremos que siga recibiendo sus beneficios de cuidado médico de parte nuestra mientras siga reuniendo los requisitos. Su salud es muy importante para nosotros.

Si deja de ser elegible para Medicaid o LaCHIP

Su inscripción en Healthy Blue se cancelará si ya no es elegible para recibir los beneficios de Medicaid o LaCHIP.

Si no es elegible para Medicaid durante dos meses o menos y luego vuelve a serlo, podrá volver a inscribirse en Healthy Blue. Si es posible, le asignaremos el mismo proveedor de atención primaria (PCP) que tenía cuando estuvo anteriormente en Healthy Blue.

Cómo cancelar su inscripción en Healthy Blue

Si no está de acuerdo con algo relacionado con Healthy Blue, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con usted para tratar de solucionar el problema.

- Si usted es un nuevo miembro y elige Healthy Blue durante el periodo de elección inicial, puede cambiar de plan médico durante los primeros 90 días de su inscripción.
- Si usted es actualmente miembro de Healthy Louisiana y quiere elegir Healthy Blue o una organización de atención administrada nueva durante el periodo de inscripción abierta anual, le darán un periodo de gracia de 90 días para cambiar de plan a partir de la fecha de entrada en vigencia del plan nuevo, el 1.º de enero. En los avisos de confirmación, se informará a los miembros que tienen desde el 1.º de enero hasta 31 de marzo para solicitar un cambio de plan.

Puede solicitar transferirse a otro plan médico en cualquier momento. Sin embargo, es posible que deba presentar pruebas o información detallada de que existe una buena causa para que se procese su solicitud.

Las siguientes circunstancias justifican la cancelación de la inscripción:

- No cubrimos el servicio que usted busca debido a objeciones morales o religiosas.
- Usted necesita recibir servicios relacionados de manera simultánea, no todos los servicios relacionados están disponibles en nuestro plan y su PCP u otro proveedor determina que recibir los servicios por separado lo sometería a un riesgo innecesario.
- Se termina nuestro contrato con el LDH.
- Baja calidad del cuidado médico.
- Imposibilidad de acceso a nuestros beneficios básicos y los servicios cubiertos según lo determine el LDH.
- Imposibilidad de acceso en la organización de atención administrada (MCO) a proveedores con experiencia en el tratamiento de las necesidades médicas específicas del miembro.
- Su proveedor activo de servicios especializados de salud conductual cancela su contrato con nosotros.
- Cualquier otro motivo que el LDH considere válido.

Puede cancelar su inscripción sin motivo justificado en las siguientes situaciones:

- Durante el periodo de exclusión voluntaria de 90 días después de la inscripción inicial en el caso de los miembros voluntarios. Consulte la página 12 para obtener

más información sobre los miembros de inscripción voluntaria.

- Durante los 90 días posteriores a la fecha del matasellos en su aviso de inscripción.
- Una vez al año durante su periodo de inscripción.
- Al momento de la reinscripción automática si ha perdido la oportunidad de cancelación de la inscripción anual debido a una pérdida temporal de elegibilidad para Medicaid.
- Si el LDH impone las cláusulas de sanción intermedia contempladas en 42 CFR §438.702(a) (3).
- Cuando el LDH impone sanciones a la MCO (que cumplen con la ley 42 CFR 438.702[a][4]).
- Después de que LDH notifique a Healthy Blue que tiene la intención de finalizar el contrato según lo dispuesto por la ley 42 CFR §438.722.

Si necesita cancelar la inscripción en Healthy Blue en cualquier momento, llame al Centro de Inscripciones de Healthy Louisiana al 855-229-6848 (TTY 855-526-3346).

Motivos por los cuales se puede cancelar su inscripción en Healthy Blue

Hay varios motivos por los que podría cancelarse su inscripción en Healthy Blue sin que usted lo solicite. A continuación, se mencionan algunos de estos motivos. Si ha hecho algo que puede ocasionar la cancelación de la inscripción, lo contactaremos. Le pediremos que nos cuente lo que sucedió.

Se puede cancelar su inscripción en Healthy Blue en estos casos:

- Si ya no es elegible para Medicaid.
- Si se muda fuera del área de servicio de Healthy Blue.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue.
- Si lo admiten en un centro de cuidados médicos intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (para miembros mayores de 21 años).
- Si ingresa en custodia involuntaria o lo encarcelan.

Si tiene preguntas acerca de su inscripción, llame a Servicios para Miembros.

Si recibe servicios no cubiertos

Cubrimos sus servicios cuando está inscrito en nuestro plan y:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios figuran en la sección **Servicios cubiertos** de este manual.

Si recibe servicios que Healthy Blue no cubre, deberá pagar usted el costo total. Si no está seguro y quiere saber si pagaremos algún servicio médico o cuidado, simplemente llame a Servicios para Miembros. También tiene derecho a preguntar por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra

decisión. En la sección **Reclamos y apelaciones** de este manual, obtendrá más información sobre sus derechos de apelación y cómo obtener ayuda para presentar una apelación.

Si recibe una factura

Siempre muestre su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue en las siguientes situaciones:

- Cuando visite a un proveedor.
- Cuando vaya al hospital.
- Cuando vaya a realizarse análisis.

Aun cuando lo haya remitido su proveedor, debe mostrar su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue para asegurarse de que no le enviarán una factura por los servicios cubiertos por Healthy Blue.

Si recibe una factura, nos la puede enviar con una carta que indique que recibió una factura. Envíe la carta a la siguiente dirección:

Claims
Healthy Blue
P.O. Box 61010
Virginia Beach, VA 23466-1010

También puede comunicarse con Servicios para Miembros a fin de solicitar ayuda.

Si tiene otro seguro médico (coordinación de beneficios)

Llame a Servicios para Miembros de Healthy Blue si usted o sus hijos tienen otro seguro, incluido un seguro patrocinado por el empleador. Healthy Blue será la opción secundaria a ese seguro.

Debido a que usted ya tiene otro seguro, no le asignaremos un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Pida un PCP a su asegurador primario si aún no tiene uno. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar un PCP de Healthy Blue. Visite a su PCP para todas sus necesidades médicas y chequeos de rutina.

Siempre muestre sus tarjetas de seguro de Healthy Blue y de otros seguros médicos cuando consulte a un proveedor, vaya al hospital o se haga pruebas. Antes de facturar a Healthy Blue, se deben facturar sus servicios médicos al otro plan de seguro. Healthy Blue colaborará con el otro plan de seguro para el pago de estos servicios.

También debe llamar de inmediato a Servicios para Miembros de Healthy Blue en los siguientes casos:

- Si tiene una reclamación de compensación para trabajadores.
- Si tiene una demanda pendiente por lesión personal o negligencia médica.
- Si estuvo involucrado en un accidente automovilístico.

Cambios en su cobertura de Healthy Blue

En ocasiones, es posible que Healthy Blue deba cambiar la forma en que trabaja, sus servicios cubiertos o los proveedores y hospitales de la red. El LDH también puede cambiar los servicios cubiertos que coordinamos para usted. Le enviaremos una carta por correo cuando realicemos cambios en los servicios cubiertos. El consultorio de su PCP podría mudarse, cerrar o abandonar nuestra red. Si sucede esto, lo llamaremos o le enviaremos una carta para informárselo.

También podemos ayudarlo a escoger un nuevo PCP. Puede llamar a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Servicios para Miembros también puede enviarle una lista actualizada de los PCP de nuestra red. Si acaba de transferirse de otro plan médico o está por cambiarse de plan, notifíquenos para poder ayudarlo con la transición de su atención. Comuníquese con el Departamento de Administración de Casos de Louisiana de Healthy Blue llamando al **877-440-4065**, ext. **106-103-5145** de lunes a viernes de 7 a.m. a 4:30 p.m.

Cómo sugerirnos los cambios que cree que deberíamos hacer

Queremos saber qué le gusta y qué no le gusta de Healthy Blue. Sus ideas ayudarán a que Healthy Blue mejore. Comuníquese con Servicios para Miembros y coméntenos sus sugerencias. También puede enviar una carta a la siguiente dirección:
Healthy Blue
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23466-2509

Comités asesores de miembros

Healthy Blue tiene un grupo de miembros que se reúne de forma trimestral para compartir sus ideas con nosotros. Estas reuniones se denominan reuniones de asesoramiento de miembros. Le dan la oportunidad de obtener más información sobre nosotros, hacer preguntas y darnos sugerencias para mejorar. Si desea ser parte de este grupo, llame a Servicios para Miembros.

También enviamos encuestas a algunos miembros. Las encuestas tienen preguntas acerca de su opinión sobre Healthy Blue. Si le enviamos una encuesta, complétela y envíela de vuelta. Nuestro personal también puede llamarlo para conocer su opinión sobre Healthy Blue. Cuénteles lo que piensa. Sus ideas pueden ayudar a que Healthy Blue mejore.

De qué forma Healthy Blue paga a los proveedores

Diferentes proveedores de nuestra red han aceptado que les paguemos de diferentes formas. Es posible que a su proveedor se le pague cada vez que lo atiende (cargo por servicio). O bien, el proveedor puede cobrar un cargo fijo mensual por cada miembro, independientemente de si el miembro recibe o no servicios (capitación).

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

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

Healthy Blue

P.O. Box 62509

Virginia Beach, VA 23466-2509

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE HEALTHY BLUE

Sus derechos

Como miembro de Healthy Blue, usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Privacidad**

Saber que su historia clínica es privada; recibir un trato digno y no discriminatorio. Eso incluye el derecho a:

- Recibir un trato justo y respetuoso.
- Saber que se mantendrá la privacidad y confidencialidad de su historia clínica y las conversaciones con sus proveedores.
- Recibir una copia de su historia clínica (una copia sin cargo) y solicitar que se modifiquen o corrijan los registros.

- **Participar con los profesionales que lo atienden en la toma de decisiones acerca de su cuidado médico.** Aceptar o rechazar un tratamiento y participar de manera activa en las decisiones del tratamiento. Puede rehusarse en cualquier momento a recibir servicios médicos o tratamiento por motivos religiosos. Si se trata de un niño, el padre, la madre o el tutor pueden rechazar el tratamiento para el niño. Colaborar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su cuidado médico.

- **Recibir consejería o servicios de referencia que no tienen cobertura de Healthy Blue**

- Si necesita consejería o servicios de referencia que no tienen cobertura de Healthy Blue debido a objeciones morales o religiosas, llame al agente de inscripción.

Para recibir información sobre cómo obtener estos servicios, llame al **855-229-6848 (TTY 855-526-3346)**.

- **Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de los planes médicos.**

- **Recibir cuidado sin restricciones**

No ser aislado ni sometido a restricciones físicas en las siguientes condiciones:

- Para la conveniencia de otra persona.
- Para forzarlo a hacer algo que usted no quiera hacer.
- Para vengarse de usted o castigarlo.

- **Tener acceso a servicios médicos**

Recibir servicios médicos que sean similares en cantidad y alcance a los que se brindan conforme al programa de cargo por servicio de Medicaid. Eso incluye el derecho a:

- Recibir servicios médicos que logren el objetivo para el cual se prestan.

- Recibir servicios que sean adecuados y que no se le denieguen ni se le reduzcan por los siguientes motivos:
 - Diagnóstico.
 - Tipo de enfermedad.
 - Condición médica.
- **Recibir toda la información de manera clara y comprensible**
Que le brinden información en una forma y formato que pueda entender.
Esto incluye:
 - Avisos de inscripción.
 - Información sobre las normas de su plan médico, incluidos los servicios médicos que puede recibir y cómo recibirlos.
 - Opciones de tratamiento y alternativas, independientemente del costo o de si son parte de sus beneficios cubiertos.
 - Una descripción completa de los derechos de cancelación de la inscripción al menos una vez al año.
 - Aviso de cualquier cambio importante en su paquete de beneficios al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.
 - Información sobre los procedimientos de reclamo, apelación y audiencia imparcial estatal.
 - Una lista de sus derechos y responsabilidades como miembro.
- **Recibir un paquete de bienvenida para miembros al menos una vez al año en caso de que lo necesite, incluida una copia del manual del miembro.**
- **Tener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento médicamente necesarias o apropiadas para su condición, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.**
- **Recibir información sobre el plan médico de Healthy Blue antes de unirse a Healthy Blue.**
Recibir información sobre los servicios de Healthy Louisiana disponibles a través de Healthy Blue para poder tomar una decisión informada. Esto incluye:
 - Características básicas de Healthy Louisiana.
 - Los grupos de personas que pueden o no inscribirse en el programa.
 - La responsabilidad de Healthy Blue de coordinar la atención de manera oportuna.
- **Recibir información sobre los servicios de Healthy Blue**
Recibir información sobre los servicios de Healthy Louisiana, la organización, sus profesionales y sus proveedores disponibles a través de Healthy Blue.
Esto incluye:
 - Beneficios cubiertos.
 - Procedimiento para recibir beneficios, incluido cualquier requisito de aprobación previa.
 - Los requisitos de copagos.
 - Área de servicio.
 - Nombres, direcciones, números de teléfono y los idiomas que hablan aparte del inglés los proveedores contratados actuales. Deben estar incluidos al menos los siguientes:

- Proveedores de atención primaria.
- Especialistas.
- Hospitales.
- Los límites en su libertad de elección de los proveedores de la red.
- Nombres de los proveedores que no están aceptando nuevos pacientes.
- Beneficios que no ofrece Healthy Blue, pero que los miembros pueden obtener y cómo obtenerlos; incluidas las formas en que se prestan servicios de transporte.
- Políticas de utilización de servicios.
- Solicitud de una copia de nuestras guías por teléfono a Servicios para Miembros.
- Derechos y responsabilidades de los miembros.
- **Obtener información sobre cobertura de emergencia y fuera del horario normal**
Recibir información detallada sobre esta cobertura. Esto incluye:
 - Lo que constituye una condición médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización (los servicios de cuidados posteriores a la estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que usted recibe después de obtener cuidado médico de emergencia. Estos servicios son para mantener estable su condición).
 - Las normas posteriores a la estabilización (normas para los servicios cubiertos de Medicaid que recibe después de obtener cuidado médico de emergencia).
 - Notificación de que los servicios de emergencia no requieren aprobación previa.
 - El proceso y los procedimientos para recibir servicios de emergencia.
 - Las ubicaciones de los centros para emergencias y otros sitios donde los proveedores y hospitales proporcionan servicios cubiertos de emergencia y posteriores a la estabilización.
 - Su derecho a usar cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.
- **Recibir la política de Healthy Blue sobre referencias**
Recibir la política de Healthy Blue sobre referencias para obtener cuidado especializado y otros beneficios que no proporciona su proveedor de atención primaria (PCP).
- **Recibir ayuda del LDH y del agente de inscripción**
Conocer los requisitos y beneficios del programa Louisiana Medicaid CCN.
- **Obtener servicios de interpretación oral**
Recibir servicios de interpretación oral. Eso incluye el derecho a:
 - Recibir estos servicios sin cargo para la interpretación a cualquier idioma distinto del inglés y no solo a los idiomas más comunes.
 - Recibir información sobre si dichos servicios se encuentran disponibles y sobre cómo acceder a ellos.
- **Expresar o presentar quejas o apelaciones sobre el plan médico o el cuidado que proporciona.**
- **Ejercer sus derechos sin efectos adversos**
Ejercer sus derechos sin efectos adversos respecto del trato que recibe de Healthy Blue, de nuestros proveedores o del LDH. Eso incluye el derecho a:

- Presentar una queja o una apelación sobre Healthy Blue o el cuidado o los servicios que usted recibe de nuestros proveedores.
- Hacer recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades como miembro de Healthy Blue.

Sus responsabilidades

Como miembro de Healthy Blue, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- **Informarse sobre sus derechos**

Conocer y entender cada derecho que tiene conforme al programa de Medicaid.

Eso incluye la responsabilidad de:

- Hacer preguntas si no entiende sus derechos.
- Conocer las opciones de planes médicos disponibles en su área.

- **Conocer y seguir las normas de su plan médico y de Medicaid**

Regirse por las políticas y procedimientos de Medicaid del plan médico. Eso incluye la responsabilidad de:

- Llevar las tarjetas de identificación de Healthy Blue y de Medicaid siempre que reciba servicios médicos.
- Informar al plan médico en caso de robo o extravío de su tarjeta de identificación.
- Nunca prestar, vender o entregar su tarjeta de identificación a alguien más. Si lo hace, podría perder su elegibilidad o se podría entablar una acción legal en su contra.
- Avisar a su plan médico de inmediato si tiene una reclamación de compensación para trabajadores o una demanda pendiente por lesión personal o negligencia médica, o si ha estado involucrado en un accidente automovilístico.
- Conocer y seguir las normas de su plan médico y de Medicaid.
- Comprender y seguir los planes e instrucciones de atención, según lo acordado con los médicos.
- Cambiar de plan médico o de PCP de las maneras que establecen Medicaid y el plan médico.
- Asistir a las citas programadas.
- Cancelar las citas con antelación cuando no pueda asistir.
- Ponerse siempre en contacto con su PCP en primer lugar para las necesidades médicas que no sean de emergencia.
- Asegurarse de tener aprobación de su PCP antes de visitar a un especialista.
- Entender cuándo debe ir a una sala de emergencias y cuándo no.

- **Informar a sus proveedores sobre sus necesidades médicas**

Compartir información sobre su estado de salud con su PCP e informarse por completo sobre las opciones de tratamiento y de servicio. Eso incluye la responsabilidad de:

- Informarle al PCP sobre su salud.
- Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades médicas y hacer preguntas sobre los diferentes tratamientos para los problemas de cuidado médico.
- Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
- Proporcionar a sus proveedores, en la medida de lo posible, la información

adecuada que el plan médico y sus profesionales y proveedores necesiten para proporcionar cuidado.

- Seguir los planes de tratamiento indicados o las instrucciones de cuidado que ha acordado con su profesional o que el proveedor ha recomendado, o informarle al proveedor sobre los motivos por los cuales no puede seguir sus instrucciones de tratamiento, tan pronto como sea posible.
- **Participar en la toma de decisiones acerca de su salud**
Participar activamente en las decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento y servicios, tomar decisiones personales y medidas para mantener su salud. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Trabajar en equipo con su proveedor para determinar cuál es el tipo de cuidado médico más adecuado para usted.
 - Participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados de manera conjunta con sus médicos.
 - Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas en la medida de lo posible.
 - Hacer todo lo posible para mantenerse sano.
 - Tratar con respeto a los proveedores y al personal.

Si tiene un problema y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros de Healthy Blue al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Healthy Blue proporciona cobertura médica a nuestros miembros de forma no discriminatoria, conforme a la legislación estatal y federal, sin importar el género, sexo, orientación sexual, raza, color, credo, edad, religión, nacionalidad, ascendencia, estado civil, membresía en un programa, discapacidad física, conductual o mental, o tipo de enfermedad o condición.

CÓMO DENUNCIAR FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO

Estamos comprometidos a proteger la integridad de nuestro programa de cuidado médico y la eficacia de nuestras operaciones mediante la prevención, la detección y la investigación de los casos de fraude, desperdicio y abuso. La lucha contra el fraude, desperdicio y abuso comienza por el conocimiento y la concientización.

- *Fraude*: cualquier tipo de engaño intencional o declaración falsa que se hace a sabiendas de que podría tener como consecuencia algún beneficio no autorizado para la persona que lo comete o para alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude según las leyes federales o estatales vigentes.
- *Desperdicio*: incluye el uso excesivo de servicios u otras prácticas que directa o indirectamente generan costos innecesarios. Generalmente no se considera al desperdicio como consecuencia de acciones intencionales, sino cuando los recursos se utilizan indebidamente.
- *Abuso*: prácticas de proveedores que no sean compatibles con las prácticas fiscales, comerciales o médicas válidas, y que generen un costo innecesario para los programas de beneficios o un reembolso por servicios que no sean

médicamente necesarios, o que no cumplen con las normas profesionalmente reconocidas para el cuidado médico; también incluye prácticas de beneficiarios que generen costos innecesarios para el programa de beneficios.

Si sabe de alguien que está haciendo uso indebido (mediante fraude, abuso y/o sobrepago) del programa Medicaid o LaCHIP, puede denunciarlo.

Para denunciar a médicos, clínicas, hospitales, hogares de ancianos o personas inscritas en Medicaid o LaCHIP, envíe una carta o llame a Healthy Blue:

Special Investigations Unit
Healthy Blue Louisiana
740 W. Peachtree St. NW
Atlanta, GA 30308

Puede informar sus preocupaciones de las siguientes maneras:

- En nuestro sitio de información, fighthealthcarefraud.com, seleccione “Informar (Report it)” en la parte superior de la página y complete el formulario “[Informar fraude, desperdicio y abuso \(Report Waste, Fraud and Abuse\)](#)”.
- Por teléfono, llamando a Servicio al Cliente
- Por teléfono, llamando a la línea directa de la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU): **866-847-8247 (TTY 711)**
- Uno de los métodos indicados en la [página para denunciar fraude del sitio web myhealthybluela.com](http://myhealthybluela.com).

También puede llamar a la línea directa del Departamento de Salud de Louisiana Medicaid: **800-488-2917**

O puede usar uno de los otros métodos [que figuran en el sitio web](#).

CÓMO DENUNCIAR A ALGUIEN QUE NO HA SEGUIDO LAS GUÍAS DE MARKETING REQUERIDAS

Las organizaciones de cuidado administrado (MCO) en Louisiana deben seguir ciertas guías de marketing. Las MCO no pueden hacer cosas como las siguientes:

- Marketing directo con un miembro potencial.
- Decir nada negativo acerca de otras MCO.
- Ayudar a un miembro a inscribirse en Medicaid.

Si sabe de alguien que haya hecho alguna de esas cosas, debe denunciar el incidente al Departamento de Salud de Louisiana (LDH) mediante el Formulario de queja sobre marketing del LDH de Healthy Louisiana.

Para solicitar un formulario, comuníquese con el LDH llamando al **888-342-6207**.

También puede obtener acceso al formulario en línea en

ldh.la.gov/HealthyLaMarketingComplaint.

Llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. si desea recibir más información sobre lo siguiente:

- Cómo funciona Healthy Blue.
- Cómo estamos estructurados.
- Nuestros planes de incentivos para médicos.
- Nuestras guías sobre prácticas clínicas y cómo solicitarlas por correo, fax o correo electrónico.
- Nuestras políticas de utilización de servicios.

ÍNDICE DE PREGUNTAS FRECUENTES

¿Qué hago en estas situaciones?

- Si tengo otro seguro en este momento.
Si tiene otro seguro de salud (coordinación de beneficios)..... 100
- Si tuve un accidente y me lesioné.
Atención fuera del horario normal, de urgencia y de emergencia 4
- Si me mudé.
Servicios para Miembros de Healthy Blue..... 14
- Si no me gusta mi PCP.
Cómo cambiar de proveedor de atención primaria 24
- Si alguien del consultorio de mi proveedor me trató mal.
Reclamos91
- Si un representante del plan médico me trató mal.
Reclamos91
- Si no quiero hacer el tratamiento que sugiere mi médico.
Segunda opinión 23
- Si no tengo modo de llegar a las citas.
Sus servicios cubiertos..... 31
- Si recibí una factura.
Si recibe una factura 100
- Si no puedo encontrar un médico que trabaje con mi plan médico.
Si desea ver a un médico que no es su proveedor de atención primaria.....25
- Si creo que mi proveedor está involucrado en actividades fraudulentas.
Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso..... 106
- Si tengo una demanda pendiente sobre reclamaciones médicas.
También debe llamar de inmediato a Servicios para Miembros de Healthy Blue...100
- Si creo que estoy teniendo una emergencia.
Atención de emergencia..... 72
- Si estoy teniendo una emergencia.
Atención de emergencia.....72
- Si no estoy de acuerdo con la recomendación de un proveedor.

Segunda opinión 23

- Si me preocupa la posibilidad de estar inconsciente o demasiado enfermo como para tomar mis propias decisiones médicas.

Cómo hacer un testamento en vida (directiva anticipada)..... 89

- Si necesito consultar a un médico.
Sus proveedores 22

- Si no puedo asistir a una cita con el médico.
Cómo cancelar una cita.....29

- Si el consultorio de mi PCP está cerrado y creo que necesito ayuda de inmediato.

Cuidado fuera del horario normal..... 4

- Si quiero ayudar a un familiar a lidiar con sus condiciones de salud conductual.
Línea de crisis de salud conductual las 24 horas 16

- Si me siento abrumado por cosas que suceden en mi vida.
Línea de crisis de salud conductual las 24 horas 16

- Si estoy pensando en lastimarme o lastimar a otra persona.
Línea de crisis de salud conductual las 24 horas 16

Si deseo:

- Comunicarme con Servicios para Miembros.
Números de teléfono importantes5

- Hablar con alguien de Servicios para Miembros en mi idioma.
Asistencia en otros idiomas..... 17

- Ver a un especialista.
Especialistas26

- Ponerme en contacto con representantes de Medicaid.
Servicios para Miembros de Healthy Blue..... 14

- Conseguir un intérprete que me ayude en las citas con mis proveedores.
Asistencia en otros idiomas..... 17

- Obtener información del plan médico en otro idioma.
Asistencia en otros idiomas..... 17

- Obtener información del plan médico impresa en letra grande.

Su manual del miembro de Healthy Blue	20
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información sobre cómo el plan médico recompensa a los proveedores. De qué forma Healthy Blue paga a los proveedores 	101
<ul style="list-style-type: none"> • Denunciar a alguien que no ha seguido las guías de marketing. Cómo denunciar a alguien que no ha seguido las guías de marketing requeridas..... 	107
<ul style="list-style-type: none"> • Recibir atención de proveedores de salud conductual. Tipos de proveedores y servicios de salud conductual 	56
<ul style="list-style-type: none"> • Saber más acerca de condiciones de salud conductual. ¿Qué son los servicios de salud conductual? 	55
<ul style="list-style-type: none"> • Saber si mis medicamentos están cubiertos. Medicamentos 	85
<ul style="list-style-type: none"> • Dejar de fumar por mi cuenta. Estos son algunos recursos que podrían resultarle útiles 	56
<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir parches de nicotina. Estos son algunos recursos que podrían resultarle útiles 	56
<ul style="list-style-type: none"> • Elegir un médico u otro proveedor. Si necesita cambiar de PCP 	24
<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar un dentista en mi área. Para programar una cita o buscar un dentista 	50
¿Puedo...?	
<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar de plan médico. Cómo cancelar su inscripción en Healthy Blue 	98
<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar de PCP. Cómo seleccionar un proveedor de atención primaria 	22
<ul style="list-style-type: none"> • Elegir otro proveedor. Cómo cambiar de proveedor de atención primaria..... 	24
<ul style="list-style-type: none"> • Elegir cualquier proveedor que esté dentro de la red. Sus proveedores 	22
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información en mi idioma. Asistencia en otros idiomas..... 	16
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer que Medicaid pague mis gastos médicos sin estar en un plan médico. 	

Servicios cubiertos conforme al plan estatal de Louisiana o Medicaid de cargo por servicio67

- Decidir qué información de salud conductual se comparte con mis familiares.
Aviso de Prácticas de Privacidad 115

Otras inquietudes:

- Qué hace un PCP.
Cómo seleccionar un proveedor de atención primaria 22

- Qué hace un plan médico.
Le damos la bienvenida a Healthy Blue 12

- Qué hace Servicios para Miembros.
Servicios para Miembros de Healthy Blue..... 14

- Qué hace el servicio al cliente de Medicaid.
Servicios para Miembros de Healthy Blue..... 14

- Qué paga el plan médico.
Sus servicios cubiertos..... 31

- Qué significa salud conductual.
¿Qué son los servicios de salud conductual? 55

¿Cuándo debería hacer lo siguiente?

- Ver a mi PCP.
Visita al proveedor de atención primaria27

- Llame a Servicios para Miembros.
Servicios para Miembros de Healthy Blue..... 14

- Recibir atención de urgencia.
Cuidado de urgencia 4

- Ir a la sala de emergencias.
Atención de emergencia.....72

- Llamar a la línea para crisis.
Línea de crisis de salud conductual las 24 horas 16

¿Qué sucede en las siguientes situaciones?

- Después de que me tratan por una emergencia.
Después de acudir a la sala de emergencias..... 67

- Si necesito ver a un especialista.

Especialistas26

- Si no elijo un PCP.

Cómo seleccionar un proveedor de atención primaria 22

- Si el plan médico no cubre un servicio.

Si recibe servicios no cubiertos99

- Si voy a la sala de emergencia y los médicos no consideran que es una emergencia.

Usted debería poder ver a un médico inmediatamente 72

- Si un medicamento que tomo ya no está cubierto.

Si tiene preguntas acerca de su cobertura de medicamentos..... 85

Necesito:

- Un intérprete de lenguaje americano de señas (ASL), ¿cómo lo consigo?
Para miembros sordos o con problemas de audición..... 15

- Información en otro idioma, ¿cómo la obtengo?

Para miembros que no hablan inglés 15

- Información en otro formato (como braille o letra grande), ¿cómo la obtengo?

También tenemos este manual del miembro en las siguientes versiones.....20

- Ir al dentista, ¿cómo encuentro uno en mi área?

Para programar una cita o buscar un dentista50

Quiero saber:

- Cuáles son mis derechos.

Sus derechos 102

- Cuáles son mis responsabilidades como miembro.

Sus responsabilidades 105

- Qué son los servicios de salud conductual.

¿Qué son los servicios de salud conductual? 55

- Cuáles son las señales de advertencia de un problema de adicción al juego.

Estos son algunos recursos que podrían resultarle útiles 56

Cuánto:

- Costará mi medicamento.

Medicamentos 85

- Tendré que pagar por los servicios.

Copagos.....85

- De mi información de salud conductual se comparte con mis familiares.
Aviso de Prácticas de Privacidad 115

Para saber si necesito:

- Autorización previa.
Autorizaciones previas 68
- Dos tarjetas.
Su tarjeta de identificación del miembro de Healthy Blue21
- Un permiso especial para mis medicamentos.
Medicamentos85

¿Qué debo...?

- Esperar durante una visita.
Visita al proveedor de atención primaria27
- Llevar conmigo a una cita.
Qué llevar cuando va a la cita28

Esperamos que este manual del miembro haya respondido la mayoría de sus preguntas sobre Healthy Blue. Para obtener más información, llame al departamento de Servicios para Miembros de Healthy Blue al 844-521-6941 (TTY 711).

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en junio de 2022.

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

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

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

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

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

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

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

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros proveedores le proporcionen el cuidado que necesita
- **Para pagos, operaciones médicas y tratamiento**

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

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

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

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

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

- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el gobierno
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

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

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos asegurar la protección interna de la PHI en formato oral, escrito y electrónico en todo el plan médico.
- Debemos comunicarle lo que la ley establece que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o por algún otro medio que no sea el correo normal si lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos comunicarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen mayores obligaciones para nosotros que las que

mencionamos aquí, cumpliremos dichas leyes.

- Tenemos que avisarle si creemos que su PHI se compartió de forma inadecuada.
- Healthy Blue cumple con todas las leyes estatales y federales aplicables.

Cómo nos comunicamos con usted

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un sistema de voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden tener distintos objetivos, como informarle sobre opciones de tratamiento o sobre otros beneficios

y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, infórmele a la persona que llame, y no volveremos a usar este medio de comunicación. También puede llamar al **844-203-3796** para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **844-521-6941**. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al **TTY 711**.

Para obtener más información

Para leer más sobre las maneras en que recopilamos y usamos su información, sus derechos de privacidad e información detallada sobre otras leyes de privacidad estatales o federales, visite la página de privacidad en nuestro sitio web en **myhealthyblue.com/la/privacy.html**.

¿Qué debe hacer si tiene una queja?

Estamos a su disposición. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No le pasará nada malo por quejarse. Visite la página para presentar una queja en hhs.gov/hapax/filing-a-complaint/index.html.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

1301 Young St., Ste. 1169

Dallas, TX 75202

Por teléfono: **800-368-1019**

TDD: **800-537-7697**

Fax: 214-767-0432

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

Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Recibimos información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género de parte de la agencia estatal de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

La usamos para lo siguiente:

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

No usamos esta información para:

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

Su información personal

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

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos
- Es posible que obtengamos la PI sobre usted de otras personas o grupos, como por ejemplo:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro

- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su consentimiento.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de decir que no.
- Le diremos cómo avisarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **844-521-6941 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

¿Necesita ayuda con su atención médica? ¿Necesita ayuda para leer lo que le enviamos o para hablar con nosotros? Llámenos al número gratuito 844-521-6941 (TTY 711) para conseguir esta información sin costo en otros idiomas o formatos.

Do you need help with your healthcare, talking with us, or reading what we send you? Call us toll free at 844-521-6941 (TTY 711) to get this for free in other languages or formats.

myhealthybluella.com

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Louisiana, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Revisado en octubre de 2024

3850 North Causeway Boulevard, Suite 1770 • Metairie, LA 70002

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Louisiana, Inc.,
un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.